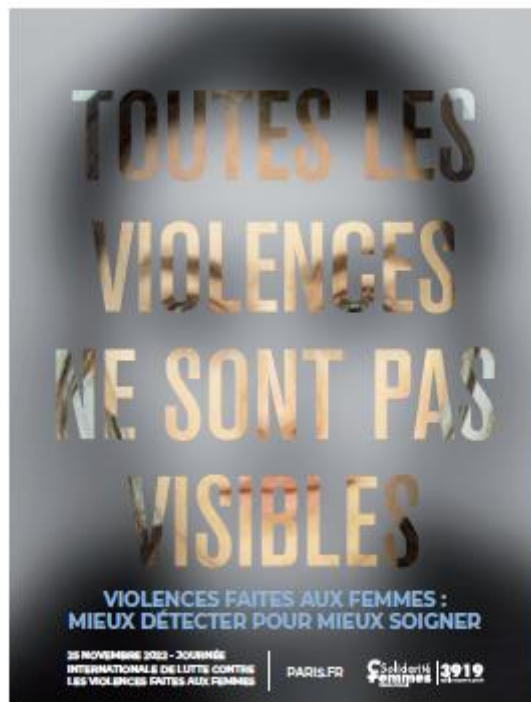


**8^e rencontre interprofessionnelle de
l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes
(OPVF)**



Ceuvre réalisée par Jeanne Louvet étudiante à l'EPSAA, l'école de communication visuelle de la Ville de Paris

« Mieux détecter pour mieux soigner »

Jeudi 24 novembre 2022 à 9 h 30

Sous la présidence de : Madame Hélène BIDARD

Adjointe à la Maire de Paris, chargée de l'égalité femmes-hommes,
de la jeunesse et de l'éducation populaire

PRÉAMBULE

Cette journée permettra aux professionnel·les qui accueillent des femmes victimes de violences de se former à recueillir leur parole et les orienter vers la meilleure prise en charge possible à Paris. Nos expert·es aborderont ainsi l'impact des violences sur la santé des femmes et la prise en charge médicale des victimes.

Rappel des **OBJECTIFS** :

- ► Détecter les violences : soutien aux professionnel·les de santé, pour l'écoute et l'orientation adaptées des victimes vers les structures, associations et autres acteur·rices mobilisables.
- ► Mettre en réseau les structures de santé publique parisiennes avec les associations spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes et les Réseaux d'Aide aux Victimes (RAV).
- ► Développer des bonnes pratiques médicales afin de lutter contre les violences que peuvent subir les femmes dans leurs parcours de soins. Créer un dispositif pour la prise en charge psycho-omatique des femmes victimes de violences dans les services de santé de la Ville.

POUR PRÉPARER CETTE JOURNÉE

Auto-questionnement des participant·es

où en êtes-vous de votre pratique et de vos connaissances ?

1. Êtes-vous en capacité de repérer les « signaux faibles » émis par les femmes victimes de violences ?
2. Vous sentez-vous outillé·es pour évaluer le danger dans lequel se trouve une femme victime de violences ?
3. Vous sentez-vous suffisamment renseigné·es pour accompagner et/ou orienter une victime vers les structures adéquates ?

4. Avez-vous pris la mesure de la gravité des conséquences des violences sur la santé, particulièrement sur la santé psychique ?
5. Connaissez-vous les mécanismes de stress post-traumatiques et le mécanisme de mémoire traumatique ?
6. Savez-vous comment agir face à des violences obstétricales et gynécologiques, face à des discriminations dans l'accès aux soins ?

Mot d'accueil de Jérôme Coumet, maire du 13^e

Ouverture par Hélène Bidard, adjointe à la maire de Paris, chargée de l'égalité femmes-hommes, de la jeunesse et de l'éducation populaire

Annonces gouvernementales sur la santé des femmes victimes, **Amélie Verdier**, directrice générale de l'ARS Île-de-France

10h00 : Table ronde n°1. Les conséquences des violences sur la santé des femmes

- L'impact des violences sur la santé physique et psychique des femmes, le psychotraumatisme : **Muriel Salmona**, psychiatre, fondatrice de Mémoire traumatique
- Les conséquences des violences sur le corps des femmes et la reconstruction : **Françoise le Pimbec-Barthes**, cheffe de service, chirurgie thoracique de l'hôpital Georges Pompidou
- Les conséquences des pratiques traditionnelles néfastes, l'exemple de l'excision : **Isabelle Gillette Faye**, GAMS

