

**CONCOURS DES 10, 11, 12 ET 13 JUIN 2025 POUR L'ACCES AU
CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

**2^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE
(Durée 5 heures – Coefficient 5)**

Mercredi 11 juin 2025

NOTE DE SYNTHESE ET DE PROPOSITIONS

**CONCOURS INTERNE, TROISIEME CONCOURS, EXTERNE et
EXTERNE SPECIAL dit « TALENTS »**

Sujet : 57 pages + 3 (page de garde + sujet + sommaire)

Le Directeur du Centre Hospitalier Universitaire où venez d'être recruté(e) vous demande de rédiger à l'aide des documents joints, une note de synthèse et de propositions d'actions pour l'établissement concernant la prévention des violences au sein de l'établissement et la mise en œuvre de dispositifs relatifs à la prise en charge des femmes victimes de violences.

IMPORTANT

Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation.

SOMMAIRE

<u>Document 1</u>	1 à 7
Rapport 2022 – Observatoire national des violences en milieu de santé Ministère de la santé et de la prévention / Direction générale de l'offre de soins	
<u>Document 2</u>	8 à 21
Rapport au Gouvernement sur les violences sexistes et sexuelles sous relation d'autorité ou de pouvoir (extrait) Tome 1 septembre 2024	
<u>Document 3</u>	22 à 36
Note d'information N° DGOS/P3/2024/103 du 5 juillet 2024 relative à L'actualisation du cahier des dispositifs sanitaires dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences également dénommés « Maisons des Femmes / Santé » Ministère du travail, de la santé et des solidarités	
<u>Document 4</u>	37 à 44
Modèle de protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au seins établissements de santé	
<u>Document 5</u>	45 et 46
Le recueil des plaintes aux urgences et en gynécologie sera généralisé fin 2023 Hospimedia 25/11/2024	
<u>Document 6</u>	47
Les Hospices civils de Lyon inaugurent leur maison des femmes Hospimedia 27/09/2024	
<u>Document 7</u>	48 à 50
La lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans les CHU nécessite des prérequis Hospimedia 24/05/2024	
<u>Document 8</u>	51 et 52
82% des femmes médecins à l'hôpital se sont déjà senties discriminées du fait de leur sexe Hospimedia 15/05/2023	
<u>Document 9</u>	53 et 54
Frédéric Valletoux présente quatre axes pour prévenir les violences sexistes et sexuelles Hospimedia 24/05/2024	
<u>Document 10</u>	55 et 56
La parole se libère mais reste timide sur les violences sexistes et sexuelles à L'hôpital Hospimedia 14/06/2024	
<u>Document 11</u>	57
Violences en EHPAD ? un tabou ? Comprendre et agir pour mieux accompagner Revue Hospitalière de France – Janvier/Février 2019	



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**

RAPPORT 2022

Données 2020 et 2021



**OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ**

Vincent TERRENOIR
Commissaire général de police
Délégué pour la sécurité générale

Claude BARAT
Gestionnaire ONVS

Christine MASSABUAU
Chargée d'études statistiques
Bureau SRS
Données de pilotage et aide à la décision

Hugo SCHILL
Stagiaire, étudiant en santé publique, master 2

Les signalements recueillis sur la « plateforme signalement ONVS » ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements. Ils n'ont donc pas vocation à l'exhaustivité.

Rapport en ligne sur
<http://social-sante.gouv.fr/dgos-onvs-rapports-annuels>

INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA VIOLENCE

■ **L'ONVS recense les atteintes aux personnes et aux biens¹ hors du champ des pratiques médicales.** Les incivilités, violences verbales, violences physiques, dégradations et actes de malveillance signalés le sont :

- de patients/résidents/accompagnants et autres personnes sur personnels de santé,
- entre patients/résidents/accompagnants et autres personnes,
- de personnels de santé sur patients/résidents/accompagnants,
- entre personnels de santé.

■ **Afin de bien comprendre l'articulation des chiffres évoqués, il importe de distinguer : le signalement – l'atteinte – le fait ou acte.**

Un signalement à l'ONVS est une fiche rendant compte d'un événement survenu qui peut comporter

- ↳ une atteinte aux personnes et/ou une atteinte aux biens qui peuvent elles-mêmes comporter
- ↳ plusieurs faits ou actes de niveaux de gravité différents.

Ex : un signalement avec 3 personnes injuriées (niveau 1), menacées (niveau 2), dont deux sont frappées à coups de poings (niveau 3), la 3^e avec une arme par destination (niveau 4) et dont l'une a été l'objet d'un vol de numéraire (niveau 1).

Cela fait donc 1 signalement comprenant 2 atteintes (1 aux personnes et 1 aux biens), 5 actes/faits (4 actes/faits d'atteintes aux personnes et 1 acte/fait d'atteinte aux biens) et 3 victimes. Le fait le plus grave détermine le niveau du signalement (dans cet exemple, ce sera donc un signalement de niveau 4).

V. p. 188 les niveaux de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens.

Le signalement n'est pas une plainte et n'a donc aucune valeur juridique. Il s'agit d'un ressenti variable d'un individu à l'autre et d'un fait à l'autre. Le fait le plus grave détermine le niveau du signalement.

■ **Les signalements effectués sur la « plateforme signalement ONVS » ne correspondent pas à un « État 4001 » des infractions** (état statistique annuel des délits et des crimes relevés par les services de police et les unités de gendarmerie). Les signalements à l'ONVS sont certes classés en fonction de l'échelle des infractions du code pénal, à la fois pour traduire la réalité et le degré de gravité des atteintes aux personnes et aux biens commises en milieu de santé et pour permettre d'appréhender le phénomène, ne serait-ce que sur le plan judiciaire (quelle réponse pénale la mieux adaptée ?). Toutefois, **les signalements ONVS ont une approche plus large du phénomène : intégration de certains faits contraventionnels et des impacts générés par les atteintes subies** (ressenti des personnes qui en ont été l'objet ; façon dont elles ont appréhendé l'acte en lui-même, action de soutien engagée, etc.).

¹ C'est à dessein que ces signalements sont anonymes tant à l'égard des personnes que des établissements. Le but, en effet, n'est pas de discréditer des personnes et des établissements mais bien d'inciter à la déclaration pour avoir ainsi la connaissance la plus exhaustive possible des diverses formes d'atteintes aux personnes et aux biens. Ce n'est que par ce biais que, d'une part, l'ONVS peut tirer de justes conclusions et, d'autre part, proposer en retour une réponse politique nationale où chaque établissement peut puiser des idées applicables et appropriées à son contexte (voir conclusion). Dans le cadre d'un travail collectif national, l'ONVS doit ainsi pouvoir profiter des données transmises par chaque établissement. Cela permet à ce dernier d'avoir une vue nationale sur ce sujet.



En effet, la prévention et la lutte contre les violences, les incivilités et les actes de malveillance ne sauraient se départir d'une approche dite « triangulaire », en trois axes, associant nécessairement l'amélioration de la qualité de la vie au travail et, par contre coup, l'amélioration de la qualité des soins dispensés. C'est bien par ce biais que l'ensemble des professionnels pourront s'approprier et participer pleinement à la prévention et à la lutte contre les violences de tout type tandis qu'elles ne font pas partie de leur cœur de métier.

■ De nombreux verbatim ou extraits sont retranscrits (en bleu), reflétant la réalité quotidienne des multiples situations d'atteinte aux personnes et aux biens qui touchent toutes les structures publiques ou privées et tous les services et lieux des établissements de santé, médico-sociaux et de l'hospitalisation et des soins à domicile. Le choix de ces retranscriptions ne dépend pas du nombre important ou non de signalements dans telle ou telle structure d'établissement, spécialité ou lieux, mais de l'intérêt de la thématique de violence signalée et des enseignements à tirer.

Qu'ils soient pudiques et courts ou longs et détaillés, ces signalements révèlent sans conteste la violence dont la personne a été victime. Ils expriment une souffrance ponctuelle ou habituelle, une situation particulièrement angoissante, une lassitude et une saturation face à la violence, un sentiment d'impuissance ou encore d'échec dans la prise en charge.²

Le besoin de s'exprimer, de retranscrire les propos menaçants et insultants, de décrire les gestes, les attitudes et même le regard de l'auteur de la violence apportent cette touche concrète aux tableaux, graphiques et interprétations des chiffres de la « plateforme-signallement ONVS ».

Les signalements détaillés semblent ainsi constituer une sorte d'exutoire face à cette incompréhension de la violence. Ils permettent en tout cas de percevoir l'ambiance violente avec ses différentes modalités d'expression au sein des établissements, et la manière dont elle est ressentie par ceux qui la subissent directement ou par contrecoup et par ceux qui la constatent. D'une façon générale le signalement présente certes un caractère subjectif, mais c'est bien ce ressenti qui témoigne de la souffrance au travail et qui affecte les personnels. Enfin, on pourrait dire que cet écrit libère « la parole » car il semble que les agents arrivent mieux à exprimer leur ressenti à leur hiérarchie par ce biais que par oral (sur l'enseignement des signalements voir ✓ Remarque 5 p. 12).

Comme l'expriment les personnels dans les extraits de signalements qui ont été relevés (toute structure ou spécialité confondue), cette violence, qu'elle ait ou non un caractère de délinquance ou d'incivisme, qu'elle soit due ou non à des personnes au discernement altéré ou souffrant d'un handicap produit les mêmes effets négatifs :

Sur les personnels.

- ✓ « Angoisse de faire les soins ; frustration ; sensation de mal faire les soins »,
- ✓ « Stress participant à l'épuisement des professionnels et démoralisation du personnel »,
- ✓ « Sentiment d'avoir été agressé gratuitement dans l'exercice de ses fonctions »,
- ✓ « Sentiment de lassitude face à la récurrence de la violence dans le service », « Saturation »,
- ✓ « Sentiment de défaut de soutien »,

² Le personnel ressent parfois le besoin de se justifier parce que même s'il pense avoir bien agi, il peut craindre une réaction négative de sa hiérarchie. C'est ainsi que certains établissements, afin d'avoir une plus grande et meilleure connaissance des violences se déroulant dans leur établissement, ont établi une charte protégeant l'agent de toute sanction (sauf faute détachable du service) pour l'inciter à déclarer un événement indésirable. Il est également parfois plus facile à l'agent d'écrire ce qu'il a ressenti que d'en faire part verbalement à sa hiérarchie, prenant ainsi le temps de relater les faits et d'exprimer ses réactions et son ressenti.

- ✓ « Atteinte psychologique (stress, cauchemar), difficulté d'évacuer la scène et de plus en plus de mal à se rendre à son poste », « Soignants choqués et inquiets », « La personne a été frappée des regards de haine à son encontre et a ressenti une très forte humiliation », « Je me suis sentie salie, humiliée »,
- ✓ « Sentiment d'insécurité, trouble de la tranquillité du service »,

Sur les autres patients et témoins des faits.

- ✓ « Stress pour tous les autres patients », « Autres résidents choqués et apeurés »,
- ✓ « Ensemble des patients incommodés », « Sentiment d'insécurité »,

Sur le fonctionnement du service.

- ✓ « Désorganisation dans la prise en charge du patient et des autres patients »,
- ✓ « Désorganisation du service : mobilisation de l'ensemble du personnel présent au détriment de la prise en charge des autres résidents, laissés sans surveillance »,
- ✓ « Défaut de PEC (prise en charge) et non-respect du projet de soins et du projet de service », « Perte de temps et mise en danger pour les agents dans un contexte de charge de travail élevée ; plus de maîtrise sur le reste du service »,
- ✓ « Mobilisation chronophage de l'équipe médico paramédicale entière »,
- ✓ « Non-respect du projet de soins et du projet de vie de la personne »,

■ **Un contexte d'extension des incivilités et des violences, lequel n'est pas spécifique au monde de la santé.** Les établissements de santé et médico sociaux, le domicile du patient, la rue, autant de lieux où les professionnels de santé et personnels, subissent des incivilités, de la dégradation de biens et de l'outil de travail, de la violence verbale et physique, cette dernière pouvant être parfois dramatique.

Le monde de la santé n'échappe pas à un fait de société qui touche en réalité toute profession rendant un service à nos concitoyens³ et que les professionnels de santé traduisent souvent en des termes qui leurs sont typiques : « Intolérance à la frustration +++ ». Cette « frustration » se traduit par une réaction plus ou moins violente à une contrariété que la personne ne peut pas supporter un fond d'impatience dans un contexte culturel individualiste, de la satisfaction immédiate et du « J'y ai droit ».

Cette réaction est aggravée dans le domaine de la santé lorsque le patient est sous l'emprise de l'alcool, de médicaments, de produits stupéfiants, rendant particulièrement difficiles la protection et la sécurité du soignant, sans compter l'impact psychologique, facteur de sentiment d'insécurité, sur les témoins (autres personnels, patients, accompagnants, etc.). Toutefois, ce ne sont pas que des personnes aux comportements délinquants ou dans un état second qui sont auteurs de ces violences, mais aussi n'importe quel citoyen, parfois inquiet, anxieux ou souffrant (v. les quatre catégories d'auteurs, II.2 Typologie des auteurs, p. 58). D'une façon générale, les relations entre les soignants et les patients/résidents et/ou leurs accompagnants peuvent dégénérer en un trait de temps à la suite d'un différend, voire d'une simple incompréhension, détériorant ainsi le caractère équilibré de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance, ce qui affecte de facto la qualité des soins.

■ **Violences ET incivilités. L'ONVS recueille non seulement les atteintes aux personnes et aux biens les plus graves, mais également les incivilités qui pourraient être considérées comme mineures. Tel n'est**

³ Deux exemples : 1- Un arbitre de football violenté. « [...] Un joueur de Melun a été expulsé durant la première mi-temps de ce match du dimanche. Une décision arbitrale qui a déclenché la colère du joueur qui a d'abord insulté puis menacé l'arbitre avant d'appeler par téléphone des "amis" pour se venger. La scène a été filmée et fait le tour des réseaux sociaux. » Source du 22.03.2022 <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/seine-et-marne-un-arbitre-de-football-porte-plainte-apres-une-agression-fors-d-une-rencontre-de-1648499052> 2- Un inspecteur d'auto-école frappé au visage par un jeune homme qui avait raté son examen du permis de conduire. Source du 07.04.2022 <https://actu.fr/occitanie/sete/34301/montpellier-frontignan-des-inspecteurs-d-auto-ecoles-agresses-l-un-d-eux-blesse-50007239.html>

pourtant pas le cas : « Parmi les types de violences répertoriés à l'ONVS se trouvent les incivilités. Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrène les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilisation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable. »⁴

Remarque 1 Dans ce contexte, la question fondamentale pour le personnel de santé est de savoir justement quelle relation d'autorité (quel niveau de fermeté) il doit instaurer avec le patient et/ou l'accompagnant et sous quelle forme la mieux appropriée afin d'entretenir une relation équilibrée nécessaire à la dispensation des soins. Comment d'ailleurs continuer à soigner dans une relation de rapport de force et de violence qui fausse la confiance ?

Les principes élémentaires de civisme et de vie en société ont besoin d'être remis à l'honneur dans les établissements de soins. Il est anormal que des personnels de santé soient insultés et maltraités (Voir III Divers focus. III.1 La violence verbale : insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort et leur impact négatif (pp. 130-143).

Diverses options existent : attitude ferme, recadrage verbal, pouvoir de police du directeur d'établissement concernant la bonne marche de l'établissement (règlement intérieur et respect des conditions de séjour), lettre de mise en garde,⁵ lettre de soutien au personnel, exclusion temporaire, main courante, plainte aboutissant à une mesure alternative aux poursuites ou à une condamnation devant une juridiction pénale et au paiement de dommages-intérêts à la suite d'une constitution de partie civile.⁶

■ **Action de l'ONVS en 2020 et 2021. Projet de service pour prévenir et lutter contre la violence. Une prise en compte global des risques et un enjeu de gouvernance.** La seule analyse des signalements ne permettrait pas à l'ONVS d'avoir une connaissance approfondie des atteintes aux biens et aux personnes et de leurs diverses formes d'expression sans mener parallèlement un travail de terrain par des rencontres sur site avec les directions et les personnels au sein de leurs unités, pôles et services⁷.

Lors de ses déplacements ou par visio conférence, l'ONVS propose une information sur les violences, à partir d'une présentation des atteintes aux personnes et aux biens dans un diaporama qui reprend en particulier des éléments essentiels du rapport annuel <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs>

**Prévention et lutte contre les violences
en milieu de santé**

Contexte - État des lieux - Préconisations

⁴ Guide ONVS, édition 2017, page 5

⁵ Des directeurs d'établissements, par des moyens simples comme des lettres de mise en garde aux patients et aux familles, n'hésitent pas à rappeler le règlement intérieur, le respect des conditions de séjour (art. R 1112-40 à 1112-55 du CSP), les principes élémentaires de politesse et de civisme ainsi que les dispositions spécifiques du code pénal protégeant les personnels de santé (soignants et non soignants).

⁶ Voir en conclusion (prévention tertiaire) la possibilité accordée aux ordres professionnels de santé de se constituer partie civile pour soutenir un de leurs membres.

⁷ L'ONVS A POURSUIVI EN 2020 et 2021 SON ACTION AVEC LES ORDRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ tant à un niveau national que local afin de traiter cette problématique dans la globalité des violences, dont celle de l'exercice libéral dit de ville, et non à travers le seul prisme du secteur hospitalier. L'ONVS entretient également des liens avec les professionnels libéraux dans le cadre de rencontres en URPS.

Toutefois, la crise sanitaire a empêché l'ONVS de se déplacer autant qu'il le faisait les années précédentes. Seules quelques visioconférences ont pu avoir lieu, mais elles ne remplacent pas ce contact direct avec l'ensemble des personnels des établissements lors des visites sur site. Les bénéfices sont à double sens, bien évidemment pour l'ONVS, mais aussi pour ses interlocuteurs (apport de la vision nationale sur le phénomène des violences, prise de conscience, situation de l'établissement par rapport aux tendances et aux expressions de la violence, échange sur les difficultés rencontrées, bonnes pratiques et conseils, importance de développer des relations de proximité avec les partenaires institutionnels chargés de la sécurité et de l'action judiciaire et avec d'autres acteurs comme par exemple les municipalités, etc.).

✓ **Remarque 2** LA « CONVENTION SANTÉ - SÉCURITÉ - JUSTICE » est un outil pragmatique permettant de nouer avec les divers partenaires institutionnels de l'établissement de santé des contacts étroits et réguliers pour résoudre localement les difficultés générant des atteintes aux personnes et aux biens (incivilités, violences, actes de malveillance et prévention de la menace terroriste). Outre les acteurs traditionnels (police, gendarmerie, préfecture, parquet) des établissements ont associé également la municipalité, l'administration pénitentiaire, le tribunal judiciaire (juge des libertés et de la détention), l'ARS.

Voir modèles de convention proposés sur :

solidarites-sante.gouv.fr/dgcs-onvs-documentation-pratique
(EPSM, MCO, professions libérales de santé)

L'ONVS encourage les DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX à se rapprocher des forces de police et de gendarmerie pour évoquer les problématiques d'atteintes aux personnes et aux biens qu'ils peuvent rencontrer (vol, dégradation, intrusion, harcèlement, conflit familial se reportant sur le personnel, menace de dépôt de plainte contre le personnel, violences, etc.). Sans avoir à signer une « convention santé-sécurité-justice », il est utile, pour ces structures d'en reprendre quelques grands principes pour envisager avec ces partenaires institutionnels locaux une collaboration simple, pragmatique et efficace (échanges de coordonnées régulièrement mis à jour, rencontre sur site, présentation des diverses difficultés se rapportant à la sécurité des personnes et des biens). Cette relation de proximité est un appui essentiel pour ces établissements afin de les soutenir tandis qu'ils ne bénéficient pas d'un encadrement aussi étoffé que dans les établissements de santé, qui facilite la prise en compte de cette problématique.⁸

Pour conclure cette introduction, l'ONVS pose un double constat :

- Prévenir et lutter contre ces violences consiste pour le directeur d'établissement à mettre en œuvre un « projet de service » impliquant l'ensemble des personnels – dont la communauté médicale en raison de son rôle essentiel dans la dispensation et la continuité des soins et de direction des services, pôles et unités – chacun à son niveau de responsabilité, afin de le traiter dans sa globalité (aspects humains, médicaux, psychologiques, administratifs, juridiques, techniques, logistiques, architecturaux, financiers, formations théoriques et pratiques, communication, etc.). Il s'agit d'un acte majeur de gouvernance en vue de la gestion des risques pour lequel le directeur dispose de la vision globale de cette problématique et des enjeux. Traiter la question de façon sporadique, comme par exemple à la suite d'un événement violent qui aura particulièrement marqué les esprits, ne permet pas de mener une politique bénéfique de gestion des risques sur le long terme, et ne répond pas pleinement à la mission de sécurité et de protection qui lui est impartie (articles L. 4121-1 à L. 4121-4 du Code du travail).

⁸ Il est rappelé également que tout établissement peut bénéficier de conseils des « référents sûreté » et des « correspondants sûreté » de la police et de la gendarmerie nationales.

<https://www.interieur.gouv.fr/Media/MI/Files/Publications/Le-referent-surete-Police-nationale-Format-pdf-219-ko>

<https://www.interieur.gouv.fr/Media/MI/Files/Publications/Le-referent-surete-Gendarmerie-nationale-Format-pdf-938-ko>

• Ainsi, en parallèle de la compétence de sécurité sanitaire qui lui est évidemment naturelle, le directeur d'établissement se doit de développer ce qu'on pourrait appeler « la compétence de sécurité des personnes et des biens »⁹, là où ce n'est pas déjà fait, tant les impacts des incivilités, des violences et des actes de malveillance sont négatifs :

- ✓ arrêts de travail, personnel en souffrance,
- ✓ difficulté de fidélisation, difficulté de recrutement,
- ✓ désorganisation des services,
- ✓ coût humain, social et financier pour l'établissement,
- ✓ dégradation de la réputation et de l'image de l'établissement,
- ✓ sentiment d'insécurité pour les personnels, pour les patients non directement victimes,
- ✓ atteinte à la mission de service public (assurer les soins et leur continuité).

L'ONVS relève une certaine disparité entre les établissements pour remplir cette « compétence de sécurité », ainsi en ce qui concerne la mise en mouvement de la protection fonctionnelle (art. 11 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires). L'État a rappelé avec force l'obligation des employeurs publics concernant la mise en œuvre de cette protection¹⁰ tandis qu'elle reste assez méconnue des personnels de santé. Face à une agression la victime se sent isolée. La mise en mouvement de la protection fonctionnelle constitue ainsi un soutien non négligeable qui participe à la « reconstruction » de l'agent.

✓ Remarque 3 LA PROTECTION FONCTIONNELLE (modifiée par la loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République).

Article 11 :

« IV. La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

(Ajout de la loi du 24 août) : Lorsqu'elle est informée, par quelque moyen que ce soit, de l'existence d'un risque manifeste d'atteinte grave à l'intégrité physique du fonctionnaire, la collectivité publique prend, sans délai et à titre conservatoire, les mesures d'urgence de nature à faire cesser ce risque et à prévenir la réalisation ou l'aggravation des dommages directement causés par ces faits. Ces mesures sont mises en œuvre pendant la durée strictement nécessaire à la cessation du risque. »

[...]

VI. La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des faits mentionnés aux IV et V la restitution des sommes versées au fonctionnaire ou aux personnes mentionnées au V. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe, qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. »

La protection fonctionnelle doit être demandée par écrit par l'agent.

En ce qui concerne la protection juridique des salariés victimes de violences dans le cadre de leurs fonctions, l'employeur se doit aussi de protéger le salarié et peut se retourner contre l'auteur des faits afin d'obtenir le remboursement des sommes engagées. Cette protection s'aligne de plus en plus sur les conditions de protection des agents du public.

⁹ Pour rappel, c'est bien le sens de l'instruction ministérielle de novembre 2016 sur la sécurisation des établissements de santé, laquelle englobe l'ensemble des aspects évoqués. Voir Instruction no SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

¹⁰ Voir Circulaire interministérielle du 2 novembre 2020 visant à renforcer la protection des agents publics face aux attaques dont ils font l'objet dans le cadre de leurs fonctions



RAPPORT AU GOUVERNEMENT
SUR LES VIOLENCES
SEXISTES ET SEXUELLES
SOUS RELATION
D'AUTORITÉ
OU DE POUVOIR

AGIR CONTRE CE FLÉAU
TROP LONGTEMPS IGNORÉ

JOINT
N° 105
10 SEPTEMBRE 2024

Synthèse

Depuis 2017, de nombreuses réformes législatives visant à mieux lutter contre les violences sexistes, sexuelles, conjugales, intrafamiliales, ont abouti : allongement des délais de prescription, présomption de non-consentement, ordonnances de protection, création de nouveaux délits. **Les acteurs de terrain s'accordent pour dire que le Grenelle des violences conjugales a permis des avancées majeures dans la lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales.**

Mais sept ans après #MeToo, force est de constater la persistance des faits de violences sexistes et sexuelles sous relation d'autorité ou de pouvoir malgré les efforts déjà mis en œuvre pour les prévenir.

Le sexisme, l'emprise se nichent de façon insidieuse dans certaines relations de pouvoir, d'autorité, de subordination, bien au-delà des relations de travail. A titre d'exemple : militants d'un parti politique, élus ou bénévoles au sein d'associations...

Les mécanismes de domination sont les mêmes dans le monde de l'entreprise, du sport, de la santé, des institutions politiques, de la fonction publique ou de la culture, domaines retenus par la Mission à la demande des six ministres signataires de la lettre de mission.

Trop souvent, les hommes qui ont un ascendant par leur hiérarchie ou par leur pouvoir sont dans une position de domination. Aucun milieu, aucun secteur n'est épargné. Il est des univers particuliers où le rapport au corps dans la culture, le sport ou la santé, rend plus facile l'emprise et la domination.

Les inégalités persistantes entre les femmes et les hommes créent un terrain propice aux violences sexistes et sexuelles. Lutter contre les violences sexistes et sexuelles sous relation d'autorité et de pouvoir implique nécessairement de lutter pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

Au terme du travail effectué et après près de 70 auditions, nous pouvons affirmer que les **violences sexistes et sexuelles sous relation d'autorité et de pouvoir sont malheureusement un fléau.**

Par ailleurs, l'absence de respect vis-à-vis de l'Autre, l'abus de positions d'autorité ou de pouvoir joue également un rôle dans toutes les formes de violences, notamment le harcèlement de rue, à domicile. Cette absence de respect général gangrène le corps social dans un pays où les questions de sécurité réelles ou ressenties deviennent un élément important du débat public.

L'enjeu de ce rapport est de faire un état des lieux et des préconisations sur l'angle mort que représentent les violences sexistes et sexuelles sous relation d'autorité et de pouvoir.

Bien évidemment, nous ne méconnaissons pas les violences faites à l'égard d'hommes : propos homophobes, violences psychologiques, physiques ou sexuelles dans le

cadre de rapports de subordination mais nous avons concentré notre travail sur les violences faites aux femmes car elles représentent la grande majorité des cas.

Les chiffres sont alarmants : **près de 1,4 million de femmes a déclaré avoir subi des violences sexistes ou sexuelles hors cadre familial en 2021. Parmi elles, seules 2% des victimes ont porté plainte auprès des forces de l'ordre¹.**

Du harcèlement au viol, il s'agissait pour nous de mettre des mots sur les mécanismes à l'œuvre pour mieux appréhender ces violences : c'est un préalable nécessaire à l'action.

Ce rapport a pour objectif de présenter une série de mesures pratiques et pragmatiques à mettre en œuvre pour construire une chaîne vertueuse de prévention, de repérage, de sanction, d'accompagnement et de réparation et faire œuvre utile pour la société tout entière.

La mission retient 15 recommandations prioritaires :

Prévenir :

- **Étendre la conditionnalité des aides publiques (Etat-collectivités publiques) dans tous les secteurs, y compris les partis politiques, à la mise en œuvre effective de mesures de prévention des violences sexistes et sexuelles (formation, communication...).**
- **Créer un label *Agir contre les violences sexistes et sexuelles* pour distinguer les structures qui mettent en œuvre des outils de formation et de prévention adaptés.**
- **Confier à un organisme indépendant la certification et le contrôle des organismes de formation sur les violences sexistes et sexuelles et de ceux réalisant les enquêtes internes.**
- **Expliquer les différentes formes de violences sexistes et sexuelles, éduquer sur ce qu'est un rapport de pouvoir et les risques de l'emprise, notamment lors de formations diplômantes, à l'entrée dans l'emploi ou dans le cadre du service national universel.**
- **Rendre la formation aux violences sexistes et sexuelles obligatoire pour toute personne en position d'autorité ou de responsabilité et tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des cas de violences sexistes et sexuelles.**
- **Pérenniser et spécialiser les enquêtes de victimation en lien avec les violences sexistes et sexuelles sous rapport d'autorité ou de pouvoir.**
- **Evaluer la loi Rixain du 24 décembre 2021 relative aux grandes entreprises et la loi du 19 juillet 2023 relative à la fonction publique pour atteindre l'objectif d'égalité fixé dans les instances dirigeantes et exécutives et dans les instances disciplinaires.**

¹ Enquête statistique annuelle de victimation du ministère de l'Intérieur.

Repérer :

- Généraliser les structures d'écoute et de signalement dont la compétence et l'indépendance sont requises pour briser l'entre soi et susciter la confiance.

Sanctionner :

- Permettre aux victimes de violences sexistes et sexuelles hors cadre conjugal de solliciter une ordonnance de protection.
- Inciter et mieux accompagner les organisations dans la réalisation d'enquêtes internes avec sanctions administratives ou disciplinaires, équitables, rapides et dissuasives, sans attendre l'issue des procédures judiciaires, avec publication annuelle d'un rapport quant aux mesures prises.
- Expérimenter dans les juridictions la création de pôles spécialisés sur les violences sexistes et sexuelles dans le cadre de relations de travail, qui confèrent au juge des compétences tant pénales que prud'homales.

Accompagner et réparer :

- Permettre l'octroi de l'aide juridictionnelle dès le dépôt de plainte.
- Améliorer la formation des experts judiciaires psychologues ou psychiatres et augmenter le nombre d'experts spécialisés dans l'évaluation des conséquences physiques et psychologiques des violences sexistes et sexuelles.
- Augmenter les conditions de prise en charge par les assurances ou les mutuelles des frais liés à une action judiciaire et aux soins des victimes de violences sexistes ou sexuelles.

Enfin, nous appelons à lancer un Grenelle des violences sexistes et sexuelles, une campagne de communication grand public et créer une commission de suivi des recommandations.

L'ensemble des 41 recommandations figure en fin de rapport p 107 à 113, dont trois recommandations prioritaires dans les domaines de la santé, du sport et des institutions politiques et une recommandation prioritaire dans le domaine de la culture.

Paris, le 25 septembre 2024

1. Des faits et des chiffres alarmants

1.1 Les faits, sept ans après #MeToo

2017 marque l'émergence et le développement rapide de la vague #MeToo en France et dans le monde. Plus qu'une libération de la parole, « la société a surtout accepté d'entendre la parole des femmes... Les femmes parlaient mais elles n'étaient pas entendues⁸ ».

Aujourd'hui, le monde de l'hôpital, du cinéma, des médias, de l'opéra, de l'archéologie, les élus locaux ou nationaux, l'Université, les Armées, en particulier la marine, est traversé par des mouvements #MeToo et réagit.

Dans le milieu hospitalier, les mouvements #MeToo se multiplient, provenant de professionnels de l'hôpital, d'associations ou de syndicats d'étudiants, d'internes et de professionnels de santé. Les tribunes en faveur de la lutte contre les VSS, les témoignages et enquêtes apparaissent dans les médias⁹. Le ministre délégué en charge de la Santé et de la Prévention a lancé en avril 2024 une concertation de tous les acteurs et construit une nouvelle stratégie de lutte contre les VSS.

Dans les médias, France Télévisions est condamné en janvier 2024 par le Conseil de prud'hommes à régler des dommages et intérêts pour « harcèlement moral », « harcèlement sexuel » et « manquement à l'obligation de sécurité ».

Dans le cinéma, la cérémonie de remise des Césars en février 2024 a été marquée par un discours de Judith GODRECHE, « Je parle mais je ne vous entends pas. Où êtes-vous ? Que dites-vous ? » qui a conduit en mai 2024 à la création d'une Commission d'enquête de l'Assemblée nationale chargée d'étudier les « abus et violences » dont sont victimes les mineurs et les majeurs dans les secteurs du cinéma, de l'audiovisuel, du spectacle vivant, de la mode et de la publicité.

Dans le monde sportif, les défaillances et VSS ont fait l'objet d'une commission d'enquête parlementaire avec une centaine d'auditions pendant six mois et de la publication d'un rapport fin janvier 2024, suivi d'un avis sur les violences sexuelles et sexistes dans le sport de la Commission nationale consultative des droits de l'homme¹⁰. Depuis fin 2023, un projet de loi Héritage, co-produit en concertation avec les acteurs du sport ainsi qu'avec les conclusions du Comité national pour renforcer l'éthique et la vie démocratique dans le sport, a pour objectif la parité dans les instances dirigeantes et la protection des pratiquants sportifs dans chacune des fédérations¹¹.

⁸ M PORTOLANO, *Je suis la femme du plateau*, Ed Stock, mars 2024. L'autrice a été auditionnée par la Mission.

⁹ Reportage M. PORTOLANO et G Huet : *Des blouses pas si blanches*, 5 mai 2024, M6 ;

Tribune de professionnels de l'hôpital, de DG de CHU : *VSS à l'hôpital : les DG de CHU rappellent leur détermination à gagner ce combat*, 24 avril. Les DG de CHU et de CH ont été auditionnés par la Mission. Les anciennes ministres de la Santé Roselyne BACHELOT et Agnès BUZYN témoignent, M6 diffuse en mai 2024 une enquête sur les violences à l'hôpital *Des blouses pas si blanches*.

¹⁰ Assemblée nationale : *Rapport au nom de la Commission d'enquête relative à l'identification des défaillances de fonctionnement au sein des fédérations françaises de sport, du mouvement sportif et des organismes de gouvernance du monde sportif en tant qu'elles ont délégation de service public*, décembre 2023 ; *Avis sur les violences sexuelles et sexistes dans le sport (A-2024-1)* | CNCDH. Les recommandations sont reproduites en Tome 2.

¹¹ Dite Commission DIAGANA BUFFET : *Remise du rapport du Comité national pour renforcer l'éthique et la vie démocratique dans le sport* | sports.gouv.fr, décembre 2023.

Dans les Armées, où émerge un mouvement #MeToo de la marine, le ministre des Armées lance un programme de lutte contre les VSS et a d'ores et déjà annoncé que la personne mise en cause sera désormais systématiquement suspendue de ses fonctions¹².

Sept ans après #MeToo, les faits plaident en faveur d'une prise de conscience généralisée. Pour autant, comme le souligne Enora HAMON, aujourd'hui DGA de la Fondation *La France s'engage*, le mal est fait et le mal est profond : « J'aimerais que ceux qui ont manipulé, dominé, agressé parlent. En 2010, personne n'entend, n'écoute et ne croit ce que je dis. Sans preuves, aucune plainte ne peut aboutir. « Guéguerre entre étudiants », « il faut que jeunesse se passe », « tu as dû les provoquer » ... les forces de l'ordre comme les institutions ont toujours préféré minimiser et mettre la poussière sous le tapis. Alors qu'un geste, une parole, des détails apparemment anecdotiques sont, mis bout à bout, d'une violence inouïe [...] Si j'avais pu collecter les preuves, mes plaintes auraient probablement été reçues. Celles de mes camarades aussi [...] **15 ans plus tard, ces "ex-leaders" ont-ils des postes à responsabilité ? La société les a-t-elle laissés agir en toute impunité ? La réponse est doublement OUI. »**

#MeToo a mis en évidence les déséquilibres de pouvoir qui facilitent les abus et incité à une réflexion profonde sur la nécessité de transformer ces dynamiques, que ce soit dans les espaces de travail, au sein des institutions ou dans les relations personnelles.

Au-delà d'un #MeToo c'est un #WeToo de la société entière qui s'élève pour rendre compte de ces abus qui gangrènent les relations professionnelles, sociales et personnelles et détruisent des vies.

Aujourd'hui, la Mission constate une prise de conscience au plus haut niveau pour porter la lutte contre les VSS, les promouvoir, communiquer. Il faut passer de la prise de conscience à l'action qui permette de protéger utilement.

1.2 Les inégalités entre femmes et hommes, propices aux VSS

Les inégalités persistantes entre les femmes et les hommes créent un terrain propice aux VSS. Aucun milieu, aucun secteur n'est épargné. Bien sûr, il existe des univers particuliers, comme la culture, par son exposition médiatique et ses figures emblématiques. Mais on retrouve les mêmes mécanismes de domination dans un club sportif, un service hospitalier, une entreprise, un parti politique. Trop souvent, les hommes, qui ont un ascendant, par leur hiérarchie ou par leur pouvoir, sont placés dans une position de domination dont ils abusent. Lutter contre les VSS sous rapport d'autorité implique nécessairement de lutter pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

Tant qu'il n'y aura pas d'égalité réelle, on ne pourra prévenir efficacement les VSS.

Selon le baromètre du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, une immense majorité de la population constate des inégalités de traitement : « 93 % estiment que les femmes et les hommes ne connaissent pas le même traitement dans au moins une des sphères de la société (travail, espace public, école, famille...) [en particulier] le monde professionnel. [...]. Seules 20 % de la population estime que les femmes et les hommes y sont égaux en pratique »¹³.

¹² Un programme innovant de lutte contre les violences sexuelles et sexistes | Ministère des Armées (defense.gouv.fr), 13 juin 2024.

¹³ Haut Conseil à l'Égalité : Rapport annuel 2023 sur l'état des lieux du sexisme en France, janvier 2023.

Une personne sur deux estime « qu'il y a des inégalités entre les femmes et les hommes parce qu'ils ne sont pas éduqués de la même manière et une sur trois pense que les inégalités sont dues à une différence naturelle. »

De même, les opinions varient suivant les générations, mais pas dans le sens d'une amélioration des prises de conscience sur les inégalités ! En effet, les hommes plus âgés sont davantage conservateurs en « enfermant les femmes et les hommes dans des rôles sociaux très stricts », tandis que « les clichés masculinistes et l'affirmation d'une masculinité hégémonique sont plus ancrés parmi les hommes de moins de 35 ans, qu'ils semblent percevoir comme une valorisation de leur genre¹⁴ ». Parmi eux, seulement un homme sur deux « considère que l'image des femmes véhiculée par les contenus pornographiques est problématique contre 79 % des hommes âgés de 65 ans et plus. »

Les clivages entre générations conservatisme chez les plus âgés, masculinisme chez les plus jeunes !

Parmi les hommes de 65 ans et plus :

- 78 % considèrent qu'un homme doit prendre soin financièrement de sa famille (67 % en moyenne) ;
- un sur deux considère qu'il est normal que les femmes s'arrêtent de travailler pour s'occuper de leurs enfants (40 % en moyenne) ;
- un sur deux estime qu'il est normal que les femmes prennent plus soin de leur physique que les hommes (35 % en moyenne).

Parmi les hommes de 25 à 34 ans :

- 20 % considèrent que pour être respecté en tant qu'homme dans la société, il faut vanter ses exploits sexuels auprès de ses amis (8 % en moyenne) ;
- 32 % d'entre eux considèrent que le barbecue est une affaire d'homme (23 % en moyenne) ;
- 21 % considèrent qu'il faut rouler vite (9 % en moyenne) ;
- 23 % qu'il faut parfois être violent pour se faire respecter (11 % en moyenne).

Source : d'après Haut Conseil à l'Egalité, Rapport annuel 2023 sur l'état des lieux du sexisme en France,

Cet ancrage des inégalités fige les consciences et les comportements dans les filets dévastateurs du sexisme et a des conséquences néfastes dans le monde du travail, où le phénomène de précarité et de vulnérabilité, qui touche davantage les femmes, facteur d'inégalité, est propice aux VSS.

Sexisme et précarité, issus de la prégnance des inégalités, sont développés dans la suite du rapport.

Une bataille contre les inégalités est d'ores et déjà engagée pour transformer les normes sociales et culturelles qui ont longtemps toléré les comportements abusifs. Il est important d'aller plus loin pour créer une société plus équitable et respectueuse.

¹⁴ Le masculinisme est un « mouvement social conservateur ou réactionnaire qui prétend que les hommes souffrent d'une crise identitaire parce que les femmes en général, et les féministes en particulier, dominent la société et ses institutions. », HCE, rapport cité.

1.3 Des données alarmantes et contrastées

1.3.1 Près de 1,4 million de femmes victimes de VSS hors cadre familial dont la très grande majorité ne porte pas plainte

Près de 1,4 million de femmes a déclaré avoir subi des violences sexuelles, hors cadre familial, en 2021, dont plus de 200 000 femmes victimes de violences sexuelles physiques et 1,1 million de femmes victimes de violences sexuelles non physiques¹⁵.

Près de 1,4 million de femmes a déclaré avoir subi des violences sexuelles en 2021

Figure 1 > Atteintes aux personnes en 2021

Indicateurs	Nombre de victimes	Part des victimes ayant déposé plainte (en %)	Part des femmes parmi les victimes (en %)	Proportion de victimes parmi les personnes âgées de 18 à 74 ans (en %)	Proportion de victimes parmi les personnes âgées de 18 à 24 ans (en %)	Proportion de victimes parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans (en %)	Proportion de victimes parmi les personnes de l'unité urbaine de Paris (en %)	Proportion de victimes parmi les personnes vivant hors unité urbaine (en %)
Violences physiques	498 000	21	48	1,1	3,0	0,2	1,2	0,9
Violences sexuelles physiques	247 000	5	88	0,6	2,6	0,0	0,3	0,3
Violences sexuelles non physiques	1 322 000	2	86	3,0	10,1	0,2	4,2	1,8
Violences conjugales	422 000	14	76	1,0	3,7	0,1	1,5	1,0
Harcèlement moral	1 493 000	6	63	3,4	6,2	0,9	3,7	2,8
Menaces	883 000	14	42	2,0	2,9	0,6	2,1	1,7
Injures	1 571 000	4	51	4,4	8,0	1,1	5,8	4,4
Atteintes à la personnalité	294 000	12	48	0,7	1,2	8,0	0,8	0,5
Discriminations	1 056 000	2	54	2,4	4,6	0,5	4,4	1,7

* Parmi les femmes.

Lecture : En 2021, 1 971 000 personnes âgées de 18 à 74 ans déclarent avoir été victimes d'injures, dont 51 % de femmes. Parmi ces victimes, 4 % ont déposé plainte auprès de la police ou de la gendarmerie. En 2021, respectivement 4,4 % des personnes âgées de 18 à 74 ans et 8,0 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir été victimes d'injures.

Champ : Personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source : SSMSI, enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS) 2022 (questionnaire socle) ; traitement SSMSI.

Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure
Vécu et ressenti en matière de sécurité en 2022, décembre 2023

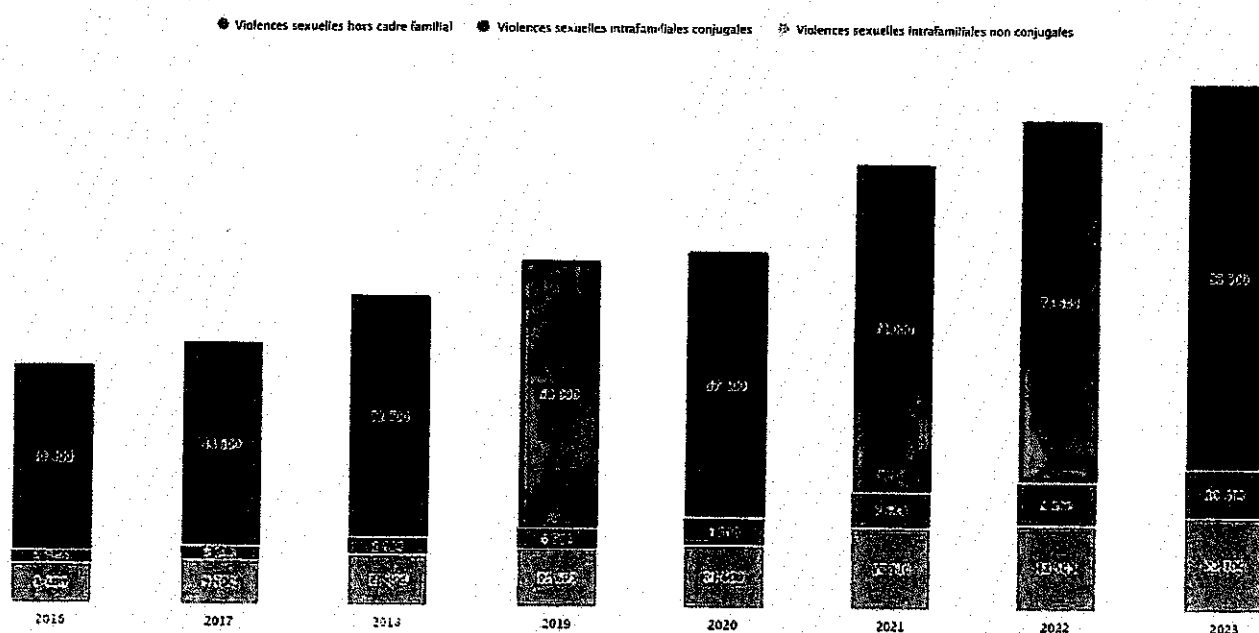
Parmi elles, seules 2 % des personnes victimes de VSS hors cadre familial ont porté plainte auprès des forces de l'ordre. Ce taux atteint 6 % pour les violences sexuelles physiques (viol, tentative de

¹⁵ D'après l'enquête statistique annuelle de victimation "Vécu et ressenti en matière de sécurité" conduite par le service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Les enquêtes de victimation (enquêtes Cadre de vie et sécurité (CVS) de 2007 à 2021, enquête européenne Genèse en 2021, enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS)) permettent de mesurer la victimation subie, déclarée ou non aux services de sécurité, avec pour ambition de décrire les victimes et les atteintes subies ainsi que le sentiment d'insécurité et les préoccupations sécuritaires, Ministère de l'intérieur, Vécu et ressenti en matière de sécurité en 2022, Interstats, 14 décembre 2023. Ces données sont reprises et commentées par la MIPROF, Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2022, p 27 à 34, Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n° 19, mars 2024.

viol, agression sexuelle) contre 2 % pour les violences sexuelles non physiques (harcèlement sexuel, exhibition sexuelle).

En 2023, près de 84 000 victimes de violences sexuelles en dehors du cadre familial ou conjugal ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie soit 74 % des victimes de violences sexuelles¹⁶.

Près de 84 000 victimes de crimes et délits à caractère sexuel enregistrées par la police et la gendarmerie en 2023, contre 40 000 en 2016



Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure

Les violences sexuelles hors cadre familial enregistrées par les services de sécurité en 2023, Interstat n°33, mars 2024 et base statistique des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie, Chiffres clés, juillet 2024

La majorité des victimes a subi des violences sexuelles physiques (viol ou tentative de viol, agression ou atteinte sexuelle). Les femmes sont largement majoritaires parmi les victimes de ce type de violence (85 %). A l'inverse, les mis en cause sont presque exclusivement des hommes (96 %). 2,2 femmes pour 1000 habitants sont victimes de violences sexuelles hors cadre familial dont 4,4 à Paris et 1,2 en Corse¹⁷.

Selon le SSMSI, ces chiffres en hausse sont expliqués « notamment par une évolution du comportement de dépôt de plainte des victimes, dans le prolongement de l'affaire Weinstein (octobre 2017) et des différents mouvements sur les réseaux sociaux en faveur de la libération de la parole des victimes. En outre, l'augmentation des violences sexuelles enregistrées s'inscrit dans

¹⁶ D'après Ministère de l'Intérieur, Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Les violences sexuelles hors cadre familial enregistrées par les services de sécurité en 2023, Interstat n°33, mars 2024

¹⁷ Soit les deux situations extrêmes.

un contexte d'amélioration des conditions d'accueil des victimes par les services de sécurité (notamment organisations adaptées dans les services, partenariats avec les intervenants sociaux et les hôpitaux) [...] et la proportion des violences sexuelles commises plus de 5 ans avant leur enregistrement passe de 13 % en 2018 à 19 % en 2023. ».

Malgré cette amélioration qui serait due à la libération de la parole et aux capacités d'accueil des forces de l'ordre, le taux de dépôt de plainte est très faible et est analysé *infra*, en lien étroit avec le taux très élevé des classements sans suite par le Parquet après dépôt de plainte.

1.3.2 A l'aube de la vague #MeToo, un panorama alarmant sur les VSS dans le monde du travail

L'enquête Genese, pilotée par le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure en 2021 en réponse à un appel d'offre européen, donne un éclairage alarmant sur les comportements à caractère sexiste ou sexuel sur le lieu de travail¹⁸. Cette enquête est le fruit d'une volonté d'agir au niveau européen, dans le sillage de la convention d'Istanbul et relayée par la France. Elle a donné lieu à un rapport fin 2022 Panorama des violences en France métropolitaine, synthétisé et commenté en mai 2024 par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) dans sa Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2022.

Selon cette enquête :

- Les comportements sexistes ou sexuels au travail concernent 3 fois plus de femmes que d'hommes au cours de leur vie professionnelle, soit plus de 2 femmes sur 5 contre 1 homme sur 7 ;
- 9,4 % des personnes interrogées déclarent en avoir été victimes dans le cadre de leur travail actuel ;
- 18 % des femmes déclarent avoir vécu au moins une fois au cours de leur vie professionnelle un comportement sexiste au travail, hors faits à caractère sexuel, 2,3 % un comportement à caractère sexuel sans qu'un comportement sexiste soit également subi et 21 % ont subi à la fois des comportements sexistes ou sexuels au travail, contre 3,9 % des hommes ;
- Les victimes citent quasiment toutes des comportements sexistes. A noter, les comportements sexistes ou sexuels recouvrent des situations très différentes : les comportements sexistes qui créent un environnement de travail intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant sont appréhendés à travers quatre situations : regards déplacés ou insistants, transmission d'images ou de vidéos sexuellement explicites, d'e-mail ou de SMS sexuellement explicites ou déplacés, plaisanteries ou remarques sexistes. Certaines parlent de « sexisme d'atmosphère » ;
- Les comportements sexuels font référence à des conduites non désirées à caractère sexuel, avec ou sans contact physique et regroupent six situations qui surviennent dans un cadre professionnel : propositions déplacées de rendez-vous, avances déplacées sur des réseaux sociaux professionnels, propositions sexuelles déplacées, contacts physiques non

¹⁸ L'enquête Genese (Genre et sécurité) est conduite par le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) en 2021, a interrogé les personnes âgées de 18 à 74 ans en France métropolitaine sur leur vécu et leurs opinions en matière de sécurité avec un focus particulier sur les VSS pour explorer la question des différences en France entre les femmes et les hommes en matière de sécurité. Cf fiche en Tome 2.

désirés, chantage sexuel, autre comportement à connotation sexuelle. Ces situations et ces comportements ne sont pas exclusifs et se cumulent dans la quasi-totalité des cas.

Les déclarations des victimes sont différentes suivant la CSP, le statut d'emploi et l'âge :

- Les salariés du privé, les femmes cadres, les hommes employés sont surreprésentés parmi les victimes de comportements sexistes ou sexuels ;
- Les personnes en CDD, intérim, en contrat d'apprentissage, stage ou dans un autre type de contrat représentent une part plus élevée parmi les victimes ;
- Les plus jeunes, âgés de 18 à 29 ans, ont une probabilité plus élevée d'être victime de comportements sexistes ou sexuels au travail que les plus âgés. Près de la moitié des hommes victimes et plus de 2 femmes victimes sur 5 ont entre 18 et 29 ans. Ce constat pourrait alors s'interpréter par une attitude moins respectueuse des collègues ou supérieurs envers des salariés en début de carrière professionnelle ;
- Le travail de nuit, l'hébergement sur un même lieu hors du domicile, sont également des éléments qui créent des situations à risque.

Ces résultats portent sur les situations vécues entre 2015 et 2020 dans le contexte professionnel. Ils mesurent l'ampleur du phénomène des comportements sexistes et des VSS aux débuts de la vague #MeToo et confortent l'analyse de la Mission sur plusieurs points, développés *infra* :

- Le contexte d'ambiance sexiste au travail est très prégnant et doit être jugulé ;
- Les personnes en statut d'emploi précaire, jeune ou débutant sur le marché du travail sont plus exposées aux VSS et doivent faire l'objet de soutien renforcé ;
- L'importance de l'organisation du travail en lien avec la limitation du risque de VSS.

Une amélioration récente perçue sur le lieu de travail ?

D'ampleur plus modeste mais plus récente que l'enquête Genese, deux nouvelles enquêtes ponctuelles tendraient à souligner une amélioration des tendances sur le lieu de travail.

Selon la nouvelle enquête de l'Observatoire Équilibre – Opinionway sur les VSS dans les relations de travail, « les entreprises et collègues seraient plus à l'écoute du sexisme au travail. L'enquête révèle une évolution positive dans la perception et la gestion du sexisme au travail. Une baisse notable de 10% a été observée dans le pourcentage de salariés confrontés au sexisme.

Cette tendance encourageante est soutenue par le fait que trois employés sur quatre expriment leur satisfaction quant aux mesures prises par leur entreprise contre les VSS et se sentent en sécurité et libres de dénoncer tout propos ou action discriminatoire au sein de leur entreprise. Ce sentiment de sécurité est renforcé par la confiance de 71% des employés dans le soutien de leur entreprise face aux discriminations. De plus, quatre femmes sur dix estiment que les propos et comportements sexistes ont reculé ces deux dernières années.

Les collègues jouent un rôle crucial dans ce contexte, étant considérés comme les alliés les plus efficaces (38%) face aux actes sexistes, surpassant les représentants du personnel et les supérieurs hiérarchiques (respectivement 25 et 23%). Cette solidarité interne est essentielle, bien qu'il reste encore beaucoup à faire pour éradiquer complètement le sexisme au travail. »

Ainsi, face aux VSS, chacun a un rôle à jouer.

De même, le baromètre #StOpE 2023 montre un impact positif des actions menées : une prise de conscience accrue et une réduction des comportements sexistes. Notamment, la moitié des

salariés sont désormais plus attentifs à ces problématiques. De plus, 41% des femmes et 51% des hommes constatent une diminution des comportements sexistes ces trois dernières années, un progrès significatif par rapport à la moyenne nationale.

Les formations sur le sexisme au travail ont également connu une hausse remarquable. La moitié des salariés dans les entreprises membres de #StOpE, par exemple, a reçu une formation, contre seulement un quart au niveau national. »

La Mission prend acte de ces constats globaux, encourageants, mais soulève la persistance des situations de VSS, qui soit s'aggravent soit ne sont pas mesurées dans les secteurs les plus exposés. Elle s'appuie également sur la directive européenne du 25 avril 2024 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes du qui demande à ce que les états membres s'efforcent de mener des enquêtes de type Genese à intervalles réguliers.

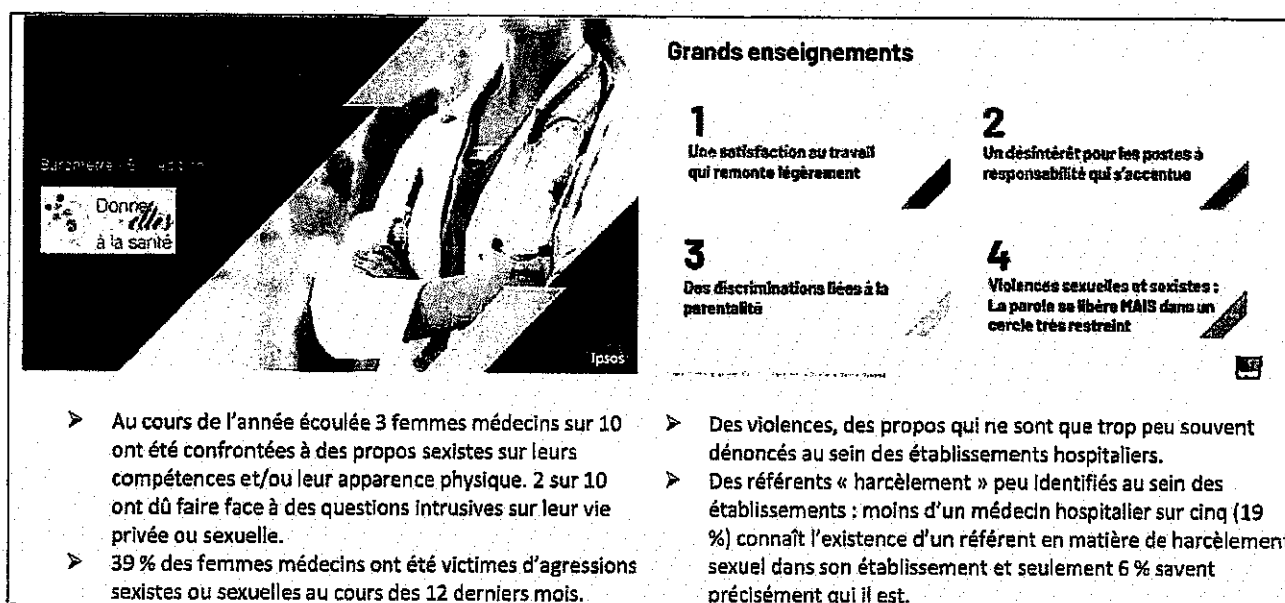
- **Recommandation : Reconduire l'enquête Genese sur les VSS au travail d'ici 2025.**

1.3.3 Une aggravation du phénomène dans les secteurs les plus exposés

Si une amélioration à court terme est mesurée par ces deux enquêtes relatives aux relations de travail dans le secteur privé, ce n'est pas le cas d'autres secteurs exposés.

Dans le domaine de la santé, les phénomènes de VSS sont de plus en plus ressentis, signalés, et les préoccupations croissent. L'association Donner des *elles* à la santé a mesuré l'ampleur des discriminations et des comportements sexistes à l'hôpital :

VSS à l'hôpital : la parole se libère mais dans un cercle très restreint



Source : Baromètre IPSOS pour Donner des Elles à la santé – Juin 2024

Parmi les femmes médecins interrogées, 39 % déclarent avoir été victimes de comportements sexistes dans l'hôpital au cours de l'année écoulée, soit près de quatre professionnelles sur dix. « On parle beaucoup des VSS à l'hôpital ces dernières années mais malgré tout ça, malgré la fresque du sexisme réalisée l'année dernière, quasiment une femme sur deux a été victime de ce type de comportement cette année »¹⁹.

En 2023, une femme médecin sur trois souhaite se voir proposer de nouvelles responsabilités. Un médecin hospitalier sur deux considère que les règles de nomination aux postes à responsabilités sont transparentes et un médecin sur deux se dit prêt à engager leur établissement dans une démarche vers plus d'égalité femmes-hommes.

Quelques années plus tôt, à la suite directe du confinement, les étudiants en pharmacie précurseurs ont sonné l'alarme, en diffusant une enquête sur la prévalence des VSS en milieu professionnel :

**30 % des étudiants en pharmacie confrontés au harcèlement sexuel en officine,
25 % à l'hôpital, provenant dans 2/3 des cas de médecins ou d'internes**

**Principaux résultats
(VSS en milieu professionnel):**

A l'Officine :

- 33% d'étudiants confrontés à des remarques sexistes (37% ♀ et 18% ♂) et 30% à un harcèlement sexuel (35% ♀, 22% ♂).
- Provenant en majorité de patients (80% répondants) mais également de membres de l'équipe officinale (37%).

A l'hôpital (externes et internes) :

- 30% ont fait l'objet de remarques sexistes (33% ♀, 15% ♂) et 25% de harcèlement (28% ♀, 9% ♂).
- Ces agissements proviennent à 38% de médecins, 32% de patients et 30% d'internes (en médecine ou en pharmacie).

Tous milieux professionnels confondus :

- 15% des étudiants ayant fait l'objet de gestes déplacés (19% ♀, 8% ♂).
- De la part de pharmaciens (53%) dans le contexte de l'officine, de médecins (59%) ou de chefs de service en milieu hospitalier.
- Deux viols recensés en milieu professionnel : un en officine, un en milieu hospitalier.

**Source : Association nationale des étudiants en pharmacie de France
Enquête sur les VSS des étudiants en pharmacie, février 2022**

Ces résultats, dont deux viols recensés en milieu professionnel, ont conduit à une action vigoureuse de l'Université, des syndicats et des directeurs d'établissement (coordination nationale d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé, cellules d'écoute, formation, cf *infra*).

¹⁹ Interview de Marie-France OLIERIC, Chef de pôle des maternités du CHR de Metz-Thionville et présidente de l'association *Donner des ELLES à la santé* dans le journal *20 Minutes*, 14 juin 2024.

Les recommandations particulières au domaine de la santé

Recommandations dans le domaine de la santé	Fonction	Porteur/associés	Priorité
Ajouter aux critères impératifs de certification HAS des établissements de santé le suivi de formation sur les VSS et la mise en place de cellule et de circuit de signalement.	Prévenir	HAS, M Santé, M Justice	*
Etudier la faisabilité d'une recommandation de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé sur le repérage des VSS pour toute consultation médicale et pour tout professionnel de santé, généraliste mais aussi médecin du travail, à l'instar de ce qui a été fait pour le repérage des violences au sein du couple.	Repérer	HAS, M Santé	
Compléter l'article R-79 du code de procédure pénale afin de permettre aux Ordres médicaux la consultation du bulletin B2 du casier judiciaire dès lors que l'Ordre est alerté sur des faits susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques et du fichier FUJISV au moment de l'inscription et lors des dépôts de plainte.	Repérer	M Santé, M Justice, Ordres	*
Réviser la circulaire du 24 septembre 2013 sur les liens Ordres-parquets afin d'intégrer les ordres paramédicaux dans le but de mieux articuler les procédures disciplinaires et pénales, être plus réactif et combattre l'impunité.	Repérer	M Santé, M Justice, Ordres	
Élargir la publication des sanctions à la fonction publique hospitalière.	Sanctionner	M Santé	*
Réformer le dispositif <i>Mon soutien psy</i> afin de permettre une prise en charge par la sécurité sociale d'un suivi psychologique pour les femmes victimes de violences sur plusieurs mois et en conventionnant avec des psychologues formés en psycho-traumatisme.	Accompagner	M Santé	



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/P3/2024/103 du 5 juillet 2024 relative à l'actualisation du cahier des charges des dispositifs sanitaires dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « Maisons des Femmes / Santé »

La ministre du travail, de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSH2418108N (numéro interne : 2024/103)
Date de signature	05/07/2024
Emetteur	Ministère du travail, de la santé et des solidarités Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Actualisation du cahier des charges des dispositifs sanitaires dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « Maisons des Femmes / Santé ».
Contacts utiles	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours Ville-Hôpital Bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables (P3) Claire SIXDENIER Mél. : claire.sixdenier@sante.gouv.fr Bureau des prises en charge en médecine, chirurgie et obstétrique (P1) Frédérique COLLOMBET-MIGEON Mél. : frederique.collobbet-migeon@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	3 pages + 1 annexe (12 pages) Annexe : Cahier des charges national type des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « Maisons des femmes / Santé »
Résumé	La présente note d'information a pour objet d'actualiser le cahier des charges des dispositifs sanitaires de prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « Maisons des Femmes / Santé ».
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.

Mots-clés	Femme victime de violences ; établissement de santé ; professionnel de santé.
Classement thématique	Établissements de santé - Organisation
Texte de référence	Néant
Rediffusion locale	Il est attendu des ARS un relai des orientations données par la note d'information auprès des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés Maisons des Femmes / Santé et des acteurs du champ des violences faites aux femmes.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 28 juin 2024 - N° 64	
Publiée au BO	Oui

Un programme national ambitieux est déployé depuis fin 2020 afin de renforcer et de structurer les soins apportés aux femmes victimes de violences, autour de dispositifs sanitaires qui leur sont dédiés, en complément de l'accompagnement plus global¹ qui leur est proposé par une grande diversité d'acteurs.

Une instruction du 18 novembre 2020², appuyée sur des financements nationaux dédiés, a permis de donner une première impulsion à la mise en place de ces structures.

Le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 souhaite conforter cette dynamique, en fixant l'objectif de doter chaque département d'un tel dispositif d'ici 2025 et de rendre possible, sur chaque site, le dépôt de plainte.

Ces nouvelles orientations nationales, ainsi que le recul acquis sur le fonctionnement des dispositifs mis en place sur la période 2020-2023, ont conduit à questionner, dans le cadre d'un groupe de travail *ad hoc* réuni de juin à novembre 2023, les missions et le positionnement territorial de ces structures, ainsi qu'à proposer plusieurs évolutions de leur cahier des charges dont la version actualisée figure en annexe.

Les missions des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « Maisons des Femmes / Santé », sont renforcées sur plusieurs aspects :

- La formation des acteurs du territoire, en intégrant davantage certains sujets (mutilations sexuelles féminines, impact des violences sur les enfants, cyber violences) ou acteurs (policiers et gendarmes) ;
- L'accessibilité pour les femmes en situation de handicap, en promouvant une meilleure formation des équipes aux handicaps, la nécessaire accessibilité physique des locaux et le développement d'outils de communication adaptés ;
- La prise en charge psychologique des femmes par une structuration des liens avec les centres régionaux du psychotraumatisme et leurs antennes, permettant la prise en charge des situations les plus complexes et la formation des équipes des Maisons des Femmes / Santé au psycho traumatisme, ainsi qu'une plus grande ouverture aux ressources locales dans le champ de la santé mentale ;
- L'accès aux soins bucco-dentaires dans un délai rapide, et permettant l'établissement d'un certificat descriptif des lésions, par la mise en place d'*organisation ad hoc*, en intra hospitalier ou avec un réseau de correspondants chirurgiens-dentistes ;

¹ Accompagnement social, accompagnement psychologique, aide juridique, aide à l'emploi, aide à l'hébergement, etc.

² Instruction n° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire.

- La généralisation du dépôt de plainte sur l'ensemble des sites, avec l'appui de policiers et de gendarmes autant que possible formés à ces situations et la mobilisation des associations spécialisées.

Des évolutions sont par ailleurs apportées au maillage des dispositifs, afin de mieux répondre à la diversité des besoins des territoires.

Le cahier des charges actualisé décrit le modèle principal attendu des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») : des structures au rayonnement départemental et dont les prestations sont composées d'un « socle » minimal qu'il définit. Deux exceptions sont par ailleurs prévues à ce principe :

- D'une part, chaque région est invitée à se doter, en sus des structures départementales, d'au moins une structure à dimensionnement renforcé : l'objectif est d'offrir à ce niveau un panel diversifié de prestations aux femmes victimes et un recours possible pour les situations complexes, tout en apportant, grâce aux ressources particulières qui y seront réunies, un soutien aux dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») du territoire régional, permettant de les engager dans une dynamique de travail commune ;
- D'autre part, le cahier des charge ouvre la possibilité de créer des « antennes » des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé »), dans les départements dont le faible niveau de population ne justifie pas la mobilisation de l'ensemble des ressources normalement prévues dans ces structures. Leur fonctionnement devra être à la fois étroitement articulé avec les structures de plein exercice et appuyé sur les ressources préexistantes du territoire.

Le soutien financier apporté aux dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») est reconduit selon les modalités antérieurement en vigueur : il repose sur un financement national (missions d'intérêt général -MIG-), compensant les coûts de fonctionnement non pris en charge par les recettes d'assurance maladie, dans le cadre d'une allocation de ressources déterminée par l'ARS concernée. Le montant financier alloué devra être en corrélation avec le statut de la structure concernée (régional, départemental ou d'antenne). Ce financement peut être complété par d'autres sources possibles sur lesquelles le cahier des charges donne une visibilité.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,

signé

Marie DAUDÉ

Annexe

CAHIER DES CHARGES NATIONAL TYPE DES DISPOSITIFS DÉDIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES, ÉGALEMENT DÉNOMMÉS « MAISONS DES FEMMES / SANTÉ »¹

PRÉAMBULE

Les violences faites aux femmes représentent un enjeu important de société et de santé publique : on estime que 220 000 femmes âgées de 18 à 75 ans² sont chaque année en France confrontées à une situation de violence « au sein du ménage »³, tandis que plus de 450 000 femmes sont victimes de violences « hors ménage » et que 125 000 femmes adultes vivant en France ont subi des mutilations sexuelles⁴. Les retentissements des violences ainsi subies sur la santé des femmes sont multiples, d'ordre physique, psychique et comportemental⁵, nécessitant des **soins adaptés et pluriels**, complétant les autres approches requises pour proposer un accompagnement global de ces femmes⁶.

Pour améliorer la réponse à ces besoins de soins, un programme national de déploiement de dispositifs sanitaires spécialisés et dédiés à la prise en charge des femmes victimes, adossés à des établissements de santé tout en intervenant en lien avec la diversité des acteurs et partenaires du champ des violences faites aux femmes, a été mis en œuvre dès 2020, en application du Grenelle des violences faites aux femmes de novembre 2019 et de l'instruction n° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire, et conforté par le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027.

L'objectif est d'assurer aux femmes victimes de violences, quels que soient le ou les types de violences subies (physiques, psychologiques, sexuelles, prostitutionnelles, conjugales...), un **accès à des soins spécialisés en tout point du territoire**, grâce à un maillage départemental de ces dispositifs sanitaires.

Le présent cahier des charges national, qui vient actualiser le cahier des charges qui était joint à l'instruction du 18 novembre 2020 précitée, précise les principes sur lesquels doivent se fonder ces dispositifs en termes de définition générale et de missions, d'organisation interne, de positionnement et d'articulation avec les autres acteurs du champ des violences faites aux femmes ainsi que de financement.

¹ Les structures qui le souhaitent peuvent ajouter à leur dénomination le nom d'une personnalité marquante.

² Selon les données recueillies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) en 2019.

³ La notion « au sein du ménage » signifie que l'auteur cohabite avec la victime au moment de l'enquête tandis que la notion « hors ménage » signifie que l'auteur ne cohabite pas avec la victime au moment de l'enquête.

⁴ Source: Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique France, n° 21, 23 juillet 2019.

⁵ L'enquête de l'INSEE cite ainsi les atteintes physiques (traumatismes, maladies chroniques), troubles psychiques et comportementaux (état de stress post-traumatique, dépression), majoration du risque suicidaire et d'addiction, dégradation de la santé sexuelle et reproductive, isolement social.

⁶ Accompagnement social, accompagnement psychologique, aide juridique, aide à l'emploi, aide à l'hébergement, conseils sur la sexualité, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST), conseils relatifs à la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales, etc.

I. DÉFINITION GÉNÉRALE ET MISSIONS DES « MAISONS DES FEMMES / SANTÉ »

1.1 Définition

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») réunissent un **ensemble de compétences sanitaires**, dans le champ clinique et de l'accompagnement psycho-social des femmes victimes de violences, et sont adossés à une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière.
- Elles répondent à une triple mission générale :
 - Assurer une **prise en charge sanitaire spécifique à destination des femmes victimes de violences** ;
 - Contribuer à l'**animation et au soutien des professionnels de santé du territoire**, notamment par la formation, pour assurer le repérage et la prise en charge sanitaire adaptée de ces situations et en appui du rôle global des ARS en matière d'animation des acteurs de santé de leur territoire ;
 - Organiser *in situ* la possibilité d'un dépôt de plainte pour faciliter les démarches des femmes victimes de violences.
- Elles assurent ainsi, au bénéfice des femmes victimes de violences sur leur territoire, une **prise en charge sanitaire en urgence, ainsi qu'un ensemble de prises en charge spécialisées**, visant à répondre aux besoins de soins somatiques et psychiques des femmes, tout en prenant en compte la dimension d'accompagnement social qui est étroitement articulée à cette prise en charge.
- Elles inscrivent par ailleurs leur action en **coordination avec l'ensemble des acteurs des violences faites aux femmes sur le territoire**⁷, permettant de garantir la fluidité des parcours de prise en charge des femmes concernées, mais également d'assurer la montée en compétence des acteurs du territoire dans le domaine du repérage, de la prise en charge et/ou de l'orientation adaptée de ces femmes.

1.2 Structures porteuses

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») constituent des **dispositifs sanitaires, adossés à un établissement de santé**.
- Les établissements de santé sièges de ces structures disposent *a minima* des **autorisations d'activité de médecine d'urgence ou de gynécologie-obstétrique**. Ils peuvent proposer d'autres prises en charge spécialisées telles que celles de médecine légale, de chirurgie générale et spécialisée, de psychiatrie, d'interruption volontaire de grossesse (IVG), de permanences d'accès aux soins de santé (PASS), etc.

⁷ Acteurs du premier recours (médecins, traitants, sages-femmes libérales, chirurgiens-dentistes, etc.), acteurs spécialisés, en particulier dans le champ de la psychiatrie (centres régionaux du psycho-traumatisme et leurs antennes), préfecture/services de l'État, dont forces de sécurité intérieure, réseau déconcentré des droits et des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes, autorités judiciaires, interlocuteurs sociaux et médico-sociaux, secteur associatif, etc.

- Les projets peuvent émaner des services d'urgence, de gynécologie-obstétrique, et d'unités médico-judiciaires (UMJ). De façon optimale, ils pourront résulter d'une collaboration entre ces services.
- L'objectif est d'assurer, via le dispositif dédié, l'accès à un **panel large de prestations** garantissant la complétude et la qualité de la prise en charge des femmes victimes. Les Maisons des Femmes / Santé assurent ces différentes prestations **soit sur site, soit par voie de conventions** avec d'autres établissements de santé ou partenaires de ville vers lesquels ils orientent leurs patientes. Pour assurer une prise en charge plus globale des femmes victimes, les projets peuvent être, le cas échéant, portés par un établissement de santé en partenariat avec d'autres acteurs du territoire, notamment associatifs.
- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») **s'appuient en outre**, pour identifier les besoins d'appui des acteurs et relayer ses actions, **sur les référents violences faites aux femmes⁸ identifiés au sein du service d'urgences** de l'établissement siège du dispositif, ainsi que des autres établissements de santé du territoire⁹

1.3 Missions détaillées

1.3.1 Assurer la prise en charge sanitaire de la femme victime

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») assurent aux femmes victimes une **prise en charge somatique et psychique** adaptée à leur situation, comprenant une **évaluation de leurs besoins** de soins et l'**organisation**, dans le cadre d'un plan de soins formalisé, de leur **accès** aux prises en charge nécessaires.
- Les dispositifs assurent en leur sein un « **socle** » **minimal de prise en charge**, permettant d'assurer l'évaluation des besoins des femmes et d'initier leur prise en charge médicale et psychologique.
- En sus de ce socle minimal, les dispositifs donnent **accès**, soit *in situ*, si les compétences sont disponibles au niveau de l'établissement de santé concerné, soit par le biais de conventions avec d'autres établissements de santé ou des partenaires de ville, garantissant des délais adaptés et la bonne transmission des informations nécessaires, **aux prises en charge sanitaires suivantes, mobilisées selon les besoins des femmes victimes** :
 - Des consultations de médecins et de sages-femmes ;
 - Des consultations de psychologues et de psychiatres, comprenant, pour les situations les plus complexes, un accès aux consultations proposées dans le champ du psycho traumatisme, par les centres régionaux du psychotraumatisme et de leurs antennes locales ;
 - Des activités de bilans (bilan gynécologique, etc.) ;

⁸ En application de la circulaire n° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes.

⁹ Des référents violences faites aux femmes sont également désignés au niveau des ordres de santé et dans les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), avec lesquels les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») pourront également se mettre en lien.

- Une prise en charge dans le champ de la santé sexuelle : contraception, dépistage des IST, IVG ; les structures devront proposer un accompagnement y compris aux femmes se présentant avec une demande d'IVG intervenant en dehors du délai légal de sa réalisation en France et analyser avec elles les possibilités légales existantes de prise en compte de leur demande. ;
- Des actes de chirurgie, notamment réparatrice des mutilations sexuelles ;
- Une orientation des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines vers une équipe pluridisciplinaire expérimentée dans cette prise en charge ;
- Un accès aux soins bucco-dentaires dans un délai rapide, et permettant l'établissement d'un certificat descriptif des lésions ;
- Le cas échéant, une prise en charge en addictologie (dispositifs sanitaires ou médico-sociaux).

Pour répondre aux besoins de prise en charge du psycho traumatisme subi par les femmes victimes, les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») établissent avec le centre régional de psychotraumatisme (CRP) de leur région une convention de partenariat. Dans le cas où la structure est localisée dans un département dépourvu de CRP, un partenariat est en outre établi avec les relais locaux du CRP pour assurer une prise en charge spécialisée en proximité, dans le champ du psychotraumatisme, pour les femmes concernées.

Ce partenariat prévoit notamment :

- Les situations pouvant donner lieu à orientation des femmes vers le CRP, afin d'assurer autant que possible la prise en charge à ce niveau des troubles traumatiques graves, nécessitant des soins psychiatriques spécialisés ;
 - Les modalités d'orientation des femmes vers les dispositifs de soins en psychotraumatisme les plus adaptés (libéraux ou publics), le CRP ayant notamment pour mission d'assurer la cartographie et l'animation d'un réseau de professionnels spécialisés en psychotraumatisme dans chaque région ;
 - Les conditions dans lesquelles le CRP apporte son appui au dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maison des Femmes / Santé »), notamment en termes de formation de ses personnels au psychotraumatisme afin d'assurer une réponse de 1^{er} niveau à ces besoins, ou de consultation « avancée » du CRP dans ses locaux.
- En complément de cette prise en charge sanitaire, les dispositifs initient un **diagnostic de la situation sociale des femmes victimes et de leurs besoins d'accompagnement dans ce champ** (accès aux aides sociales, hébergement, aide à l'emploi, etc.). Ils apportent une première réponse à ces besoins (ouverture des droits par exemple), tout en organisant l'orientation adaptée des femmes concernées vers les partenaires du territoire les mieux à même de répondre à cet accompagnement social.
 - Un accompagnement est organisé pour permettre à la femme victime, si elle le souhaite, de **porter plainte**. Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») conventionnent avec les forces de police et de gendarmerie en vue de **permettre le dépôt de plainte in situ** et formalisent un parcours adapté à cet effet.

- À l'occasion de l'évaluation globale des besoins de la femme victime, sa situation familiale et en particulier **l'impact des violences subies sur ses enfants sont évoqués** et donnent lieu, si besoin, à une orientation de ceux-ci vers les structures de prise en charge des enfants victimes de violences existantes au niveau du territoire et soutenues en application de l'instruction du 3 novembre 2021¹⁰ : les unités d'accueil pédiatriques enfant en danger (UAPED)¹¹, les équipes pédiatriques régionales référentes de l'enfance en danger (EPRRED)¹², les services de pédopsychiatrie et les centres régionaux de psychotraumatisme.

1.3.2 Répondre aux situations spécifiques

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») **répondent de façon adaptée aux besoins spécifiques des femmes en situation de handicap**. Pour cela, elles s'assurent de la conformité de leurs locaux en termes d'accessibilité, en particulier lorsque l'accueil du public s'effectue sur un site distinct de leurs établissements de santé de rattachement. Elles assurent par ailleurs la formation de leurs professionnels aux différents types de handicap (moteur, sensoriels, mentaux) et elles délivrent des documents d'information, adaptés aux différents types de handicap. Enfin, elles mobilisent autant que possible l'interprétariat en langue des signes (LSF) et en langue parlée complétée (LCP) pour leurs publics accueillis.
- Les dispositifs prennent en compte avec une **attention particulière les situations suivantes : situations d'emprise psychologique**, situations d'addiction et cas des très jeunes femmes.
- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») organisent le recours, autant que possible, à l'interprétariat pour assurer la prise en charge des femmes victimes ne parlant pas la langue française.

1.3.3 Contribuer à l'animation des professionnels sur le territoire dans le champ des violences faites aux femmes

- Compte tenu de leur expertise en matière de prise en charge des femmes victimes de violences, les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») constituent des **interlocuteurs privilégiés des agences régionales de santé** pour les réflexions générales conduites dans ce champ : bilans de besoins de formation des acteurs, diagnostic de l'offre et de sa réponse aux besoins, etc.

¹⁰ L'instruction n° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences, prenant appui sur plusieurs dispositifs de soins, dont les unités d'accueil pédiatrique Enfance en Danger (UAPED) et les équipes régionales référentes (EPRRED), ainsi que sur les services de pédopsychiatrie et les centres régionaux du psycho traumatisme.

¹¹ Les UAPED regroupent, dans un centre hospitalier, des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent et une salle d'audition pour recueillir la parole de l'enfant dans des conditions adaptées à son âge.

¹² Les EPRRED sont des structures sanitaires spécialisées au niveau régional, assurant une prise en charge de recours des mineurs et intervenant en appui des UAPED.

- Elles conduisent, en lien avec les autres acteurs intervenants dans ce champ, des **actions régulières de sensibilisation, d'information et de formation sur les bonnes pratiques en matière de repérage et de prise en charge sanitaire (somatique et psychique) des violences subies par les femmes** auprès des différents professionnels impliqués de leur territoire (professionnels de santé, hospitaliers et de ville, professionnels de l'Éducation nationale, professionnels de la police et de la gendarmerie, etc.). Des actions spécifiques sont souhaitées sur les thématiques suivantes :
 - Les mutilations sexuelles féminines ;
 - L'impact des violences faites aux femmes sur les enfants et l'enjeu d'assurer leur prise en charge adaptée ;
 - Les cyber violences notamment chez les adolescents et au sein du couple.
- Elles élaborent également des **outils communs**, utiles aux professionnels dans leur pratique de prise en charge des femmes victimes (protocoles de prise en charge, outils d'évaluation des besoins, etc.), et favorisant l'égalité de prise en charge des femmes sur le territoire.
- Leurs actions dans ces différents domaines sont conduites **en lien avec les autres réseaux de professionnels** œuvrant, le cas échéant, dans des champs connexes (champ des violences intrafamiliales, des violences à l'encontre des mineurs, du psychotraumatisme, des addictions ou de la périnatalité), afin de mutualiser leurs compétences et de renforcer l'impact des actions conduites.

II. POSITIONNEMENT TERRITORIAL ET ARTICULATION AVEC LES ACTEURS

2.1 Couverture territoriale des dispositifs

Trois types de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») sont définis :

- Chaque département a vocation, à terme, à être couvert par une « Maison des Femmes / Santé » et c'est sur ce périmètre que celles-ci déploient habituellement leur intervention.

Par ailleurs, pour répondre à des enjeux spécifiques, est identifiée dans chaque région, au moins une **structure à rayonnement régional** (le nombre de ces structures pourra être adapté à la taille et au poids populationnel de chaque région). Cette structure régionale a deux missions spécifiques :

- Apporter aux femmes victimes une **prise en charge renforcée**, grâce à un panel particulièrement large de prestations, et incluant autant que possible l'accès à des prises en charge spécifiques (chirurgie des mutilations sexuelles féminines, recueil de preuves sans plainte, etc.) ;
- Apporter un **appui aux structures départementales**, évitant la mobilisation de tous les dispositifs autour de tâches qu'il est possible de mutualiser. Cet appui pourra notamment prendre la forme de l'élaboration de documents ou de protocoles utiles à tous (documents d'information à destination de publics spécifiques par exemple) ou de l'animation de réflexions régionales sur les pratiques.

- Par exception, dans les départements les moins densément peuplés, des « **antennes** » de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « **Maisons des Femmes / Santé** ») peuvent être constituées. Ces dispositifs permettent de garantir, en tout point du territoire, une première prise en charge spécialisée des femmes, en proximité de leur domicile. Les antennes doivent répondre aux mêmes conditions d'autorisation de leur établissement de santé siège (aux urgences ou à la gynécologie-obstétrique) que les structures de plein exercice. Ces « antennes » établissent, par voie de convention, des liens étroits avec un dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « **Maison des Femmes / Santé** ») de plein exercice du territoire régional, assurant ainsi l'accès des femmes à la diversité des soins qu'est susceptible de requérir leur situation.
- Dans les régions monodépartementales telles que les départements et régions d'Outre-mer (DROM), le dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « **Maison des Femmes / Santé** ») peut assurer les missions de la structure départementale ainsi que de la structure régionale.
- Dans les cas d'implantation sur un même site hospitalier d'un dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « **Maison des Femmes / Santé** ») et d'une **UAPED**, ces deux dispositifs peuvent opportunément constituer un **guichet d'accueil unique**, facilitant la prise en charge simultanée et coordonnée des femmes victimes et de leurs enfants.

2.2. Relations avec l'ARS

- L'établissement siège du dispositif soumet à l'ARS, pour approbation, les modalités d'implantation et de fonctionnement du dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « **Maison des Femmes / Santé** »), dans un objectif de couverture départementale du dispositif et de lisibilité de l'offre pour les professionnels et les femmes victimes.

2.3. Relations avec les autres acteurs du territoire

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « **Maisons des Femmes / Santé** ») **coordonnent leur action** avec les acteurs et partenaires du territoire concourant à la prise en charge des femmes victimes et, plus globalement, à l'action dans le champ de la lutte contre les violences faites aux femmes¹³.
- Ce partenariat attendu avec les principaux acteurs du territoire concourant à l'accompagnement global des femmes victimes est appuyé sur **l'établissement de conventions**, permettant de définir les obligations réciproques des parties et les conditions d'orientation des femmes vers ces partenaires (délais, informations transmises, etc.). Eu égard à l'importance de leur contribution, les conventions doivent **nécessairement inclure les acteurs suivants** :

¹³ Le pilotage de cette politique publique et son suivi relèvent du préfet, en étroite coordination avec le procureur de la République. Elle associe de nombreux acteurs dont les interventions concourent à l'accompagnement global des femmes victimes : services déconcentrés de l'État (notamment **DDETS(PP)**, *direction départementale de la police nationale [DDPN]*, *groupement de gendarmerie départementale [GGD]*, *direction départementale des territoires [DDT]*, *direction académique des services de l'éducation nationale [DASEN]*, *protection judiciaire de la jeunesse [PJJ]*), auxiliaires de justice (instances locales représentatives du barreau, chambre départementale des huissiers de justice), agences régionales de santé et leurs entités départementales, associations intervenant auprès des femmes victimes, associations de contrôle judiciaire socio-éducatif, autres acteurs institutionnels (*Caisse d'allocations familiales [CAF]*, *assurance maladie*, *France Travail*, etc.), collectivités territoriales, dont conseil départemental.

→ Dans le champ sanitaire :

- Un ou plusieurs établissements de santé autorisés aux activités de médecine, de chirurgie et de psychiatrie si l'établissement siège du dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») n'en dispose pas en sus du socle obligatoire prévu (médecine d'urgences et gynécologie-obstétrique). L'objectif est de permettre l'accès des femmes victimes à la diversité des prises en charge que leur situation requiert : en particulier en santé sexuelle, en chirurgie, générale et spécialisée (dont la chirurgie réparatrice des mutilations féminines, etc.), en psychiatrie (cette dernière activité devant nécessairement inclure des compétences de prise en charge mère-bébé ainsi que des enfants et des adolescents, en cas d'orientation nécessaire de ceux-ci) ;
- Le centre régional du psychotraumatisme et ses éventuelles antennes locales ;
- Une UMJ si elle est extérieure à l'établissement de santé siège du dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maison des Femmes / Santé ») ; cette collaboration peut permettre, dans les cas où l'UMJ a mis en place un dispositif de recueil de preuves sans plainte, l'instauration d'un protocole de prise en charge partagée dans les situations de violences sexuelles sans dépôt de plainte et l'utilisation des ressources de l'UMJ (salle des scellés) ;
- Un établissement de santé disposant d'un service d'odontologie ou des chirurgiens-dentistes volontaires de ville, formés à l'accueil des femmes victimes, afin d'assurer l'accès des femmes victimes à des soins bucco-dentaires, y compris en urgence ;
- Un établissement de santé disposant d'une activité de pédiatrie, si l'établissement porteur en est dépourvu afin d'assurer l'orientation, si nécessaire, des enfants des femmes victimes.

→ Dans le champ social, médico-social et juridique :

- Au moins une association œuvrant en matière d'accompagnement des femmes victimes de violences au sein du territoire concerné et permettant d'aider à l'organisation d'un accompagnement social adapté des femmes (accès à un logement d'urgence, aide à la garde d'enfants, soutien de la parentalité, éducation à la santé sexuelle et reproductive, conseil conjugal, accès au droit, appui à l'insertion socio-professionnelle, etc.) ;
- Une structure de prise en charge des addictions, intervenant dans les champs sanitaire et médico-social, au regard de la prévalence des problématiques d'addictions dans le champ des violences au sens large ;
- Un acteur du champ du handicap au regard de la plus grande vulnérabilité aux violences des femmes vivant avec un handicap.

→ En vue du dépôt de plainte :

- Les services de police et de gendarmerie, notamment dans l'objectif d'organiser le dépôt de plainte au sein des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé »).

→ Dans le champ de la prise en charge des enfants :

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») concluent nécessairement avec les UAPED en place sur leurs territoires de proximité, ainsi qu'avec les EPRRED correspondant à leur territoire régional, des conventions définissant les modalités de leurs actions concertées. Ces conventions visent dans tous les cas à permettre l'adressage à ces structures spécialisées des enfants de femmes victimes qui le nécessitent. Elles peuvent également traduire des actions concertées plus abouties entre ces structures intervenant dans des champs connexes, comme des actions partagées de sensibilisation et de formation.
- Cette **organisation concertée** avec les partenaires des champs sanitaire, médico-social, social et judiciaire notamment garantit :
 - La lisibilité des ressources mobilisables ;
 - L'effectivité des orientations ;
 - La réactivité des professionnels sollicités (délais de prise en charge) ;
 - La transmission des informations nécessaires à la qualité de prise en charge des patientes.
- Les conventions établies avec ces partenaires garantissent l'**application de protocoles concertés** de prise en charge des femmes victimes, la bonne transmission des informations les concernant ainsi que la continuité des parcours.

III. ORGANISATION INTERNE DES « MAISONS DES FEMMES / SANTÉ »

3.1 Ressources humaines

3.1.1. Les ressources « socle » du dispositif

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») disposent de **ressources humaines propres, dédiées aux soins aux femmes victimes**, dites « **ressources socle** ».
- Ces « ressources socle » sont composées **a minima de 3 équivalents temps plein (ETP)¹⁴**, et comprennent notamment des compétences d'infirmier, en particulier en psychiatrie, ou de sage-femme, de psychologue et d'assistant social, permettant d'assurer une première réponse aux besoins des femmes. Ces professionnels doivent être formés au repérage et à la prise en charge des violences sexistes et sexuelles.
- Les « ressources socle » mobilisées peuvent aller **au-delà de 3 ETP, notamment dans les structures à rayonnement régional**.
- Les « antennes » des dispositifs, susceptibles d'être mises en place dans des départements peu densément peuplés et dont les missions sont précisées au point 2.1, peuvent disposer de « **ressources socle** » **inférieures à 3 ETP**. Par voie de convention avec un ou plusieurs dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») de la région, les antennes organisent l'accès des femmes aux ressources non proposées sur place.

¹⁴ Conformément aux orientations données par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation*, mai 2017.

- Un **recours à des compétences médicales** est par ailleurs organisé, sous la forme notamment de la mise à disposition de vacations de temps médical, afin de répondre aux situations les plus complexes.
- L'**accueil et une première prise en charge des femmes doivent être organisés à tout moment**, y compris en dehors des horaires d'ouverture des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé »). Pour assurer cette continuité d'accès, l'établissement de santé siège de la structure, définit les conditions de mobilisation de ses professionnels, sensibilisés à cet accueil et à ces prises en charge, dans le cadre d'un protocole formalisé. Les professionnels concernés de l'établissement, notamment issus des urgences générales et gynécologiques, doivent être formés à la problématique des violences faites aux femmes.

3.1.2. Les ressources complémentaires du dispositif

- Au-delà de leurs ressources « socle », les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») peuvent mobiliser **des ressources humaines spécialisées dans les champs de la prise en charge sanitaire, sociale, judiciaire et de l'accompagnement global des femmes¹⁵**, émanant d'une **diversité de partenaires** : services partenaires de l'établissement de santé siège du dispositif, établissements de santé partenaires, professionnels de ville, associations, etc.
- Des **conventions formalisent les obligations réciproques** de l'établissement de santé siège de la structure et de ses partenaires contribuant à la prise en charge des femmes.

3.2 Organisation interne

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violence (ou « Maisons des Femmes / Santé ») répondent aux **principes généraux** suivants :
 - Ils ont une vocation sanitaire, tout en proposant aux femmes dans le cadre de partenariats et par voie de convention, un accompagnement social, médico-social et judiciaire adapté ;
 - Ils ont la capacité de fédérer une diversité de partenaires et d'organiser l'orientation des femmes, pour leur assurer l'accès à la diversité des prestations dont elles ont besoin ;
 - Ils doivent répondre, vu leur vocation spécialisée, à un objectif de couverture départementale des besoins des femmes, au-delà de la seule zone d'attractivité « naturelle » de l'établissement de santé porteur du projet.
- Pour répondre aux besoins énoncés ci-dessus, **plusieurs configurations d'organisation sont possibles** en termes de rattachement de la structure : elle peut être pilotée par un service d'urgences, un service de gynécologie-obstétrique ou une UMJ, selon l'orientation prioritaire du projet. Le rattachement peut être unique ou multiple.

¹⁵ Intervenant dans le champ de la psychiatrie, de la prise en charge médico-légale, de la chirurgie spécialisée, de l'addictologie, etc.

- Les prises en charge s'effectuent dans le cadre de protocoles et d'organisations formalisées avec les acteurs partenaires qui permettent de **ne pas réitérer, lorsque cela est possible, les consultations et examens demandés aux femmes**, et qui favorisent la **spécificité de l'approche et la compétence des professionnels** mobilisés face à ces situations particulières.
- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») peuvent organiser des interventions « hors les murs » de leurs personnels lorsque cela est justifié par les besoins du territoire qu'elles desservent.
- Un **temps d'échange interne à la structure**, réunissant au moins une fois par an ses principaux contributeurs, est mis en place en vue d'échanger sur son fonctionnement et ses points éventuels d'amélioration.
- Une **analyse des pratiques professionnelles** est organisée a minima deux fois par an sur des prises en charge anonymisées, aux fins d'amélioration des pratiques.

IV. CONDITIONS DE FINANCEMENT DES « MAISONS DES FEMMES / SANTÉ »

Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») sont susceptibles de bénéficier de financements de sources diverses et recouvrant pour chacune des finalités spécifiques.

4.1 Les financements publics

4.1.1. L'Assurance maladie

- Dès lors qu'un projet de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») a été retenu par l'ARS de son territoire, au titre du programme national de soutien de ces dispositifs, il est susceptible de bénéficier de **l'enveloppe nationale (actuellement Mission d'intérêt général - MIG) dédiée au programme**, selon le montant déterminé par l'ARS. Le financement concerné, de nature pérenne, peut être utilisé pour couvrir les frais d'investissement comme de fonctionnement des structures.
- Un **financement de l'ARS**, via son Fonds d'intervention régional (FIR), peut compléter le financement MIG, et couvrir les frais d'investissement comme de fonctionnement de la structure, soit de manière transitoire (dans l'attente de la montée en charge du financement MIG) soit de manière pérenne.
- Une partie des recettes des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») est liée à l'activité qu'il réalise, notamment en consultation externe, et qui est facturée par l'établissement de santé à l'Assurance maladie.
- Les financements concernés ont plus particulièrement vocation à financer le **socle des professionnels de santé** constitutifs de ces structures, assurant la **prise en charge sanitaire des femmes**.

4.1.2. Les autres financements publics

- Des financements complémentaires peuvent être apportés par les services déconcentrés de l'État, le cas échéant à travers les associations partenaires, pour contribuer notamment à l'accompagnement social des femmes victimes. Ces moyens ne peuvent se substituer aux financements de l'ARS et de l'Assurance maladie pour la prise en charge sanitaire.
- Les collectivités territoriales (communes, conseil départemental, conseil régional) peuvent également mobiliser des fonds à l'appui des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé »). Cette contribution peut permettre de couvrir les **frais d'investissement** des structures (mise à disposition ou aménagement de locaux). Elle est également susceptible de couvrir certains aspects des frais de fonctionnement des structures, à l'appui de **prises en charge distinctes du soin proprement dit, mais concourant à l'accompagnement global des femmes victimes** et entrant dans le champ de compétences de ces collectivités (prestations de conseil conjugal, assistance sociale, etc.).

4.2 Les financements privés

- Les partenaires privés (fondations privées, associations, opérations de levée de fonds auprès de particuliers, etc.) peuvent également être sollicités pour contribuer au financement global des « Maisons des Femmes / Santé ». Compte tenu de la nature privée de ces fonds ainsi que de leur caractère possiblement temporaire, ils ont vocation à concourir notamment :
 - Aux **besoins d'investissement** des structures ;
 - S'agissant du fonctionnement des structures, aux **prestations distinctes du soin proprement dit, mais visant à l'accompagnement global des femmes victimes** (ateliers, groupes de parole, facilitation de l'insertion professionnelle des femmes victimes, etc.).

V. SUIVI DE L'ACTIVITÉ DES « MAISONS DES FEMMES / SANTÉ »

- Les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (ou « Maisons des Femmes / Santé ») s'engagent à **recueillir les données nécessaires à l'évaluation** qualitative et quantitative du dispositif et notamment à l'identification des files actives prises en charge et de l'activité spécifique réalisée (séjours, nombre de consultations, etc.), dans le cadre d'un rapport activité standardisé transmis au niveau national via l'outil PIRAMIG.



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité**MODÈLE DE PROTOCOLE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES
DE VIOLENCES CONJUGALES, INTRAFAMILIALES ET/OU SEXUELLES AU SEIN
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Vu le 5^e plan interministériel de prévention et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes, 2017-2019,
Vu la grande cause nationale lancée par le président de la République le 25 novembre 2017,
Vu la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales,
Vu la circulaire du garde des sceaux du 23 septembre 2020 relative à la politique pénale en matière de lutte contre les violences conjugales,
Vu la circulaire n° INTK2000182J du 20 décembre 2019 du ministère de l'intérieur relative au suivi des mesures du Grenelle de lutte contre les violences conjugales,

Entre:

- Le préfet du département de X,
- Le procureur de la République près le tribunal judiciaire de X,
- Le conseil départemental de X, représenté par X, président
- La direction départementale de la sécurité publique de X, représentée par X, directeur
- Le groupement de gendarmerie de X, représenté par X, commandant de groupement
- L'agence régionale de santé, représentée par X, directeur général
- L'établissement de santé de X, représenté par X, directeur
- L'association d'aide aux victimes X, représentée par X, président
- Le barreau de X, représenté par X, bâtonnier

Il est convenu ce qui suit:

ARTICLE 1^{ER}: OBJECTIFS DU PROTOCOLE

Les établissements de santé sont, par nature, susceptibles d'accueillir et de prendre en charge des personnes victimes de violences conjugales, intrafamiliales¹ et/ou sexuelles. La lutte contre ces violences et la protection des victimes commandent la mise en place d'un continuum dans leur prise en charge et leur accompagnement vers la révélation des faits, afin de pallier les difficultés matérielles et craintes psychologiques qu'elles éprouvent à entamer ou à poursuivre leurs démarches judiciaires au regard de la lourdeur de celles-ci et de leurs conséquences.

Ce protocole vise à l'amélioration de l'accueil et de l'accompagnement tant médical² ou médico-légal que social et juridique des victimes, à favoriser la détection dans les établissements de santé des situations de violences et leur signalement accru, ainsi qu'à faciliter la démarche de dépôt de plainte:

- en informant les victimes de leurs droits,
- en les accompagnant vers la révélation des faits à destination de l'autorité judiciaire et/ou des forces de sécurité intérieure et en facilitant leurs démarches,
- en adaptant les modalités de dépôt de plainte à la situation de chaque victime,
- en facilitant la réalisation d'un examen médical ou médico-légal dans la continuité de son accueil dans l'établissement de santé, soit sur réquisition judiciaire, soit dans une démarche conservatoire,
- en permettant, pour les personnes victimes qui ne souhaitent pas immédiatement déposer plainte, la réalisation de constats et de prélèvements conservatoires dans la perspective d'une éventuelle procédure judiciaire.

¹ S'agissant des violences entre ascendants, descendants, collatéraux majeurs.

² Somatique et psychologique.

À cette fin, le présent protocole instaure les principes d'une collaboration et d'une coordination institutionnelles de l'ensemble des acteurs qui concourent à la lutte contre les violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles: les autorités judiciaires, les établissements de santé, les forces de sécurité intérieure, les services de l'État dont le réseau en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes, et le secteur associatif (dont les associations d'aide aux victimes comprenant les associations agréées par le ministère de la Justice et les associations spécialisées dans l'écoute, l'accueil et l'accompagnement des victimes de violences).

ARTICLE 2: ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES

Le développement d'un partenariat institutionnel permettant d'améliorer la coordination et la qualité des interventions de l'ensemble des acteurs, et ainsi les réponses apportées aux différentes situations dans lesquelles se trouvent les victimes, il convient de préciser les conditions dans lesquelles les acteurs du protocole organisent leur collaboration en matière:

- d'information, de soutien psychologique et d'accompagnement aux démarches sociales, juridiques et judiciaires (association d'aide aux victimes),
- de transmission d'informations des personnels hospitaliers aux services de police ou de gendarmerie,
- de signalement par les médecins auprès des autorités judiciaires,
- d'intervention des services de police et de gendarmerie auprès des établissements de santé,
- d'exécution des actes de police judiciaire au sein des établissements de santé,
- de formation au profit de l'ensemble des personnels concernés,
- d'accompagnement juridique et de conseil par les avocats, le cas échéant dans le cadre de permanences sur place (barreau),
- de coopération entre médecine hospitalière et médecine de premier recours, dans le respect des orientations régionales de santé (ARS),
- de promotion du dispositif auprès des acteurs et des personnes ressources du territoire (préfecture).

Chaque structure signataire s'engage également à porter le présent protocole à la connaissance de l'ensemble de ses agents ou salariés.

ARTICLE 3: PÉRIMÈTRE DU PROTOCOLE

Le présent protocole s'applique aux victimes majeures:

- de toutes formes de violences, psychologiques et/ou physiques, commises dans un cadre conjugal/intrafamilial,
- Et/ou
- de toute infraction de nature sexuelle.

Il s'applique à l'ensemble des sites du groupe hospitalier X/à l'UMJ de X/ au service des urgences de X/ au service des urgences gynécologiques de X.

Les annexes du protocole constituent des outils opérationnels qui ont vocation à préciser le traitement d'un certain nombre de situations, la conduite à tenir, et à identifier les interlocuteurs à mobiliser dans l'accompagnement des victimes.

ARTICLE 4: RÉFÉRENTS

- Désignation des référents

Afin de permettre l'exécution du présent protocole, chaque partie signataire désigne des référents et des suppléants ayant pour mission, en qualité de relais institutionnels pour les acteurs intervenants, d'assurer la coordination entre les différents partenaires signataires.

Les coordonnées de contact de ces différents référents et suppléants sont détaillées en annexe du présent protocole, et régulièrement actualisées. Ces référents ne sont pas systématiquement actionnés pour chaque situation particulière mais ils veillent, pour leur institution ou établissement, à l'application effective du présent protocole.

Pour les établissements de santé de X, en cas d'absence des référents et de leurs suppléants (hors heures ouvrées, formation, congés, etc.), le cadre de santé d'astreinte et l'administrateur de garde assurent la continuité de l'application de ce protocole.

- Formation des référents

Les différentes parties au présent protocole s'engagent à ce que les référents soient formés sur leur rôle le plus rapidement possible après leur désignation.

En outre, l'établissement de santé s'engage à assurer une formation continue sur l'accueil et la prise en charge adaptée des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles, aux personnels médicaux et paramédicaux appelés à intervenir auprès de ces dernières.

Ces formations devront porter sur :

- les obligations incombant aux personnels soignants à l'occasion de la suspicion ou de la révélation de violences,
- l'accueil spécifique à organiser pour les victimes,
- les modalités de mise en œuvre de la coopération interservices ou inter-établissements, et l'amélioration des outils et moyens mis en œuvre dans cette coopération.

Les différentes parties au protocole s'engagent à contribuer à l'élaboration d'un plan de formation minimum, lorsqu'il n'existe pas, dans les X mois de la mise en place du protocole, et à permettre que les agents concernés aient accès à ces formations au minimum une fois par an. Ce plan de formation, ainsi que les outils qui l'accompagnent, sont évalués de façon concertée une fois par an.

ARTICLE 5: ACCUEIL, INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA VICTIME

L'établissement de santé s'engage à :

- Privilégier un accueil psycho-médico-social permettant une prise en charge rapide et explicitée à la victime par une personne référente, le cas échéant dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire ;
- Préparer la victime à l'examen médical général ou le cas échéant, spécialisé, et examiner ses capacités à le subir ;
- Proposer à la victime un accompagnement psychologique ;
- Informer la victime de ses droits, à chaque étape de son parcours hospitalier, quel que soit son positionnement quant à la révélation des faits aux services d'enquête ou autorités judiciaires ;
- Proposer, dans la limite de ses capacités organisationnelles et immobilières, des locaux d'accueil régulier ou ponctuel, pour les associations d'aide aux victimes, les avocats, les policiers et les gendarmes,
- En cas d'impossibilité pour l'association d'aide aux victimes et/ou les enquêteurs de se déplacer, proposer à la victime une hospitalisation dans l'attente de leur venue ; à défaut, solliciter un hébergement d'urgence dédié aux victimes de violences conjugales auprès du 115 ;
- Organiser la prise en charge du/des mineurs accompagnant la victime durant le temps de son audition le cas échéant dans le cadre de l'UAPED³, en lien avec le Conseil départemental. En cas d'hospitalisation de la victime, contacter le Conseil départemental aux fins de recherche, en lien avec le parquet, des possibilités d'hébergement du/des mineurs (auprès des proches, en vue d'un accueil provisoire ou d'un placement en urgence).

Lorsque la victime se présente à l'établissement de santé sur orientation des services de police ou de gendarmerie, l'établissement est requis aux fins d'assurer sa prise en charge médico-légale.

³ Unité d'accueil pédiatrique enfance en danger.

Lorsque la victime se présente spontanément, c'est-à-dire sans avoir déposé plainte préalablement auprès d'un service de police ou de gendarmerie, l'établissement de santé lui assure une prise en charge adaptée à ses besoins médicaux et psychologiques. S'il s'agit de faits de violences sexuelles, un contact téléphonique doit être établi par le professionnel de santé accueillant, avec l'astreinte/la permanence médico-légale de son établissement ou avec celle de l'unité médico-judiciaire la plus proche.

La victime est également informée de ses droits, de sa possibilité de déposer plainte ou de signaler les faits, et de bénéficier d'un accompagnement pour le faire, ainsi que de sa possibilité de consentir au seul recueil d'éléments conservatoires (certificat médical, photographies, le cas échéant prélèvements) si elle n'est pas prête à accomplir immédiatement une telle démarche.

- Si la victime souhaite déposer plainte: se reporter à l'article 6.
- Si la victime ne souhaite pas déposer plainte au moment de sa prise en charge médicale:
 - Si la victime donne son accord au signalement ou si les conditions légales du signalement sont réunies: se reporter à l'article 7;
 - À défaut, l'établissement de santé lui propose le recueil d'éléments conservatoires: se reporter à l'article 8.

En tout état de cause, l'établissement de santé informe systématiquement la victime de la possibilité de déposer plainte à tout moment.

L'accompagnement par le service social de l'établissement de santé est systématiquement proposé à la victime, qu'il intervienne dès son passage aux urgences ou par un contact dans les jours suivants sa sortie de l'établissement, en coordination étroite avec les associations d'aide aux victimes.

Lorsque la victime a été orientée vers l'établissement de santé par un praticien de médecine de premier recours (médecin généraliste, pharmacien, sage-femme, gynécologue libéral, tout autre professionnel de santé) ou un psychologue, ce praticien ou ce psychologue est systématiquement informé des suites données à cette orientation par l'établissement de santé⁴.

Conditions d'intervention des associations d'aide aux victimes

L'établissement de santé s'engage à :

- Informer systématiquement la victime sur ses possibilités d'accompagnement en lui communiquant les coordonnées des structures existantes sur le département (annexe) et lui remettant les plaquettes ad hoc.
- Proposer à la victime de recueillir ses coordonnées via une fiche navette (annexe) pour que l'association d'aide aux victimes puisse la recontacter sous X jours afin de lui proposer un accompagnement juridique et social qui pourra aboutir à un signalement ou à une plainte.
- Proposer à la victime un contact immédiat avec l'association d'aide aux victimes (audio, visioconférence ou présentiel). Ce contact peut se traduire par la prise d'un rendez-vous avec les juristes, psychologues et travailleurs sociaux de cette association.
- Adresser la victime à la permanence sur site de l'association d'aide aux victimes ou programmer un rendez-vous sur les temps de permanence de l'association [Cette disposition optionnelle devient systématique lorsque l'établissement de santé est doté d'une unité médico-judiciaire].

Ces propositions doivent avoir lieu même si la victime est déjà connue des établissements de santé et a déjà bénéficié de la diffusion d'informations et d'une orientation vers l'association d'aide aux victimes.

Informé d'un dépôt de plainte en application de l'article 6 ou d'un signalement en application de l'article 7 du protocole, le procureur de la République requiert l'association agréée d'aide aux victimes⁵ aux fins d'accompagnement sur le fondement des dispositions de l'article 41 du code de procédure pénale et/ou d'évaluation sur le fondement des dispositions de l'article 10-5 du même code notamment en considération de l'importance du préjudice subi par la victime, des circonstances de la commission de l'infraction,

⁴ Confirmation ou non de la prise en charge de la victime.

⁵ Voir les trames de réquisitions figurant en annexe.

de sa vulnérabilité particulière (âge, situation de grossesse, existence d'un handicap), de l'existence d'un risque d'intimidation ou de représailles, ou de l'existence d'une situation d'emprise⁶.

ARTICLE 6: PRISE DE PLAINTE

Lorsque la victime se présente spontanément à l'établissement de santé et qu'informée de ses droits, elle souhaite déposer plainte, les modalités de ce dépôt de plainte sont aménagées ainsi qu'il suit:

1. Dépôt de plainte simplifié (DPS)

L'établissement de santé / l'association d'aide aux victimes met à sa disposition le formulaire de dépôt de plainte simplifié figurant en annexe.

Il est rédigé par la victime avec l'aide de l'association d'aide aux victimes/du service juridique ou de l'assistante sociale de l'établissement de santé/du personnel soignant.

Puis le DPS est transmis sans délai par l'établissement de santé au service enquêteur territorialement compétent par voie électronique. Par défaut, le service compétent est le service sur le ressort duquel les faits ont été commis (il convient de se référer aux dires de la victime, à défaut, de considérer le domicile conjugal).

L'annexe jointe au présent protocole permet de déterminer quel service doit être saisi en fonction de la liste des communes du ressort du tribunal judiciaire/département de X et de connaître les coordonnées du service compétent.

En cas de doute ou lorsque ni le lieu des faits ni le domicile de la victime ne se trouvent dans le ressort du tribunal judiciaire/département de X, le parquet devra être contacté à l'adresse mail suivante: permanence@justice.fr ou magistrat_referent@justice.fr.

Les situations d'urgence doivent donner lieu à un appel au 17.

Le service enquêteur ainsi saisi s'engage notamment à:

- en cas d'incompétence, communiquer le DPS dans les plus brefs délais au service ou à l'unité territorialement compétent(e),
- ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- adresser rapidement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal et de réalisation de prélèvements le cas échéant,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- s'assurer que la victime n'est pas en danger, notamment si elle a quitté l'établissement de santé,
- en informer le procureur de la République,
- saisir l'association agréée d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

2. Prise de rendez-vous avec les services enquêteurs

Dans le cadre du présent protocole, et en complément du dépôt de plainte simplifié, l'établissement de santé s'engage à appeler les services de police ou de gendarmerie/le commandement de la police ou de la gendarmerie nationales afin qu'ils facilitent un accueil personnalisé dans leurs locaux ; il appartient aux personnels de santé et aux enquêteurs de s'assurer que la victime se trouve dans des conditions médicales permettant le recueil de sa parole de façon optimale.

⁶ Voir en ce sens les articles D 1^{er}-3 et suivants du code de procédure pénale et la fiche action relative au dispositif EVVI.

Le service enquêteur ainsi saisi s'engage notamment à :

- Ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- communiquer à l'établissement de santé une date de rendez-vous dans les meilleurs délais en fonction des contraintes opérationnelles,
- adresser rapidement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal et de réalisation de prélèvements le cas échéant,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- s'assurer que la victime n'est pas en danger,
- en informer le procureur de la République,
- saisir l'association agréée d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

3. Dépôt de plainte in situ

3.1. En cas d'urgence

Le recueil de la plainte de la victime *in situ* a lieu lorsque l'état de santé de la victime ou les circonstances le justifient : **en cas d'atteinte majeure à l'intégrité physique** (victime gravement traumatisée, hospitalisée) ou **de danger immédiat pour la vie de la victime** (lorsque la victime n'est pas en mesure de se protéger ou de se déplacer, lorsque l'auteur présumé est présent au sein ou à l'extérieur de l'établissement de santé, en cas de crainte de la victime de retourner au domicile conjugal, en l'absence de solution immédiate d'hébergement).

L'établissement de santé s'engage à permettre l'audition de la victime en son sein dans les conditions et selon les modalités suivantes :

Modalités de communication avec le service enquêteur

L'administrateur de garde ou le cadre de santé référent contacte par téléphone immédiatement le service enquêteur territorialement compétent mentionné en annexe⁷ ou le 17 aux fins d'audition et de réalisation des premières investigations, en précisant :

- La nature des blessures constatées,
- l'identité complète de la victime,
- son adresse et le lieu présumé des faits,
- la situation d'urgence.

Modalités de réalisation de l'audition

L'établissement de santé s'engage à mettre à la disposition des services d'enquête :

- Une place de stationnement dédiée aux forces de sécurité intérieure à proximité du service,
- un accès au service par une entrée située à l'écart de l'accès au public,
- une salle permettant la confidentialité de l'entretien.

Le service enquêteur s'engage notamment à :

- se déplacer dans les meilleurs délais, en fonction des contraintes opérationnelles,
- ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- procéder à l'audition sur site de la victime,
- adresser immédiatement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal et de réalisation de prélèvements le cas échéant,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des

En fonction du lieu des faits ou à défaut, de l'adresse du domicile conjugal (cf article 61), conformément au tableau des services enquêteurs annexé

- mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- en informer le procureur de la République,
- saisir l'association d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

3. 2. En l'absence d'urgence

Le service X de l'établissement de santé de X et le commissariat ou la brigade de gendarmerie de X pourront organiser selon leurs contraintes opérationnelles une présence d'OPJ ou d'APJ du commissariat ou de la brigade de gendarmerie de X au sein du site de X, afin de permettre à des victimes en position de vulnérabilité ou de fragilité sociale, physique ou psychique de déposer leur plainte dans l'environnement de l'établissement de santé.

Le service de l'établissement de santé gère ce planning (hebdomadaire) en étroite collaboration avec les forces de sécurité intérieure afin de réserver les rendez-vous pour les victimes et de communiquer au service de police de X ou à l'unité de gendarmerie de X ce planning dans un délai raisonnable.

4. Transmission du certificat médical

Le personnel de santé s'engage à transmettre sans délai l'original du certificat médical descriptif, fixant le cas échéant une incapacité totale de travail, au service enquêteur à l'origine de la réquisition et accompagné de la réquisition signée.

Si la victime le souhaite, elle peut se voir remettre une copie du certificat médical, conformément aux dispositions de l'article 10-5-1 du code de procédure pénale. Cette remise peut être réalisée par tout moyen, y compris par voie dématérialisée, immédiatement à l'issue de l'examen ou ultérieurement. Il est proposé à la victime de l'adresser à son médecin traitant⁵.

ARTICLE 7: SIGNALEMENT PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

1. Cas légaux de signalement à l'autorité judiciaire

Sur le fondement des dispositions des articles 226-14 du code pénal, 40 du code de procédure pénale, R.4127-44 et R.4312-18 du code de la santé publique figurant à la fin du protocole, un signalement au parquet est effectué par le professionnel de santé dans les cas suivants:

- les sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à une personne vulnérable ; ou qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises au préjudice d'une personne vulnérable ;
- avec l'accord de la victime majeure, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises ;
- lorsqu'il estime en conscience que les violences exercées au sein du couple mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Dans ce cas, le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; à défaut, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

2. Modalités de transmission du signalement

En cas d'accord de la victime, il est mis à sa disposition la fiche de signalement figurant en annexe (fiche victime), qu'elle remplit avec l'aide de l'association d'aide aux victimes/du personnel soignant/du service juridique de l'établissement de santé/de l'avocat de permanence.

⁵ Cette proposition est préconisée en cas de risque pour la sécurité de la victime

Dans les cas prévus par la loi indépendamment de l'accord de la victime, le professionnel de santé remplit la fiche de signalement figurant en annexe (fiche professionnel de santé).

La fiche de signalement est transmise sans délai par l'établissement de santé (le jour même ou au plus tard, dans un délai de 48h) par courriel comportant l'objet suivant: « Signalement violences conjugales/infamiales/infraction sexuelle » au parquet de X (permanence@justice.fr ou magistrat référent@justice.fr)⁹.

3. Actes réalisés par le service enquêteur

Le service enquêteur saisi par une fiche de signalement s'engage notamment à:

- en cas d'incompétence, communiquer celle-ci dans les plus brefs délais au service ou à l'unité territorialement compétent(e),
- ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- le cas échéant¹⁰, adresser rapidement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- contacter la victime dans les meilleurs délais/un délai maximum de Xh pour fixer une date d'audition et s'assurer par tout moyen qu'elle n'est pas en danger,
- saisir l'association d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

ARTICLE 8: RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTE

[Les dispositions optionnelles (vertes) deviennent systématiques lorsque l'établissement de santé est doté d'une unité médico-judiciaire ou lorsque la victime est orientée vers l'unité médico-judiciaire la plus proche.]

Lorsque la victime, qui se présente spontanément dans les services d'un établissement de santé¹¹, refuse de déposer plainte et qu'aucun signalement mentionné à l'article 7 ne peut être effectué, l'établissement de santé s'engage à lui proposer une démarche conservatoire en amont de toute procédure judiciaire, permettant à la victime de bénéficier d'un temps de réflexion.

L'établissement de santé accomplit ainsi dans son intérêt certains actes (uniquement de conservation) de même nature que ceux accomplis sur réquisitions judiciaires mais en amont de celles-ci. Si une procédure judiciaire est mise en œuvre ultérieurement, les éléments conservés sont remis aux services enquêteurs sur réquisitions judiciaires.

1. Recueil des éléments conservatoires

Le médecin hospitalier effectue, avec l'accord de la victime, les actes conservatoires suivants:

a) Les actes ne supposant pas, a priori, de qualification en médecine légale particulière:

- Il établit un certificat médical descriptif attestant de l'état physique et psychologique de la victime, de ses blessures et, le cas échéant fixant l'incapacité totale de travail¹²; il conserve l'original au sein du service dans l'attente de la décision de la victime sur la plainte.
- Il remet à la victime un exemplaire de ce certificat médical descriptif¹³, et lui propose d'en adresser un exemplaire à son médecin traitant¹⁴.
- Le médecin prend le cas échéant des clichés photographiques des lésions constatées, conservés dans le service avec le certificat médical descriptif, si le service est doté des moyens adéquats.

⁹ En fonction du lieu des faits ou à défaut, de l'adresse du domicile conjugal.

¹⁰ Sauf si le signalement effectué par le médecin est complet et comprend à la fois les renseignements administratifs sur la victime et le contexte de son accueil à l'établissement de santé (en consultation ou en hospitalisation), l'anamnèse c'est-à-dire le récit de la victime et la description précise de son état physique et psychique avec mention de toute lésion etc., outre la mention des examens complémentaires (biologiques ou autres) éventuellement faits.

¹¹ Des urgences, des urgences gynécologiques, à l'UMJ, à l'unité de victimologie.

¹² Voir modèle de certificat médical figurant en annexe.

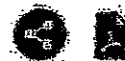
¹³ Cette remise peut être réalisée par tout moyen, y compris par voie dématérialisée, à l'issue de l'examen, ou lorsque le certificat n'est pas rédigé immédiatement, ultérieurement.

¹⁴ Cette proposition est préconisée en cas de risque pour la sécurité de la victime.

Politique de santé

Le recueil de plainte aux urgences et en gynécologie sera généralisé fin 2025

25 novembre 2024



Le Premier ministre Michel Barnier présente, le 25 novembre, les quatre principaux axes de sa politique en matière de lutte contre les violences faites aux femmes. Il promet une généralisation du dépôt de plainte dans les murs de l'hôpital.

Entre deux consultations avec les principaux chefs de partis politiques, le Premier ministre Michel Barnier présente, le 25 novembre à l'occasion de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, ses objectifs pour lutter contre ce problème sociétal. À la maison des femmes de l'Hôtel-Dieu de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, il rappelle que la lutte contre ce fléau, qui touche 230 000 femmes majeures chaque année, est "un long chemin". Son discours et ses promesses s'inscrivent dans cette continuité, précise-t-il en évoquant une étape. La "mobilisation commence à porter ses fruits", poursuit Michel Barnier en saluant les initiatives et la mobilisation de la société civile. Ces dernières années, le dépôt de plainte en dehors des postes de police ou de gendarmerie s'est développé tandis que le secret médical peut être levé dans certaines conditions.

21 départements sans une maison des femmes

"Nous devons aller plus loin, le chemin n'est pas fini. Nous devons continuer le combat. C'est sur la culture de la société dans son ensemble que nous devons agir", considère Michel Barnier. À cet effet, il présente les "quatre points majeurs" pour les semaines et les mois à venir. Tout d'abord, il rappelle l'objectif de disposer d'une structure de type maison des femmes dans chaque département d'ici la fin de l'année 2025. Le Premier ministre assure que les crédits nécessaires sont inscrits dans le budget pour soutenir les porteurs de projet. La maison des femmes du CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) a ainsi été inaugurée ce 25 novembre tandis que l'ouverture de celle du CHU de Toulouse (Haute-Garonne) est prévue en décembre. Selon les chiffres, présentés par communiqué, de Matignon, 99 maisons des femmes sont en place dans 80 départements.

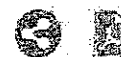
Le deuxième point détaillé par le chef du Gouvernement concerne plus spécifiquement les 377 hôpitaux dotés d'un service d'urgence et d'un service de gynécologie. Dès la fin de l'année 2025, tous devront "garantir", aux femmes victimes de violence, la possibilité de porter plainte dans l'environnement "unique et sécurisant" des lieux. 251 établissements ont déjà organisé ce dépôt de plainte, précise Matignon. "Ce dispositif a pour objectif d'améliorer l'accueil et la prise en charge complète et pluridisciplinaire (médicale, sociale et juridique) des victimes, et encouragera davantage de victimes à porter plainte", selon le communiqué des services du Premier ministre.

Ensuite, alors que le procès des viols de Mazan est au stade des réquisitions, le Premier ministre entend soutenir une "mobilisation collective" contre la soumission chimique. La mission parlementaire sur le sujet, mis à l'arrêt par la dissolution, a repris et livrera des pistes pour améliorer la prévention et la prise en charge. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une expérimentation sur la prise en charge des tests et analyses permettant de détecter une soumission chimique, via un kit. En complément, les services du Premier ministre annoncent un effort d'amplification de la formation initiale et continue des professionnels et le lancement, avec l'ordre des pharmaciens, d'une campagne de sensibilisation. Enfin, le dernier axe de travail porte sur l'aide universelle d'urgence dont le budget sera augmenté de 7.4 millions d'euros en 2023 pour permettre aux femmes de quitter leur conjoint violent.

Offre de soins

Les Hospices civils de Lyon inaugurent leur maison des femmes

Publié le 27/09/24 16h41



Le 25 septembre, les Hospices civils de Lyon (HCL, Rhône) ont ouvert la maison des femmes de l'hôpital Édouard-Herriot qui sera inaugurée à l'occasion de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes le 25 novembre prochain. Portée conjointement par les HCL et le collectif associatif Maison des femmes, la structure du même nom vise à accueillir et accompagner individuellement chaque femme victime de violences (sexistes et sexuelles, conjugales mais aussi intrafamiliales).

Des professionnels de tout le territoire travaillent collectivement à l'accompagnement personnalisé et l'orientation de victimes vers des prises en charge adaptées. Cette structure leur permet *"d'accéder aux ressources essentielles pour se réapproprier leur vie"*, affirme le CHU dans un communiqué. Des médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, médecins légistes, sages-femmes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux mais aussi juristes accompagneront les victimes les lundis, mardis, mercredis et vendredis en journée. Les forces de l'ordre sont également associées au projet, permettant le dépôt de plainte sur place pour faciliter la démarche de signalement.

HOSPIMEDIA

La lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans les CHU nécessite des prérequis

Publié le 24/05/2024

Comment prévenir les violences sexiste et sexuelle dans les CHU ? Quelles sont les clés pour une conciliation ou médiation efficace ? Le sujet était à l'ordre du jour dans le cadre de Santexpo. Formation et prévention sont des outils précieux.

D'après le baromètre 2023 de l'association Donner des elles à la santé, huit femmes médecins sur dix ont déjà été victimes de comportement sexiste à l'hôpital. Un tiers d'entre elles ont même déjà subi des gestes et attouchements sexuels, voire agressions sexuelles. Dans ce contexte, elles sont seulement, une sur trois à en avoir parlé à quelqu'un ou avoir opéré un signalement à l'institution. Le constat, remémoré par la présidente de l'association, la Dr Marie-France Oliéric, est inquiétant et interroge le CHU. Comment prévenir les violences sexistes et sexuelles au sein de ces structures ? Quels sont les dispositifs de conciliation et de médiation dont les managers de santé peuvent se saisir dans le cadre de cette lutte ? Tel était l'objet, ce 22 mai, d'une table ronde organisé par les CHU de France, dans le cadre du salon Santexpo, Plusieurs retours d'expérience ont permis d'apporter des clés sur le sujet.

Le rôle des commissions de vie hospitalière

Au CHU de Strasbourg (Collectivité européenne d'Alsace), le Dr Denis Filisetti, chef de service du laboratoire de parasitologie, est aussi membre de la commission vie hospitalière (CVH), une entité installée en 2020 et qui dépend de la commission médicale d'établissement (CME). Elle est composée d'une douzaine de personne qui reflètent la diversité des statuts et des spécialités médicales. *« Depuis la création de la CVH, nous avons eu quatre situations à concilier, deux situations qui ont entraîné le départ de personnels médicaux, une situation dans laquelle la personne en souffrance est encore en arrêt de travail à ce jour et un dernier cas qui a complètement échoué et qui a débouché sur une judiciarisation, un dépôt de plainte, ainsi qu'un renvoi vers la médiation nationale »*, décrit le praticien. Au CHU de La Réunion, la CVH existe quant à elle depuis 2021. *« Elle a été créée à la suite d'un grave souci qui a nécessité l'intervention de l'inspection générale des affaires sociales et la fermeture d'un service »*, explique le Dr Fabien Vaniet, chef de pôle urgences médecine nord et président de la CHV du CHU de La Réunion. En 2022, ce sont sept demandes qui ont été instruites, soit quatre conciliations, puis une vingtaine en cours.

Des chiffres assez faibles au regard notamment du baromètre. Comment l'expliquer ? D'une part *« il existe très peu de marge de manœuvre quand un praticien dysfonctionne »*, reconnaît Fabien Vaniet. D'autre part, *« tout n'a pas vocation à être concilié, certaines choses sont renvoyées directement au chef de pôle ou de service »*, décrit également Denis Filisetti. Quels est dans ce contexte, l'apport d'une telle commission ? *« On peut s'interroger et se demander : à qui ça sert finalement ? Je crois qu'il y a*

une grande importance. Celle de se dire moralement : j'ai été entendu », « l'institution m'a écouté », poursuit le praticien. « Je me rends compte également que dans beaucoup d'actions de conciliation, ce qu'on nous demande, ce sont des actions d'aide au management ». Constate de son côté Fabien Vaniet.

Confidentialité et collégialité

Tous deux insistent sur la nécessité de confidentialité. Un prérequis indispensable, mais qui peut parfois trouver des limites. « Le contexte d'insularité peut freiner les démarches. La Réunion ne compte que quatre établissements publics, nous avons une vraie difficulté dans la mobilité des praticiens », explique Fabien Vaniet. De la même manière, si les cellules de lutte contre les violences sont obligatoires dans les établissements de santé, elles sont parfois difficile à mettre en place par manque de temps ou d'effectifs dans des établissements de taille modeste. « Pourtant, libérer la parole est une obligation pour faire évoluer les choses. L'une des solutions réside dans la mise en place d'une telle cellule au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cela renforce la cellule et permet également « de ne pas se connaître » entre praticien, une appréhension qui, parfois, limite l'envie de signaler », souligne Marie-France Oliéric, qui est aussi présidente de la CME du CHR de Metz-Thionville (Moselle) et membre de la mission violences sexistes et sexuelles. C'est d'ailleurs cette option de regroupement des commissions du GHT qui se met en place dans son établissement.

Informier et former

Autre prérequis important : l'information sur l'existence d'une telle commission auprès des équipes et la facilité de la démarche. À Strasbourg, c'est la présidente de la CME qui reçoit les demandes à une adresse mail dédiée. Il peut s'agir soit d'un signalement direct, par la personne concernée, ou par un collègue qui remarque un dysfonctionnement ou une situation de souffrance. À La Réunion, la commission opère elle aussi une démarche vers un guichet unique. « Nous allons marier les commissions pour personnels médicaux et non médicaux. Les problématiques sont communes et souvent en interprofessionnalité, cela va nous permettre une porte d'entrée unique. Pour plus d'efficacité, nous avons aussi allégé le règlement intérieur de la CME », poursuit Fabien Vaniet. De la même manière ; les acteurs recommandent la mise en place d'un groupe de conciliation. Adopter un regard pluriel permet « accentuer la dimension éthique et déontologique de la démarche », souligne Denis Filisetti.

Deux autres actions font consensus. Il est indispensable de faire de la prévention sur ce sujet et de former, à la fois pour sensibiliser, mais aussi pour épauler les conciliateurs eux-mêmes. « C'est une mission qui peut être douloureuse. Chaque fois qu'on mène une conciliation, on perd un peu de vie », témoigne Fabien Vaniet. Un constat partagé par Denis Filisetti. « La mission de médiation peut être lourde à porter. Il est très important d'être formé en amont », insiste-t-il.

Prévention et formation à la lutte contre les violences sexistes et sexuelles sont justement l'une des priorités du CHU de Tours (Indre-et-Loire). Sa directrice générale, Floriane Rivière, a présenté ses enjeux. « Notre objectif est de former tout le monde », résume-t-elle, qu'il s'agisse des agents qui

assurent les missions de coordination, les managers médicaux, techniques et administratifs, ou encore le « *grand public* », c'est-à-dire toute personne nouvellement recrutée. « *Le message porté est claire : l'établissement refuse les violences sexistes et sexuelles et sa politique est extrêmement ferme* », souligne Floriane Rivière. Le CHU a plus largement intégré cette préoccupation dans son plan d'égalité professionnelle. « *La lutte contre ce type de violence est liée à la diversification du management* », explique-t-elle en outre. Un avis partagé par l'ensemble des intervenants. « *Lutter contre ces violences, c'est donner davantage de place aux femmes aux postes de responsabilités* », confirme la présidente de donner des elles à la santé. Cette lutte s'inscrit en effet plus largement dans celle contre les discriminations et dans un panel de mesures plus large qui visent à améliorer la qualité de vie au travail, l'équilibre vie personnelle et vie professionnelle et par ricochet l'attractivité des établissements.

Des enjeux similaires dans les facultés

La lutte contre les violences sexistes et sexuelles est une préoccupation forte de la conférence des doyens de facultés de médecine et de santé. Le Pr Bruno Riou, doyen de l'unité de formation et de recherche de médecine de la Sorbonne-Université l'a rappelé ce 22 mai. Cela s'est traduit en 2017 par une charte des facultés et l'organisation régulière de séminaire sur le sujet dont le prochain aura lieu en octobre, au côté des étudiants. « *La plupart des affaires qui nous sont remontées surviennent lors des stages d'intégration des étudiants, mais aussi et surtout lors des stages hospitaliers* », souligne Bruno Riou. L'expérience des doyens met ainsi en lumière la nécessité de garantir anonymat et protection des étudiants victimes de violence, ainsi que la mise en place de partenariat entre universités et établissement de santé, et notamment la CME et la direction générale. « *Il faut échanger sur nos expériences, c'est primordial* », salue enfin le doyen. Les enjeux sont similaires pour l'université et l'hôpital. C'est ce qu'a rappelé également Marie-Amélie Cuny, chargée des questions de santé au sein de France universités. « *C'est un point majeur : il y a une nécessité d'un rapprochement entre université et CHU, notamment pour évoquer le traitement des signalements, lorsqu'il s'agit par exemple d'un hospitalo-universitaire* », ajoute-t-elle. Il est à son sens « *indispensable également d'informer et de former* », notamment les futurs présidents d'université, puisqu'une partie de l'effectif sera renouvelée cette année.

Ressources humaines

82% des femmes médecins à l'hôpital se sont déjà senties discriminées du fait de leur sexe

Publié le 15/05/23 - 17h36



Discriminations, sexisme et insatisfaction. L'association Donner des elles à la santé et ses partenaires ont dévoilé le 11 mai leur quatrième baromètre sur la situation des femmes médecins à l'hôpital. Le constat demeure alarmant.

L'association Donner des elles à la santé, au côté de ses partenaires Janssen et l'institut Ipsos, a dévoilé le 11 mai son quatrième baromètre de la situation des femmes médecins à l'hôpital. Malgré des avancées, les discriminations professionnelles sont toujours très fréquentes. Les violences sexistes demeurent "banalisées" et incitent toujours les femmes à se mettre en retrait. Point positif néanmoins : plus d'un médecin hospitalier sur deux se dit aujourd'hui prêt à se mobiliser en lançant la démarche Égalité dans son établissement (55%).

Méthodologie

Le quatrième baromètre a été préparé après consultation de 500 médecins hospitaliers, représentatifs des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et interrogé en ligne par l'Institut Ipsos. Cette enquête a été menée du 10 février au 13 mars.

Une omerta qui persiste

Premier enseignement : les discriminations constatées par les médecins sont toujours élevées, avec une importante asymétrie dans la perception entre les femmes et les hommes. Ainsi, 60% des femmes considèrent que les hommes sont davantage sollicités dans les activités de représentation, contre 31% des hommes. Elles sont autant à penser qu'à travail égal, les hommes sont mieux valorisés. Au cours de leur carrière, 82% des femmes se sont senties discriminées du fait de leur sexe. L'internat semble être la période la plus difficile pour les praticiennes : 56% d'entre elles déclarent s'y être senties discriminées.

En milieu hospitalier encore très marqué par les stéréotypes et le patriarcat se traduit par une banalisation de ces faits, que beaucoup ont encore tendance à minimiser.
Donner des Elles à la santé

Outre ces discriminations, l'enquête fait état de comportements et propos sexistes encore et toujours banalisés. Le nombre de femmes victimes de propos ou gestes inappropriés, voire d'agressions sexuelles reste à des niveaux

"élevés". En 2023, près de huit femmes médecins sur dix déclarent avoir été victimes de comportements sexistes (78%) et une sur deux a subi des questions intrusives et répétées sur sa vie sexuelle et privée. 64% d'entre elles indiquent avoir subi des propos, commentaires ou blagues sexistes concernant leur apparence, leur tenue vestimentaire ou leurs compétences professionnelles. Enfin, 30% d'entre elles déclarent avoir subi des gestes inappropriés à connotation sexuelle ou des attouchements sans leur consentement et 17% ont même subi des situations d'agressions sexuelles. L'association pointe à nouveau l'omerta qui marque le milieu hospitalier sur ces différents sujets. *"Un milieu hospitalier encore très marqué par les stéréotypes et le patriarcat, se traduit par une banalisation de ces faits, que beaucoup ont encore tendance à minimiser"*, décrit-elle. Moins d'un tiers des femmes qui ont vécu ce type de comportements disent en avoir parlé au sein de l'hôpital (28%). Plus grave, près de deux femmes sur cinq n'ont osé en parler à personne (36%). Les victimes qui n'en ont pas parlé déclarent que c'est principalement parce qu'elles n'ont pas compris que la situation était anormale (33%), qu'elles ne souhaitaient pas en parler (32%) ou encore que rien n'aurait été fait à ce sujet, que l'auteur de l'acte était intouchable (30%).

La satisfaction toujours en baisse

Dans ce contexte, les professionnels font état d'une satisfaction professionnelle qui ne cesse de décroître ces dernières années. En 2023, 74% des médecins hospitaliers se déclarent satisfaits de leur vie professionnelle, mais cette satisfaction est en baisse constante depuis 2021 (82%). De plus, seuls 21% des hospitaliers se déclarent *"pleinement satisfaits"* de tous les aspects relatifs à leur vie professionnelle. *"L'écart entre les femmes et les hommes se réduit"*, note l'association. En 2023, 17% des femmes médecins se déclarent pleinement satisfaites, contre un homme médecin sur quatre. *"Un signal encourageant toutefois, la satisfaction à l'égard de la parité femmes-hommes aux postes à responsabilités est en nette progression et atteint 80%"*, précise l'association.

Qu'en est-il de l'ambition de ces professionnels ? 61% des médecins hospitaliers ne souhaitent pas se voir proposer un poste avec davantage de responsabilités. *"Cet indicateur augmente significativement par rapport aux précédentes mesures [...] L'écart femmes-hommes reste important dans ce domaine"*, poursuit Donner des elles à la santé. Ainsi, seules 36% des femmes souhaiteraient se voir proposer un poste avec plus de responsabilités, contre 43% des hommes. Les principaux motifs : Fatigue, stress et manque de temps à consacrer à leur famille sont les principales raisons énoncées. D'ailleurs, 16% des femmes médecins déclarent s'être vu refuser un poste à responsabilités parce qu'elles étaient des femmes, principalement pour l'une de ces raisons, rapportent-elles.

À noter également que, dans le désintérêt pour les postes à responsabilités, le manque de reconnaissance salariale est la raison qui progresse le plus et concerne aujourd'hui plus d'un médecin sur deux (54%). En conséquence, un médecin hospitalier sur deux déclare avoir déjà songé à démissionner de ses fonctions à l'hôpital. Ce phénomène touche plus les femmes (60%), notamment celles âgées de moins de 45 ans (72%). *"Le plafond de verre reste une réalité : les femmes rencontrent toujours plus de difficultés que les hommes pour accéder aux postes à responsabilités"*, résume l'association. Et pourtant, poursuit-elle, la majorité des hospitaliers interrogés s'accorde sur le fait que *"cela améliorerait la qualité de vie à l'hôpital en amorçant une discussion sur les conditions de travail (74%), recréant un climat de confiance (66%), améliorant le climat de travail (63%) la prise en charge des patients (57%) et en augmentant la productivité des équipes (52%)"*.

Société

Frédéric Valletoux présente quatre axes pour prévenir les violences sexistes et sexuelles

Publié le 31/05/24 - 17h17



Le ministre de la Santé et de la Prévention a présenté une première série de mesures pour lutter contre les violences sexistes et sexuelles dans le secteur de la santé. Elles préfigurent un plan national qui sera présenté à la fin de l'été.

"Il est urgent de mettre fin à des pratiques intolérables. Ce n'est pas seulement l'hôpital mais l'ensemble du secteur qui doit réagir et agir." Le ministre délégué à la Santé et à la Prévention, Frédéric Valletoux, a présenté ce 31 mai une première série de mesures pour prévenir et lutter contre les violences sexistes et sexuelles dans le secteur de la santé. Dans un communiqué, le ministère indique qu'elles sont le résultat de plusieurs semaines d'échanges avec l'ensemble des acteurs du secteur (conférences hospitalières, associations d'étudiants en santé, fédérations, ordres...). Elles constituent en outre la première étape d'un travail qui se poursuit pour aboutir à la présentation d'un plan national de prévention et de lutte contre ces violences *"d'ici la fin de l'été"*.

Prévenir l'entre-soi

Ces mesures sont articulées autour de quatre axes représentant *"des leviers d'action majeurs sur les violences sexistes et sexuelles"*. Les différentes consultations ont permis de constater que *"les enquêtes peinent à aboutir"*. Dès lors, estime le ministère de la santé, il apparaît urgent d'intensifier la phase d'instruction des signalements. Le premier axe vise à renforcer l'efficacité de ces enquêtes. Concrètement, *"une équipe nationale d'experts enquêteurs, en capacité de venir en appui d'un établissement de santé en cas de signalement de violences sexistes et sexuelles sera créée d'ici la fin de l'année"*. Cette équipe sera composée de personnes formées à ces violences. Elle devrait permettre de professionnaliser les enquêtes et de maximiser les chances que les procédures aboutissent. Elle a également vocation *"à prévenir l'entre-soi qui a pu être dénoncé en permettant à une entité extérieure à l'établissement d'intervenir en appui"*. En parallèle, un travail avec Éric Dupond-Moretti, ministre de la Justice, et Sylvie Retailleau, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, sera engagé dans les prochaines semaines. Son but sera de faciliter le partage d'informations ainsi que la connaissance mutuelle des acteurs, au bénéfice de l'efficacité des différentes procédures (administrative, judiciaire et ordinale). *"Les parquets vont être sensibilisés pour renforcer l'efficacité des enquêtes par le biais de protocoles au niveau local"*.

Miser sur la formation

La prévention et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles "passent nécessairement par la sensibilisation et la formation". De ce fait, la formation sera renforcée pour prévenir ces violences, notamment des professionnels de santé. Les membres des instances telles que la juridiction disciplinaire compétente à l'égard des personnels enseignants et hospitaliers des CHU(JDHU), le Centre national de gestion, des conseils de discipline des établissements et des conseils ordinaux seront formés en priorité. Une formation sur ces violences sera par ailleurs rendue obligatoire dès cette année, avec toutefois un délai de trois ans pour tous les professionnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. De plus, précise le ministère, une formation sera également mise en place à destination des responsables et maîtres de stage en partenariat avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *"Il est primordial de garantir aux professionnels de santé de demain un environnement sûr où ils peuvent apprendre en sécurité."*

Ces premières mesures, très concrètes, concertées avec l'ensemble des acteurs, répondent à l'urgence et ont vocation à transformer durablement les comportements, pour que les lieux de soins soient des lieux où chacun puisse étudier et exercer son métier, en toute sécurité, dans un environnement protégé.

Frédéric Valletoux, ministre de la Santé et de la Prévention

Pour mieux accompagner les victimes, un dispositif d'accompagnement pluridisciplinaire sera confié à une association spécialisée. *"Ce dispositif, accessible à tous les professionnels de santé, en établissement comme en ville, comprendra notamment une ligne d'écoute dédiée ainsi qu'un accompagnement psychologique, médical et professionnel des victimes"*. Enfin, le ministère reconnaît que pour mettre fin aux violences sexistes et sexuelles une évolution des pratiques vers plus de transparence doit avoir lieu. Ainsi, pour favoriser la transparence, *"une communication annuelle rendra compte du traitement des signalements et des sanctions"*. Un outil de suivi national sera instauré. Ce baromètre annuel des violences sexistes et sexuelles permettra de suivre l'évolution dans le temps. Il vise surtout à *"objectiver la réalité [de ces violences] dans le secteur de la santé et de mesurer l'effet des mesures prises"*.

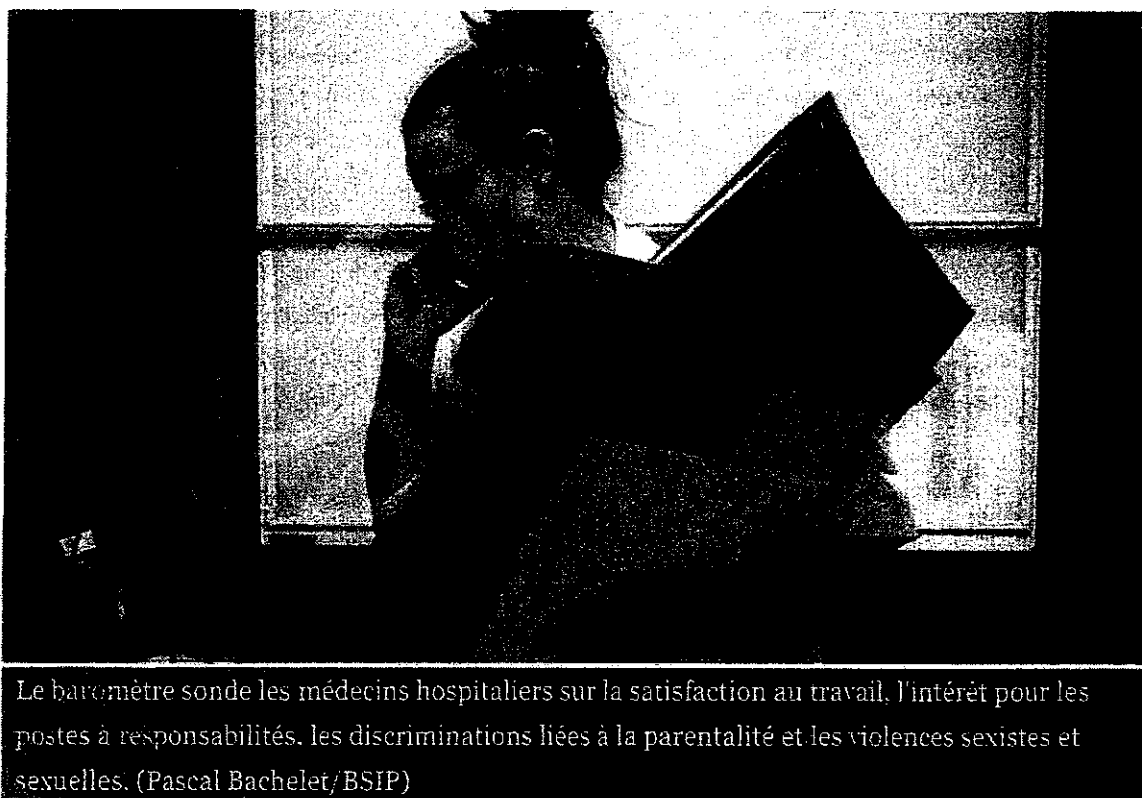
Société

La parole se libère mais reste timide sur les violences sexistes et sexuelles à l'hôpital

Publié le 14/06/24 - 17h40



L'association Donner des elles à la santé a publié ce 13 juin son baromètre 2024. Il réalise un focus particulier sur les violences sexistes et sexuelles à l'hôpital. Si la parole se libère, elle reste néanmoins limitée. Dans le même temps, 77% des médecins hospitaliers sont satisfaits de leur situation professionnelle.



Le baromètre sonde les médecins hospitaliers sur la satisfaction au travail, l'intérêt pour les postes à responsabilités, les discriminations liées à la parentalité et les violences sexistes et sexuelles. (Pascal Bachelet/BSIP)

Sur les violences sexistes et sexuelles, la parole se libère mais cette tendance reste limitée. C'est le constat formulé ce 13 juin par l'association Donner des elles à la santé. Elle vient de dévoiler la cinquième édition de son baromètre annuel, mené en partenariat avec Janssen et réalisé par l'institut Ipsos. Comme chaque année, il permet de comprendre les dynamiques autour de la satisfaction professionnelle, les aspirations à la responsabilité et les discriminations subies dans le milieu hospitalier. Cette édition présente un focus particulier sur les violences sexistes et sexuelles, "qui résonnent fortement avec l'émergence récente de #MeTooHôpital".

Méthodologie

Le baromètre 2024 a été mené auprès de 500 médecins hospitaliers femmes et hommes. La collecte des données a été effectuée entre le 29 janvier et le 20 février derniers, en ligne, en respectant la méthode des quotas. L'échantillon a ensuite été "redressé" à partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (année 2021).

"Si les hommes perçoivent toujours moins les discriminations vécues par les femmes, la tendance à la baisse, et donc à l'amélioration des pratiques, est surtout le fait des femmes", constate l'association. Au cours de l'année écoulée, trois praticiennes sur dix ont été confrontées à des propos sexistes sur leurs compétences et/ou leur apparence physique. Deux sur dix ont dû faire face à des questions intrusives sur leur vie privée ou sexuelle. Elles sont en parallèle 5% à témoigner d'une ou plusieurs situations d'agressions sexuelles. Au total, ce sont ainsi 39% des femmes de la profession qui ont déjà été victimes d'agressions sexistes ou sexuelles au cours des douze derniers mois. Dans le même temps, 56% des hommes indiquent avoir eu connaissance de comportements sexistes sur la même période.

Des signalements encore rares

Outre les faits, l'association constate que les signalements sont encore rares. Les violences ou propos *"ne sont que trop peu souvent dénoncés au sein des établissements hospitaliers"*, écrit-elle. Ainsi seulement 4% des femmes et 10% des hommes indiquent avoir parlé de ces situations à leur hiérarchie et un tiers à des collègues. Au total, 36% des femmes et 46% des hommes les ont évoquées au sein de leur établissement. La parole est également très peu libérée à l'extérieur : 35% des femmes et 40% des hommes avouent n'en avoir parlé à personne. Ce silence s'explique pour l'association en grande partie par le fait que les référents harcèlement des établissements demeurent encore trop peu identifiés et la procédure à suivre en cas de harcèlement sexuel trop peu connue. Moins d'un médecin hospitalier sur cinq (19%) est au courant de l'existence d'un référent en matière de harcèlement sexuel dans son établissement et seulement 6% savent précisément qui il est. *"Ce manque de dénonciation des violences a plusieurs conséquences : elle entretient l'omerta et l'impunité pour les agresseurs, tout en empêchant une prise de conscience de la réalité de la situation car aucun suivi des sanctions éventuelles n'est possible"*, souligne l'association.

Peu d'intérêt pour les postes à responsabilités

Dans le domaine de la satisfaction professionnelle des médecins hospitaliers, la situation a aussi évolué. Celle-ci augmente légèrement, même si elle reste *"très modérée"*. Ainsi 77% des professionnels se disent satisfaits, soit trois points de plus que dans le précédent baromètre.

De plus, les médecins montrent un désintérêt accru pour les postes à responsabilités, particulièrement marqué chez les femmes de moins de 45 ans (intérêt de 31% des femmes contre 58% chez les hommes). Le manque de temps consacré à la vie personnelle (80%), la fatigue et le stress (66%) restent en tête des motifs de refus de nouvelles responsabilités, tout comme en 2023. Par ailleurs, des motivations sexistes restent présentes : 39% des médecins — hommes et femmes qui ont constaté ou femme l'ayant vécu — relatent des situations de refus de poste à responsabilités pour des raisons sexistes (poste incompatible avec des contraintes familiales, risque de tomber enceinte, etc.).

Violence en Ehpad, un tabou ?

Comprendre et agir pour mieux accompagner

Vincent TERRENOIR Commissaire divisionnaire, délégué pour la sécurité générale auprès de la DGO6, chargé de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)
Paola JUET Chargée de mission, FHF Bretagne

Un séminaire destiné aux personnels exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'est tenu le 6 juin 2018, organisé par la FHF Bretagne, sur le thème de la violence en Ehpad. Quelles clés pour identifier des solutions et assurer le bien-être des personnels et des résidents.

A l'instar de celui des établissements sanitaires, le personnel d'Ehpad est parfois confronté à des comportements d'agressivité émanant des résidents mais aussi des familles, qui peuvent s'exprimer de plusieurs façons : physique, psychologique et/ou verbale. Créant un fort sentiment d'incompréhension chez le soignant, voire d'insécurité, ce ressenti altère la qualité de la vie au travail et, à contrecoup, la qualité des soins. Comment acquérir la distance nécessaire à la gestion de ses émotions et adapter son comportement ?

L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), créé en 2005 et placé au sein de la Direction générale de l'offre de soins, recueille les signalements de violence contre les personnes et les biens que les établissements font remonter. Il en analyse les diverses formes et expressions, les causes, et propose des pistes concrètes pour aider les établissements.

Les Ehpad/unités de soins de longue durée constituent le troisième lieu de violences après la psychiatrie et les urgences (11 % du total), selon le rapport annuel 2018. Les atteintes aux personnes se caractérisent par des violences physiques (59 %) et verbales (41 %). Les personnels de santé sont les premiers intervenants (54 %). Suivent les agents de sécurité (27 %) et les forces de l'ordre (7 %).

La violence exprimée, souvent liée à des crises de démence, peut aussi être due au sentiment de rupture et d'instabilité créé par des changements d'habitudes de vie, déstabilisant les professionnels. Elle se développe à divers moments de la journée, en particulier au moment de la toilette.

Le premier enjeu consiste à personnaliser l'accompagnement de la personne âgée lors de son entrée en établissement. Au-delà, les établissements déploient auprès de leurs personnels des formations pratiques à la gestion de l'agressivité verbale et physique ainsi qu'à la communication. D'autres sessions concernent les sujets psychotiques (schizophrénie, personnalités paranoïaques...), avec l'apprentissage de la règle des trois « ne pas » : ne pas contredire, ne pas réorienter, ne pas parler sur un ton autoritaire.

Une formation sur l'intérêt et la façon de remplir une fiche d'événement indésirable est profitable. L'analyse approfondie des causes à l'origine des violences permet de proposer des réponses plus adaptées et un soutien conséquent (hiérarchique, médical/psychologique, juridique).

Les signalements sont importants dans la mesure où ils expriment et révèlent une souffrance ponctuelle ou habituelle, une situation angoissante, une lassitude. Ils constituent souvent un exutoire face à l'incompréhension de la violence, source parfois de démotivation, d'absentéisme et donc de désorganisation des services.

La communication et l'image des Ehpad sont également susceptibles de constituer des facteurs de violence, d'où l'intérêt de travailler sur l'image de l'établissement et de s'opposer à « l'Ehpad bashing ». L'environnement joue un rôle important sur le comportement des résidents. L'Ehpad a donc tout intérêt à communiquer sur son établissement, lieu de vie apaisant pour les personnes accueillies. Et ce néanmoins sans trop l'idéaliser, au risque d'un décalage avec la réalité rencontrée par les personnes âgées et leurs familles.

