

Travaux préparatoires à l'élaboration
du Plan Violence et Santé
en application de la loi relative
à la politique de santé publique du 9 août 2004

Commission
« Genre et Violence »

Docteur Jacques LEBAS

Mars 2005



SOMMAIRE

I – Champ du travail de la commission	p. 3
II – Etat des lieux des données disponibles et des stratégies développées	p. 7
1. Les données disponibles : l'enquête ENVEFF	p. 7
2. Autres données disponibles	p. 10
- <i>Provenant d'autres enquêtes</i>	p. 10
- <i>Provenant d'autres sources</i>	p. 11
- <i>Autres sources d'informations déjà disponibles ou à venir</i>	p. 14
3. Les stratégies déjà développées	p. 16
- <i>Accueil et prise en charge des victimes</i>	p. 16
- <i>Sensibilisation des professionnels de santé</i>	p. 17
- <i>Approches institutionnelles</i>	p. 19
4. Expériences étrangères	p. 21
- <i>Union européenne</i>	p. 21
- <i>L'Espagne</i>	p. 22
- <i>Le Québec</i>	p. 23
III – Impact de la violence sur la santé	p. 24
1. Une période de particulière vulnérabilité : la grossesse	p. 25
2. Les mutilations sexuelles féminines	p. 26
3. Une violence particulière : la violence contre les personnes prostituées	p. 28
III – Les recommandations	p. 34
1. Objectif 1 : mettre les personnes victimes de violence au cœur du système de soin	p. 34
2. Objectif 2 : des programmes ciblés vers les femmes enceintes, femmes victimes de mutilations sexuelles et personnes prostituées	p. 34
3. Objectif 3 : définir le problème et en mesurer l'ampleur	p. 35
4. Objectif 4 : développer la recherche de consensus autour des concepts et pratiques	p. 36
5. Objectif 5 : développer des Centres de ressources	p. 37
6. Objectif 6 : faire évoluer la formation initiale et continue	p. 37
7. Objectif 7 : mobiliser les relais d'opinion	p. 37
8. Objectif 8 : évaluer les mesures du plan Violence et santé	p. 37
Pour en savoir plus	p. 38
Composition de la commission Genre et Violence	p. 40

I - Champ du travail de la commission

Au cours des 15 dernières années, les résultats de plus de 50 études sur la fréquence des violences faites aux femmes, violences dites conjugales ou domestiques, ont été publiées dans le monde. Globalement, entre 10% et 50% des femmes ayant vécu en couple ont connu ce type de violence et entre 3% et 52 % d'entre elles rapportent de telles violences physiques au cours de l'année écoulée¹.

En France ce type de violence est resté longtemps sous estimé malgré son ampleur. Le déni a fonctionné de manière efficace jusqu'à ces toutes dernières années.

Les violences faites aux femmes constituent pourtant une véritable pandémie qui concerne toutes les sociétés, toutes les cultures, toutes les couches sociales.

Elles se reproduisent d'une génération à l'autre et constitue une part importante de la violence sociale.

Elles ne doivent pas seulement être abordées sous un aspect social, légal, voire anthropologique, mais doit également être considérée comme un fléau de santé publique.

Selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et les violences conjugales sont à l'origine d'un doublement des dépenses totales de santé annuelles chez les femmes².

Qu'elles se dénomment violences faites aux femmes, violences domestiques, violences conjugales, elles s'expliquent spécifiquement par les « rapports de genre », c'est-à-dire par la division historique des rôles entre hommes et femmes, basée sur des justifications philosophiques, politiques, biologiques ou sociales, qui ont varié au cours de l'histoire.

La commission « Genre, santé et violence » a décidé d'introduire la question du « genre » dans l'étude d'une problématique située au croisement de réalités physiques et psychiques concernant la santé, et de réalités sociales concernant les violences.

Cela suppose d'abord que l'on reconnaisse qu'on ne peut comprendre et combattre ces dernières en faisant abstraction des caractéristiques des personnes qui exercent ou subissent les violences, en particulier le fait qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, car la variable « sexe de la victime » et « sexe de l'agresseur » fait partie de l'explication fondamentale de certaines violences. L'absence de cette variable conduit à biaiser les interprétations et même la construction des observations sur le phénomène lui-même.

Prendre en compte les différences entre hommes et femmes, leurs relations, les rapports de pouvoir et surtout expliciter et passer en revue les représentations sociales et culturelles qui sont en jeu dans les analyses des phénomènes à comprendre, est un exercice légitime, non partisan, une avancée que la science et la politique doivent à l'évolution des idées et aux progrès de l'égalité entre hommes et femmes qui apparaissent à la fin du XX^{ème} siècle.

La biologie et la médecine reconnaissent bien entendu les différences entre le corps des femmes et le corps des hommes, mais le plus souvent encore le paradigme du « corps humain » reste le corps masculin, tandis que le corps féminin est perçu comme une « variation » de ce dernier, plus ou moins mystérieuse ou compréhensible. L'histoire de la médecine en témoigne notamment dans la place et dans la présentation qu'elle a pu faire des

¹ Watts C, Zimmerman C. *Violence against women : global scope and magnitude* . Lancet 2002 ; 359 : 1232-1237.

² Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. *Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more ?* J Fam Pract 1999; 48: 439-443.

organes génitaux féminins et de leur rôle dans la reproduction humaine. Place qui a été tantôt dévalorisée, tantôt mise en exergue pour justifier la réduction des femmes à leur fonction reproductrice.

Les discriminations entre hommes et femmes sont ainsi parfois niées au nom de catégories supérieures – pensées à partir de l'expérience masculine marquée par une division historique des rôles. D'autres fois les différences biologiques sont mises en avant pour justifier l'infériorité supposée des femmes, ou une limitation à des fonctions, des caractéristiques ou des aptitudes spécifiques qui les prédestineraient à des activités ou des comportements particuliers. Dans cet ordre d'idées, on trouve des travaux qui cherchent à prouver que les circonvolutions du cerveau des femmes ou leurs hormones expliquent leurs comportements sociaux, ces derniers d'ailleurs ayant une valeur sociale moindre que ceux qui sont attribués « naturellement » aux hommes.

Face à ces courants de pensées toujours plus ou moins en vigueur, sont nés d'autres courants théoriques à la suite de Simone de Beauvoir, qui a marqué la pensée féministe française par son fameux « on ne naît pas femme, on le devient ». Le courant *universaliste* considère que la définition de l'individu ne peut être réduite à ses particularités biologiques. Rien ne justifie que la différence anatomique des sexes fonde une différence de rôle social, caractérisée de surcroît par une asymétrie hiérarchisée. Il permet de mettre en évidence les discriminations, non seulement en produisant des connaissances sur les femmes, mais aussi et surtout en déconstruisant les concepts qui masquent les inégalités et les perpétuent. L'invisibilité des femmes est ainsi organisée par exemple par l'assimilation du travail domestique non rémunéré à du non-travail. Ce courant s'oppose au courant dit *essentialiste* qui aspire à la reconnaissance d'une spécificité féminine inhérente à la capacité reproductive des femmes, mais une spécificité qui doit pouvoir se libérer des diktats de la domination masculine.

Dans les années soixante la société a évolué dans le sens de corriger ce qui dans la loi et les pratiques sociales cristallisait l'infériorité des femmes, le contrôle de leur sexualité et de leur fonction reproductrice, leur enfermement dans la sphère privée et le non accès aux biens et à l'exercice du pouvoir. La « neutralisation » de la loi, l'ouverture des enseignements aux femmes, la mixité, l'exercice du droit de vote, du droit de choisir, ont permis ainsi d'introduire progressivement une égalité de principe dans tous les espaces privés et publics. Ces ouvertures ont levé peu à peu des verrous et des obstacles concrets à l'égalité. Elles ont ouvert également aux hommes la possibilité théorique de s'investir davantage dans la sphère privée. Mais on a pu constater dans les dernières années qu'elles ne constituaient pas à elles seules un levier suffisant pour impulser activement l'évolution des pratiques sociales et des représentations.

L'analyse de genre, doit aujourd'hui éviter les écueils de deux extrêmes, qui seraient réducteurs pour l'analyse.

Reconnaître les différences entre hommes et femmes en refusant la domination masculine, la référence permanente aux valeurs masculines et donc la sous valorisation du corps et des activités féminines, ne doit pas conduire à revendiquer une spécificité « naturelle » des femmes en tant que telles, en raison de leur « sensibilité » ou de leur rôle particulier dans la reproduction humaine. Cette approche « essentialiste » naturalise les relations sociales, masque les relations de pouvoir, ainsi que ses enjeux culturels et sociaux, et conduit à inhiber les possibles évolutions.

Appliquée au domaine de la santé et des violences, elle conduirait à penser que si les victimes de violences domestiques sont presque exclusivement des femmes dans toutes les couches sociales, c'est parce que celles-ci seraient naturellement plus « naïves » ou confiantes et que les hommes tireraient de leur agressivité « naturelle » une propension à exercer le contrôle et la violence. Or tous les hommes qui ont un fonctionnement hormonal normal, ne frappent pas leur femme. Et l'existence de quelques cas, où les relations de pouvoir ont pu s'inverser, serait inexplicable. Des interprétations psychologiques de type « essentialiste » peuvent également conduire à penser que les femmes auraient une certaine propension au masochisme et que les hommes ont des besoins irrépressibles d'exercice du pouvoir ou de leur sexualité. Elles font peu de cas du poids de l'injonction sociale faite aux femmes qui les pousse encore à prendre en charge le bien-être et la santé des autres, ceux des enfants mais aussi de leurs conjoints et parents, et à leur donner la priorité sur leur propre santé et intégrité. Elles oublient aussi

que les hommes sont constamment mis au défi par leurs pairs de prouver leur valeur et leurs capacités sexuelles. Cependant seule une petite minorité d'entre eux utilise la violence pour ce faire.

La définition de la personne ne peut être réduite à ses particularités biologiques et c'est par une construction sociale et culturelle, susceptible de variations historiques que la différence anatomique des sexes a justifié une hiérarchie sociale et des représentations la justifiant.

Se profile parfois un autre excès : il conduit certaines à considérer que les discriminations structurelles ont disparu grâce à l'égalité juridique, l'accès à l'éducation, la contraception, c'est-à-dire qu'il ne dépendrait plus que des femmes elles-mêmes d'exercer individuellement ou collectivement leurs nouveaux droits et leurs libertés. Dans cette optique la dénonciation des discriminations persistantes ou la mise en œuvre d'actions « proactives » c'est-à-dire relevant du principe de « discrimination positive » risquerait d'enfermer les femmes dans une situation « victimisante ». Cette tendance sous-estime la persistance des processus encore à l'œuvre dans la société moderne : les représentations se recyclent constamment sans changer fondamentalement : la liberté sexuelle peut se faire au profit des stéréotypes, le développement de la compétitivité favorise la réaffirmation virile, des résistances s'organisent, de nouvelles discriminations ou tensions notamment raciales surgissent et se combinent avec les anciennes, l'individualisation croissante et la protection de la vie privée rendent difficile la mise en évidence de phénomènes comme les violences domestiques, alors que, justement, leur dénonciation devient socialement un peu plus légitime. Des discours contradictoires se croisent dans les médias et sur la scène publique, il n'est pas facile de discerner les mouvements de fonds qui sont à l'œuvre.

Les hommes et les femmes sont à la fois pris dans des rapports sociaux existants et acteurs de la reproduction/transformation des modalités de ces rapports. Les rapports sociaux se ré-élaborent à chaque génération dans les processus de socialisation et les interactions quotidiennes. Plusieurs générations sont probablement nécessaires pour modifier et démocratiser réellement une inégalité aussi profondément inscrite dans l'histoire de l'humanité.

A l'avenir il sera nécessaire d'étudier de façon critique la construction de la virilité, ses rituels, les mécanismes de conditionnement des garçons pour leur apprendre à exercer le pouvoir et la sexualité, à dissimuler leurs affects, à se distancer du « monde des femmes » et de tout ce qui s'y associe, à construire leur « supériorité », par rapport à leurs pairs et surtout par rapport aux femmes, comme constitutive de leur identité. Si le concept de « crime d'honneur » (l'honneur des hommes consistant à contrôler « leurs » femmes ou à les partager avec leurs pairs) semblait avoir disparu, il revient au galop : il se recycle au sein de bandes de quartiers, sous forme de viols collectifs, ou dans la version du « crime passionnel ».

La manière d'aborder les relations entre la santé et les violences en termes de « genre » permet donc d'expliquer plusieurs types de mécanismes et de les problématiser.

Elle montre :

- Pourquoi les violences masculines sont une manifestation persistante de domination des hommes sur les femmes et de reproduction de celle-ci dans la société moderne.
- Pourquoi elles s'exercent principalement dans la sphère privée, sans exclure les violences s'exerçant dans la sphère publique.
- Pourquoi certaines violences peuvent avoir comme but d'atteindre l'honneur d'hommes adversaires, à travers le corps de « leurs » femmes, comme dans le cas des viols de guerre.
- Pourquoi certains hommes qui n'ont pas une position sociale dominante, utilisent la violence dans la sphère privée pour rétablir leur image ou une forme de pouvoir et se trouver ainsi conformes au modèle social.
- Quelles sont les répercussions des violences sur le corps et sur la santé mentale des femmes, et donc pourquoi il faut les combattre au nom de l'égalité à atteindre mais également en raison du poids qu'elles ont sur le système de santé publique, par des actions multiples et d'envergure ?
- Quel est leur impact sur la santé des enfants des deux sexes et comment on peut observer des mécanismes de reproduction intergénérationnelle ?

- On peut ainsi identifier des violences qui sont destinées à « punir » ceux ou celles qui s'écartent du modèle hétérosexuel basé sur la domination masculine virile. En ce sens, les violences « homophobes » et « lesbophobes » faites à des hommes ou des femmes dont l'orientation sexuelle s'écarte du modèle dominant, doivent être prises en considération.
- Aborder la prostitution, en tant que marchandisation de la sexualité et du corps de femmes (majoritairement) et d'hommes qui s'inscrivent dans la même relation, fait partie des violences sexistes. Loin d'exprimer une liberté à disposer de son corps, elle relève des représentations qui permettent à des hommes d'acheter ou de louer des corps pour satisfaire leur propre sexualité.
- Analyser des pratiques de domination qui peuvent être exercées par des femmes quand elles croient de leur devoir d'imposer à leurs filles les normes qu'elles ont elles-mêmes subies : cas des mutilations sexuelles et autres « pratiques traditionnelles néfastes ».
- Ouvrir de nouvelles possibilités d'intervention qui s'attaquent à la source des problèmes, c'est-à-dire qui affrontent directement les systèmes de valeurs et les pratiques qui les mettent en œuvre : soit en agissant auprès des auteurs de violences, soit en engageant des actions de prévention auprès de jeunes des deux sexes.

II – Etat des lieux des données disponibles et stratégies développées

Les rapports de genre s'expriment par la division des rôles entre hommes et femmes, par les discriminations qui subsistent dans l'ombre de l'égalité juridique théorique, par la différenciation des espaces de liberté, par la hiérarchie existante entre les activités et les pratiques des deux sexes et autour des représentations qui justifient, consciemment ou inconsciemment, individuellement et collectivement, des mécanismes de domination à l'œuvre dans notre société.

Si, dans le cadre du plan Violence et Santé, une commission est dédiée à l'approche Genre et Violence, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une problématique transversale qu'on retrouve parmi les personnes âgées et personnes handicapées, aussi bien que sur les lieux de travail et parmi les jeunes. A ce titre, cette dimension est présente dans les rapports de certaines des autres commissions.

1 – Les données disponibles : l'enquête ENVEFF

La première enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) a été réalisée entre mars et juillet 2000, sur un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, à l'initiative du Secrétariat aux droits des femmes. Elle a été organisée à la suite de la tenue de la conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin en 1995 qui préconisait de « produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Coordonnée par l'Institut de démographie Paris I (Idup), elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs du CNRS, de l'INED, de l'Inserm et d'Universités. Les femmes, résidant en France métropolitaine et hors institutions, étaient interrogées par téléphone au sujet des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles subies au cours des douze derniers mois dans l'espace public, au travail, au sein du couple ou dans les relations avec la famille et les proches. L'enquête ENVEFF a permis de montrer l'ampleur de ce phénomène en France, de nommer et de compter les violences faites aux femmes.

La population étudiée est constituée par un échantillon représentatif de 6970 femmes, âgées de 20 à 59 ans révolus, résidant en France métropolitaine, dont les noms ont été tirés au sort ; la confidentialité de l'entretien a été assurée. Certaines femmes appartenant à des populations spécifiques (détenues, SDF, hospitalisées en long séjour, communautés religieuses...) ont échappé à cette enquête. En particulier les données sur les femmes migrantes qui subissent pourtant des violences spécifiques sont insuffisamment prises en compte car dans l'Enquête (ENVEFF) leurs effectifs n'étaient pas assez nombreux pour analyser les données selon leurs différentes origines. De plus, les plus précaires parmi les migrantes sont difficiles à identifier ou à interroger par téléphone.

L'enquête est conduite par voie téléphonique (méthode CATI). La réponse à chaque questionnaire a duré en moyenne 40 minutes. Les situations sont évaluées sur les 12 derniers mois, puis sur toute la vie.

Le module épidémiologique s'intéresse à l'état de santé des femmes : état de santé perçu, existence de maladies chroniques, de handicaps, recours aux soins (consultations, hospitalisations...), antécédents de traumatologie, de MST, hépatite, VIH (tests de dépistage), questions sur la santé mentale (confiance en soi, dépression, tentative de suicide...), consommation de médicaments, de tabac, d'alcool, de drogues, comportement sexuel, recours à une IVG...

Au cours des douze mois précédant l'enquête, 4% des femmes interrogées ont subi au moins un acte d'agression physique (coups, brutalités physiques, menace avec une arme).

Dans un espace public, qu'il s'agisse de la rue, des transports en commun et des lieux publics, tous âges confondus, près de 19% des femmes ont subi au moins une violence au cours des douze derniers mois : 13,3 % des femmes interrogées ont déclaré avoir fait l'objet d'agressions verbales (insultes, menaces), 5,2 % ont déclaré avoir été suivies dans leurs déplacements. Elles étaient près de 2 % à avoir fait l'objet d'agressions physiques, dont les auteurs étaient à 80% des hommes.

Parmi les femmes interrogées, 11% déclarent avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. Les agressions les plus fréquemment déclarées sont les tentatives de rapports forcés (5,7%), les attouchements (5,4%), les rapports forcés (2,7%). Si la majorité des femmes déclarent une seule agression sexuelle, un quart des femmes déclarent en avoir subi plusieurs.

Les femmes dont l'âge est inférieur à 25 ans sont les premières victimes de violence dans l'espace public. Au cours des douze derniers mois, elles déclarent un plus fort taux d'insultes que les femmes plus âgées (25% contre 13% en moyenne), un plus fort taux d'atteintes sexuelles (22% contre 8% en moyenne).

Cependant, c'est dans le huis clos familial que sont perpétrées le plus de violences de toutes natures : la violence de genre la plus fréquente est la violence intra conjugale.

Un des grands enseignements de l'enquête ENVEFF est que les femmes sont plus souvent en danger dans leur foyer que dans un espace public.

Tous les types de violence y sont retrouvés, qu'il s'agisse de violence physique, de violence sexuelle, de violence économique ou psychologique.

Une femme sur dix qui vit en couple subit une violence conjugale. Plus de 30 % des femmes qui ne vivent plus avec leurs partenaires déclarent entre 3 et 4 fois plus de violences que les autres. Cette enquête fait apparaître par ailleurs que la violence conjugale n'est pas le fait de milieux défavorisés. En effet, 10 % des femmes victimes de violences conjugales sont des cadres supérieurs, 1,2 % sont des femmes au foyer, 9 % sont des employées et 8,7 % sont des ouvrières.

Le récent constat réalisé par le Haut comité de la santé publique intitulé « violences et santé » rappelle que la famille constitue le lieu où la Loi intervient le moins et où s'observent les violences les plus fréquentes envers les femmes. En effet le noyau familial est le lieu où s'apprennent et se reproduisent les rapports sociaux de genre et la domination masculine. Quand celle-ci ne peut s'exprimer dans les actes de la vie sociale, elle cherche d'autant plus à se légitimer dans l'espace privé et s'y exerce avec davantage de force.

La violence conjugale se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. Comme ces actes sont commis à l'abri des regards extérieurs au couple, il est très difficile de les estimer. Les femmes qui en sont les victimes se taisent. Paradoxalement, pendant longtemps, les femmes victimes de violence ont été tenues comme principales responsables de leur sort. Puis durant la seconde moitié du XX siècle, sous l'effet conjoint de l'évolution de la société et des actions menées par les mouvements de femmes ont amené la reconnaissance juridique et politique de l'égalité des droits des hommes et des femmes.

La violence conjugale est une des manifestations de l'enjeu spécifique que constitue encore le contrôle du corps et de l'autonomie des femmes dans notre société occidentale moderne. Les violences conjugales illustrent la persistance de la croyance de certains hommes que les femmes leur appartiennent et doivent se soumettre nécessairement à leur volonté.

Les violences conjugales concernent, dans une proportion de plus de 90%, des femmes comme victimes et des hommes comme auteurs.

Un million et demi de femmes vivant en couple, entre 20 et 59 ans et donc en regard un million et demi de conjoints, de concubins ou d'anciens conjoints violents.

Elle sévit dans toutes les classes sociales presque dans la même proportion, quoique certains facteurs associés puissent apparaître, comme le chômage ou, d'un autre point de vue, les convictions religieuses qui conditionnent certaines représentations de la famille. L'instabilité professionnelle masculine a un impact notable sur les violences conjugales, elle se retrouve avec une grande fréquence (16%) parmi les chômeurs non indemnisés. Quant à l'alcoolisme du conjoint, recensé par 2% des femmes enquêtées, il multiplie par cinq les situations de violences globales et par dix les situations de violences très graves.

Si les publications sur le lien entre consommation d'alcool et violence sont rares en Europe, de nombreuses données quantitatives ont été enregistrées aux USA, mais les problèmes méthodologiques rendent la comparaison entre ces diverses études fort complexes.

En France, le ministère de la santé a programmé en 2005 la réalisation d'une étude ayant pour objet d'estimer les relations entre consommation/abus d'alcool et violences. Il s'agit de définir la fraction attribuable à l'alcool des crimes et délits avec actes de violence, en Ile-de-France, en relation avec les doses d'alcool consommées et les conditions de cette consommation.

Les résultats de l'enquête ENVEFF ont été publiés en décembre 2003. En termes de violences intra familiales ils donnent des informations précieuses.

- au cours des 12 derniers mois, l'indicateur global de violences conjugales concerne 10 % des femmes ;
- les violences conjugales se répartissent comme suit : 4,3 % d'insultes, 1,8 % de chantage affectif, 24,2 % de pressions psychologiques (dont 7,7 % d'harcèlement moral), 2,5 % d'agressions physiques, 0,9 % de viols et autres pratiques sexuelles imposées ;
- la fréquence des violences subies est homogène selon les catégories socioprofessionnelles ;
- les femmes immigrées (à l'exception des femmes italo ibériques) sont plus fréquemment en situation de violence conjugale. Chez les femmes musulmanes, les situations de cumuls de violence sont multipliés par 3.
- les violences conjugales sont liées à l'âge : les femmes les plus jeunes (20 / 24 ans) sont environ deux fois plus exposées que leurs aînées ;
- les personnes qui, enfants, ont supporté des sévices, ont 4 fois plus que les autres été victimes d'agressions sexuelles ou physiques dans leur couple au cours des 12 derniers mois ;
- la probabilité d'avoir été hospitalisée est significativement plus élevée lorsque les femmes ont subi des agressions ; elles sont plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes, leur appréciation de leur santé est moins bonne.

Le retentissement des violences physiques ou sexuelles sur la santé psychique des femmes a été mesuré dans le cadre de cette enquête. Il est important puisque 17 % des femmes ayant subi un épisode violent et 25 % de celles qui ont subi plusieurs épisodes violents ont un niveau de stress post traumatique élevé. Celui-ci est caractérisé par la survenue de cauchemars, de troubles anxieux et d'épisodes de panique. Ce taux est de 5% chez les femmes qui n'ont pas connu ce type d'événement.

Le taux de suicide semble aussi très lié à la survenue de violences. De 0,2% chez les femmes qui n'ont pas déclaré de violences, le taux passe à 3% pour les femmes ayant déclaré un épisode violent et à 5% pour les femmes qui en ont déclaré plusieurs.

Le niveau de consommation médicale est également différent. Les femmes victimes de violence consomment plus souvent et régulièrement des médicaments psychotropes : 30% lorsqu'elles déclarent plusieurs épisodes violents, 20% lorsqu'elles en déclarent un et 10 % lorsqu'elles n'en déclarent pas.

C'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences physiques, psychologiques et sexuelles ; tous les groupes sociaux sont exposés, les inégalités socio-économiques étant cependant des facteurs aggravants, notamment le chômage.

Le second enseignement de l'enquête ENVEFF est l'occultation des violences par les femmes qui les subissent. Mais lorsqu'elles en parlent, près d'une fois sur quatre, c'est au médecin qu'elles s'adressent.

Les résultats de cette enquête font apparaître que de nombreuses femmes ont parlé pour la première fois des violences qu'elles subissaient à l'occasion de l'enquête : les violences conjugales sont les plus cachées des violences. Ainsi plus des 2/3 des femmes contraintes par leur conjoint à des pratiques ou rapports sexuels forcés avaient gardé le silence et 39 % avaient caché des agressions physiques.

La violence conjugale se développe dans le cadre de cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. Pendant la phase d'escalade durant laquelle se produisent des agressions psychologiques et des violences verbales, la femme tente de maintenir l'équilibre de la situation et de maîtriser sa peur.

Cette première phase est suivie d'une explosion de la violence déclenchée à l'occasion d'une contrariété, pendant laquelle l'homme semble perdre tout contrôle sur lui-même. La femme est alors terrorisée, tente, soit de se défendre, soit de se mettre à l'abri. Même en l'absence de blessures physiques, la victime peut être en état de choc et est parfois amenée à consulter un médecin à ce stade.

S'installe ensuite une période de rémission durant laquelle le conjoint a tendance à regretter ce qu'il a fait ou dit, à minimiser les faits, à vouloir les justifier par des circonstances qui lui sont extérieures. Il essaie de se faire pardonner et promet de ne plus recommencer.

Les raisons pour lesquelles les femmes ne quittent pas leur compagnon violent sont de plusieurs types. Tout d'abord elles espèrent pouvoir changer le comportement de leur compagnon, en les aidant et en les soutenant. Elles souhaitent aussi préserver l'unité familiale, éviter une séparation qui éloignerait le père de ses enfants. Le manque de ressources économiques et les obstacles à une séparation peuvent leur sembler insurmontables. Elles peuvent également subir des menaces portant sur elles-mêmes, leurs enfants ou des membres de leur famille et ces menaces anéantissent tout espoir d'échapper à la situation. A tous ces motifs s'ajoutent souvent une méconnaissance de leurs droits ainsi que celle des lieux qui pourraient les accueillir.

**Le moment est venu pour la Société et ses représentants
de déclarer la violence conjugale illégitime.**

2 – Autres données disponibles

Plusieurs autres sources permettent de prendre en compte la réalité des violences conjugales, même s'il ne s'agit pas de données recueillies en routine. Elles ont pour caractéristiques d'être soit ponctuelles, soit de ne renseigner que sur telle ou telle partie de la problématique.

- **Provenant d'autres enquêtes**

La problématique « genre, violence et santé » n'est pas nourrie par le matériau statistique que produisent le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Justice. Ils publient chaque année des statistiques réalisées à partir des constats d'infractions relevées par la police et la gendarmerie ; elles ne donnent, jusqu'à maintenant, aucune indication sur les victimes.

Même si le terme de « violences » n'est pas défini dans les statistiques policières et judiciaires, les publications annuelles des ministères de l'Intérieur et de la Justice permettent un comptage de faits pouvant entrer dans cette catégorie. Ces faits sont tous des infractions à la loi qui ont pour caractéristique commune d'avoir mobilisé, d'une façon ou d'une autre, certains services de police, de gendarmerie ou de justice.

Une illustration de la nature des informations fournies par ce type de sources peut être trouvée dans les données que contient **l'Annuaire statistique de la justice**. Y sont enregistrés les flux concernant la justice civile, pénale ou administrative, l'exécution des peines, le fonctionnement de l'administration pénitentiaire, avec des informations spécifiques portant sur la justice des mineurs et l'aide juridictionnelle. Sur la plupart des faits enregistrés, sont indiqués le nombre des condamnations prononcées, leur nature, la nature des peines, le sexe des condamnés, leur âge et leur nationalité. Au total, peu de choses apparaissent sur les auteurs de violences, sur le contexte de celles-ci ainsi que sur les victimes.

Avec un tel outil, on dispose donc de statistiques qui, bien qu'indiquant le sexe des auteurs d'infractions, demeurent bien éloignées de la perspective d'analyse qui est celle du genre ; quant aux liens des violences

enregistrées avec la santé, ils sont ignorés. Ces deux caractéristiques (absence de la problématique du genre, absence d'intérêt pour la santé des victimes ou celle des auteurs) ne doivent évidemment pas étonner, puisque cet annuaire est avant tout un instrument de comptage conçu par et pour une administration qui cherche à connaître, d'année en année, l'évolution du volume et de la nature de son activité propre.

Des remarques à peu près similaires pourraient être formulées à propos du document intitulé « **état 4001** », que publie la direction de la Police judiciaire, au Ministère de l'Intérieur chaque mois de janvier. Cette source statistique institutionnelle enregistre les faits que comptabilisent les policiers et les gendarmes, à savoir les crimes et délits tels qu'ils sont portés à leur connaissance et consignés dans une procédure transmise à la justice. Et à ce premier enregistrement statistique, s'ajoute une nomenclature en 107 postes qui renseigne sur les mêmes faits, mais en apportant des informations légèrement différentes. Elle fournit notamment des données sur les personnes incriminées, dont on peut ainsi apprendre si elles sont majeures ou mineures, françaises ou étrangères, et à quelles suites judiciaires les ont exposées les infractions qu'elles ont commises.

En novembre 2003, l'observatoire national de la délinquance (OND) a été installé. Il est chargé en particulier, de recueillir les statistiques relatives à la délinquance auprès de l'ensemble des départements ministériels et des organismes publics et privés ayant à connaître directement ou indirectement les faits de délinquance. Il est également chargé d'exploiter les données recueillies et de les analyser.

L'OND a remis en février 2005 un rapport dans lequel il met l'accent sur la part importante prise par les mineurs dans le cadre de la délinquance. Il est nécessaire de rappeler que ne peuvent être comptabilisées dans cet outil statistique que les personnes qui ont été mises en cause à condition qu'elles aient été entendues par procès-verbal et que des indices attestent qu'elles ont commis ou tenté de commettre une ou plusieurs infractions.

Il souligne que, dans le cadre des violences sexuelles, une personne sur quatre est un mineur et que le nombre de mis en cause mineurs pour viols sur moins de 18 ans a augmenté de 67%, ce qui représente un accroissement de l'ordre de 500 individus. Selon l'OND, entre 1996 et 2003, « le phénomène est encore plus ample pour les harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre des mineurs : en sept ans, le nombre de mis en cause passe de 900 à 2 000 , ce qui correspond à une augmentation de 117% ».

A côté des limites constitutives de ces sources de données - limites qui font l'objet d'une réflexion déjà ancienne et d'une abondante littérature critique -, il apparaît donc impossible de se reposer sur les remontées d'informations organisées au sein des ministères de l'Intérieur et de la Justice pour chercher à nourrir la problématique « genre, violences et santé » par un matériau statistique ne serait-ce que partiel³.

• Provenant d'autres sources

La **Fédération nationale solidarité femmes** est soutenue financièrement par les services de la Direction générale de la santé pour exploiter des informations en provenance de son réseau de 54 associations sur leurs actions dans le domaine de la santé des femmes victimes de violences conjugales, et pour tirer des enseignements des appels téléphoniques reçus par la ligne téléphonique «Violence conjugale- femmes info service », notamment en ce qui concerne l'accueil des médecins et les certificats médicaux. Un dossier de synthèse est réalisé chaque année.

³ Pour avoir un aperçu rapide des méthodes de construction des chiffres de la police et de la justice, cf. par exemple :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, « Note relative à la méthodologie des statistiques des crimes et délits constatés par la police et la gendarmerie. Système statistique 4001 », mise à jour du 7 novembre 2002 sur le site du Ministère de l'Intérieur (www.interieur.gouv.fr).

➤ Alain SAGLIO, « La statistique Justice », *Courrier des statistiques*, n° 97, mars 2001, p. 3-17.

➤ Pour y voir plus clair sur les limites des « chiffres officiels » de la délinquance et leurs compléments nécessaires par les enquêtes de victimation, cf. par exemple :

➤ Bruno AUBUSSON, Nacer LALAM, René PADIEU, Philippe ZAMORA, « Les statistiques de la délinquance », *France, portrait social 2002/2003*, INSEE, 2002, p. 141-158.

➤ Philippe ROBERT, Renée ZAUBERMAN, Marie-Lys POTTIER, Hugues LAGRANGE, « Mesurer le crime. Entre statistiques de police et enquêtes de victimation (1985-1995) », *Revue française de sociologie*, XL-2, 1999, p. 255-294.

A titre illustratif, sur 109 757 appels reçus en 2003, 11 382 concernent les violences conjugales et confirment, s'il en était besoin, la typologie des partenaires violents (mari, ex-mari, concubin...) et les raisons évoquées (alcoolisme, jalousie, partenaire autoritaire, problèmes psychologiques, enfants...).

Depuis 1999, le nombre d'appels concernant les violences conjugales est supérieur à 10 000 chaque année. Pour environ la moitié des femmes, le téléphone constitue une première démarche. Les autres ont tenté un recours, auprès des médecins ou de la police ou les deux.

En 2002

- 30% des femmes étaient en possession d'un certificat médical au moment de leur appel, des jours d'ITT y figuraient dans 10% des appels.
- 13% avaient été en contact avec un service hospitalier généraliste ou un service médico-légal,
- 16% avait eu recours à un médecin (15% généraliste, 1% spécialiste).

En 2003

- 26% des femmes appelantes étaient en possession d'un certificat médical, avec des jours d'ITT dans 8% des appels.
- 13% avaient été en contact avec un service hospitalier généraliste ou un service de médecine légale
- 14% avait été en contact avec un médecin (13% généraliste, 1% spécialiste).

Cette baisse de pourcentage ne représente pas forcément une dégradation de la réponse médicale mais une augmentation des situations de demande d'information et de première prise de contacts.

En effet on constate une légère augmentation des appels provenant de tiers, famille ou entourage. Parfois ce sont les professionnels qui prennent contact avec cette ligne téléphonique lorsqu'ils sont confrontés à une situation à laquelle ils n'ont pas de réponse à apporter et face à laquelle ils sont en difficulté.

Les conséquences des violences rapportées en termes de santé physique et psychologique sont très variées. Sont citées le plus fréquemment : des tremblements ou de la tension permanente (61%), de la peur (65%), de la dépression, perte de l'estime de soi ou une « destruction psychologique (70%). Mais on signale également la contamination volontaire par le sida (6 cas en 2002, 3 cas en 2003) ou des fausses couches (37 cas en 2002, 42 en 2003), voire des invalidités (67 cas en 2002, 70 cas en 2003).

Ces informations constituent, à côté d'autres données et par leur reproduction d'année en année, des éléments d'informations précieux.

Une **étude rétrospective menée à l'institut médico-légal de Paris**⁴, de 1990 à 1999, a retrouvé 652 homicides commis sur des femmes. La moyenne d'âge des femmes décédées était de 45,5 ans. L'auteur de l'homicide était dans 31% des cas le mari, dans 20% des cas un partenaire. Dans 15% des cas seulement, la femme ne connaissait pas son agresseur. Dans cette étude rétrospective, les agresseurs étaient connus comme violents ou alcooliques chroniques. L'actualisation réalisée, au 31 décembre 2004⁵, comptabilise 253 homicides supplémentaires. Ce sont donc 905 femmes qui sont mortes, victimes d'homicide, entre 1990 et 2004.

Le déficit de données concerne également fortement les violences commises à l'encontre des personnes homosexuelles et très peu d'actes de violences de ce type sont recensés. En effet, les associations homosexuelles et des numéros de téléphone sont les seuls dépositaires des plaintes. En province les violences s'exercent sur des lieux de rencontre ou de drague. Les personnes ne portent pas plainte car elles doivent alors reconnaître leur homosexualité. En outre, l'attitude des policiers à leur encontre est souvent empreinte de moquerie. Concernant l'identité des agresseurs, il ne s'agirait pas de façon majoritaire de violences de couple, mais de violences exercées par des personnes qui cherchent à « punir » un comportement qu'ils estiment non-conforme à leurs propres représentations de la famille et de la sexualité. Quand à l'identité des victimes, on ne dispose pas d'informations différenciées par sexe, les violences à l'encontre des femmes homosexuelles étant encore plus cachées que celles à l'encontre des hommes gays.

⁴ Lecomte et coll., 2001, rapport « les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels »

⁵ Actualisation février 2005 : chiffres communiqués par Madame le Pr. Lecomte

Par ailleurs, toutes les grandes villes de province ont connu des meurtres homophobes. Aucune de ces affaires n'a été recensée comme telle.

Il n'existe pas d'enquêtes relatives aux homosexuels sur le croisement entre violence et santé. Il n'existe qu'une enquête coordonnée par l'Institut national de veille sanitaire, **l'enquête Presse Gay**. A l'origine, elle portait sur l'épidémie de Sida. La dernière enquête évoquait également la dépression, le suicide, qui sont fortement majorés en cas de rejet parental et d'agressions homophobes. Dans le cas du suicide, la victime et l'auteur de la violence sont une seule et même personne. En outre, dans ce cadre, les femmes sont plus dans la tentative et les hommes dans le passage à l'acte aboutissant à la mort. Le suicide est à la rencontre de tous les facteurs psycho sociaux rendant la souffrance intolérable.

La vulnérabilité suicidaire est corrélée à la baisse de l'estime de soi. Un rapport remis à la DGS comporte un chapitre dédié à l'homophobie. Il est construit à partir des constats faits par des acteurs de terrain, interrogés de façon aléatoire, sur les violences faites aux homosexuels ou aux populations considérées comme telles.

Les acteurs de terrain disposent de signaux. Tous les indicateurs en matière de santé sont présents, qu'il s'agisse notamment d'anorexie, d'auto mutilation, de toxicomanie. Selon des études américaines et canadiennes citées dans le livre *Homosexualités et Suicide*⁶, des études américaines et canadiennes menées à grande échelle rapportent que la vulnérabilité suicidaire est 4 à 7 fois plus importante chez les garçons. Ne considérer qu'une population homosexuelle adulte restreint le sujet. En effet, 25 % des garçons accueillis pour suicide évoquent leur homosexualité pour la première fois après la tentative.

Les travaux relatifs à la masculinité sont encore peu nombreux en France.

Citons parmi ceux ci les travaux de Germain Dulac

Le recensement des principaux travaux statistiques permettant, ne serait-ce qu'indirectement ou partiellement, de fournir de la connaissance sur les liens entre genre, violences et santé fait apparaître que :

1 - Il existe en France des sources d'information multiples sur les violences, mais qui ne réservent souvent qu'une petite - voire aucune - part aux liens que les violences entretiennent avec l'état de santé des personnes et/ou qui ne se placent pas dans l'optique du genre (ex. : recueil de données par des sources policières et judiciaires).

2 - De même, il existe un recueil d'informations nombreuses et régulières sur la santé des Français (ex. : l'enquête santé décennale, réalisée par l'Insee et dont la dernière édition date de l'automne 2003), mais la perspective qu'adoptent les enquêtes réalisées en la matière n'est que de façon très marginale préoccupée par les violences et la problématique du genre.

3 - Enfin, la production statistique française n'est pas impliquée dans le développement d'une information construite en termes de genre. Bien souvent, les données sont sexuées, mais le parti pris théorique consistant à analyser comme un processus social toujours renouvelé, central en matière d'organisation sociale globale, les relations entre hommes et femmes d'une part, entre hommes d'autre part ou bien entre femmes, enfin, n'est pas adopté. Par conséquent, même lorsqu'il est question d'au moins un autre des deux sujets qui nous préoccupent ici (violence et santé), la dimension du genre ne peut être que peu ou pas traitée par la voie statistique (ex. : partie variable de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, réitérée en janvier de façon périodique par l'Insee, et portant sur les victimations subies).

⁶ Homosexualités et suicide, Eric Verdier et Jean Marie Firdion, H&O 2003.

- **Autres sources d'informations, déjà disponibles ou à venir, permettant de disposer de quelques réponses sur la problématique « genre, violences et santé »**

- **L'enquête « Événements de vie et santé » (ex-« Violences et santé ») de la DREES.**

La collecte des données de cette enquête sera effectuée par les enquêteurs de l'Insee en novembre-décembre 2005, auprès d'environ 11 000 répondants âgés de 18 à 75 ans.

Le questionnaire de cette enquête se compose de sept parties distinctes comportant un tableau de composition du ménage, un ensemble de questions relatives à divers aspects de la santé (état de santé perçu, tant physique que fonctionnel, émotionnel ou social), les maladies, limitations, problèmes de santé, passés et présents ; les accidents au cours de la vie ; les événements de santé survenus dans les 12 derniers mois avec repérage possible d'événements de santé résultant directement de violences subies (traumatologie).

Le questionnaire comportera ensuite un module biographique, un module « Violences subies au cours des 24 derniers mois » et un autre axé sur les « Violences subies au cours de la vie entière ». Il comportera enfin un module composé de deux questions permettant, si nécessaire, à la personne enquêtée de s'exprimer sur ce qui a contribué à l'aider au cours des épreuves qu'elle a pu affronter et un questionnaire auto-administré par ordinateur est enfin prévu à l'issue du face-à-face, pour garantir une meilleure confidentialité des réponses (tant à propos de pratiques délictueuses que de sujets dont les normes sociales rendent l'exposé difficile face à l'enquêteur): l'enquêté(e) répondra à des questions portant sur ses comportements et orientations sexuels, sur sa consommation de boissons alcoolisées et de drogues illicites.

Si le principal angle d'attaque de cette enquête n'est pas la question du genre, elle permettra toutefois des exploitations allant dans le sens d'une étude des liens entre genre, violences et santé.

Elle se propose de recueillir les liens existant entre les violences subies (au cours des 24 derniers mois mais aussi en amont de cette période) et, dans une moindre mesure, agies, d'un côté, et l'état de santé des personnes, de l'autre. Ce recueil de données centré à la fois sur les violences et la santé est orienté dans une perspective biographique. Une grande partie du questionnaire vise en effet à recenser les difficultés qui, au cours de la vie de l'individu, ont pu constituer, sinon directement des violences au sens où elles sont définies dans l'enquête, du moins des facteurs aggravants, un contexte défavorable aux effets possibles des violences subies.

Plus précisément, on peut attendre de cette enquête qu'elle permette de repérer des corrélations importantes entre certains types de violences et certains aspects de la santé (physique, mentale ou sociale). La causalité directe entre violences et santé (dans les deux sens, d'ailleurs) n'est en tant que telle accessible qu'à des investigations qualitatives, qui seraient du ressort de la médecine ou de la psychologie, par exemple. Mais la mise en évidence de liens statistiques entre violences, santé et informations détaillées sur le parcours biographique (famille et proches surtout, mais aussi vie professionnelle et conditions de vie matérielles) va dans le sens d'une mise en contexte fournie des données déclarées dans les deux domaines de la violence et de la santé.

C'est ce choix, qui consiste à faire l'hypothèse que la biographie offre une caisse de résonance plus ou moins amplificatrice aux liens entre violence et santé, qui permet d'envisager des exploitations de cette enquête dans la perspective du genre (parmi d'autres axes d'analyse possibles) : non seulement les données seront évidemment sexuées (sexe de l'enquêté relevé parmi d'autres caractéristiques socio-démographiques), mais les éléments de la biographie fourniront également de nombreux renseignements sur l'organisation sexuée des rôles, sur la nature des rapports avec l'entourage (le plus souvent sexué, aussi), ou encore sur le sexe des auteurs de violences dont l'enquêté déclare avoir été victime. C'est en ce sens, par le recueil d'éléments de contexte autour des comportements sexuels (et en particulier vis-à-vis du VIH), que cette enquête peut être considérée comme ayant trait au genre.

- **ACSF 1992 (Analyse du comportement sexuel des Français) et CSF 2005 (Contexte de la sexualité en France)**

L'enquête sur les comportements sexuels en France réalisée par téléphone en 1992 auprès de 20 000 personnes, bien que n'ayant pas explicitement développé une perspective de genre, a donné lieu à des analyses relevant de cette perspective théorique. Ces analyses portent sur l'activité sexuelle des individus et sur la gestion du risque.

La nouvelle enquête sur le contexte social de la sexualité en France, qui sera conduite également par téléphone auprès de 12 000 personnes en 2005, développe quant à elle de manière approfondie une analyse dans une perspective de rapports sociaux de sexe. Les modifications des conditions d'existence des femmes dans les dernières décennies ont fortement augmenté leur autonomie vis-à-vis des hommes, mais rien ne garantit que les rapports entre les sexes aient été profondément transformés.

Si le principal angle d'attaque de cette enquête n'est pas la question du genre, elle permettra toutefois des exploitations allant dans le sens d'une étude des liens entre genre, violences et santé.

Elle se propose de recueillir les liens existant entre les violences subies (au cours des 24 derniers mois mais aussi en amont de cette période) et, dans une moindre mesure, agies, d'un côté, et l'état de santé des personnes, de l'autre. Ce recueil de données centré à la fois sur les violences et la santé est orienté dans une perspective biographique. Une grande partie du questionnaire vise en effet à recenser les difficultés qui, au cours de la vie de l'individu, ont pu constituer, sinon directement des violences au sens où elles sont définies dans l'enquête, du moins des facteurs aggravants, un contexte défavorable aux effets possibles des violences subies.

Pus précisément, on peut attendre de cette enquête qu'elle permette de repérer des corrélations importantes entre certains types de violences et certains aspects de la santé (physique, mentale ou sociale). La causalité directe entre violences et santé (dans les deux sens, d'ailleurs) n'est en tant que telle accessible qu'à des investigations qualitatives, qui seraient du ressort de la médecine ou de la psychologie, par exemple. Mais la mise en évidence de liens statistiques entre violences, santé et informations détaillées sur le parcours biographique (famille et proches surtout, mais aussi vie professionnelle et conditions de vie matérielles) va dans le sens d'une mise en contexte fournie des données déclarées dans les deux domaines de la violence et de la santé.

C'est ce choix, qui consiste à faire l'hypothèse que la biographie offre une caisse de résonance plus ou moins amplificatrice aux liens entre violence et santé, qui permet d'envisager des exploitations de cette enquête dans la perspective du genre (parmi d'autres axes d'analyse possibles) : non seulement les données seront évidemment sexuées (sexe de l'enquêté relevé parmi d'autres caractéristiques socio-démographiques), mais les éléments de la biographie fourniront également de nombreux renseignements sur l'organisation sexuée des rôles, sur la nature des rapports avec l'entourage (le plus souvent sexué, aussi), ou encore sur le sexe des auteurs de violences dont l'enquêté déclare avoir été victime.

- **L'enquête réalisée auprès de la presse gaie depuis 1985**

A l'initiative prise par Michael Pollak, a fait suite de façon répétée, à partir de 1985, une enquête conduite dans la presse gaie diffusée en France. Le questionnaire auto-administré de quatre pages inséré jusqu'en 1992 dans *Gai Pied Hebdo*, a ensuite été proposé dans six revues homosexuelles, lors de la disparition de la première. Cette enquête qui a reçu 1000 répondants en 1985 lors de sa première édition, en a totalisé 3300 en 1993 et plus de 5000 en 2000, ce qui peut donner un ordre de grandeur de son étendue. S'il demeure difficile d'en apprécier précisément la représentativité, elle permet d'apporter d'utiles conclusions sur l'évolution des pratiques liées au développement du sida, notamment en comparant des sous-groupes de la population concernée, et en apportant des éclairages dont les décisions en matière de santé publique pouvaient autrement difficilement disposer⁷.

⁷ Marie-Ange SCHILTZ, Philippe ADAM, *Les homosexuels face au sida : enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH*, Centre d'analyse et de mathématiques sociales (CAMS)-Centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales (CERMES), Rapport à l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), septembre 1995, 127 p. (40 p d'annexes).

Michael BOCHOW, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Alice MICHEL, Marie-Ange SCHILTZ, "Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000)", p. 35-54,

Il en découle que la dimension de la santé est éminemment présente dans cette enquête, et ce dans une perspective bien particulière : celle d'une amélioration de la connaissance des attitudes et comportements de la population homosexuelle et bisexuelle face au risque du sida (perception de la maladie par rapport à soi et en tant que problème social, pratiques sexuelles et *safer sex*, modes de vie socio-sexuels notamment), dans une évidente visée préventive.

Dans cette enquête, il n'est pas question de « violences » à proprement parler, en tout cas pas directement, mais il est possible de repérer des informations qui ne sont pas sans rapport avec le registre des violences psychologiques. Par exemple, les répondants sont interrogés sur la question de savoir qui, dans leur entourage, connaît, accepte, rejette... leur homosexualité. Ils peuvent également exprimer leur opinion sur leur possible souhait de voir se développer des mesures « *concernant la situation sociale des homosexuels* » (mesures de lutte contre les discriminations dont les homosexuels peuvent faire l'objet dans leur vie professionnelle, problème de la garde des enfants après un divorce, adoption d'enfants...). Eux-mêmes, d'ailleurs, sont appelés à se prononcer implicitement sur leur degré de tolérance vis-à-vis de personnes atteintes du VIH. C'est par exemple le cas lorsqu'ils doivent se dire d'accord ou non avec l'affirmation selon laquelle « *on peut comprendre que les employeurs refusent l'embauche des séropositifs* », ou lorsqu'ils peuvent suggérer qu'« *isoler les séropositifs* » ou « *fermer les frontières* » seraient des dispositifs que le ministère de la Santé devrait mettre en place.

En matière de genre, même si rien n'est construit de manière systématique et explicite, on peut trouver des données en étroit rapport avec les rapports sociaux de sexe. Les questions évoquées dans le paragraphe précédent, en particulier, renvoient au moins pour partie à des questions de pouvoir et d'interaction entre hommes et entre hommes et femmes. Au-delà, ce qui permet de placer cette enquête dans un registre où le genre a sa place, même si cela n'est pas toujours de façon directe et constante, c'est la nature du parti pris de recherche qui a été initialement définie par Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz : rompant avec toute perspective (encouragée par les thèmes de « cancer gai » et de « groupe à risque » qui ont pu avoir cours dans les premiers débats autour de la diffusion du sida) qui aurait traité l'homosexualité comme une maladie, les auteurs ont orienté le questionnaire de cette enquête périodique vers une connaissance des modes de vie transformés. Une des hypothèses centrales de la recherche est que *les rapports sociaux de sexe (ou rapports de genre), c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui construisent une différence de pouvoir entre hommes et femmes et structurent l'interaction entre eux, contribuent à fixer le style d'interaction sexuelle et le contexte de gestion du risque et de la prévention*. Il importe donc de recueillir des indicateurs permettant d'évaluer les différences de pouvoir entre partenaires.

Les analyses permettront de rendre compte des représentations et des pratiques sexuelles et préventives, ainsi que des violences sexuelles subies au regard des rapports sociaux de sexe.

3 – Stratégies déjà développées

- **Accueil et prise en charge des victimes**

L'accueil et la prise en charge des victimes sont assurés par les services d'urgence des établissements de santé. Dans le cadre de son exercice, tout praticien, libéral ou hospitalier, peut être amené à examiner en urgence une victime. Cependant des dispositifs dédiés ont vu le jour pour répondre à des besoins particuliers.

Christophe BROQUA, France LERT, Yves SOUTEYRAND (dir.), *Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires*, ANRS, Paris, octobre 2003.
En particulier, Marie-Ange Schiltz précise les problèmes épistémologiques liés à la méthode de cette enquête dans : Marie-Ange SCHILTZ, « *Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie* », *Population*, n° 6, novembre-décembre 1997, p. 1485-1537.

a) Des Unités médico-judiciaires

Dans un certain nombre d'établissements publics de santé, des Unités Médico-judiciaires (UMJ) ont été mises en place. Elles sont un outil à disposition de la justice. Leur création est prévue par la circulaire DH/AF1/98 du 27 février 1998. Il en existe environ une cinquantaine sur l'ensemble du territoire français (DOM compris).

Ces unités, dont le financement relève du ministère de la justice, dispensent 24h/24 et sur réquisition d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire les actes médico-judiciaires nécessaires aux enquêtes judiciaires ; Ces unités ont donc pour vocation d'accueillir, d'examiner et d'effectuer les prélèvements médico-légaux nécessaires à toutes les victimes adressées sur réquisition par les autorités judiciaires afin d'établir des constats de coups et blessures et de fixer une ITT (incapacité totale de travail).

Elles effectuent également les examens médico-judiciaires des personnes placées en garde à vue, prévus par l'article 63-3 du code de procédure pénale.

Leur mission consiste à répondre aux seuls besoins de la justice et non de remplir une mission de soins telle que définie par le code de santé publique en son article 6111-2. Actuellement, les actes médico-légaux réalisés sur réquisitions des autorités judiciaires sont pris en charge par le ministère de la justice sur la base de la tarification fixée par le code de procédure pénale. Le coût de fonctionnement de ces unités ne peut pas être pris en charge par l'assurance maladie.

b) Des pôles de référence relatifs à l'accueil des victimes de violences sexuelles

en milieu hospitalier ont été créés par la circulaire DGS/DH n° 97/380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. La circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 étend la prise en charge de la circulaire sus citée aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance.

Ces circulaires organisent la prise en charge en urgence des victimes en établissement hospitalier, que ce soit dans un service d'accueil en urgence (SAU), de gynécologie obstétrique, de pédiatrie. Elles précisent les finalités de l'accueil en urgence des victimes d'agressions sexuelles, les modalités de prise en charge et le suivi de ces victimes.

Elles précisent en outre que sont identifiés des pôles de référence régionaux qui assurent les mêmes missions que tout centre hospitalier et qui de surcroît sont chargés d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé qui ont recours à eux et d'assurer la formation et l'information des professionnels de santé libéraux et institutionnels impliqués dans la prise en charge des victimes.

Dans 26 régions (métropole et DOM), 48 pôles régionaux ont été identifiés répartis notamment en médecine légale/UMJ, en service de gynécologie obstétrique, en service de pédiatrie). Il n'existe pas d'évaluation du fonctionnement de ces pôles en matière de prise en charge des victimes adultes. Seule une enquête relative à l'accueil des mineurs victimes de violences sexuelles a été réalisée en avril 2004 : 19 pôles de référence ont répondu et l'évaluation faisait état de 358 cas de violences physiques, 36 cas relevant des cruautés mentales, 942 cas relevant d'abus sexuels et 266 relevant de négligences lourdes.

• **Sensibilisation des professionnels de santé**

En septembre 2000, Monsieur le Professeur Henrion est chargé, par Madame la Secrétaire d'Etat à la santé et aux personnes handicapées, de réunir un groupe d'experts dans le triple objectif de recenser les données existantes sur les violences faites aux femmes, d'évaluer l'impact des violences sur la santé physique et mentale des femmes victimes et de présenter des propositions susceptibles d'améliorer l'information et la formation du corps médical sur le repérage des situations de violence. Les conclusions de ce groupe de travail ont donné lieu à la publication **d'un rapport intitulé « les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé ⁸ »**.

⁸ Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé, La documentation française, 2001

Au titre des recommandations figure la sensibilisation des médecins et des professionnels de santé. Le rapport a été initialement diffusé à 2 000 exemplaires et que la diffusion est toujours possible. Des fiches techniques ont été mises en ligne sur le site Internet du ministère de la santé⁹ : elles concernent le contexte des violences, le dépistage, les signes d'alerte, l'évaluation, le dossier médical et le certificat médical, l'orientation de la personne victime de violence et un rappel de la législation.

Par ailleurs, de nombreuses brochures destinées à informer les praticiens et les professionnels amenés à prendre en charge les victimes de violence ont été diffusées.

Le praticien face aux violences sexuelles est un guide destiné aux médecins, quel que soit leur mode d'exercice qui décrit les modalités d'accueil, d'examen médical, de traitement et de suivi des personnes victimes. Il prend en compte le rôle d'information et de conseil du médecin. Ce guide propose un protocole de prise en charge médicale des personnes (enfants, femmes, hommes) victimes de violences sexuelles. Il comporte en outre des modèles de certificats mis à disposition des médecins pour les aider dans leurs démarches.

En outre le ministère de la santé entretient sur ce dossier des contacts étroits avec l'Académie de Médecine qui a notamment organisé des journées techniques sur les violences conjugales en 2004.

▪ **Site Internet SIVIC et Institut de l'humanitaire (www.sivic.org)**

Ce site a été créé par l'Institut de l'Humanitaire en 2000, dans le cadre d'un projet Daphné financé par la Commission Européenne et cofinancé par la DGS. Il s'adresse principalement aux professionnels de santé et a pour objectifs de fournir des informations sur la violence conjugale, ses impacts sur la santé des victimes et de leurs enfants.

Il propose par ailleurs des recommandations pratiques sur la prise en charge des victimes, par le secteur de la santé et dans le cadre de réseaux pluri-disciplinaires. Outil d'information, il fournit également aux professionnels des documents téléchargeables : certificat médical, dossier médical, bibliographie médicale et cas cliniques. Ce site est animé par l'Institut de l'Humanitaire depuis sa création et s'avère être un outil de sensibilisation utile.

Il serait intéressant de pouvoir le développer, notamment en l'ouvrant à toutes les violences de genre, afin qu'il soit un "terrain" d'échanges d'informations et de pratiques entre les différents acteurs de terrain, les institutions associatives et publiques et les chercheurs.

Enfin, ce site s'avère également consulté par des "non-professionnels" et il serait intéressant d'y inclure des informations s'adressant directement aux victimes, concernant leur santé et les éléments utiles de prise en charge médicale, psychologique et sociale.

Dans les suites du rapport remis par M. Henrion, à travers le réseau Fédération nationale Solidarité Femmes, une quinzaine d'associations ont fait état d'actions spécifiques réalisées dans le domaine de la santé : des rapprochements ayant permis d'élaborer des protocoles avec le secteur hospitalier pour améliorer l'accueil des victimes (Marseille et Grenoble), des rencontres avec les médecins de leur secteur (séminaires dans le Maine et Loire), des actions de sensibilisation massive (kits distribués à 2000 médecins en Loire Atlantique), ou des actions réalisées en interne en direction des femmes hébergées ou accompagnées (Sénart et Toulouse). Leurs actions ont été recensées et elles se réunissent régulièrement pour mutualiser leurs ressources. Il s'agit des associations de Dijon, Toulouse (Apiaf et Olympes de Gouges), Saint-Denis de La Réunion, Troyes, Angers, Grenoble, Nantes, Marseille, Sénart, Nice, Villeneuve-sur-Iot, Massy, Dunkerque, Besançon. Des fiches d'actions sont en élaboration. Des échanges continuent également avec l'Institut de l'Humanitaire autour des outils à diffuser, ainsi qu'avec des organismes de formation ou des associations professionnelles du secteur médical. La FNSF a participé en 2004 à deux séminaires professionnels et réalisé des formations à des médecins et

⁹ www.sante.gouv.fr

personnel soignant des hôpitaux de Paris. Elle continue à appliquer les questionnaires du réseau sentinelle « sivic-vigil » à partir d'entretiens du service téléphonique.

- **Le site Internet du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille**

Trois dossiers distincts ont été mis en ligne depuis 2002. Ils sont destinés à améliorer l'information des praticiens amenés à prendre en charge des femmes victimes de violences conjugales, des personnes victimes de violences conjugales, le troisième ayant trait à la prise en charge des personnes victimes d'accidents collectifs ou d'attentats.

Le rôle des professionnels de santé est présenté dans le cadre de l'accueil des victimes, le dépistage des violences, l'évaluation de la gravité de l'état de santé, la constitution du dossier médical, l'information et l'orientation de la patiente.

Le guide « le praticien face aux violences sexuelles : le rôle des professionnels de santé » est également mis en ligne et accessible sur le site.

- **Approches institutionnelles**

Les commissions départementales d'action contre la violence faite aux femmes ont été créées en 1989¹⁰. Ces commissions ont vu leurs missions réaffirmées et renforcées par les circulaires du 8 mars 1999¹¹ et du 9 mai 2001¹² qui a prévu leur généralisation sur tout le territoire. Ces commissions, instances de réflexion, de propositions et d'évaluation placées auprès des préfets, représentent un lieu stratégique essentiel au niveau local pour la coordination du partenariat entre les acteurs institutionnels, le secteur associatif, les élus et les professionnels. Une évaluation de leur activité a été menée en janvier 2004 par le Service des droits des femmes et de l'égalité.

Le champ couvert par ces commissions recouvrent les problématiques des violences conjugales, de viols et d'agressions sexuelles, de violences au travail, de mutilations sexuelles, des mariages forcés et de la prostitution. Certaines de ces commissions ont mis l'accent sur le traitement judiciaire des situations de violence, d'autres sur l'amélioration de l'accueil des victimes dans les commissariats, d'autres enfin sur la prise en charge hospitalières des victimes.

- **Commission nationale contre les violences faites aux femmes**

Créée par décret du 21 décembre 2001, cette Commission traduit, au plan national, le partenariat développé localement par les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

Présidée par la ministre de la parité et de l'égalité professionnelle, cette instance regroupe les représentants de onze ministères, dont celui en, dont le secrétariat est assuré par le service des droits des femmes et de l'égalité, peut former des sous-commissions et s'associer le concours d'experts.

Cette instance a pour principales missions d'organiser la concertation des services de l'État avec les partenaires concernés en matière de prévention des violences, de prise en charge et de suivi des femmes victimes de violences, de prostitution et de traite aux fins d'exploitation sexuelle ainsi que dans le domaine de la formation des professionnels ; de recueillir des données et de produire des études sur la situation de ces femmes ; d'émettre des recommandations et propositions d'ordre législatif ou réglementaire ; d'animer le réseau des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

¹⁰ circulaire de la secrétaire d'Etat chargée des droits des femmes n°004 du 12 octobre 1989 relative à la mise en place des commissions départementales « Femmes victimes de violence »

¹¹ circulaire interministérielle (MES/SDFE) n°99-0014 du 8 mars 1999 relative à la lutte contre les violences à l'encontre des femmes au sein du couple

¹² circulaire n°SEDFE/2001/210 du 9 mai 2001 relative à la mise en place au niveau local du plan d'action triennal contre les violences envers les femmes

Les premiers travaux de la Commission ont porté sur la prostitution. Son rapport intitulé "Le système de la prostitution : une violence à l'encontre des femmes" a été présenté à ses membres le 5 mars 2002.

Le 25 novembre 2004 a été annoncé un plan d'action global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes, adopté la veille en Conseil des ministres, intitulé « 10 mesures pour l'autonomie des femmes ». Ce plan a été constitué sur le constat que, malgré les efforts déjà consentis, la France est en retard en ce qui concerne les réponses apportées à la lutte contre les violences faites aux femmes.

Il doit favoriser l'accompagnement des femmes victimes de violences dans leur parcours et renforcer la cohérence des partenariats sur le terrain. Les mesures sont majoritairement axées sur l'hébergement, l'octroi rapide des aides financières, l'accompagnement professionnel, le développement de l'accès des femmes à la justice et le renforcement de leur protection face à l'auteur des violences, le meilleur repérage, par les professionnels de santé, des situations de violences, la mise en place sur trois sites expérimentaux, à partir d'une unité médico-judiciaire, d'un réseau « violences et santé » associant les professionnels impliqués, le renforcement du soutien financier apporté aux associations, une campagne de communication autour du slogan « Stop Violence. Agir, c'est le dire. », l'évaluation statistique du coût de la violence, la prévention dès l'école, et le soutien des actions contre les violences menées au plan européen et international. La mise en œuvre de ce plan, qui fait l'objet d'un suivi attentif, nécessite en particulier des modifications d'ordre législatif, réglementaire, la signature de conventions, le développement de la mise en réseau des professionnels, associations et institutions concernés, l'édition de brochures didactiques.

Une **Charte de l'égalité** a été remise au Premier Ministre le 8 mars 2004 par la Ministre de la Parité et de l'Égalité professionnelle. L'un de ses cinq axes a trait au respect de la dignité de la personne et comporte en particulier un chapitre relatif à la lutte contre les violences à l'encontre des femmes, un autre à la traite et à la prostitution et un autre aux femmes issues de l'immigration.

Plusieurs actions sont ainsi préconisées à la fois pour lutter contre les violences conjugales, contre les mutilations sexuelles et contre l'exploitation de la prostitution et de la traite des êtres humains et pour mieux accompagner les victimes.

Citons enfin parmi ces initiatives, celle du département de Seine Saint Denis qui a lancé en septembre 2004, une campagne de sensibilisation sur la violence faites aux femmes à caractère départemental organisée dans 7 villes. Pour la première fois elle s'adressait aux hommes et était articulée autour de 4 messages qui étaient « si tu es un homme, tu ne lui parles pas comme ça », « je suis un homme, je ne la frapperai jamais », « moi je ne frappe pas, j'aime » et « être un mâle c'est pas faire mal ».

▪ **Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles**

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs est entrée en vigueur en mars 2001. Elle instaure un suivi socio-judiciaire novateur dans lequel s'inscrit éventuellement une injonction de soins. Le principe de cette dernière découle de l'hypothèse que l'infraction trouve son origine dans un contexte psychopathologique spécifique qui peut être traité par des soins spécialisés afin d'éviter la récurrence. S'il est simple, sa mise en œuvre est cependant mise à mal par l'articulation d'intervenants professionnels de champs distincts (santé, justice, social) et par la complexité de la clinique.

Sur le plan clinique, en effet, une même agression peut être la conséquence de différents troubles mentaux. Un agresseur peut également présenter plusieurs troubles mentaux. En outre, une injonction de soins peut ne pas être indiquée si l'auteur n'est pas consentant. Enfin, il faut accepter que les résultats puissent être modestes.

La loi prévoit l'intervention de trois acteurs de santé médecins :

- *l'expert psychiatre*
- *le médecin traitant (référént d'une équipe de psychiatrie pluridisciplinaire)*
- *et le médecin coordonnateur (interface entre santé et justice)*

Ces trois médecins sont confrontés à une problématique clinique récente, dans sa connaissance et dans son ampleur, encore peu connue des professionnels de psychiatrie, dont la répartition sur le territoire national est très

inégal et dont le nombre, pour les psychiatres, va diminuer à terme ce qui a des conséquences sur la prise en charge des personnes condamnées et l'application de la loi.

Le Ministère de la santé a donc décidé de développer dès les années 90, une politique de santé basée sur le développement des connaissances cliniques et la formation des professionnels, doublée d'une réflexion sur l'offre sanitaire. Ainsi, un état des lieux des approches cliniques et thérapeutiques dans le monde occidental a été réalisé en 1995. La recherche s'est développée aux niveaux national et international. Une politique de formation et d'information des professionnels de santé a été mise en œuvre notamment par le biais de la première conférence de consensus clinique sur la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle organisée par la Fédération Française de Psychiatrie en 2001¹³. A son issue, un programme de formation national a été lancé. Une deuxième conférence de consensus sur les victimes s'est tenue en 2003¹⁴.

Parmi les actions en cours, citons :

- *la préparation d'une troisième conférence de consensus sur le thème de l'expertise à l'horizon 2006 ;*
- *le programme de formation des pédopsychiatres sur l'expertise des mineurs auteurs ;*
- *ou l'intégration des formations nationales dans les cursus de formation classiques des médecins ;*
- *Des études sont par ailleurs en cours notamment sur les anti-androgènes dans le traitement des pédophiles extra-familiaux .*

La difficile application de la loi provient par ailleurs de la différence de culture entre les milieux de la santé et de la justice, obstacle à l'articulation des professionnels et dont peuvent jouer les auteurs d'agressions sexuelle. Les ministères concernés ont donc mis en place une série de travaux, notamment un programme de travail sur les thématiques de l'expertise pénale et des soins pénalement ordonnés, des mineurs auteurs, de la prévention, et des référentiels et formations professionnels.

Le Ministère de la Santé prévoit de poursuivre les travaux engagés avec la justice - notamment l'élaboration de guides méthodologiques - et sa politique basée sur l'évolution clinique et thérapeutique, la formation et la recherche. Il a de plus programmé l'adaptation de l'offre sanitaire par le développement de centres ressources articulés à des réseaux, inscrits dans le plan de santé mentale annoncé en février 2005.

4 – Expériences étrangères

Compte tenu des données disponibles dans un certain nombre de pays, la commission a décidé d'étudier plus précisément :

- *la situation de l'Union Européenne qui a mis en place le programme DAPHNE,*
- *la situation d'un pays européen dans lequel la prise en compte de la violence a récemment évolué, l'Espagne*
- *et enfin celle d'un pays qui apparaît comme un modèle d'approche de santé publique, le Québec.*

• Union européenne

L'initiative DAPHNE, lancée en 1997, est une des actions engagées par la Commission européenne face à la préoccupation croissante suscitée par la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes en Europe. Devant son succès, la Commission européenne a approuvé et lancé en 2000 un programme DAPHNE quadriennal (2000-2003), lequel se poursuit avec le programme DAPHNE II, désormais quinquennal (2004-2008). Il est doté d'un budget total de 50 M € pour les 5 ans.

¹³ Conférence de consensus « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », décembre 2001, Fédération française de psychiatrie avec la direction générale de la santé (DGS).

¹⁴ Conférence de consensus « conséquences des maltraitements sexuelles. Les reconnaître, les soigner et les prévenir », décembre 2003, Fédération française de psychiatrie en partenariat avec l'ANAES, la DGS, la Société francophone de médecine d'urgence, l'INAVEM, la Société française de pédiatrie, la collège national des généralistes enseignants.

Ses objectifs spécifiques sont :

- *prévenir la violence à l'égard des enfants, des adolescents et des femmes ; protéger et soutenir ceux qui en sont victimes ; traiter et réinsérer les auteurs*
- *promouvoir une coopération plus étroite entre les ONG et d'autres organisations actives dans la lutte contre la violence et contribuer à sensibiliser l'opinion publique à la violence au niveau européen.*

Après sept ans d'existence, le programme Daphné II encourage la mise en place de projets spécifiques (réseaux multidisciplinaires, amélioration des connaissances, promotion de la « tolérance zéro », prévention de la violence) et encourage par ailleurs les organisations concernées à prendre en compte, à utiliser et à exploiter les résultats existants.

• L'Espagne

En 1997, après l'assassinat d'une femme, Ana Orantes, venue témoigner dans une émission de télévision de son long parcours de femme battue, par son mari, l'Espagne est en état de choc.

Les associations de femmes en premier lieu, les pouvoirs publics ensuite réagissent. Une loi de protection des victimes de mauvais traitements¹⁵ est adoptée à l'unanimité le 27 juillet 2003. Un observatoire contre la violence domestique est créé. Elle comporte un volet pratique intitulé « l'ordre de protection » qui prévoit que lorsqu'une femme porte plainte pour agression mais aussi pour menaces, elle peut demander au juge sa mise en place dans un délai maximum de 72 heures. Le juge peut immédiatement prendre des mesures pénales vis à vis de l'agresseur : incarcération préventive, éloignement, attribution de l'usage du domicile familial à la victime qui conserve seule la garde des enfants, attribution d'une aide mensuelle pendant 10 mois si la victime ne travaille pas.

Dans les faits, la loi n'est pas totalement appliquée notamment par manque de moyens financiers. La réponse est axée sur le volet répressif et ne comporte pas de mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation.

Bien que le sujet soit largement débattu au sein de la société espagnole, le nombre de plaintes enregistrées en 2003 n'est que de 42 000, ce qui représenterait seulement 10% du nombre des violences. Si 4 200 ordres de protection ont été édictés, plus de 2 600 décisions d'éloignement ont été décidées et 184 femmes bénéficient d'une protection particulière.

Mais, fait plus grave, $\frac{3}{4}$ des victimes qui sont mortes n'avaient pas porté plainte. Ce dernier point a fait dire à la présidente de l'Observatoire contre la violence domestique que « la violence contre les femmes est un problème aussi important que le terrorisme pour notre société ». Cet organisme créé au sein du Conseil général du pouvoir judiciaire, est chargé de suivre de près tous les cas de violences rencontrés dans les tribunaux et les commissariats et de les analyser afin de mieux comprendre le phénomène.

Poussé par l'opinion publique, le gouvernement s'est alors à nouveau saisi de cette question et a rédigé un nouveau projet de loi qui complétait les dispositions initiales.

La loi Organique du 28 décembre 2004¹⁶ prévoit la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation, de prévention sur le thème de l'égalité entre les hommes et les femmes et contre la violence de genre. Ces campagnes impliqueront les médias, l'éducation des enfants et des adolescents, les étudiants. Dans le cadre particulier de la santé, des actions de sensibilisation et des formations des professionnels de santé au repérage et à la détection des violences de genre seront mises en œuvre. Une commission contre la violence de genre sera créée dans un délai de 1 an après publication de la Loi au sein du « consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud ».

¹⁵ Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de proteccion de las victimas de la violencia domestica.

¹⁶ Ley Organica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Proteccion Intégréal contra la Violencia de Genero.

Cette Loi garantit aux femmes victimes de violences conjugales un droit à l'accès à une assistance juridique gratuite pour celles qui sont sans ressources, le versement d'une aide financière, des aménagements du code du travail, en cas d'absence de la femme du fait des violences ou en cas de nécessité d'aménagement ou de changement de poste ou de temps de travail. Elle prévoit également les droits des femmes victimes de violence de genre à une prise en charge psychologique, à un soutien social, à une formation et à une insertion professionnelles.

Elle permet enfin la mise en œuvre en urgence de moyens de protection des femmes et de leurs enfants, par exemple l'intégration immédiate dans les lycées et collèges d'enfants ayant déménagé en cours d'année du fait de violences familiales.

• Le Québec

Bien que des actions aient été entreprises depuis les années 70 pour prévenir les violences conjugales, et que des progrès appréciables aient été faits, le Québec reconnaît que la poursuite des actions est encore nécessaire. En effet, en 2002, 16 729 personnes ont rapporté avoir été victimes de violence dans le cadre conjugal. Parmi ces victimes, 14 209 étaient des femmes et 2 520 étaient des hommes. Face à ces chiffres et malgré les progrès constatés, le Québec a lancé en décembre 2004 un nouveau plan gouvernemental d'actions pour les années 2004-2009.

Ce plan se décline en 72 engagements et mobilise l'équivalent de huit ministères et de trois secrétariats d'Etat. Il est organisé autour de 4 axes principaux qui sont :

- *la prévention*
- *le dépistage*
- *l'identification précoces de ce type de violences par les intervenants du système de santé et les intervenants sociaux*
- *l'intervention médico-judiciaire et l'adaptation à des réalités particulières qui recouvre la prise en charge de personnes en situation de vulnérabilité identifiées comme pouvant être des personnes âgées, des personnes handicapées ou encore des personnes issues de l'immigration*

Le budget prévisionnel d'accompagnement de ce plan pour les cinq années à venir est de 65 millions de dollars.

En ce qui concerne plus spécifiquement les aspects relevant du champ de la commission Genre et Violence, ils se déclinent en une campagne gouvernementale de sensibilisation à la violence conjugale et à la violence dans les relations qui sera organisée en direction des professionnels de tous horizons et de la population, et la création et la diffusion de dépliants d'information sur le thème des rapports égaux entre les sexes.

Par ailleurs, le plan s'attachera à définir quelles sont les conditions entourant les bonnes pratiques de repérage et d'intervention dans le cadre des violences conjugales, à recenser les outils existants au Québec pour aider les professionnels de santé, et à identifier les besoins des cliniciens en matière de dépistage et d'intervention.

III - Impact de la violence sur la santé

L'impact de la violence en particulier conjugale sur la santé des femmes a été récemment largement documenté en France notamment dans le cadre des rapports du groupe de travail présidé par le Professeur Henrion, et du Haut Comité de la Santé publique^{17 18}.

Ce type de violence entraîne trois types majeurs de troubles médicaux :

- *traumatiques*
- *gynécologiques*
- *psychologiques*

Il a des effets péjoratifs sur la santé des femmes victimes non seulement à court mais également à long terme, même longtemps après que les violences aient cessé.

La violence subie de façon chronique est cause de peur, d'angoisse, d'un sentiment de honte et de culpabilité, qui tend à isoler la victime.

Des études nord américaines révèlent qu'entre 22% et 35% des femmes qui recourent aux services d'urgence le font pour des symptômes en rapport avec ce type de violences.¹⁹

Plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales présentent des symptômes de dépression et 29% ont fait au moins une fois une tentative de suicide.²⁰ La consommation de psychotropes parmi ces femmes est 4 à 5 fois plus élevée que dans la population générale.²¹

Les problèmes gynécologiques sont les plus fréquemment rapportés : 3 fois plus fréquemment que dans la population générale.²² Infections ou hémorragies vaginales, douleurs pelviennes chroniques, perte de la libido sont rapportés dans ce contexte. A contrario, face à l'un quelconque de ces symptômes, les violences conjugales doivent être évoquées et recherchées.

Les MST/VIH et les grossesses non désirées peuvent également être consécutives à ce type de violences : refus de l'utilisation du préservatif, ou certaines pratiques sexuelles imposées.

Signalons également que la violence conjugale atteint également les enfants. Le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux-mêmes maltraités est 6 à 15 fois plus élevée²³. Avec pour conséquence des troubles somatiques (troubles sphinctériens, de l'audition ou du langage, retard staturo -pondéral) ; des troubles de la conduite et du comportement ; des troubles psychologiques.

Les professionnels de santé, comme cela a été bien démontré dans l'étude de C. Morvant et al²⁴, et dans l'enquête ENVEFF, sont souvent les premiers interlocuteurs des femmes victimes. Deux fois plus souvent que la police et la justice, voire les associations.

Les médecins généralistes, les urgentistes hospitaliers et l'ensemble des gynécologues et /ou obstétriciens se retrouvent le plus souvent en première ligne.

Mais dans la majorité des cas, ce n'est pas le médecin qui repère la violence, mais la femme qui évoque elle même le problème en premier. Et souvent, par manque de formation ou par préjugé, celui-ci reste inerte face à ce problème médical.

¹⁷ *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premiers recours*, J. Lebas, C. Morvant, P. Chauvin - Bul. Acad. Natle Méd. , 2002, n°6, 949-961, séance du 4 Juin 2002.

¹⁸ *Violences et santé*, Mai 2004, rapport du Haut Comité de la Santé publique

¹⁹ Campbell JC, Pliska MJ, Taylor W, Sheridan D. *Battered women's experiences in the emergency department*. J. Emergency Nursing 1994; 20: 280-8.

²⁰ Rousanville B, Weissman MM. Battered women: a medical problem requiring detection. *Int J Health Services* 1979; 9: 461-93. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg, Fenley, eds. *Violence in America; a public health approach*. New York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84.

²¹ Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg, Fenley, eds. *Violence in America; a public health approach*. New York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84.

²² Mc Cauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. *The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice*. Ann Int Med 1995 ; 123: 737-746.

²³ Campbell JC. Child abuse and wife abuse : the connections. *Medicine* 1994; 43: 349-50

²⁴ Morvant C, Lebas J, Chauvin P. *Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale : un état des lieux des pratiques en Ile-de-France*. Paris, Institut de l'Humanitaire, 2000, 25 p.

C'est face à ce constat, et devant l'absence de signe d'appel clinique spécifique ou même évocateur, qu'a été soulevée la question du repérage de la violence de façon systématique par les professionnels de santé.

Aux Etats-Unis, 26% des gynéco/obs femmes et 19 % des gynéco/obs hommes pratiquent aujourd'hui un repérage actif et systématique de la violence domestique²⁵. L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande ce type de dépistage, et ce depuis plus de dix ans maintenant.²⁶

Ce point a été soulevé dans le rapport Henrion, dans lequel ont été proposées des recherche/action qui pour l'instant n'ont pas vu le jour.

La commission s'est intéressée particulièrement à étudier certaines périodes de la vie ou certaines populations particulièrement exposées à des situations de violences.

1 – Une période de particulière vulnérabilité : la grossesse

Les violences conjugales au cours de la grossesse concernent dans les pays industrialisés 4% à 8% des grossesses.

Dans une étude britannique, récente la grossesse apparaît comme un véritable facteur de risque de violence : les femmes enceintes ont un risque d'être battues 2 fois plus élevé que les après (après ajustement sur l'âge, le statut marital, et le statut de l'emploi).²⁷

Une enquête a été réalisée dans 3 maternités publiques, de la Région Parisienne et de Champagne-Ardennes dans le but d'estimer la fréquence des violences conjugales au cours de l'année qui suit la naissance d'un enfant.

Le thème principal concernait la santé de la femme après une naissance et l'enquête a porté sur 706 femmes. Les femmes ont été interrogées lors de leur accouchement, puis ont répondu à un questionnaire par voie postale 5 et 12 mois après la naissance.

L'analyse des données montre que 4,1% des femmes enquêtées ont subi des violences de la part de leur conjoint après leur accouchement. L'âge, le niveau d'études, le fait d'exercer une profession pendant la grossesse, la parité ne sont pas associés à la fréquence des violences conjugales. En revanche les femmes dont la situation de couple était instable étaient plus nombreuses à déclarer des violences que les femmes vivant en couple avant et après la naissance.

Les femmes ayant déclaré des violences depuis la naissance avaient eu de manière significative, plus souvent une fausse couche spontanée avant cette grossesse. Les femmes victimes de violence présentent des signes dépressifs plus souvent que les autres et consomment plus souvent des médicaments psychotropes, y compris pendant leur grossesse.

- *fréquence des violences est de 3 à 6 % des cas, les violences de la part du conjoint représentant 4 %*
- *les violences sont plus fréquentes si le couple est instable, et le conjoint sans emploi*
- *il n'y a pas de différence significative selon l'âge de la femme, son niveau d'études, qu'elle ait ou non un emploi, qu'elle soit primipare ou secondipare*
- *les femmes victimes de violences ont plus souvent déclaré des fausses couches antérieures (31 % contre 17 % pour celles qui n'ont pas subi de violences) ; elles consomment plus de psychotropes (7 % contre 2 %)*

Ce qui apparaît dans les résultats de cette enquête c'est le fait que les femmes victimes de violences conjugales consultent aussi souvent que les autres, soit un gynécologue obstétricien, soit un généraliste.

La réponse la plus souvent apportée par le corps médical au signalement des troubles qu'elles ressentent consiste en une prescription de psychotropes. D'après les chercheurs qui ont mené cette enquête, il semble que si les femmes parlent peu de la violence à laquelle elles sont confrontées, les médecins les interrogent rarement sur ce sujet.

²⁵ Collective. *The battered woman*. Washington, American College of Obstetrics and Gynecology, Technical Bulletin no.124, 1989.

²⁶ Collective. *Clinical aspects of domestic violence for obstetricians/gynecologists*. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1994

²⁷ Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324: 271-276.

La surveillance médicale obligatoire d'une grossesse comporte en France 7 examens prénatals et un examen post natal qui est réalisé dans les huit semaines qui suivent la naissance. Environ la moitié des femmes enceintes bénéficient de surcroît, lorsqu'elles le souhaitent, de séances de préparation à la naissance réalisées par des sages-femmes.

Il est urgent de mettre à profit ce suivi médical de la grossesse qui s'applique à la grande majorité des femmes enceintes²⁸ (0,1 % des femmes ne bénéficient d'aucun suivi, 0,9 % ont de 1 à 3 consultations), pour repérer les éventuelles situations de violences conjugales

Dans le cadre des enquêtes nationales périnatales organisées régulièrement au niveau national dans les maternités, il doit être possible d'évaluer précisément, sur un échantillon représentatif de femmes venant d'accoucher, la fréquence des actes violents commis à leur encontre. Même si, à l'avenir, la remontée des informations évolue, ces données devraient être intégrées au système d'information périnatal.

**Savoir repérer une situation de violence chez une femme enceinte permet de la protéger de l'informer de ses droits et des aides qui peuvent lui être proposées.
C'est aussi organiser la prise en charge de l'enfant à naître.**

2 – Les mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines ont des conséquences immédiates et à long terme sur la santé des femmes. Ces conséquences varient selon le type et la gravité de la mutilation pratiquée.

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme « toutes interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical » et distingue les quatre types de mutilations suivants :

- *type 1 : excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris*
- *type 2 : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres*
- *type 3 : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture des deux moignons des grandes lèvres entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal*
- *type 4 : toutes autres interventions sur les organes génitaux externes comme les piqûres, les étirements ou les perforations*

Les conséquences sont plus ou moins importantes selon l'acte pratiqué. L'infibulation (ablation totale de la vulve) concerne plutôt les pays d'Afrique de l'Est (Somalie, Djibouti à près de 99 %). L'excision est plutôt le fait d'ethnies d'Afrique de l'Ouest. Au Sénégal, la prévalence de l'excision atteint environ 20 % mais les migrants présents en France, essentiellement originaires de la région du fleuve Sénégal, sont quasiment tous concernés. Au Mali, près de 95 % des femmes sont concernées. Il est à noter qu'en Egypte, plus de 90 % des femmes sont excisées.

En France, on estime à environ 60 000 le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être. Les populations concernées par ces violences sont concentrées dans quelques régions ou départements : Ile-de-France, Haute-Normandie, Rhône, Bouches-du-Rhône et Nord.

Ces mutilations peuvent entraîner des douleurs aiguës, des hémorragies pouvant aller jusqu'au décès, des rétentions d'urine ou des infections locales. A long terme, elles peuvent donner lieu à des abcès vulvaires, des infections locales ou générales pouvant entraîner la stérilité des femmes, des blessures sur les organes adjacents ou des cicatrifications chéloïdes.

²⁸ Enquête nationale périnatale 1998 INSERM U 149, publiée en avril 2000.

Les infibulations, entraînant des rétentions du sang des menstruations donnent lieu à des douleurs et des infections. Sur le plan de la sensibilité sexuelle, certaines femmes africaines expriment désormais ouvertement les conséquences de ces mutilations.

Ces pratiques entraînent également des complications obstétricales dans le cas de l'infibulation comme de l'excision (déchirures périnéales plus nombreuses et plus larges). Les répercussions psychiques sont certaines mais mal connues.

Les mutilations sexuelles féminines constituent un problème de santé publique très important sur un plan international. Le continent africain arrive en tête en termes de mortalité maternelle et infantile ; les mutilations sexuelles y contribuent certainement.

En France l'émergence de la question des mutilations sexuelles remonte à la fin des années 70, moment où les premières femmes d'étrangers travaillant en France sont arrivées dans le cadre du regroupement familial. Le décès d'une fillette intervenant à la suite d'une excision réalisée sur le territoire français fait alors l'objet d'un signalement à la justice. Cet événement a alors un retentissement colossal dans les médias.

Par ailleurs, si la France n'a jamais disposé de loi spécifique sur ce sujet, elle a été, pendant un certain temps, le seul pays au monde à poursuivre les familles concernées en justice. La loi française, qui empêche toute mutilation sur quiconque, a toujours été appliquée.

La prévention et la loi françaises constituent de sérieux atouts pour les femmes africaines ayant déjà travaillé sur la question en Afrique et qui se sentent particulièrement concernées par ce sujet. Les professionnels de santé les premiers impliqués ont été les professionnels intervenant dans le champ de la protection maternelle et infantile accueillant les populations exposées à ces mutilations.

Parallèlement à la prise en compte de ce phénomène en France, au plan international, la question sort du champ culturel en 1979. Un comité interafricain se constitue en 1984 et décide de créer une structure destinée à faciliter les actions de prévention dans ce domaine. En 1985, la question des mutilations est évoquée à plusieurs reprises lors de la conférence internationale sur les femmes de Nairobi.

Un groupe de travail rassemblant diverses associations est mis en place en 1982 par le Gouvernement débouche sur des propositions en matière d'information, d'éducation et de prévention et sur l'application de la loi.

Une étude spécifique est menée à la même époque dans le service de protection maternelle et infantile des Yvelines. Elle permet de recenser 400 fillettes excisées et 200 projets d'excision. La prévention s'organise autour des femmes africaines et des professionnels de santé. L'évocation des complications au moment de l'accouchement pousse les femmes à protéger leurs filles.

Cette prise de conscience débouche sur un projet de sensibilisation de tous les professionnels sociaux et des professionnels de santé qui est lancé ainsi qu'une réflexion sur les réseaux à constituer entre les différentes structures. Les actions menées au sein des consultations de PMI et par les femmes africaines en vacances dans leurs pays d'origine, l'aide de la justice et le maillage avec des structures africaines permettent également à cette époque de faire reculer le nombre de nouvelles excisions.

L'application de la loi permet, pour sa part, de crédibiliser les mises en garde. Les sanctions ont évolué dans le temps vers des demandes de dommages et intérêts, ce qui a eu pour conséquence de faire réfléchir les personnes impliquées, plus que les peines de prison avec sursis.

Depuis les années 70 et 80, des progrès importants ont été réalisés. Mais le combat est loin d'être gagné. Le travail de prévention auprès des jeunes filles doit se poursuivre. La question des mutilations sexuelles et des mariages forcés doit en outre être abordée dans le cadre «de l'information et de l'éducation à la sexualité » qui doivent être dispensées dans

les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins 3 séances annuelles réalisées pour des groupes d'âge homogène (article 22 de la loi du 4 juillet 2001 sur la contraception et l'IVG, modifiant le code de l'Education).

Des réparations physiques sont réalisées en France par certaines équipes chirurgicales. Cependant il reste beaucoup à faire dans le cadre du repérage des mutilations sexuelles en pratique médicale courante, et plus spécialement par les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, et de l'écoute de ces femmes qui est essentielle.

Hors de ses frontières, la France doit encore travailler sur le plan européen et international, notamment dans le cadre de la coopération africaine.

Rappelons ici la colère d'une déléguée africaine burkinabé qui, en 1991, devant les réactions de spectateurs se levant lors d'une projection s'est levée en disant « *certains sont choqués par les images de la mutilation d'une fillette que nous venons de visionner. Alors levez-vous, battez-vous, impliquez-vous pour que ces pratiques disparaissent et comme cela vous n'aurez plus à souffrir d'en voir seulement des images* ».

Là où des actions de terrain ont été menées au cours des années précédentes, il n'a pas été constaté la survenue de nouvelles mutilations sexuelles. Il est maintenant nécessaire d'étendre les actions au niveau national pour empêcher la survenue de ce type de mutilation et de déclarer ce type de violence totalement inacceptable.

3 – Une violence particulière : la violence contre les personnes prostituées

- **Etat de santé des personnes prostituées**

En 2002, le ministère de la parité et de l'égalité professionnelle a piloté un travail qui a abouti à un programme interministériel de lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle des êtres humains. L'un des principes qui sous-tend ce programme est que la prostitution est traversée par la question de la violence dans les rapports humains. Au-delà de tels principes, forts et affirmés, quelles réalités concrètes, notamment sur le sujet de la violence, peut-on mettre en évidence quand on essaie d'appréhender la santé des personnes prostituées ? Dans un premier temps seront présentées les grandes tendances socio-démographiques de la prostitution (essentiellement de rue) ; la question de la violence sera traitée singulièrement et permettra une transition vers une description des autres problèmes de santé importants ; un rapide aperçu des dispositifs en place permettra de donner les pistes de travail actuellement étudiées par la DGS.

Il est nécessaire d'être très prudent sur la fiabilité des constats présentés, issus de données de la littérature et d'entretiens de terrain. Concernant cette population, les données publiées en France sont rares et non représentatives de la situation des personnes prostituées en général. Des résultats d'études étrangères ont alimenté ce travail. Ils sont eux mêmes imparfaits méthodologiquement. Les entretiens, réalisés en particulier lors des débats sur la loi de sécurité intérieure (LSI), sont quant à eux souvent chargés de représentation, d'émotion, d'opinion.

a) Socio-démographie

On compte en France moins de 20.000 personnes prostituées ; la « fourchette » généralement donnée est de 15.000 à 18.000 ; elle provient des services du ministère de l'intérieur qui estiment être, chaque année, en contact avec 30 % des personnes prostituées. Ce chiffre global n'est pas contredit ; il laisse toutefois sceptiques certains

acteurs, quant à sa capacité à refléter une réalité finalement assez peu visible, donc difficile à appréhender sur le plan quantitatif. La prostitution est aujourd'hui diffuse sur le territoire français mais reste majoritairement concentrée dans les agglomérations : Paris regrouperait 50 % de l'ensemble.

L'âge des personnes prostituées apparaît très variable mais le phénomène de traite des personnes prostituées d'origine étrangère a vraisemblablement abaissé la moyenne d'âge.

- **La question des mineurs ne doit pas être occultée.** L'OMS chiffre à 10 millions le nombre d'enfants prostitués et à un million le nombre de nouveaux cas chaque année (Willis et col. 2002). En France, le phénomène de la prostitution des mineurs est traditionnellement réputé marginal. Pourtant, certains travaux, portant sur des échantillons très réduits, ont montré que 20 à 30 % des personnes prostituées auraient débuté leur activité avant 18 ans et 10 % avant 15 ans. Pour l'office central de répression de la traite des êtres humains (OCRTEH), en 2002, 2 à 3 % des victimes des réseaux avaient entre 16 et 18 ans.
- **La répartition par sexe habituellement retenue est la suivante :** femmes : 80 %, transgenres : 10 % ; hommes : 10 % (sauf à Paris où ils constitueraient 30 % de l'ensemble des personnes prostituées).
- **La répartition des personnes prostituées selon leur nationalité est la suivante :** France : 36 % ; Afrique : 25 % ; Europe de l'Est et Balkans : 30 % ; autres : 9%. Les 60 à 70 % de personnes prostituées étrangères sont en situation irrégulière ou bénéficient de titres de séjour touristique d'une durée de trois mois (Europe de l'Est). On notera la présence notamment à Paris d'une nouvelle prostitution d'origine chinoise.

La plupart des personnes prostituées étrangères est aujourd'hui considérée par les services du ministère de l'intérieur comme des victimes de la traite des êtres humains aux termes de l'article 225-4-1 du code pénal. Sur le terrain, on observe une réalité très diverse de l'activité des réseaux. Il s'agit parfois de véritables mafia internationales. Mais souvent, les réseaux ne comportent que quelques individus. Quelle que soit leur configuration, les réseaux s'adaptent très rapidement aux fluctuations du marché, entraînant des déplacements de population dans toute l'Europe occidentale. Aujourd'hui, le temps moyen de présence d'une jeune femme victime d'un réseau en un même lieu (ville) est estimé à quelques mois. Les services du ministère de l'intérieur estiment que lorsque 10 personnes prostituées sont, au bénéfice d'un réseau, en activité, ce sont en tout 40 à 50 jeunes femmes qui constituent en amont ou en aval des lieux de prostitution l'ensemble de la filière.

Depuis la loi de sécurité intérieure, la répression envers les personnes prostituées s'est accrue. D'après l'OCRTEH, en 2003, on a pu comptabiliser 500 procédures pour racolage chaque mois, 900 arrêtés de reconduite à la frontière sur l'ensemble de l'année (dont 300 effectifs sur Paris), 700 personnes mises en cause pour proxénétisme (correspondant à 900 victimes identifiées).

Les sociologues, tel L. Mathieu, qui ont travaillé sur le milieu de la prostitution (« l'espace prostitutionnel ») décrivent un univers fait de concurrence et de hiérarchisation selon les territoires et les pratiques. Les groupes dominants rejettent souvent sur les plus faibles la responsabilité des problèmes qui surviennent à la communauté. Les toxicomanes se sont ainsi vu stigmatisés dans les années 80, tout comme les étrangères aujourd'hui. La négation du statut de victime permet ainsi de vider de leur sens les dispositions de la LSI, finalement préjudiciables à l'ensemble du groupe.

Au total, cette rapide description socio-démographique laisse deviner les nouveaux contours de la prostitution de rue :

- *Plus mobile, plus clandestine et moins accessible (notamment aux actions de prévention).*
- *Avec une présence accrue des proxénètes (réseaux) et des forces de l'ordre.*
- *Faisant appel à de nouvelles technologies (pour la prise de rendez-vous, pour le contrôle exercé par les proxénètes), sur de nouveaux territoires et à de nouveaux horaires.*

La prostitution de rue apparaît être aussi un univers qui se précarise administrativement, économiquement et socialement. Cette dégradation est naturellement liée à la situation de personnes prostituées issues de groupes particulièrement vulnérables, de la saturation du marché par les réseaux alors que la demande est aujourd'hui moins forte et de la baisse des tarifs qui s'en suit naturellement. La précarité économique est ainsi réelle. Une étude britannique (Faugier et col. 1997) a montré que 12 à 30 % des personnes prostituées étaient prêtes à

accéder à la demande d'un client qui sollicite un rapport non protégé si ce dernier y met le prix. Enfin, cette précarité est évidemment à rapporter à la question de la violence subie par les personnes prostituées.

b) Violence

A la frontière des concepts de la sociologie de la prostitution et de l'étude des questions de santé la violence apparaît comme un déterminant de la prostitution, une conséquence de cette activité et un déterminant du mauvais état de santé des personnes prostituées.

Les témoignages faisant état des violences subies dans l'enfance des personnes prostituées sont nombreux. La pression exercée par les réseaux se manifeste sur les trottoirs (contrôles de l'habillement, autorisation de monter donnée pour chaque client et par portable, interdiction de fidéliser un client, déplacements incessants, violences physiques, « kapo »,...). Sur la population particulière reçue au centre d'accueil « horizons », à Paris, spécialisé dans l'accueil de personnes toxicomanes, prostituées et parent d'enfant(s), la violence subie par les personnes prostituées semble particulièrement importante et constitue une des grandes différences entre les personnes prostituées toxicomanes et les toxicomanes non prostituées. Le directeur de cette structure n'hésite pas à parler de véritable terreur exercée par certains proxénètes, eux-mêmes consommateurs de crack, surtout lorsqu'une femme tente de leur « échapper ». C'est ce que cette équipe identifie aujourd'hui comme le principal facteur limitant l'accès aux soins.

Les réseaux font également pression dans les pays d'origine : menaces sur la famille, contraintes ethniques dans certains cas pour les Africaines.

La violence est également exercée entre personnes prostituées, notamment au regard des luttes hiérarchiques de l'espace prostitutionnel.

Les violences subies de la part des clients sont également souvent décrites ou rapportées ; les demandes de rapports non protégés émaneraient de 20 à 30 % des clients.

Les riverains, particulièrement légitimés depuis la loi de sécurité intérieure, sont également des pourvoyeurs de violence auprès des personnes prostituées.

Enfin, le cours descriptif sur la répression montre aujourd'hui une autre forme de violence subie par les personnes prostituées.

Sur le plan des études publiées, il faut une nouvelle fois mettre en garde sur leurs origines et leur représentativité. Il s'agit le plus souvent d'études anglo-saxonnes, portant sur des échantillons de moins de 100 personnes prostituées et basées sur des questionnaires auto-administrés. Ces études confirment toutefois, pour partie, les informations et perceptions émanant « du terrain » .

Des études (Potter 1999; Campbell 2003) objectivent la fréquence élevée des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance. Pour Du Mont (2004): 22 % des victimes de viols admises entre 93 et 97 à l'hôpital de Toronto étaient des personnes prostituées. L'étude d'El Bassel (2001) montre que 2/3 d'un échantillon 113 personnes prostituées new-yorkaises avaient déjà subi une agression physique ou sexuelle par un proche ou un client au cours de la vie, et qu'1/8 avait subi de telles agressions par l'entourage et par des clients. Pour Harcourt (2001), 75 % des personnes prostituées enquêtées avaient déjà subi des violences durant l'activité. Farley (1998) montre sur un échantillon de 130 personnes prostituées californiennes que 82 % ont souffert d'au moins une agression physique durant la période de prostitution, 83 % ont été menacées d'une arme, 68 % ont subi au moins une tentative de viol et 57 % avaient été sexuellement abusées durant l'enfance ; dans la même enquête, on retrouve 68 % des personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD), dont la sévérité est proportionnelle au nombre d'épisodes de violence durant l'activité ou l'enfance et à la notion de viol durant l'activité. Dans une autre étude, Valera (2001) aboutit à un pourcentage de 42 % de PTSD. Dans un travail publié dans l'american journal of epidemiology, Potterat et col. (2004) identifient, sur une cohorte ouverte de 2000 personnes prostituées, la toxicomanie et la violence comme les deux principales causes de mortalité (ratio standardisé de mortalité à 18

pour la violence), que ce soit durant la période active de prostitution que durant toute la période d'observation (1967 à 1999).

Ward et col. (1999), qui ont réalisé un suivi prospectif sur 9 ans de personnes prostituées londoniennes (675 personnes années), ont mis en évidence un taux de mortalité 12 fois supérieur à celui attendu pour une population comparable non prostituée ; deux des 4 décès observés étaient dus à des meurtres.

D'autres travaux (Pyett, 1997) montrent que la capacité à faire face aux situations de violence est très liée à la vulnérabilité sociale des personnes prostituées.

En France, l'enquête sur les conditions de vie des personnes prostituées à Paris, réalisée en 1995 (Serre et al., 1996) montrait que 41 % des personnes prostituées avaient subi une agression au cours des 5 derniers mois précédant l'enquête. Les travestis étaient les plus exposés. Le client était le principal agresseur (58%). Les motifs d'agression, lorsqu'ils étaient rapportés étaient le vol, le viol, la haine des personnes prostituées et l'homophobie. Weltzer-Lang et Shutz-Samson, dans leurs travaux portant sur des personnes prostituées de l'agglomération lyonnaise, ont identifié les motifs de violences subies le plus souvent rapportés : homosexualité, prostitution, couleur de peau, toxicomanie et transsexualisme.

Les quelques études qui se sont attachées à identifier les besoins exprimés par les personnes prostituées elles-mêmes retrouvent fréquemment la protection contre les violences physiques et/ou sexuelles comme une demande prioritaire. C'est le cas de quelques études nord américaines (Valera 2001, Baker 2003, Sanders 2004) et du travail de Serre et col (1996), déjà cité, qui montre que les besoins concernant la protection vis-à-vis des agressions arrivaient devant la protection vis-à-vis du VIH.

c) Autres questions de santé

Globalement, la santé des personnes se prostituant dans la rue paraît s'aggraver, en lien notamment avec l'augmentation de la précarité décrite précédemment. Les questions du VIH, des IST, de l'IVG et de la contraception méritent un développement particulier.

En 1998, une revue de la littérature portant sur les pays occidentaux montrait des taux de prévalence de **l'infection à VIH** variant de 0 à 74 %, selon les contextes, à l'image de la réalité sociologique très variée (Serre, 1998). En France, les tendances admises étaient de 2 % pour les personnes prostituées non toxicomanes injecteurs et non homosexuels, ces deux dernières populations apparaissant infectées dans 25 à 30 % des cas. De nombreuses contaminations paraissaient également liées à des relations sexuelles avec des partenaires « privés ».

Les études étrangères plus récentes et « remontées » du terrain témoignent cependant de taux d'infection qui méritent une attention particulière. Il est en effet possible que la relative satisfaction que l'on a pu afficher au début des années 90 à l'égard des taux de contamination, notamment pour les femmes prostituées non toxicomanes, ne soit contredite du fait :

- *De l'origine géographique des personnes prostituées qui proviennent de pays à forte endémicité ou à faible niveau d'information et de prévention ;*
- *De la précarité et de la répression accrues, qui augmenteraient la fréquence des comportements à risque ;*
- *Du « relapse » et de la banalisation du problème du VIH ;*
- *Du renouvellement des équipes de prévention, issues elles-mêmes de générations moins « sensibilisées » ;*
- *De l'épuisement de certains projets en cours qui ne « tenaient » que du fait de la personnalité de leurs leaders.*

Guillemeau et Shutz-Sanson identifient quant à eux sept facteurs de risque principaux pour les contaminations par le VIH et les autres IST (Guillemeau et col. 2002) :

- *L'insécurité, et les violences sur le lieu d'exercice ; un âge jeune ou une durée d'exercice courte ; l'usage de substances psychotropes ; la situation administrative et la régularité du séjour ; le poids du stigmatisé ; le trafic et la violence exercée par les proxénètes.*

Pour ONUSIDA (2003), à l'échelle mondiale, les facteurs associés aujourd'hui à une augmentation de la vulnérabilité des personnes prostituées vis-à-vis de l'infection à VIH sont :

- *La stigmatisation et la marginalisation ; des perspectives économiques limitées ; l'absence de loi et de politique protectrice ; l'existence de différences et inégalités liées à l'identité sexuelle ; le manque d'accès aux services sanitaires, sociaux et juridiques ; une information, un savoir-faire et un pouvoir de négociation limités ainsi qu'un accès entravé aux moyens de prévention ; des modes de vie incluant la consommation de substances psycho-actives ; la fréquence des violences subies ; l'accroissement de la mobilité.*

S'agissant des IST, toujours sans données quantifiées, la plupart des associations venant en aide aux personnes prostituées en France confirme « l'impression » d'une augmentation du nombre de cas de personnes prostituées chez lesquelles une syphilis ou d'autres IST sont découvertes.

Pour la syphilis, des équipes étrangères ont rapporté l'étendue des contaminations au sein de groupes de personnes prostituées et de leur clientèle (Patrick et col. 2002, Steegmans 1999).

- *une étude allemande portant sur 4800 sérums analysés rétrospectivement a par ailleurs montré que la prévalence de marqueurs d'infection par le HSV-2 était, tous âges confondus, plus élevée dans le sous-groupe des femmes prostituées (Rabenau, 2002).*
- *en 2001, une autre étude, réalisée sur une population espagnole de 177 femmes prostituées, a montré que ces femmes étaient plus infectées par les formes oncogènes du papillomavirus (HPV) qu'un groupe de 283 femmes témoin (Touze, 2001). Cette dernière donnée vient d'être confirmée par un recueil de données réalisé par l'association « antigone » auprès de 80 femmes prostituées de la région nancéenne, pour lesquelles on retrouve 12 cas d'infections à HPV et trois cas de cancer du col (in situ) (âge moyen des patientes : 21 ans).*

Une étude portant sur une population de prostituées de rue à Rome montre que 33% des femmes ont subi **une interruption volontaire de grossesse (IVG)** dans l'année précédente et que 38 % des femmes qui ont un partenaire régulier n'utilisent pas de moyen de contraception (Verster, 2001). En France, il n'existe pas de données publiées, mais les personnes prostituées, particulièrement celles d'origine étrangère, semblent souffrir d'un déficit de suivi gynécologique et d'information sur les moyens de contraception. Le nombre de grossesses non désirées a été particulièrement important au cours de l'année 2002, notamment chez des jeunes femmes originaires d'Europe de l'Est. Les besoins en termes d'éducation à la sexualité et accès à la contraception (y compris celle d'urgence) sont pointés comme une priorité par les associations de terrain. L'expérience nancéenne déjà citée situe à 10 à 15 % la prévalence des personnes prostituées ayant subi une IVG en 2003, avec de fréquents dépassements du délai légal.

Les ressources : des intervenants nombreux mais peu coordonnés

Plusieurs ministères ou directions d'administration centrale, eux-mêmes essentiellement organisés autour de thématiques (action sociale, justice, sécurité, éducation, etc.) traitent aujourd'hui de la question des personnes prostituées. Mais ces dernières ressentent parfaitement la difficulté qu'éprouve ainsi l'Etat à mettre en place des actions coordonnées et qui ne s'entrechoquent pas. La loi 2003-239 du 18 mars 2003, dite de sécurité intérieure, vient fournir un nouvel exemple de politique publique, interprétée comme déstabilisant l'ensemble des actions menées en direction des personnes prostituées. D'un côté, l'Etat réprime le racolage, d'un autre, il subventionne des associations qui mènent des actions de prévention au cœur des zones de racolage.

d) Les actions de santé

A l'émergence du VIH, les associations ont été les premières à réagir en menant des actions de prévention. Les pouvoirs publics leur ont par la suite confié le soin de développer ces actions. Le mode opératoire a le plus souvent été double : équipes mobiles et lieux fixes. Le fonctionnement, voire la « philosophie », étaient souvent communautaires. À l'instar de certaines actions de lutte contre le VIH, l'Etat, en choisissant de confier au secteur associatif la mise en place de sa politique a parfois perdu la maîtrise du message, voire du contenu de certaines actions. À ce titre, certaines associations de santé communautaire, pourtant commanditées par l'Etat, se sont souvent posées en rupture avec la position abolitionniste française en revendiquant la mise en place d'un statut de « travailleur du sexe ».

L'action communautaire présente toutefois un certain nombre d'avantages reconnus :

- *Travail de proximité*
- *Langage et culture communs*
- *Absence de tabou*
- *Rôle de veille sur les questions de santé en l'absence d'autre « observatoire »*
-

Mais, la question s'est récemment posée d'une certaine rupture entre ces opérateurs et le public auquel ils s'adressent :

- *rupture de représentativité dans la mesure où les groupes les plus faibles et les plus nombreux sont les moins représentés*
- *rupture de thématique qui ne doit plus être uniquement centrée sur la réduction du risque VIH*
- *rupture physique du fait du problème d'accès aux personnes prostituées lié aux évolutions socio-démographiques*
- *rupture de moyens: inadéquation entre les moyens habituellement mobilisés et les besoins*

Dans le cadre du plan VIH 2001-2004, la DGS a délégué, en 2003 1,5 million d'euros aux services déconcentrés qui ont ainsi pu financer 43 projets dans 12 régions. De nombreux partenaires associatifs ont su ces dernières années élargir les stratégies proposées aux personnes prostituées au delà de la question du VIH et développer une offre de service dans d'autres domaines (suivi gynécologique, aide à la parentalité, mise à l'abri des réseaux etc.).

La direction générale de la santé est en cours d'élaboration d'une nouvelle stratégie d'actions nationale en faveur de la santé des personnes prostituées. Celle-ci reposera sur des principes désormais validés :

- *Prendre en compte la santé des personnes prostituées sous un angle global, tout en maintenant un effort particulier sur la question du VIH ;*
- *Proposer un ensemble de mesures simples, peu coûteuses et pragmatiques ;*
- *S'appuyer sur les dispositifs existants ;*
- *Ne pas réactiver des logiques d'acteurs difficilement surmontables ;*
- *Assumer d'emblée que les mesures n'auront un impact que sur les problèmes de santé des personnes prostituées dans la rue ;*
- *Accepter l'incertitude en matière de mesure des états de santé de cette population ;*
- *Prendre en compte le caractère international des problématiques et les difficultés d'accès à ces publics ;*
- *Accompagner les porteurs de projet vers une démarche qualité.*
- *Les axes stratégiques aujourd'hui retenus visent à :*
- *développer la prévention du VIH et des IST*
- *favoriser l'accès aux soins dans l'urgence et la continuité, dans les domaines du VIH, des IST, de la violence, de la contraception et de la périnatalité*
- *répondre aux situations d'urgence sociale*
- *développer des passerelles vers les services de réinsertion sociale*

L'état de santé des personnes prostituées justifie également une approche plus globale qui trouve un cadre dans le « programme de lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle des êtres humains », porté par le ministère de la parité et de l'égalité professionnelle. Ce programme traite des questions de prévention, de répression de la traite, de santé et de réinsertion. Le volet sanitaire sera développé courant 2005 par un partenariat entre le service des droits des femmes et de l'égalité et la direction générale de la santé.

IV- Recommandations

Objectif 1

Mettre les personnes victimes de violence au cœur du système de soins en demandant aux établissements de santé et aux professionnels de santé d'organiser le repérage des violences, la prise en charge des victimes, notamment des adolescents et des jeunes adultes, en urgence et à moyen terme, de veiller si nécessaire à la mise en œuvre d'un suivi, médical et psychologique.

- **Chaque établissement hospitalier, public et privé, est chargé d'organiser l'accueil, la prise en charge, éventuellement pluridisciplinaire, de définir et mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et de suivi des personnes victimes de violence, en lien avec la certification mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé. (HAS). Ce dispositif sera établi en tenant compte de l'historique et des spécificités de chaque établissement. Cet objectif concerne aussi la médecine de ville.**
- **L'information systématique de l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans le cadre du dispositif sanitaire d'accueil des personnes victimes de violence mis en œuvre au niveau local : professionnels de santé, services sociaux, services de police, de gendarmerie, justice, secteur associatif...**
- **La création d'équipes mobiles hospitalières afin que les établissements hospitaliers soient un relais et un point de coordination pour la prise en charge des victimes, voire des auteurs (sur le modèle des équipes mobiles de prise en charge des patients alcooliques ou toxicomanes, des équipes mobiles de gériatrie ou de psychiatrie).**
- **La constitution de réseaux Ville hôpital sur le thème Santé violence, dans 2 ou 3 régions volontaires. La prise en charge de personnes victimes de violence concerne en effet chaque professionnel de santé qui peut être amené dans le cadre de sa pratique soit à recevoir soit à assurer le suivi de celles-ci.**

Objectif 2

Développer des programmes ciblés de réduction des conséquences de la violence sur la santé en direction des femmes enceintes et des femmes victimes de mutilations sexuelles et enfin des personnes prostituées

a) Femmes enceintes

Généraliser en France à l'horizon 2009 le repérage systématique des violences lors des consultations prénatales et périnatales.

La violence conjugale pendant la grossesse a été rapportée par plusieurs auteurs. Elle est estimée, dans les différents pays européens, entre 4 et 8%. Son retentissement est important, tant pour les femmes que pour les enfants à naître. Les femmes enceintes victimes de violence parlent peu de ce qu'elles subissent et les professionnels de santé ne les interrogent pas.

La surveillance médicale prénatale étant obligatoire, les professionnels, gynécologues obstétriciens et sages femmes, doivent mettre à profit ce dispositif pour repérer systématiquement les violences, lors des consultations prénatales et lors des séances de préparation à la naissance.

Ce repérage doit tout particulièrement figurer dans le contenu de l'entretien individuel instauré dans le cadre du « plan périnatalité »²⁹. Cet entretien sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes au cours du premier trimestre de la grossesse .

Le système d'information périnatal devra intégrer la problématique de la violence faite aux femmes enceintes et renseigner sur les aspects quantitatifs de ce type de violence (par exemple enquêtes nationales périnatales).

²⁹ Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité, 10 novembre 2004.

Des **collaborations médico-psychologiques** en maternité et des formations interprofessionnelles regroupant les professionnels de la naissance seront mises en œuvre.

b) Femmes victimes de mutilations sexuelles

Éliminer en France, à l'horizon 2009, la survenue de mutilations sexuelles féminines et améliorer les conditions de prise en charge des femmes qui en ont été victimes :

- **En informant de manière adaptée les migrants** à leur arrivée et sortie du territoire, mais aussi les associations, les organismes qui sont à leur contact avec la création de supports adaptés en terme de culture et de langues (Recommandations de l'Académie nationale de médecine) ;
- En veillant à ce que ce problème de santé publique figure, à l'issue du plan Violence et Santé, au programme des **formations initiales et continues des professionnels de santé**, notamment des gynécologues, des obstétriciens, des sages-femmes et des médecins généralistes ;
- **En concentrant les efforts sur quelques régions** particulièrement concernées par ce problème de santé publique (initiative régionale ou locale).

c) Personnes prostituées

-
- **Mettre en place en France, à l'horizon 2009, un système d'information** sur l'état de santé des personnes prostituées intégrant les violences ainsi qu'un outil national de prévention et de soins de celles-ci ;
- **Elaborer une enquête sur la santé** des personnes prostituées de rue, intégrant la question des violences et de ses conséquences (PTSD notamment) ;
- **Suivre des indicateurs** en rapport avec les IST, la violence, la précarité, le recours aux dispositifs de prévention et de soins : cet objectif pourrait également être décliné au niveau européen dans le cadre d'un réseau sentinelle international ;
- **Recenser et évaluer les outils et expériences locales** de prévention et d'accès aux soins en France et en Europe (pays à réglementation comparable) : sur cette base, élaborer les ressources permettant aux personnes prostituées, quels que soient leur genre, origine, lieu de résidence, de disposer d'une information mutualisée et actualisée, sur les moyens de prévention, les législations et réglementations, les modalités d'accès aux soins, les aides susceptibles de leur permettre d'échapper aux réseaux etc.

Pour mettre en œuvre ces objectifs
un certain nombre d'actions devront être menées dans le cadre du Plan.

Objectif 3

Définir le problème et en mesurer l'ampleur.

Obtenir, à partir des outils statistiques existants, soit directement, soit par exploitation complémentaire, **des informations fiables et régulièrement actualisées** intégrant comme variable le sexe de la victime et celui de l'agresseur ainsi que le lien qui pourrait les unir :

- « Événements de vie et santé » (DREES) qui renseigne sur les aspects violence et santé et qui permettra la réalisation d'exploitations particulières alliant violence, santé et genre.
- « Enquête santé » de l'INSEE (dernière réalisée en octobre 2003) qui renseigne sur les événements – santé, qui est sexuée. Pour l'aspect violences, mise en relation des maladies- éventuels accidents ou événements violents (agressions, attentat, rixe). La taille considérable de l'échantillon (35 050 individus) devrait permettre la réalisation d'exploitations particulières, même si les questions utilisables à

cet égard dans le questionnaire sont très peu nombreuses et pas du tout centrales dans la problématique de l'enquête.

- *Enquêtes particulières à reproduire de manière régulière (du type ENVEFF) en élargissant la prise en compte des phénomènes de violence au delà de la stricte violence faite aux femmes, enquête CSF et son volet sur les violences sexuelles*
- *Mise en place de réseaux sentinelles au niveau des services d'urgence, des professionnels de premier recours, des maternités et autres services et professionnels particulièrement concernés*
- *Développer des études nationales sur l'impact économique de la violence de genre sur le modèle d'études internationales déjà menées afin d'en assurer la comparabilité.*
- *Mettre en place des recherches sur les trajectoires des personnes victimes de violence dans le cadre de leur accès au système de santé : Enquête régionale sur les « trajectoires » des personnes victimes de violence : Prendre en compte, dans une région déterminée, la trajectoire (le parcours) de chaque victime (femmes, enfants, hommes) de violence dans son accès au système de santé, quelque soit le point d'entrée (urgences, UMJ, service de gynécologie, de pédiatrie, ...). Mieux connaître, au travers de l'analyse de ces trajectoires, le parcours des victimes, analyser les dysfonctionnements afin d'améliorer la prise en charge.*
- *Soutenir le développement de recherches qualitatives, sociologiques et anthropologiques sur la problématique genre et violence, abordant tant les victimes que les agresseurs.*
- *Développer des réseaux départementaux associant les différents acteurs associatifs et institutionnels des champs éducatif, sanitaire, social et sécuritaire dans le but de lutter contre le sexisme et l'homophobie, par exemple par la mise en place d'espaces de parole à destinations de personnes concernées, notamment des jeunes.*
- *Développer les champs de recherche multidisciplinaires sur les liens entre genre violence et son impact sur la santé des victimes.*

Objectif 4

Développer la recherche de consensus autour des concepts et des pratiques qui permettent une approche commune de la problématique genre et violence dans le champ de la santé publique au niveau national, européen et international

Saisir l'Académie nationale de médecine, la Haute Autorité de Santé, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, solliciter les sociétés savantes, nationales et internationales, établir un dialogue avec les professionnels associatifs experts du sujet, dans le but d'obtenir un consensus pour :

Définir les bonnes pratiques notamment en matière de repérage des violences, de conservation du secret médical, de détermination de la durée d'ITT. Il est nécessaire d'harmoniser les pratiques, notamment dans les domaines les plus délicats, qui sont justement ceux concernant particulièrement le thème Violence et Genre : Ces bonnes pratiques seront définies en s'appuyant également sur les besoins des praticiens en termes de repérage et de prise en charge des victimes.

- *violences répétées*
- *violences psychologiques*
- *violences sexuelles*

L'incapacité totale de travail est une notion de droit pénal destinée à renseigner les magistrats sur le retentissement fonctionnel des violences subies. L'évaluation de l'ITT nécessite un certificat médical descriptif minutieux des lésions : leur importance, leur nombre, le retentissement fonctionnel immédiat. Il est essentiel que son contenu soit en accord avec le vécu de la victime. Il est indispensable de décrire le retentissement psychologique exprimé par la victime et constaté par le médecin.

Objectif 5

Développer des CENTRES-RESSOURCES disposant de site Internet sur le mode du site SIVIC³⁰, de centre de documentation, de réseaux de correspondants nationaux et internationaux, de réseaux d'assistants techniques et d'experts susceptibles d'appuyer l'élaboration d'analyses de situation et de plans, notamment dans le champ de la violence de genre.

Ces « centres- ressources » ont vocation à être mobilisés pendant la durée du plan et sur l'ensemble des problématiques du plan Violence et Santé. Il ne s'agit pas de créer des structures pérennes, mais de mettre en réseau des professionnels experts et des ressources (institutions publiques et privées, structures associatives, chercheurs) sur des thématiques communes pour une durée déterminée contractuellement. Les ressources humaines et financières doivent être déterminées par des contrats d'objectifs précis, intégrés dans des termes de référence constitutifs d'Appels d'Offres publics.

Objectif 6

Faire évoluer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en introduisant dans chaque cursus initial, médical et para médical, un module sur l'impact de la violence sur la santé ; chaque formation devra comporter un module « violence » à l'issue du plan qui sera évalué au même titre que les autres matières enseignées.

- *Formation médicale continue : saisir le conseil national de FMC qui est chargé d'en définir les orientations nationales. Ce conseil national comporte le conseil national de FMC des médecins libéraux, celui des médecins salariés non hospitaliers et celui des médecins hospitaliers.*
- *Formation continue de l'ensemble des formations médicales et paramédicales*

Objectif 7

Mobiliser les relais d'opinion (plus largement la Société) au niveau national et local en menant des campagnes

- *en direction des professionnels de santé.*
- *en direction de la population*
- *des décideurs, des élus...*

Organiser, à l'initiative de la France, des conférences et colloques, aux niveaux national et international, autour de sujets particuliers relevant de la problématique générale de la violence de genre et ses conséquences en terme de santé publique.

Objectif 8

Evaluer impérativement chaque mesure conduite dans le cadre du plan Violence et Santé

- *Mettre en place dès 2005, pour chaque mesure du plan Violence et santé, des indicateurs de processus, d'impact et de résultat.*
- *Réserver un budget à cet effet dans le plan national et les plans régionaux.*

Nous avons procédé à une sélection d'un certain nombre de documents qui ont été utilisés par les membres de la commission pour réaliser ce rapport. Il ne s'agit en aucun cas d'une bibliographie exhaustive sur le sujet .

Rapports, enquêtes, recommandations et avis

- **Rapport du Haut Comité de la Santé publique « violences et santé »**, Paris mai 2004.
- **Rapport mondial sur la violence et la santé** ; Organisation mondiale de la Santé, Genève 2002.
- **Rapport « la prise en charge des victimes en urgence »**, présidé par Anne d'Hauteville, Conseil national de l'aide aux victimes , octobre 2003.
- **Rapport au Premier Ministre sur la médecine légale**, Olivier Jardé, décembre 2003.
- **Les violences envers les femmes en France - Rapport au Ministère du travail**, Maryse Jaspard, Elisabeth Brown, Stéphanie Condon, Documentation Française 2003
- **Violence envers les groupes vulnérables : réponse à la violence quotidienne dans une société démocratique**, Editions du Conseil de l'Europe septembre 2004.
- **Les femmes victimes de violences conjugales**, Rapport au Ministre délégué à la santé ; La documentation française, Paris 2001.
- **La prise en charge médicale de la violence conjugale**, Institut de l'Humanitaire et Commission Européenne, rapport final dans le cadre du programme DAPHNE 2000-2003.
- **Communiqué de l'Académie nationale de médecine sur « les violences familiales »**, novembre 2002.
- **Recommandations concernant les mutilations sexuelles féminines, un autre crime contre l'humanité**. Connaître, prévenir, agir. Académie nationale de médecine Juin 2004
- **Conférence de consensus « conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir »** Paris novembre 2003.
- **Rapport d'activités 2003**. Fédération nationale Solidarité Femmes.

Textes de lois, circulaires

- **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique**.
- **Circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles**.
- **Circulaire SEDF/2001/210 du 9 août 2001 relative à la mise en place au niveau local du plan d'action triennal contre les violences envers les femmes**.
- **Circulaire DH/AF1/98 n°137 du 27 février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence**.

Guides, ouvrages

- **Michèle Ferrand, Masculin, Féminin**, édition La découverte, Collection Repères,
- **Françoise Héritier, Masculin - Féminin, la pensée de la différence**, 1996, éditions Odile Jacob
- **Françoise Héritier, Masculin – Féminin, dissoudre la hiérarchie**, 2002, éditions Odile Jacob.
- **Bier B, sous la direction de ; Rapports de sexe, rapports de genre : entre domination et émancipation ; Enjeux ; 2002/03 ; n° 128 ; 235 p. :**

- Michel Dorais ; *Ça arrive aussi aux garçons - L'abus sexuel au masculin* ; Québec ; VLB Editeur ; 1997
- Germain Dulac ; *Aider les hommes aussi* ; Québec ; VLB Editeur
- Jean-Marie Firdion; Eric Verdier ; *Homosexualité et suicide - Etudes, témoignages et analyse* ; H&O ; 2003
- Rault , sous la direction de . *L'identité masculine : permanences et mutations ; Problèmes politiques et sociaux* ; 2003/11 ; n° 894 ; 118 p
- *Violence et Société : un programme du Mouvement français pour le Planning familial pour la prévention des violences, mai 2003*
- *Le Mouvement français pour le Planning familial et les violences : éléments pour l'analyse de nos pratiques, septembre 2002.*
- *Le Mouvement français pour le Planning familial contre les mutilations sexuelles féminines, juin 2004.*

Articles, Revues

- L. Daligand, D. Gonin, « *Violences sexuelles : auteurs et victimes* », *Médecine légale et Société* vol 4 n°2 (2001)
- P. Espinoza, « *Violences conjugales : rôle des professionnels de santé* », *Médecine légale et Société* vol 4 n°2 (2001)
- B. Lhomond, M.J Saurel-Cubizolles « *Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé* », *Editions du CNRS*
- J. Lebas, C. Morvant, P. Chauvin, « *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours* » *bulletin Académie nationale de médecine* n° 6, 949-961, séance du 4 juin 2002
- « *Genre et santé* », *Revue épidémiologie et santé publique*, sept 2004, vol 52
- « *Masculin-féminin : les lois du genre* », *la Santé de l'homme* , juillet août 2004
- M Fournier ; J-F Dortier; D Welzer Lang ; C Marry ; P Molinier ; *Hommes/femmes quelles différences ? ; Sciences humaines* ; 2004/02 ; n°146,21-39.

Composition de la commission Genre et Violence

Docteur Jacques LEBAS, Hôpital Saint-Antoine, Président de la commission

Mme Nicole MATET, Direction générale de la santé, coordination des travaux de la commission et rapporteur.

Mme Vera ALBARET, Espace Solidarité, Fédération nationale des associations de réadaptation sociale (FNARS)

Mme Maïté ALBAGLY, Secrétaire générale du planning familial.

Mme Solange ALIDIERES, Direction générale de l'action sociale.

Mme H. ANDRIAMANDROSO, Chef de projet, « Le Relais de Sénart », CHRS spécialisé dans les violences conjugales.

Mme Nathalie BAJOS, Socio démographe, Inserm, U 569.

Mme Sophie BARON LAFORET, psychiatre.

Madame Colette BOUQUENIAUX, Directrice de l'association « Les compagnons de l'espoir », Douai.

Mme Catherine CAVALIN, responsable d'enquête, chargée d'études, DREES

Mme Maryvonne CHAPALAIN, Commandant chargée de la formation « référents violences conjugales » à la préfecture de Paris.

Professeur Liliane DALIGAND, Professeur de Médecine légale au CH Lyon Sud, Psychiatre.

Docteur Marie DESURMONT, Médecin légiste, pédiatre, Lille.

Mme Michelle FAVREAU BRETTEL, bureau des droits personnels et sociaux, service des droits des femmes et de l'égalité.

Professeur Lionel FOURNIER, unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu.

Docteur Isabelle GAUTIER, psychiatre, Secrétaire général adjoint du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris .

Mme Françoise GUYOT, vice-procureur, tribunal de grande instance de Paris.

Mme Sylvia GUYOT, Médecin inspecteur de santé publique, DGS.

M. Alain LEGRAND, Psychologue et psychanalyste, Association de Lutte Contre les Violences.

Mme Véronique MALLET, chargée de la coordination des travaux de préparation du plan violence (DGS).

Mme Nicole MICHEL, Chef du bureau des droits personnels et sociaux, service des droits des femmes et de l'égalité.

Mme Marie-Odile MOREAU, DHOS, bureau organisation générale de l'offre régionale des soins.

Mme Cécile MORVANT, Médecin hospitalier, Institut de l'humanitaire.

Mme Christine SALOMON, Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 88.

Mme Marie-Josèphe SAUREL, Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 149.

Mme Marie-Dominique de SUREMAIN, Déléguée nationale de la Fédération nationale Solidarité Femmes.

M. Eric VERDIER, Ligue des droits de l'homme.

Auditions

Dr Marie-Hélène Franjou, médecin de Protection Maternelle et Infantile

Dr Nicolas Prisse, médecin de santé publique, Direction générale de la santé