Échanges

11h00 : Table ronde n°2. Former les professionnel·les pour la détection des signaux faibles et au questionnement systématique

Anna : vidéo MIPROF (6'32) : voir <https://www.youtube.com/watch?v=tVpqaMttZoo>

- Le questionnement systématique, pour mieux détecter, mieux identifier les violences : **Ernestine Ronai**, responsable de l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine St Denis
- Point sur les recommandations de la CIIVISE : **Edouard Durand**, co-président de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE)

Échanges

12h : Pause déjeuner libre

13h30 : Pastille culturelle : Collectif Lilalune

14h : Table ronde n°3. Mobiliser les acteur·rices (1^{ère} partie) : orienter et travailler en réseau

- L'OPVF pour faciliter le travail en réseau : **Christine Guillemaut**, Observatoire parisien des violences faites aux femmes
- Un exemple, le Réseau d'aide aux victimes (RAV) du 13^e arrondissement : **Morgane Lacombe**, adjointe au maire du 13^e chargée de l'égalité femmes-hommes et des senior·es

- Un dispositif spécifique de prise en charge globale, la Maison des femmes de l'APHP, trois sites à Paris : **Amélie Glading, Candie Grange et Delphine Giraud**, coordinatrices des 3 sites de la Maison des femmes de l'APHP
- Les permanences associatives du CIDFF dans les hôpitaux : **Olivia Tabaste**, directrice du CIDFF de Paris
- Le rôle des CPEF : **Marianne Stanney**, responsable des CPEF de la Ville
- *Échanges*

15h10 : La prise en charge psycho-somatique des femmes victimes de violences dans les services de santé de la Ville

÷ **Anne Souyris**, adjointe à la Maire de Paris en charge de la santé publique et des relations avec l'APHP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques

15h20 : Table ronde n°3. Mobiliser les acteur·rices (2^{ème} partie) : le parcours médico-judiciaire

- Le parcours médico-judiciaire des victimes, le recueil des preuves, quelles améliorations : **Valérie Cadignan**, première vice-procureure, cheffe de section de l'Action publique territoriale (P20)
- La prise de plainte en milieu médical : **Justine Garaudel**, conseillère Justice au cabinet du Préfet de Police de Paris
- Les examens médicaux légaux, de l'orientation à la prise en charge : **Céline Déguette et Charlotte Gorgiard**, médecins généralistes, UMJ
- Le protocole féminicide : **Gilbert Vila**, médecin référent, Hôpital Trousseau

Échanges

16h15 : Table ronde n°4. Éthique et bonnes pratiques médicales pour la prise en charge des patientes

- La grossesse et le post partum : **Mounia El Kotni**, lauréate de la bourse de recherche "études de genre" de la Ville de Paris
- La prévention des discriminations dans l'accès aux soins ; la grossophobie : inadaptation des lieux de santé, violences verbales et symboliques : **Aline Thomas**, journaliste, réalisatrice et co-fondatrice de la Grosse asso
- Violences sexuelles dans les cabinets de kinésithérapie: **Jean-François Dumas**, secrétaire général du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Échanges

17h00 : Clôture : Hélène Bidard

Accueil : Jérôme COUMET, maire du 13^e

Je voulais vous saluer toutes et tous, saluer Hélène Bidard. Je suis très heureux d'être à ses côtés. Je voulais saluer Madame la Directrice Régionale. Je vois dans la salle plusieurs élu-es, notamment du 13^e, Morgane Lacombe, Béatrice Patrie. Je suis très heureux de vous accueillir pour cette journée interprofessionnelle de l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes.

Lorsque nous nous exprimons aujourd'hui, nous avons en tête le fait que nous sommes arrivés, je pense, je l'espère, à un point de bascule, de grande évolution, car ce sujet est devenu médiatique, mais il est important que cela devienne un sujet très public. Le fait que les médias et l'opinion publique, surtout, s'en emparent est important. Nous sommes à une croisée des chemins. Nous voyons cet espace politique se créer et nous pouvons imaginer que nous progresserons dans les années qui viennent, pour aller vers de beaux exemples comme l'Espagne.

Je suis très fier de vous recevoir. Je voulais vous saluer, associations, travailleur-euses du secteur social, professionnel-les de santé qui œuvrez au quotidien, et bien sur les élu-es.

Dans le 13^e, pour faire un petit focus, nous essayons de nous mobiliser de manière transversale dans de nombreux domaines, la santé, le logement, l'éducation, la culture, la partie police justice. Cette journée a pour thème : « **Mieux détecter pour mieux soigner** ». Je pense important de mettre en avant ce focus essentiel de la santé, qui est au cœur des enjeux. Tout d'abord, car les inégalités et les violences que subissent trop souvent les femmes ont un impact sur leur santé et leur bien-être, cela est une évidence, mais aussi parce que les professionnel-les de santé jouent un rôle essentiel dans la libération de la parole des victimes, et dans leur parcours de prise en charge, vous aurez l'occasion d'en parler mieux que moi ce matin.

Nous avons la chance, dans le 13^e, de pouvoir nous appuyer sur de nombreux acteurs et actrices, et je voulais saluer l'investissement du commissariat. Il se trouve que nous avons eu par le passé une femme commissaire très investie. Aujourd'hui, c'est un homme, et nous arrivons à travailler correctement. Nous avons mis en place il y a quelques années dans le 13^e une assistante sociale et une psychologue dans le commissariat. Nous avons été les premiers à Paris à mettre ce système en place. Cela ne s'adressait pas qu'aux femmes victimes de violences, mais nous voyions qu'il y avait derrière des plaintes, des questions sociales à traiter, et dans un sujet comme celui-ci, cela était essentiel.

Cette transversalité, cet esprit de collaboration, nous a permis de mettre en place plusieurs choses. Nous avons mis en place un système qui existait, je crois, dans le 20^e avant, de « chambres suspendues », un hôtel qui accepte d'accueillir à titre gracieux une femme, ses enfants, pour une mise à l'abri dans l'urgence, et Morgane Lacombe aura l'occasion de vous en parler, il s'agit d'une des actions menées dans le cadre du réseau d'aide aux victimes qui existe dans notre arrondissement.

Pas très loin d'ici se trouve l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, qui est aussi un partenaire de choix pour nous, dans cette question d'égalité femmes et hommes. J'en profite pour vous rappeler que demain, vendredi 25 novembre, journée particulière, aura lieu l'inauguration de *la Maison des femmes de l'AP-HP*, à la Salpêtrière. C'est un bel exemple de travail, en transversalité, entre hôpital, associations, services de police et de justice.

Nous avançons et nous pouvons être à la fois très frustrés, car lorsque nous voyons les chiffres des violences, ils font frémir. Nous avons pris l'initiative, avec Morgane Lacombe, de consacrer une place du 13^e aux victimes de féminicides. L'idée, c'est de transmettre des choses et j'espère que cela deviendra un lieu de rassemblement, au-delà de cette inauguration que nous avons pu faire avec beaucoup d'associations. Même si le moment n'est pas forcément approprié, car encore une fois, les chiffres sont glaçants, je pense que nous sommes à un moment de bascule, et ce sera une petite lumière à l'horizon, vers laquelle nous essayons, chacun à notre niveau, avec nos moyens, de nous diriger, de la faire émerger de manière un peu plus forte. Merci à vous toutes et à vous tous pour votre investissement et votre mobilisation.

Ouverture de la journée par Hélène BIDARD, adjointe à la Maire de Paris, chargée de l'égalité femmes-hommes, de la jeunesse et de l'éducation populaire

Merci beaucoup, Monsieur le maire, cher Jérôme Coumet, pour ces mots d'introduction pour un accueil très politique. Mesdames et Messieurs, je vous souhaite moi aussi la bienvenue pour cette journée, au nom de la Maire de Paris, Anne Hidalgo, à cette 8^e journée interprofessionnelle de l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes, qui est consacrée cette année à la santé, à la prise en charge médicale des femmes victimes de violences. Merci donc au maire du 13^e arrondissement de nous accueillir dans cette belle salle, à Morgane Lacombe, à Béatrice Patrie, vos adjointes en charge de l'égalité femmes et hommes, pour votre accueil et votre engagement continu à nos côtés.

Je vous remercie toutes et tous de votre présence qui témoigne d'un engagement fort pour la cause des femmes. Nous sommes la veille du 25 novembre, nous sommes cinq ans après le lancement de #Me Too, ce mouvement planétaire qui n'en finit pas de faire retentir dans toutes les sphères de la société l'exigence d'écoute, et surtout de politiques publiques, pour en finir avec les violences patriarcales.

Nous accueillons aujourd'hui des intervenantes et des intervenants de marque, des expertes et des experts de l'accompagnement des victimes, des professionnel-les qui partageront leurs savoirs dans l'intérêt de toutes et tous. Je veux saluer tout particulièrement celles et ceux qui vont prendre la parole dans la journée, Madame Ernestine Ronai, responsable de *l'Observatoire des violences envers les femmes de Seine-Saint-Denis*, dont nous avons célébré les 20 ans cette année, et qui est un phare pour toutes celles et ceux qui souhaitent s'attaquer aux problèmes et à la lutte contre les violences faites aux femmes avec sérieux. Ernestine, c'est un puits de connaissances sur le sujet et une capacité fascinante à innover, à défendre et à promouvoir des idées et des dispositifs utiles et efficaces au service des victimes.

J'ai envie de dire, et d'ailleurs, « les deux font la paire », Ernestine Ronai sera accompagnée du juge Édouard Durand, co-président de la *Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants* (la CIVISE), qui est à la tête d'une démarche inédite d'écoute des victimes, de mise en place de recommandations, qui, vous le verrez, convergent beaucoup vers les besoins exprimés par le mouvement féministe.

Je remercie également pour leur présence, leur fidélité, les politiques partenariales que nous mettons en œuvre au quotidien à Paris, dans un contexte où les moyens manquent encore cruellement, les représentant-es des différents services de l'État qui sont dans nos dispositifs partenariaux : Madame Annaïck Morvan, qui prendra la parole juste après, directrice régionale aux droits des femmes et à l'égalité, Madame Valérie Cadignan, vice-procureure, qui représente ici le Parquet de Paris, extrêmement présent dans l'ensemble des dispositifs partenariaux, et Madame Justine Garaudel pour la Préfecture de police.

Mes remerciements les plus sincères aux représentantes des associations, sans qui rien ne serait possible, celles qui sont tous les jours au côté des victimes, remplissant les missions essentielles. Je pense à celles qui vont prendre la parole juste après, Mesdames Isabelle Gillette- Faye du GAMS, Olivia Tabaste du CIDFF75, Aline Thomas de la « Grosse asso » et toutes celles qui sont présentes dans la salle. Merci beaucoup de votre présence. Je veux saluer plus particulièrement la présence de l'UNFF, l'Union des familles de victimes de féminicides.

La Ville de Paris subventionne les associations d'aide aux victimes à hauteur d'un demi-million d'euros en 2022, si l'on ajoute les actions des services publics parisiens recensées dans le rapport annuel sur la situation en matière d'égalité femmes et hommes, la lutte contre les violences faites aux femmes représentait, en 2021, 3 411 260 €. C'est beaucoup pour une collectivité, mais c'est peu en considérant les besoins. Voilà pourquoi je m'associe aux demandes importantes des associations :

- que les professionnel·les de l'accompagnement des victimes de violences masculines puissent être bénéficiaires du Ségur de la santé ;
- que chaque année, 1 milliard d'euros du budget de l'État soit attribué à ce combat.

Et parce qu'il faut aussi aider la recherche, je suis très heureuse que nous puissions accueillir aujourd'hui Madame Mounia El Kotni, lauréate de la bourse de recherche de Paris sur les études de genre en 2021, qui partagera ses connaissances sur la prise en charge au moment de la grossesse et du post-partum.

Je me félicite aussi de la présence des professionnel·les de santé. Tantôt, ce sont des pionnières de la lutte contre les violences, comme les docteurs Muriel Salmona et Françoise Le Pimpec-Barthes. Tantôt, ce sont des responsables de dispositifs expérimentaux, en cours à Paris, comme Mesdames Amélie Glading, Candie Grange, