

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**ETUDE – ACTION
AMELIORER L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE
DES VICTIMES DE VIOLENCE A L'HOPITAL**

RAPPORT
**Enquête qualitative auprès de victimes et auteurs de
violence**



Octobre 2007

Ce rapport a été élaboré dans le cadre de l'étude-action « améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital », mise en place depuis fin 2005 sur 8 sites. Il a pour objectif de présenter le cadre méthodologique et les résultats de l'enquête qualitative réalisée sur les 8 sites.

L'enquête a été réalisée et le rapport élaboré par Madina QUERRE et Matthieu DE LABARRE, en coordination avec Anne-Laure CHARRUAU, CREDES.

SOMMAIRE

I. Introduction	4
II. Cadre méthodologique	4
A. Objectifs	4
B. Cadre méthodologique	4
III. Organisation et résultats	5
A. Organisation de l'étude	5
B. Description de l'échantillon	8
C. Résultats	9
1. <i>Les facteurs décisionnels pour l'entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire.....</i>	<i>9</i>
2. <i>La trajectoire de prise en charge</i>	<i>14</i>
3. <i>La prise en charge des auteurs de violence</i>	<i>19</i>
IV. Conclusion.....	21

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 - Protocole d'enquête qualitative auprès de victimes et auteurs présumés de violence.
- Annexe 2 – Lettre d'information victimes et auteurs
- Annexe 3 – Fiche de consentement
- Annexe 4 – Dates des visites sur site

I. Introduction

L'enquête qualitative auprès des victimes et des auteurs de violence fait partie de la seconde phase de l'étude-action « améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital », Cette enquête, dont l'objectif est de recueillir des éléments de la perception des victimes et des auteurs présumés de violence sur leur parcours, a été organisée afin de compléter l'état des lieux réalisé lors de la première phase, en 2006.

Le présent rapport a pour objectif de présenter le cadre méthodologique, le déroulement et les résultats de l'enquête qualitative réalisée sur les 8 sites participant à l'étude-action.

Les résultats de cette étude portent sur l'analyse de 35 entretiens au total, dont 34 auprès de victimes de violence et 1 auprès d'un auteur de violence et n'ont donc pas un caractère analytique exhaustif. Ils ont pour objectif de donner des exemples de points forts, de points faibles, d'obstacles et de contraintes rencontrés par ces personnes lors de leur parcours de prise en charge.

II. Cadre méthodologique

A. Objectifs

L'une des limites de l'état des lieux auquel il a été initialement procédé tient à ce que victimes et auteurs présumés n'ont pas pu être rencontrés lors de la première visite sur site en 2006. Ces entretiens ne pouvaient alors être réalisés puisqu'il était indispensable de rencontrer, en premier lieu, les associations et les acteurs de santé qui constituent des relais possibles pour entrer en contact avec les victimes et les auteurs présumés.

A partir de ce constat, il a donc été proposé de mettre en place une enquête qualitative, sur chaque site, réalisée auprès d'un échantillon de victimes et auteurs présumés de violence afin d'obtenir des informations sur leur trajectoire de prise en charge, de l'entrée dans le dispositif jusqu'à la sortie, en passant par l'hôpital, qui constitue, dans notre analyse, un passage « obligé ».

B. Cadre méthodologique

Afin de faciliter l'organisation de cette étude qualitative, un protocole a été conçu et transmis aux points focaux. Il est présenté en annexe 1.

Le coordonnateur de l'enquête qualitative sur chaque site est le point focal de l'étude-action « violence hôpital ». A ce titre, c'est lui qui fixe les modalités les plus appropriées pour la mise en place de l'enquête :

- le ciblage ou non des victimes et/ou des catégories de violence : violences conjugales, personnes majeures/mineures, personnes handicapées, etc.
- le choix du mode d'approche des victimes : par l'intermédiaire des associations ou par proposition systématique aux victimes reçues dans les services hospitaliers ou encore en utilisant les deux modes.

L'enquête est effectuée sur une période de **1 jour et demi**. Le lieu de réalisation des entretiens est unique mais il est laissée la possibilité d'organiser des entretiens téléphoniques.

Les entretiens sont programmés toutes les 1h45. Compte tenu des contraintes de planning, 6 à 8 entretiens peuvent être prévus par site.

Des critères de participation sont également définis :

- la victime a effectué un passage à l'hôpital au cours de sa trajectoire de prise en charge
- au maximum, cette prise en charge a eu lieu 3 mois avant l'entretien
- pour les victimes mineures, les professionnels qui les prennent en charge définissent avec qui aura lieu l'entretien (enfant et/ou parents)
- l'inclusion d'auteurs de violence est également recommandée

Une lettre d'information est remise à la victime ou à l'auteur (voir annexe 2). Cette lettre présente les objectifs de l'enquête qualitative et les conditions de participation. Le RDV est fixé après accord de la personne contactée. Une fiche de consentement est également remise lors de l'entretien (annexe 3), pour accord et archivage.

Quelques thèmes ont été identifiés afin d'orienter la discussion lors des entretiens : la description de la trajectoire avant l'arrivée à l'hôpital, l'accueil dans la structure hospitalière, la trajectoire intra-hospitalière, l'orientation à la sortie de l'hôpital, le suivi.

A chaque étape du parcours de la victime et/ou de l'auteur, il s'agit de poser la question de la qualité « ressentie » de la prise en charge, des obstacles, des difficultés ainsi que des points forts.

III. Organisation et résultats

A. Organisation de l'étude

La rencontre de victimes et d'auteurs de violences a été organisée lors de la seconde visite sur les 8 sites participant à l'étude-action. Les dates sont indiquées dans l'annexe 4.

Sur la plupart des sites (à l'exception de deux sites), les associations n'ont pas été sollicitées ou n'ont pas participé au recrutement des victimes de violences. En revanche, c'est une association qui a recruté l'auteur de violence qui a pu être interrogé. Ce sont majoritairement les services de médecine légale¹ qui ont pris contact avec les victimes susceptibles de participer à l'enquête.

Au total, 35 victimes et 1 auteur ont été rencontrés.

Le tableau récapitulatif (voir page suivante) indique qu'en moyenne, les sites ont réussi à mobiliser de 3 à 7 victimes pour les entretiens. Ceci témoigne de l'implication dans l'organisation de la visite sur site des points focaux, qui ont, par ailleurs, maintenu un contact permanent avec le CREDES et notamment l'équipe de socio-anthropologues.

Toutefois, il faut noter que 3 sites sur 7 n'ont pas pu mobiliser plus de 4 victimes (sur les 6 à 8 entretiens requis), ce qui, avec le phénomène de déperdition, se solde par 2 entretiens effectifs seulement. Sans doute pris par d'autres contraintes, certains acteurs n'ont pas « alerté » sur le résultat négatif des actions entreprises pour contacter des victimes. Ceci aurait peut-être permis de réagir plus en amont.

Face à ce constat il a été décidé d'un commun accord de recruter le jour de l'étude, des victimes qui passaient par le service de médecine légale et qui acceptaient de participer à

¹ A ce stade de l'analyse, la dénomination « service de médecine légale » englobe aussi les UMJ.

l'entretien. Sur deux sites, le consultant a pu assister, avec l'accord de la victime, à la consultation, avant de s'entretenir avec elle.

Il a également été proposé de réaliser des entretiens téléphoniques afin de pallier le nombre réduit de victimes rencontrées. A Amiens, le consultant du CREDES, installé dans un bureau de l'établissement, a contacté les victimes et a réalisé des entretiens par téléphone. A Clermont-Ferrand, les victimes ont été conviées au service de médecine légale, installées dans un bureau isolé et le consultant les a appelées depuis son domicile. Ce type d'entretiens s'est avéré tout à fait efficace au même titre que les entretiens réalisés en face à face.

Tableau récapitulatif de l'organisation de l'étude qualitative par site

Sites	Catégories de violence	Modalités de prise de contact	Nb de victimes/auteurs prévus	Nb de victimes/auteurs rencontrés	Nb d'entretiens téléphoniques réalisés
AMIENS	Violence intrafamiliale Agressions	- via le service de médecine légale	6 victimes sur rendez-vous et 1 par téléphone	4 victimes	2 victimes
CLERMONT-FERRAND	Violences conjugales : psychologiques et physiques Violences au travail : psychologiques et physiques	- via le service de médecine légale	4 victimes sur rendez-vous 12 victimes par téléphone	2 victimes (non programmées, les 4 prévues ne sont pas venues)	5 victimes (3 entretiens annulés par le chercheur et 4 par les victimes)
CRETEIL	Violences conjugales	-via le service social du CHIC -via les quatre associations étroitement liées à l'UCMJ du CHIC de Créteil dans le cadre du schéma départemental d'aide aux victimes Sur l'ensemble de ces intermédiaires, trois ont eu une réponse active (le service social, le CIDF et l'association Tremplin 94) et c'est uniquement par le biais du CIDF que les entretiens ont été obtenus.	3 victimes	2 victimes	
LAGNY	Violences routières Violences scolaires Agressions	- via le service de psychotraumatologie et l'association de permanence à l'UMJ (AVIMEJ),	4 victimes	6 victimes (3 ont été vues lors de leur consultation à l'UMJ, le jour de la visite sur site)	
LILLE	Violences conjugales	- via le service de médecine légale	4 victimes	2 victimes	
NANTES	Violences au travail Agressions	- via la psychologue du service des urgences médico- judiciaires	4 victimes	4 victimes	
ROUEN²	Violences intrafamiliales (conjugales et inceste).	- via le service de médecine légale, le service de pédiatrie et le service des urgences adultes	7 victimes	4 victimes	
TOULOUSE	Violences conjugales Violence au travail	- via le service de médecine légale et plus précisément la psychologue et l'association AVAC	5 victimes 1 auteur de violence	4 victimes 1 auteur	
TOTAL			46 victimes 1 auteur	28 victimes 1 auteur	7 victimes

² Sur Rouen, la visite a également été l'occasion de rencontrer un acteur qui n'avait pu l'être lors de la première visite sur site : un représentant de la police.

Dans le tableau récapitulatif on note une nette différence entre le nombre de victimes prévues et le nombre de personnes effectivement rencontrées. Cela peut être lié à plusieurs raisons :

- la difficulté pour les victimes d'accepter l'entretien et ses contraintes (en particulier à cause du déplacement, de la présence brève sur site et du contexte). Le fait que des personnes ne se rendent pas à l'entretien qu'elles ont préalablement accepté est constant (phénomène de déperdition classique en ce qui concerne ce type de victime)
- une organisation trop rapide pour certains sites et/ou une sous-estimation du temps nécessaire à la préparation de ces entretiens : le fait, par exemple, que Créteil ait organisé cette visite très rapidement (afin de la faire coïncider avec la réunion de préparation de la journée médico-légale sur les violences conjugales) a sans doute été une contrainte pour la prise de contact avec les victimes.
- la sous-estimation de l'importance du lien de confiance entre les acteurs proposant l'entretien et les victimes. En général, ce lien existe avec les acteurs associatifs, d'où l'intérêt de passer par les associations lors du recrutement. Peu de sites ont jugé utile de passer via les associations et ont souvent « recruté » les victimes au dernier moment, lors des consultations, ce qui a entraîné un désistement plus important.

B. Description de l'échantillon

Cet échantillon comporte essentiellement des victimes de violence, puisque seul un auteur de violence a pu être rencontré. Cet auteur, un homme, présente un profil particulier puisqu'il a réalisé une démarche personnelle pour bénéficier d'une prise en charge thérapeutique. Il est auteur de violences conjugales, âgé d'une quarantaine d'années, cadre supérieur.

L'échantillon regroupe six catégories de victimes de violence:

- violences intrafamiliales : 17 dont :
 - o violences conjugales physiques : 14 (13 femmes et 1 homme)
 - o violences conjugales morales (séquestration, violences psychiques) : 2 femmes
 - o inceste : 1 enfant
 - o violences entre membres de la famille (gendre sur sa belle-mère) : 1 femme
- agressions physiques
 - o hors travail : 7 (6 femmes et 1 homme)
 - o sur le lieu de travail : 5 (3 hommes et 2 femmes)
- harcèlement au travail : 3 femmes
- violences scolaires : 1 enfant
- accidents de la route : 1 homme

Les victimes de violences conjugales représentent près de la moitié des victimes interrogées (16 sur 34) sur l'ensemble des sites, excepté à Lagny et à Nantes, où aucune victime de violence conjugale n'a été recrutée. Ceci est lié au fait que 6 sites sur les 8 ont choisi de cibler les violences intrafamiliales (voir tableau récapitulatif).

Les victimes rencontrées sont en majorité des femmes : 6 hommes, 26 femmes et 2 enfants. Ces victimes ont entre 12 et 60 ans.

Toutes ces victimes, excepté 3 personnes victimes de violences conjugales, ont intégré un processus de prise en charge médico-judiciaire et ont porté plainte.

Les catégories socio-professionnelles sont variées (médecin, infirmier, biologiste, agent de police, employé municipal, aide soignante, vendeur dans une grande surface, serveur, couturière, RMIste, commercial, employé de maison...).

C. Résultats

Les entretiens réalisés dans le cadre de l'étude qualitative ont permis d'apporter un éclairage supplémentaire sur le parcours des victimes et de l'auteur de violence rencontrés.

Les discours des personnes interrogées ont orienté l'analyse sur la procédure médico-judiciaire, plutôt que sur la prise en charge à l'hôpital. Ceci est lié au biais du recrutement, organisé majoritairement par les services de médecine légale et donc auprès de patients ayant consulté ce service.

Le contenu des entretiens s'est systématiquement structuré autour de (i) la période précédant la prise en charge hospitalière et médico-judiciaire, la personne interrogée relatant les circonstances des faits, (ii) la prise en charge et l'orientation (dont accueil à l'hôpital et prise en charge médico-judiciaire).

Les résultats sont présentés en deux parties, complétées par une troisième partie synthétisant le discours de l'auteur de violences conjugales :

- une analyse des facteurs décisionnels pour l'entrée dans un processus médico-judiciaire,
- une analyse de la trajectoire de prise en charge,
- une réflexion sur la prise en charge des auteurs de violence

Il a été choisi de présenter les informations concernant l'auteur de violences dans une partie distincte, car le processus se distingue de celui des victimes et la valeur des arguments ne repose que sur le discours d'un seul auteur contrairement à ceux des victimes. De fait, les éléments recueillis ne pouvaient être présentés sur le même plan.

1. Les facteurs décisionnels pour l'entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire

La trajectoire des victimes et des auteurs de violences, en amont, interroge en premier lieu sur la porte d'entrée qui permet ou ne permet pas à la victime et à l'auteur d'intégrer un processus de prise en charge, et ce quelle qu'en soit la nature: médicale, judiciaire, associative ou sociale (A noter que dans la majorité des cas, la prise en charge conjugue ces différents aspects).

En remarque préliminaire il faut souligner que, comme indiqué en introduction, cette enquête a porté uniquement sur des victimes et des auteurs entrés dans un processus de prise en charge (ils ont été recrutés sur cette base). Les discours des personnes rencontrées ont permis de recueillir des informations sur les événements et facteurs qui ont favorisé ou empêché l'entrée dans ce processus.

L'entrée dans le processus de prise en charge médico-légale est beaucoup plus complexe et problématique dans le cas de violences subies au sein du foyer et plus largement dans le cadre familial. Concernant cette enquête, il s'agit exclusivement de violences conjugales à l'exception de deux cas (un inceste et une agression d'un gendre sur sa belle-mère).

Deux raisons principales expliquent cette complexité :

- premièrement, la prise en charge implique une démarche volontaire de la part de la personne victime des violences. En dépit ou à cause des violences physiques et/ou psychiques, la volonté de la victime est altérée. Elle peut attendre des années avant de mêler le judiciaire au médical. Le recours à la prise en charge médicale, via le médecin généraliste ou les urgences hospitalières, voire un séjour en psychiatrie pour remédier à un état dépressif lourd, tel qu'a pu le faire une des victimes

interrogées, est fréquent et n'implique pas systématiquement le judiciaire. Les victimes sont ainsi prises en charge médicalement, sans prise en charge médico-judiciaire. Celle-ci peut ne jamais intervenir, avec parfois les conséquences dramatiques attachées au passage de la victime au service médico-légal sans qu'elle l'ait décidé.

La nature intime et privée de ce type de violences entraîne une chape de plomb, un silence honteux face aux violences subies par la victime qui ne se confie pas, même à son entourage le plus proche. La grande majorité des femmes interrogées pensent même parvenir à le dissimuler à leurs propres enfants. Au près du corps médical (médecins traitants ou services des urgences), elles masquent la vraie nature de leurs traumatismes. Cette volonté de masquer n'est parfois pas dominante et souvent liée au sentiment de honte. Il est rapporté que le corps médical semble ne pas toujours être sensible à certains signes ou paroles qui pourraient permettre de cerner la vraie nature des violences.

- deuxièmement, parce que l'entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire constitue une étape importante pour ces victimes : elles deviennent officiellement victimes tandis que l'auteur des violences est aussi désigné, nommé comme tel. Même si l'issue est censée être la sortie de la violence, il faut être convaincu que cette issue positive est possible.

➤ **Les événements déclencheurs**

Les discours des personnes rencontrées sur leur entrée dans un processus médico-judiciaire a permis d'identifier plusieurs éléments déclencheurs :

- Une prise en charge automatique (indépendante de la volonté de l'individu) dans le cas de violences extrafamiliales³ : dans ce type de configuration le fait d'être pris en charge apparaît moins problématique. La prise en charge ne dépend pas de la volonté de l'individu : lorsque les dégâts physiques sont apparents ou importants, les secours d'urgences (pompiers ou SAMU), les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) et les professionnels de santé (les urgences) sont obligatoirement impliqués. Le recours à des professionnels (médecins traitants, forces de l'ordre, services des urgences, ...) et le dépôt de plainte sont ici évidents. Nous avons constaté, dans une petite minorité de cas (2 des victimes interviewées), que les personnes interrogées n'avaient pas enclenché, dans un premier temps, un processus de prise en charge médico-judiciaire ou ne le souhaitaient pas. Ce sont les témoins directs de l'agression ou les proches (membres de la famille, amis) qui ont incité les victimes à accomplir une telle démarche.
- Une sensibilisation au sein de l'entreprise : les victimes de harcèlement ont été rencontrées sur un site sur lequel elles ont pu trouver une porte de sortie aux violences morales qu'elles subissaient. En effet, des conférences sur la thématique du harcèlement avaient été organisées par le service de médecine légale au sein de leur entreprise. Ces conférences leur ont permis de réaliser que leur situation correspondait à un cas de harcèlement et d'être informées sur les recours possibles.

Trois grands types d'« événements déclencheurs » ont été principalement rapportés concernant les violences conjugales. Nous les présentons par ordre de fréquence :

- La crainte pour les enfants : c'est la raison majeure qui entraîne ces personnes à entrer dans un processus de prise en charge. Dès l'instant où les enfants sont témoins ou impliqués dans les épisodes de violences, les mères réagissent en général par l'entrée

³ Par violence extrafamiliale nous entendons les violences liées à une agression physique par un inconnu ou une personne n'appartenant pas à la famille.

dans une procédure médico-judiciaire. Le discours des femmes fait souvent référence à l'importance pour leurs enfants d'être élevés avec leur père. Cependant, dès qu'ils deviennent victimes eux aussi ou assistent aux violences faites à la mère, elles estiment alors qu'ils sont aussi en danger et veulent les protéger en les éloignant du père. Il est intéressant d'observer que ce facteur prime sur l'effet de répétition des violences. En effet, une femme victime de violences devant ses enfants a, dès la première séquence, enclenché une procédure médico-judiciaire avec séparation. D'autres ont subi des années les violences sans réaction, privilégiant la présence du père, jusqu'à ce que l'enfant assiste aux violences ou que le danger semble se rapprocher de lui.

« J'ai eu peur pour ma fille. Jusque là, elle n'était jamais seule avec son père, je m'arrangeais à être toujours présente, donc je ne m'inquiétais pas (...) Je me disais qu'il était important qu'elle ait ses deux parents (...) et puis là il était tellement violent, en plus il m'a menacée de mort, et je sais qu'il allait le faire. J'ai eu peur pour ma fille. La police est allée chercher mon mari au travail et m'a dit d'aller récupérer des affaires à la maison et de la chercher à l'école tant qu'il était bloqué au commissariat » rapporte cette femme qui est restée dix ans avec son mari violent.

L'implication directe de l'enfant dans les séquences de violence est ainsi un des facteurs qui a été le plus cité comme favorisant l'entrée dans le processus médico-légal.

- La crainte pour sa vie : lors des épisodes de violences, il semble que se dégage une gradation dans la perception de la peur. En effet, une grande majorité des femmes interrogées ont différencié la séquence de violence qui a déclenché une procédure médico-judiciaire, par la profération de menaces de mort de la part de leur conjoint. Toutes appréhendent ces menaces comme réelles. Elles sont convaincues du passage à l'acte de leur partenaire et ne voient plus d'autre issue que d'enclencher une prise en charge médico-judiciaire.

« J'ai dit à la police qu'il allait revenir pour me tuer. Il me l'a dit. Ils l'ont relâché. J'ai demandé aux voisins de surveiller. Ils m'ont remis un babyphone pour entendre tout ce qui se passait chez moi. Il est effectivement revenu à 5h du matin et a défoncé le portail, les volets, mon voisin est arrivé et a réussi à le faire partir. J'ai finalement appelé mon cousin procureur de la République dans une autre ville pour qu'il intervienne. Il (le mari) a été convoqué une heure plus tard et la procédure a commencé. Il m'aurait tuée sinon »

L'entrée dans le processus de prise en charge est une question de vie ou de mort. Pour certaines, c'est aussi un moyen pour que quelqu'un sache ce qui s'est passé.

- L'intervention d'un proche : ce cas est plus rarement rencontré mais il peut arriver qu'un proche (parent, ami), connaissant la situation, pousse fermement la personne à déclencher un processus médico-judiciaire.

➤ **Les facteurs « obstacles »**

Ces facteurs concernent essentiellement les victimes de violences intrafamiliales.

Plusieurs facteurs contribuent à freiner ou à bloquer l'entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire:

- le caractère complexe des violences intrafamiliales

En effet, tout d'abord, ce type de violences n'exclut pas l'existence de sentiments amoureux entre la victime et l'auteur. Ceci ne facilite pas le recours à certains professionnels, en particulier les forces de l'ordre. Les femmes espèrent toujours que le partenaire ne reproduira plus ces séquences violentes, d'autant plus lorsqu'elles sont suivies de regrets

exprimés par le partenaire. Il est important d'expliquer ici que la fréquence de la survenue des violences subies par les femmes interrogées est relativement espacée lorsqu'elles sont étendues sur des années. En effet, chacune rapporte des séquences de violence espacées de plusieurs années bien souvent. Pour les violences régulières (généralement accompagnées de prise d'alcool), les femmes ont mis un terme à la relation assez rapidement.

Les victimes sont impliquées dans des contraintes affectives et psychologiques fortes. La présence d'enfants, entre autres, pèse lourdement. Si, comme indiqué ci-dessus, la crainte pour la sécurité de leur enfant déclenche généralement un processus de prise en charge, à l'inverse, en l'absence de violences devant les enfants, la situation peut perdurer plusieurs années. L'importance de la présence paternelle auprès des enfants est un discours récurrent de la part de ces femmes. En revanche, l'impact indirect des violences subies par la mère sur les enfants n'est pas envisagé.

Le sentiment amoureux qui perdure est mêlé à un sentiment de protection et de soutien envers le conjoint, qui est fréquemment rapporté par les femmes. Elles pensent pouvoir l'aider à sortir de cette situation de violence.

« Quand je l'ai connu il a perdu sa grand-mère, ça l'a beaucoup affecté. Il a perdu son boulot au même moment et il a commencé à boire. Là-dessus il m'a tapée pour la première fois. Je me suis dit que ça allait s'arrêter, qu'il fallait que je l'aide. Si je le quittais là, il allait complètement craquer. Ça a continué, mais à chaque fois je revenais, ça a duré des mois. (...)»

Enfin, un facteur important rapporté par les femmes, concerne la dimension matérielle. La sortie du processus de violence peut impliquer une perte matérielle fondamentale lorsque la femme dépend de son partenaire : perte de domicile, nécessité de trouver un travail (pour celles qui ne travaillent pas), nécessité d'assumer financièrement l'éducation des enfants. Cette contrainte pèse beaucoup dans la décision d'enclencher un processus de sortie de la violence.

- le non-dit qui entoure les événements de violence

Il ressort clairement des entretiens que les victimes ont du mal à évoquer ce qu'elles subissent. Ce silence est bien souvent partagé par l'entourage, ainsi que par les professionnels (en particulier les médecins libéraux). Cela ne signifie pas que ces personnes ne soient pas au courant ou n'aient pas de soupçon, mais face au silence de la victime, elles ne se sentent pas autorisées à lui en parler directement. Ce silence peut se prolonger des années et n'être brisé qu'au moment où la victime révélera la situation. Très clairement, ce comportement, caractéristique des situations de violences intrafamiliales, ne contribue pas à une entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire.

- l'impression de ne pas être entendu

Ce point concerne les occasions manquées d'entrée dans un processus, lors d'une rencontre ou d'un contact avec des professionnels par exemple.

Il arrive que la victime soit en contact avec des acteurs de la prise en charge médico-judiciaire, mais que la mauvaise qualité de l'accueil ou de la prise en charge (capacité à orienter) rebute la victime. Les victimes ont alors le sentiment qu'une porte se referme et cela contribue à retarder leur prise en charge. Ont été cités les forces de l'ordre ainsi que les professionnels médicaux libéraux. Concernant les premières, il a été mentionné parfois qu'un accueil froid ou peu engageant, suscitant le sentiment d'une hostilité ou d'une mise en doute de leurs témoignages, a été un facteur bloquant.

Pour les professionnels médicaux libéraux nous avons relevé deux points essentiels. L'un concerne les médecins généralistes : il est rare qu'ils aient été à l'origine d'une orientation vers un processus de prise en charge pour ce type de violences. Cela est parfois le cas mais de manière marginale et souvent indirecte (en envoyant la victime à l'hôpital sous le prétexte

d'un examen par exemple). Il semble qu'ils soient assez peu relais d'informations utiles aux victimes (numéro d'association, de l'aide sociale, etc...). L'autre concerne les psychiatres qui suivent les auteurs : le rôle de ces professionnels s'est avéré délétaire. 3 des femmes interrogées ont eu pour démarche première, face aux violences de leur mari, de solliciter le psychiatre de ce dernier afin de lui demander conseil. Elles ont été éconduites brutalement, sans qu'aucune information ne leur soit donnée (contacts par exemple). Les conséquences ont été désastreuses (aggravation de la situation d'incompréhension au sein du couple, repli sur soi de la femme et interruption de tout processus visant à s'extraire de cette situation).

- Le cas spécifique des migrants

Plusieurs entretiens ont été réalisés avec des femmes qui ont migré suite à leur mariage et qui ont subi des violences de la part de leur conjoint. La difficulté d'entrée dans un processus de prise en charge est liée à la situation de migrante : aucune connaissance des recours possibles en France (contacts, droits), isolement, connaissance insuffisante de la langue française. Ces femmes sont plus facilement l'objet de manipulation de la part de leur conjoint, parfois sans violence physique apparente.

Mme T. est issue d'une famille aisée marocaine et vit, au Maroc, dans un appartement mitoyen avec celui de ses parents. Elle travaille comme secrétaire pour « ne pas s'ennuyer », car ses parents lui remettent suffisamment d'argent pour vivre aisément. Un jour le fils des voisins qui vit en France vient en vacances. Elle est rapidement séduite et tombe amoureuse de cet homme qui lui promet un bel avenir en France. Ils se marient et elle part avec lui. Arrivée en France, elle découvre qu'ils vont vivre dans un tout petit appartement avec très peu de moyens. Au bout de quelques jours, il commence à la frapper. C'est en 1990. Elle ne connaît personne et appelle sa mère pour rentrer. Mais sa mère le lui interdit, la situation étant totalement inenvisageable vis-à-vis de l'entourage maintenant qu'elle est mariée. Elle est donc contrainte de rester chez cet homme et ils ont des enfants. Avec les années, elle prend de l'assurance et s'oppose à lui, particulièrement au niveau des relations sexuelles, les violences augmentent alors considérablement de 1995 à 1997. Elle travaille en faisant des ménages car il ne participe pas financièrement. Les disputes continuent à augmenter et c'est lui qui veut la mettre dehors. « *Je faisais tout pour que mes enfants ne voient rien. Une fois il a déchiré mes habits et a voulu me mettre dehors. J'ai réussi à bloquer la porte... et puis la dernière fois, ma fille a tout vu.* » Elle a déposé plainte immédiatement. La police l'a envoyée directement au service de victimologie car elle ne pouvait pas payer un médecin pour faire un constat. Elle a vu sur place un juriste et elle a entamé une procédure de divorce. En attendant elle doit rester vivre encore 2 mois avec cet homme, car la convocation est éloignée, « *c'est terrible pour moi, je dois continuer à vivre avec lui en sachant maintenant que je peux m'en séparer. Vivre avec quelqu'un qu'on déteste... je ne supporte même plus sa voix. (...) je ne savais même pas que les mains courantes ça existe. Aucun médecin qui m'a soignée et fait un certificat médical à chaque fois que j'ai consulté quelqu'un ne m'a conseillé d'aller faire ça, ou de voir une association. A cette date j'ai 5 certificats médicaux, dont le premier date de 1993. Si à l'époque on m'avait dit qu'il existait ce service de médecine légale, j'aurais réagi de suite. Je n'aurais pas perdu toutes ces années...* »

➤ **Les facteurs favorisant**

Les principaux facteurs favorisant la décision d'entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire sont de deux ordres :

- L'accès à une information de qualité

Quelle que soit la porte d'entrée (forces de l'ordre, médecine libérale, médecine hospitalière, association, psychiatrie), dès que les victimes ont été en contact avec des professionnels qui ont fait preuve d'une écoute satisfaisante et qui ont été en mesure de donner des informations précises sur la procédure médico-judiciaire, cela a influencé le déclenchement d'un processus de sortie des violences. Cela ne signifie pas qu'il a été engagé immédiatement, mais les informations ont été conservées et ont servi ultérieurement.

Autre exemple, une femme médecin est victime de violences morales depuis un certain nombre d'années jusqu'au jour où elle reçoit, pour son cabinet, l'affiche réalisée par la Délégation aux droits des femmes et le service de médecine légale, informant sur les possibilités de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Elle découvre qu'il existe un recours qu'elle va utiliser pour se sortir de sa propre situation de femme victime. Mais de surcroît, elle découvre ce recours en tant que médecin, modifiant significativement sa pratique envers ses patients susceptibles d'être victimes de violences.

- La qualité de l'accueil

La qualité de l'accueil est un point fort. Un certain nombre d'outils utilisés par les forces de l'ordre pour aider les victimes à enclencher une procédure ont été cités par celles-ci :

- la mise à disposition d'un numéro personnalisé pour la victime. Ce système la met directement en relation avec des professionnels au courant de son histoire. Elle n'a ainsi pas à la répéter à chaque appel.
- la présence permanente d'assistantes sociales dans les locaux des forces de l'ordre.
- l'existence de fiches de liaison, complétées avec l'accord de la victime. Elles permettent à une association de l'INAVEM de répertorier la victime et d'entrer éventuellement en contact avec elle. Sans cette formule, les victimes affirment qu'elles n'auraient jamais fait de démarche elles-mêmes ou beaucoup plus tard.

2. La trajectoire de prise en charge

La prise en charge des victimes est essentielle tant sur le plan sanitaire, judiciaire que psychosocial. Elle débute lors de l'entrée dans l'institution hospitalière, au moment de la première visite au service de médecine légale et se poursuit par le suivi et l'accompagnement de la victime lors de différentes consultations. C'est un moment d'une intensité particulière et important pour les victimes. Elles rencontrent, dans un laps de temps relativement court, différents professionnels. Les acteurs majeurs de cette prise en charge sont les premiers secours (pompiers et SAMU), les forces de l'ordre, le milieu médical (hospitalier et libéral) et les associations. Il s'agit dans cette partie, d'appréhender le vécu des victimes tout au long du circuit qu'elles ont suivi, les difficultés qu'elles ont rencontrées et les ressources dont elles ont bénéficié.

Comme il a été souligné dans la partie précédente, les victimes rencontrées ont mis en évidence deux entrées possibles dans le circuit de prise en charge

- une prise en charge directe sur les lieux ou à proximité de l'agression. Dans ce cas les pompiers ou le SAMU sont présents, ainsi que les forces de l'ordre. Les secours d'urgences transportent alors directement la victime dans un service d'urgence. A la suite des soins de première urgence, la personne entame une procédure juridique en allant déposer plainte.
- le fait que la victime décide, de sa propre initiative, de se rendre soit auprès des forces de l'ordre pour porter plainte ou déposer une main courante, soit auprès d'une structure de soins (médecin traitant ou hôpital, principalement service des urgences). Dans le premier cas les forces de l'ordre vont orienter (en ayant ou pas pris la plainte) vers l'obtention d'un certificat médical. Dans le second cas, la victime sera parfois (mais pas toujours) orientée vers un dépôt de plainte.

➤ **le ballottage administratif : une plainte récurrente des victimes**

Comme nous venons de le voir, l'entrée dans le circuit de prise en charge implique, s'il y a dépôt de plainte, des acteurs médicaux (aussi bien pour les soins que pour l'expertise) et des acteurs judiciaires. Ce recours à plusieurs acteurs a des conséquences sur la trajectoire de la victime. De manière non systématique, mais tout de même assez fréquente, il entraîne un « ballottage » de la victime entre les différents acteurs pour des raisons administratives.

Cet effet « ping-pong » peut être renforcé par la méconnaissance ou le non respect des procédures par les acteurs eux-mêmes.

Ce phénomène tient à l'indépendance géographique et administrative des trois étapes du circuit de prise en charge que sont : les soins, l'expertise médico-légale et le dépôt de plainte. C'est à la victime elle-même d'effectuer toutes les démarches pour satisfaire aux obligations administratives et pour se faire soigner. Or, elle n'est pas systématiquement bien renseignée sur l'enchaînement « logique » de ces étapes, ce qui peut entraîner des allers et retours injustifiés. Nous allons illustrer ce phénomène par quelques exemples, rapportés par les personnes rencontrées :

- Lorsque la première étape est un service des forces de l'ordre pour un dépôt de plainte, soit la plainte n'est pas prise au prétexte qu'il manque un certificat médical, soit elle est prise mais la victime doit revenir déposer son certificat. Ceci est renforcé lorsque les forces de l'ordre ne précisent pas que le certificat médical doit être obtenu auprès d'un service compétent (UMJ ou service de médecine légale) ou encore que l'accès à un tel service nécessite un rendez-vous. La victime va donc se procurer le certificat auprès de son médecin traitant ou auprès du service des urgences, qui, dans le meilleur des cas, l'oriente vers le service de médecine légale, et dans le pire, la renvoie vers les forces de l'ordre avec un certificat qu'elle devra refaire ultérieurement dans un service de médecine légale.
- Lorsque la victime se retrouve directement aux urgences, après avoir reçu les soins de première urgence, elle doit se rendre auprès des forces de l'ordre pour entamer une procédure judiciaire. On lui indique alors qu'il faut retourner à l'hôpital pour obtenir un certificat médical. Ce circuit peut être rendu plus complexe si, à chacune des étapes intervient un défaut d'information, une erreur administrative ou un document manquant. Nous sommes ici en présence d'un « ballottage » plus classique mais qui n'est pas forcément bien vécu par les victimes.
- De manière plus minoritaire, il peut exister des problèmes internes aux forces de l'ordre. Une victime, par exemple, a été obligée de faire une déposition à deux reprises pour porter plainte (sur convocation de la police) auprès de deux services de police différents. Apparemment il n'y avait pas eu transmission du dossier entre ces deux services. Il est à noter que ce circuit parfois très chaotique que suivent les victimes, les contraint à répéter, à de multiples reprises, les événements qu'elles ont subis.

Ces allées et venues entre des lieux différents, lorsque les personnes sont en état de choc, ont perdu une part de leur autonomie ou ne sont pas véhiculées, peuvent constituer un frein sérieux à l'aboutissement des démarches judiciaires. Plusieurs des victimes rencontrées ne sont pas allées jusqu'au bout de leur démarche, découragées par la lourdeur du circuit.

➤ **la prise en charge médicale, source également de « ballottage »**

Les entretiens avec certaines victimes d'agressions extrafamiliales (6 sur 18) ont mis en évidence leur représentation négative de la qualité des soins et de diagnostic réalisés au service des urgences. Pour ces victimes, cela a eu pour conséquence la multiplication des consultations médicales dans d'autres hôpitaux et/ou auprès de spécialistes libéraux.

Ce type de « ballottage » peut s'inscrire dans un temps court (directement après les violences subies) ou dans un temps plus long, une fois que les séquelles apparaissent, l'état de la victime nécessitant de nouveaux soins.

Une victime a ainsi subi une agression en étant aspergée de gaz lacrymogène. Elle ressent des douleurs considérables au niveau oculaire. Les pompiers la transportent aux urgences où un lavement des yeux est réalisé sans examen ophtalmologique. Sortie des urgences, elle est raccompagnée chez elle par son compagnon. Les douleurs persistant, elle va de sa propre initiative consulter son médecin traitant. Ce dernier l'oriente vers un ophtalmologue.

Constatant que la rétine est endommagée, il l'oriente vers un service d'ophtalmologie hospitalier dans un autre hôpital que celui où elle s'est rendue. Une fois sur place, on lui explique qu'elle aurait dû bénéficier d'un protocole de lavement des yeux dès son arrivée aux urgences, et qu'il est trop tard pour le réaliser. Cette expérience montre, comment, dans certaines situations, le parcours de soins peut être source de difficultés supplémentaires pour la victime.

➤ **La qualité ressentie de la prise en charge au sein des services de médecine légale et des UMJ**

Parce qu'ils répondent à leurs besoins et facilitent leurs démarches, quelques **points forts** dans la prise en charge au sein des services de médecine légale ont été cités à plusieurs reprises par les victimes rencontrées :

- L'accompagnement et l'aide à la compréhension de la procédure

Ceci passe par plusieurs canaux :

- l'information de la victime par les professionnels rencontrés lors de la consultation de médecine légale. Les victimes insistent sur ce point car leur état réduit leur faculté de compréhension et surtout d'initiative. La transmission des informations (y compris des contacts) à ce stade est fondamentale pour la suite de la prise en charge. Parmi les personnes interrogées, une nette différence apparaissait entre celles qui avaient bénéficié de ces informations et les autres.

Les victimes formulent donc un besoin d'être accompagnées et de recevoir le maximum d'informations. Elles n'ont plus d'énergie pour effectuer, elles-mêmes, des recherches sur leurs droits.

« J'avais besoin d'être guidée, je n'arrivais plus à réfléchir. Il faut qu'on nous donne l'information qui existe sans qu'on demande, car on est trop fatigué pour réfléchir. »

Toutes insistent sur la nécessité que l'information leur soit fournie systématiquement, dès le premier contact avec une institution. Le fait que ces informations soient affichées ou lisibles sur des prospectus n'est pas suffisant, car lorsqu'elles sont dans la procédure médico-judiciaire, leur état ne leur permet plus de les lire. Il faut les leur donner directement lors de la consultation. Nombre d'entre elles ont exprimé à quel point elles regrettaient de ne pas avoir été informées plus tôt.

- un appui pluri-disciplinaire et une prise en charge globale

Sur un site, le service de médecine légale intègre au processus de consultation, des professionnels juristes et psychologues, membres d'associations d'aide aux victimes, assimilés par les personnes victimes à des professionnels du service à part entière.

Une rencontre avec ces professionnels est systématiquement proposée aux victimes. Les personnes ayant eu accès à ce service précisent qu'elles n'auraient jamais engagé de prise en charge psychologique si elles n'avaient pas rencontré un psychologue lors de leur consultation de médecine légale. En effet, sur les autres sites où la proposition n'existe pas sous cette forme, aucune victime de violence n'a bénéficié de suivi psychologique.

Le rôle du juriste est particulièrement mis en avant dans l'accompagnement de la victime : il informe la victime sur l'ensemble des procédures, la conseille, lui explique le contenu des documents. Les victimes ont toutes insisté sur l'importance de cet acteur.

Le rôle de « plate forme » au service de la victime du service de médecine légale apparaît comme fondamental, surtout lorsqu'il s'agit de la première visite de la victime.

- La prise en charge des violences morales et psychiques

La majorité des services de médecine légale ne prend en compte que les violences physiques et le rôle du médecin légiste consiste à constater les séquelles physiques. Sur un des sites, cette fonction légiste a été complétée par la prise en charge des violences morales et psychiques sur rendez-vous et sans dépôt de plainte préalable. Sur ce site, la qualité de l'accueil et de l'écoute de la part du personnel, dans sa totalité, a particulièrement été mise en avant par les victimes, insistant sur le fait de pouvoir recourir à ce service dès que nécessaire, tout au long de la procédure médico-judiciaire, qui peut s'étendre sur des mois, voire des années.

Les entretiens ont également mis en évidence des **points faibles** dans la prise en charge médico-judiciaire, notamment :

- Un parcours judiciaire et administratif semé d'embûches

Toutes les victimes interrogées ont insisté sur la complexité des procédures juridiques et administratives.

Les principaux problèmes rencontrés par les victimes sont d'ordre juridique (absence de connaissance des procédures, des peines encourues par l'auteur, de leurs droits et de la possibilité même d'un accès à ces informations, ...) et d'ordre financier (perte de revenus, perte du lieu de vie, perte des biens, difficultés procédurales au niveau des assurances, ...). Que ce soit des victimes de violences intrafamiliales ou de violences extrafamiliales, ces problèmes administratifs et financiers viennent interférer dans le processus de réparation de la victime. :

- Une temporalité contraignante

Les victimes n'ont aucune information sur la procédure d'interpellation, de jugement du conjoint et de sa durée. Mais elle apparaît comme particulièrement longue pour les femmes interrogées. Une seule explique avoir pu accélérer la procédure, grâce à un cousin procureur de la République dans une ville voisine. C'est au moment du procès qu'elle a constaté avec effroi la durée des procédures pour des affaires jugées en même temps que la sienne.

- Une chronologie des procédures qui pose question

Un autre grand problème souligné par des victimes est l'ordre des procédures au tribunal. En effet le jugement relatif à la garde de la fille d'une victime a eu lieu avant que ne soient jugés les actes de violences de son mari et ne soit prononcé leur divorce. Ainsi, la question de la garde de leur fille a-t-elle été traitée sans que ne soit fait mention des actes de violences de son époux, ce qui a été une forte source d'angoisse pour cette femme, en attente des résultats du jugement lors de l'entretien.

Une autre femme a fait état de l'interférence entre les conséquences de son dépôt de plainte pour violences conjugales contre son mari et celles de la procédure de demande de divorce. En effet, entre le moment où la police est intervenue lors des violences, en lui conseillant de partir du domicile pour se protéger et le jugement, des mois se sont passés sans qu'elle puisse récupérer quoi que ce soit, à cause de la procédure de divorce en cours. Elle a fait constater le changement de serrures par un huissier à ses frais, mais aucune mesure juridique ne lui donne le droit de récupérer ses affaires tant que le divorce n'est pas prononcé. Par suite, cette femme a trois quarts d'heure de trajet pour emmener sa fille à l'école depuis le domicile de ses parents chez qui elle s'est réfugiée, puis encore le même temps de déplacement pour se rendre à son travail. D'autre part, il lui est impossible de s'installer dans un nouveau lieu puisque toutes ses affaires et meubles sont dans la maison de son mari.

« Lui il a tout. Il reste à la maison, il bénéficie de ses affaires personnelles et des miennes. Moi et ma fille, nous n'avons rien, nous devons nous lever 1h30 plus tôt... on me dit de m'installer. Mais avec quoi ? Je ne vais pas tout racheter. Il a même mon ordinateur et je n'ai plus internet. Je dois payer... me battre... lui, il est tranquille. Je me sens lésée. Je dois demander la permission pour récupérer mes propres affaires. On m'a dit de partir pour ma sécurité, mais je regrette. J'aurais dû dire que je voulais qu'on le mette dehors. »

Cette femme a bénéficié de la présence de ses parents chez qui elle a pu se réfugier. Mais pour d'autres, tel n'est pas le cas.

- Un accès au logement difficile

Lorsque les femmes sont contraintes de quitter leur domicile suite aux violences conjugales de leur conjoint, l'accès à des lieux d'hébergement reste souvent complexe. Les lieux d'accueil restent insuffisants. Même lorsqu'ils existent, les procédures rendent difficile l'entrée dans le logement. Sur certains sites par exemple, la femme et ses enfants doivent se rendre dans un service qui se situe d'un côté de la ville pour rencontrer un travailleur social, puis ensuite se rendre au lieu d'hébergement qui se situe à l'opposé. Or, il arrive souvent que ces femmes ne soient pas véhiculées.

Ces contraintes des procédures judiciaires et administratives accroissent la vulnérabilité de ces femmes, qui ne peuvent reconstruire, de façon décente, une nouvelle vie, ce qui de surcroît leur coûte cher tant financièrement que physiquement.

- Une indemnisation par les assurances complexe

L'ensemble des victimes a évoqué les difficultés administratives auxquelles elles sont confrontées pour obtenir les indemnités ou remboursements de la part des assurances. Il faut parfois beaucoup de temps pour obtenir réparation de la part des assurances ou des indemnités via l'assurance maladie. Les victimes vivent cela comme une survictimation : non seulement elles ont subi des violences mais les conséquences vont peser durablement sur leur vie (perte de l'emploi, de revenus, obligation de déménager, etc...) et elles ont le sentiment que cela n'est pas ou mal pris en charge.

➤ **Une orientation limitée après le passage à l'hôpital**

Sur certains sites, les victimes n'ont mentionné aucune orientation particulière après leur passage à l'hôpital. Ce constat a pu aussi être fait sur des sites où existe une permanence associative, mais qui n'est pas intégrée dans les consultations du service. Le suivi s'est alors révélé inexistant et les victimes ont exprimé un état dépressif et une situation de détresse bien plus grande que celles interrogées sur les sites où elles bénéficient d'un suivi.

Sur d'autres sites, les victimes sont orientées vers des psychologues hospitaliers. Leurs coordonnées sont remises à la victime afin qu'elle prenne rendez-vous. Le suivi des victimes est réalisé sur quelques semaines, puis le relais est pris par les associations ou d'autres structures (psychologue et psychiatre libéraux). Certaines victimes interrogées ont souligné les limites de ce relais thérapeutique qui nécessite une reprise de travail avec quelqu'un d'autre et l'engagement nécessaire de la victime qui doit faire la démarche de téléphoner à la psychologue. Les victimes rencontrées sur ce site manifestaient toutes la même particularité, leur caractère volontariste. Ces victimes appartenaient à un profil professionnel particulier (employé de l'hôpital, employé de la mairie, une employée en restauration mais déjà sensibilisée au suivi psychologique avant cette prise en charge)

➤ **Une faible prise en charge des enfants**

L'impact des violences subies par les victimes sur leurs enfants est un sujet qui s'est avéré très peu abordé dans la prise en charge. Seule une mère victime de violences conjugales et une famille ayant été agressée au cours d'un cambriolage à son domicile se sont vues proposer une prise en charge psychologique de leurs enfants. Une femme subissant des violences conjugales, a aussi évoqué les conséquences sur ses enfants (fugues et problèmes scolaires) qu'elle essaie de résoudre avec l'aide d'une assistante sociale.

D'autres témoignages traduisent l'importance de la prise en compte du suivi des enfants dans le cadre de violences subies par leurs parents.

Une femme explique le mutisme et la difficile crise d'adolescence de sa fille, à qui aucune prise en charge n'a été proposée.

Une autre encore, victime d'une agression extrêmement violente de la part de son voisin qui l'a handicapée à vie, formule les reproches de sa fille qui a dû faire face seule à la découverte de l'état de sa mère et aux suites de la prise en charge, sans aucun soutien psychologique.

Elles expriment, toutes, l'absence de proposition extérieure de prise en charge de leurs enfants. Or la plupart, sous le choc des événements, n'y pensent pas, mais regrettent avec le recul.

Que ces enfants aient vu les actes de violence ou pas, les mères n'arrivent pas à mesurer l'impact que cela a pu avoir sur eux, mais elles s'interrogent toutes et s'en inquiètent.

3. La prise en charge des auteurs de violence

➤ le discours des femmes

Les femmes victimes de violences conjugales interrogées ont toutes formulé la nécessité d'une prise en charge de leur compagnon.

Certaines d'entre elles, lorsqu'elles vivent avec leur conjoint violent, pensent d'abord que des soins sont susceptibles de les faire sortir de cette violence. Elles restent, par exemple, avec leur compagnon parce qu'il réalise un travail avec un psychiatre. Elles pensent que cette démarche va permettre de le soigner. Même, lorsque les violences ont conduit à une séparation, ce qui était le cas des femmes que nous avons interrogées, toutes estiment que l'homme violent doit être pris en charge et être soigné, afin de sortir de ce processus de violence. Pour d'autres, le fait que rien ne leur soit proposé éveille un sentiment de colère, car elles estiment devoir changer toute leur vie tandis que leur compagnon continue à vivre comme s'il ne s'était rien passé. Certaines espèrent que ce sera un soin qui aidera leur conjoint, tandis que pour d'autres, il est assimilé à une sanction nécessaire. L'absence de prise en charge est source d'incompréhension et parfois de peur qu'il sévisse à nouveau.

➤ le témoignage d'un auteur

Un auteur de violence a pu être rencontré, via une association, sur un des seuls sites qui proposaient une prise en charge aux auteurs de violence. Nous présentons ci-après une synthèse de ses propos. Il est important de préciser le caractère singulier de cet entretien puisque l'auteur a réalisé, de lui-même, une démarche de prise en charge thérapeutique individuelle et collective et s'est engagé dans une réflexion pour améliorer cette prise en charge.

- Sa trajectoire

Cet auteur de violence, cadre supérieur et sportif de haut niveau, a rencontré son épouse au lycée. S'il se rend compte avoir été extrêmement jaloux dès le début de leur relation, c'est au fur et à mesure des années de vie commune que les manifestations de brutalités verbales et physiques prennent de l'ampleur. Ses actes de violences sont maîtrisés par sa pratique d'un sport de combat, mais les pressions restent violentes au point qu'après une crise plus

violente que les autres, il décide d'entreprendre une thérapie. Il cherche des associations qui prendraient en charge ce type de comportement mais n'en trouve pas ; il va alors consulter un psychiatre pendant plusieurs années. Au cours de ces consultations, il constate une limite à ce type de thérapie qui lui semble insuffisante. Selon lui, elle nécessiterait une forme thérapeutique complémentaire. Mais, ni le psychiatre, ni qui que ce soit d'autre, n'a de solution à proposer. Les crises de violence ont cependant diminué. Et puis un jour, une crise violente survient à nouveau au point que son épouse appelle la police pour un dépôt de plainte. Il exprime alors sa perplexité face à cette crise, car elle lui renvoie l'absence d'efficacité du travail qu'il réalise avec son psychiatre depuis des années. Suite à cette crise, son épouse contacte son psychiatre afin de discuter avec lui et trouver une solution pour son couple, mais le psychiatre l'éconduit, ce qui a pour conséquence de rompre le dialogue entre elle et son époux.

Le couple décide de se séparer, même si lui est effondré d'être séparé de sa femme et de ses enfants. Ils continuent cependant à se voir très régulièrement, font des sorties.

Avec l'aide de sa femme, il finit par trouver une association qui propose une prise en charge aux auteurs de violence sous forme de séances de groupes. La procédure consiste en un engagement à suivre 4 séances qui peuvent être renouvelées à volonté. Il réalise trois séries de 4 séances mais interrompt finalement les séances du fait de la distance à parcourir, habitant à environ 200 km du lieu d'installation de l'association.

- Le parcours médico-judiciaire de prise en charge

L'auteur insiste sur plusieurs éléments concernant ce parcours :

- La faiblesse des recours pour la prise en charge des auteurs de violence : ceci est particulièrement le cas pendant les crises. Il pense qu'une prise en charge médicale de l'auteur de violence serait nécessaire, au même titre que celle d'une personne dans un état de bouffée délirante. Ceci permettrait alors de protéger l'entourage, voire de le protéger lui-même de cette violence. D'autre part, cela lui offrirait la possibilité d'une prise en charge sur du long terme.
- l'arrivée spectaculaire (sirènes, gyrophares) des policiers sur les lieux des violences, souvent le domicile conjugal. Quelle que soit la suite de la procédure, ces interventions bruyantes qui informent le voisinage sont difficiles à vivre pour la famille.
- Une formation insuffisante des gendarmes et policiers à la prise en charge des auteurs. Il relate, par exemple, son passage dans le bureau de la police, où, une femme policière lui explique gentiment comment être attentionné pour son épouse (aimer sa femme, avoir des attentions, des gestes tendres). Il ne comprend pas du tout, à ce moment-là, l'objet de ce discours, qui au lieu de l'apaiser, a l'effet inverse.

- Les besoins et propositions de prise en charge identifiés par l'auteur

L'auteur rencontré fait le constat de troubles de comportement qu'il associe à un sentiment de frustrations liées au contexte social. A partir de ce constat et des limites de son travail avec le psychiatre, il a réfléchi sur les différentes modalités de prise en charge des auteurs qui pourraient être envisagées, avant même qu'intervienne l'aspect médico-judiciaire.

Il s'est ainsi demandé s'il ne serait pas intéressant d'envisager des « maisons de prise en charge de la violence », accessibles dans toutes les villes. Lieux où les personnes peuvent se rendre quand elles se sentent à bout et où une prise en charge thérapeutique ponctuelle ou à long terme est proposée.

Il voit plusieurs modes de prise en charge qui pourraient répondre aux besoins des auteurs:

- une prise en charge individuelle avec un psychothérapeute
- une prise en charge collective avec des groupes de paroles
- la réalisation d'un diagnostic affectif (sur le même modèle qu'un diagnostic des compétences, afin de voir à quel niveau l'individu doit retrouver de l'assurance, de la confiance, repositionner ses sentiments, ...)

- la proposition d'activités restructurant l'affectif, source de troubles du comportement.

Parmi ses propositions, il met en avant :

- dans le cas où la victime a contacté la police et où l'auteur est présent, la nécessité de maintenir un lien avec l'auteur par téléphone le temps que la police arrive sur les lieux, soit pour qu'il ne continue pas à être violent pendant ce temps, soit pour qu'il ne puisse pas fuir, soit pour l'apaiser.
- l'accès à une prise en charge d'urgence pour enclencher un processus de reconstruction. L'absence de proposition enferme l'auteur dans sa logique d'agissement.

Même si la démarche de cet auteur est tout à fait particulière et exceptionnelle, son discours suggère la possibilité que des auteurs de violence soient à la recherche de structures de prise en charge. La démarche plus fréquente de proposition d'une prise en charge des auteurs via une assignation judiciaire exclut d'office tout auteur qui souhaiterait être pris en charge avant ou sans procédure judiciaire.

IV. Conclusion

La réalisation de cette étude qualitative a permis de dégager quelques enseignements d'ordre méthodologique, qui peuvent constituer autant de recommandations pour la mise en place d'enquêtes similaires :

- Il est important, dans ce type d'enquête, de prendre en compte en amont l'inévitable phénomène de déperdition qui en l'occurrence est de plus de 20% (Nombre d'entretiens prévus : 47, nombre de personnes effectivement rencontrées : 37). Il paraît donc utile de prévoir, autant que faire se peut, un nombre d'entretiens plus important que celui jugé nécessaire ;
- la méthode de recrutement des victimes est centrale : le recours à un point focal sur site, qui joue le rôle d'« intermédiaire » est sans doute la méthode la plus simple et pratique mais pose le problème de sa disponibilité (en plus de ses activités) pour recruter les victimes. Cette méthode crée également un biais de sélection, l'intermédiaire ayant tendance à recruter davantage dans le service dans lequel il travaille. L'une des solutions peut être que le point focal se fasse seconder par une ou plusieurs personnes. Par ailleurs, à considérer le rôle des associations dans la présente étude, il semble que le recrutement soit davantage facilité si la victime a déjà établi une relation de confiance avec le « recruteur » ;
- Un temps d'enquête limité (quelques jours) constitue une contrainte supplémentaire qu'il est préférable d'éviter. L'étalement de l'enquête sur une période plus longue, laissant davantage le choix à la victime, aurait permis, sans doute, une meilleure participation. Encore faut-il que l'enquêteur puisse demeurer sur place.
- Les entretiens réalisés par téléphone se sont avérés tout aussi efficaces que les entretiens en face-à-face ; il ne s'agit cependant pas d'une alternative, mais d'approches complémentaires qui sont susceptibles de pallier pour une part les désistements.

Des entretiens et de leur analyse se dégagent quatre ensembles de réflexions et observations :

1 - Si l'entrée dans un processus de prise en charge médico-judiciaire des victimes de violences ne constitue pas un problème majeur dans les situations de violences extrafamiliales, en revanche, cette question se pose avec acuité pour les violences intrafamiliales. De nombreuses actions ont pourtant été identifiées et constituent des facteurs favorisant l'entrée dans une prise en charge : (i) améliorer la sensibilisation autour de la problématique des violences intrafamiliales auprès des individus mais également des

professionnels concernés (médecins libéraux, forces de l'ordre, agents de l'éducation nationale, assistante sociale, etc...) (ii) améliorer l'accès à l'information sur les procédures et recours possibles, (iii) améliorer les aides matérielles et administratives : aide juridique, aide au logement d'urgence et à un logement définitif, accompagnement financier, aide au retour à l'emploi, aide à la garde des enfants, suppression d'une menace d'expulsion pour les femmes en situation irrégulière.

2 - S'agissant de la trajectoire de prise en charge, deux points principaux ont été relevés: le « ballottage » administratif et le « ballottage » médical. Pour le premier, il manque une unité de lieu et un parcours « étayé » qui permettrait de réduire les contraintes administratives. Le développement de procédures de transmission entre administrations et l'orientation/information efficace des individus permettraient de réduire ces contraintes. Lorsque des initiatives locales existent, elles nous ont été signalées positivement par les victimes. Un des points forts de ces « bonnes pratiques » est constitué par la présence, dans les services de médecine légale et dans les UMJ, de permanences associatives ou de professionnels hospitaliers autres que médicaux (assistantes sociales et psychologues). Cette prise en charge multi-disciplinaire (médicale, psychosociale et juridique) sur un même lieu est appréciée par les victimes.

Concernant la qualité ressentie des soins aux urgences, certaines victimes ont fait état d'une carence de soin qui a eu pour conséquence un « ballottage médical » et des complications médicales.

3 - La troisième réflexion concerne le suivi des victimes. En effet après une période relativement intense de prise en charge que constitue le temps de l'hôpital, de l'expertise et du dépôt de plainte, les victimes ont souvent le sentiment de se retrouver face à un vide. En particulier le manque d'information et la durée de la procédure juridique constituent des facteurs d'incertitude et d'angoisse importants pour les victimes. Combien de temps cela va-t-il prendre ? L'auteur sera-t-il puni ou relâché ? A quel type de décision dois-je m'attendre ? Comment me préparer à une confrontation ou au procès ? Le sentiment fréquent des victimes est qu'elles ne sont pas suffisamment accompagnées face à cette procédure. L'offre de service de juristes est fortement appréciée des victimes qui y ont eu recours et devrait être développée, notamment pour les accompagner sur les questions liées aux arrêts de travail, à l'indemnisation par les assurances, etc.. Par ailleurs, il faut noter que l'accompagnement familial, et tout particulièrement celui des enfants des victimes est insuffisant.

4 - La dernière réflexion concerne la prise en charge des auteurs de violences. Un seul auteur a pu être rencontré, mais il a proposé un certain nombre de mesures, réflexions d'autant plus intéressantes qu'il a exprimé la possibilité de s'engager directement dans cette réflexion s'il était sollicité.

Que ce soit de sa part, comme de la part des victimes de violences, la prise en charge dans l'immédiat, comme sur le long terme, de l'auteur est présentée comme une nécessité urgente. L'inexistence de prise en charge des auteurs de violences, apparaît impensable pour les victimes comme pour l'auteur.

* *
*

Annexe 1- PROTOCOLE Enquête qualitative auprès de victimes et auteurs présumés de violence

Il est proposé de mettre en place une enquête qualitative, sur chaque site participant à l'étude-action « améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital ».

Cette enquête sera réalisée auprès d'un échantillon de victimes de violence et d'auteurs présumés afin d'obtenir des informations sur leur trajectoire de prise en charge depuis l'entrée dans le dispositif jusqu'à la sortie, en passant par l'hôpital, qui constitue, dans notre analyse, un passage « obligé ».

Ces informations permettront de compléter les monographies par site réalisées lors de l'état des lieux initial.

Consignes générales

- Le coordonnateur de l'enquête qualitative sur votre site est le point focal de l'étude-action « violence hôpital »,
- L'enquête est effectuée sur une période de **1 jour et demi**
- Le point focal fixe une date de réalisation de l'enquête qualitative avant le 18 décembre. Cette enquête devra avoir lieu avant la fin janvier 2007.

Consignes pour la préparation des entretiens

1. Le point focal fixe les modalités les plus appropriées pour la mise en place de l'enquête, avant le 11 décembre 2006 parmi lesquelles :
 - ☛ le ciblage des victimes et/ou des catégories de violence : violences conjugales, personnes majeures/mineures, personnes handicapées, etc.
 - ☛ le mode d'approche des victimes : par l'intermédiaire des associations ou par proposition systématique aux victimes reçues dans les services hospitaliers ou encore en utilisant les deux modes. Le second choix nécessite de commencer le travail d'information des victimes/auteurs en amont (3 semaines avant la réalisation de l'enquête).
2. Les entretiens sont programmés toutes les 1h45. Il faut donc prévoir 6 à 8 entretiens au total (donc 6 à 8 victimes et/ou auteurs).
3. Le point focal doit s'assurer que les critères de participation sont respectés :
 - ☛ la victime devra avoir effectué un passage à l'hôpital au cours de sa trajectoire de prise en charge
 - ☛ au maximum, cette prise en charge aura eu lieu 3 mois avant l'entretien
 - ☛ pour les victimes mineures, les professionnels qui les prennent en charge doivent définir avec qui aura lieu l'entretien (enfant et/ou parents)
 - ☛ les auteurs doivent nécessairement bénéficier d'une prise en charge (association, hôpital, autres...)

4. Le point focal définit un lieu unique où se dérouleront les entretiens (salle au sein de l'hôpital, locaux d'une association ou autre institution). Une partie des entretiens pourra être réalisée par téléphone si besoin.
5. Le point focal organise l'agenda de rencontres avec les victimes et les auteurs présumés de violence. Pour cela, la personne qui propose aux victimes ou auteurs de participer à l'entretien, lui remet la lettre d'information (victime/auteur). Cette lettre présente les objectifs de l'enquête qualitative et les conditions de participation. Si la victime ou l'auteur accepte de participer à l'enquête, une date et heure de RDV peut déjà être fixée (en fonction de la date de réalisation de l'enquête qui aura été choisie). Il sera demandé un numéro de téléphone à la victime ou à l'auteur, pour pouvoir confirmer le RDV ou lui communiquer tout changement d'heure ou de lieu de RDV.
6. Une fiche de consentement sera remis, par le socio-anthrologue, à la personne victime ou auteur lors de l'entretien, pour accord et archivage.

Annexe 2 – Lettre d’information des victimes et des auteurs

Lettre d’information

Enquête qualitative auprès des victimes de violence

Dans le cadre d’une étude-action, financée par le Ministère de la santé, dont l’objectif est d’améliorer l’accueil et la prise en charge des victimes de violence à l’hôpital, il est prévu d’organiser des entretiens avec quelques personnes victimes de violence afin de recueillir leurs perceptions et attentes sur leur prise en charge.

Cette enquête sera réalisée duau.....

Cet entretien est proposé à des victimes de violences dont la prise en charge a été réalisée, à un moment ou un autre, à l’hôpital.

Nous vous proposons d’y participer.

Les questions qui vous seront posées portent sur le parcours que vous avez suivi (avant, pendant et après l’hôpital) et les difficultés auxquelles vous avez été confronté(e) au cours de votre prise en charge.

Cet entretien peut durer plus d’une heure mais peut être interrompu à tout moment si vous le souhaitez. Vous n’êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions.

Si vous donnez votre accord, l’entretien sera enregistré pour permettre à l’enquêteur de traiter les informations. Votre nom ne sera pas enregistré et votre anonymat sera respecté. Aucun élément permettant de vous reconnaître ne sera dévoilé. La personne qui réalise l’entretien a obligation de respecter le secret professionnel.

Cette enquête ne comprend aucun acte médical.

Si vous êtes d’accord pour participer à cet entretien, une date peut être fixée dès aujourd’hui.

Vous rencontrerez

Date : le .. / ../..

Heure : à .. h

Lieu de l’entretien.....

Merci de bien vouloir nous laisser vos coordonnées téléphoniques afin de pouvoir confirmer cet entretien ou de fixer la date et l’heure ultérieurement :

Tél :

Lieu, date

Signature de la victime

Lettre d'information

Enquête qualitative auprès des auteurs présumés de violence

Dans le cadre d'une étude-action, financée par le Ministère de la santé, dont l'objectif est d'améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital, il est prévu d'organiser des entretiens avec quelques personnes auteurs de violence afin de recueillir leurs perceptions et attentes dans le cadre de leur prise en charge.

Cette enquête sera réalisée duau.....

Nous vous proposons d'y participer.

Les questions qui vous seront posées portent sur le parcours que vous avez suivi et les difficultés auxquelles vous avez été confronté au cours de la prise en charge dont vous avez bénéficiée.

Cet entretien peut durer plus d'une heure mais peut être interrompu à tout moment si vous le souhaitez. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions.

Si vous donnez votre accord, l'entretien sera enregistré pour permettre à l'enquêteur de traiter les informations. Votre nom ne sera pas enregistré et votre anonymat sera respecté. Aucun élément permettant de vous reconnaître ne sera dévoilé. La personne qui réalise l'entretien a obligation de respecter le secret professionnel.

Cette enquête ne comprend aucun acte médical.

Si vous êtes d'accord pour participer à cet entretien, une date peut être fixée dès aujourd'hui.

Vous rencontrerez

Date : le .. / ../..

Heure : à .. h

Lieu de l'entretien.....

Merci de bien vouloir nous laisser vos coordonnées téléphoniques afin de pouvoir confirmer ce RDV ou fixer la date et l'heure ultérieurement :

Tél :

Lieu, date

Signature de l'auteur

Annexe 3 – Fiche de consentement

N° codage entretien :

Dans le cadre de l'étude-action dont l'objectif est d'améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence, financée par le Ministère de la santé, je soussigné(e)

M... .., certifie avoir parfaitement pris connaissance du contenu du présent formulaire et de la notice d'information qui m'ont été présentés et commentés. J'en ai discuté avec M... .., qui m'a expliqué la nature et les objectifs de cette étude. J'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitai et avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

Je comprends les conditions de ma participation, en particulier que j'avais la possibilité de ne pas participer à cet entretien et que malgré mon accord à participer, j'ai le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me sont posées lors de l'entretien sans avoir à fournir d'explication. Je peux interrompre à tout moment cet entretien sans justifier ma décision.

J'atteste avoir été informé des points suivants :

- les personnes qui réalisent cette étude sont tenues au respect du secret professionnel et s'engagent à prendre les mesures nécessaires à la conservation de la plus stricte confidentialité. Mon identité fera l'objet d'une codification avant enregistrement et traitement et ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découleront.
- l'enquête ne comprend aucun acte médical.
- j'ai un droit d'accès aux données me concernant qui s'exerce à tout moment pendant la durée de l'étude et je peux exercer mon droit de rectification et d'opposition.

Fait à, le

Signature

Je soussigné(e) M... .., investigateur de l'étude, certifie avoir communiqué à, toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener cette étude dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Fait à....., le

Signature :

Annexe 4 – Dates des visites sur site

Sites	Dates
AMIENS	5 et 6 février 2007
CLERMONT - FERRAND	7-8 février 2007
CRETEIL	7 et 8 décembre 2006
LAGNY	1 et 2 février 2007
LILLE	15-16 février 2007
NANTES	24-25 avril 2007
ROUEN	24 et 25 janvier 2007
TOULOUSE	23-24 janvier 2007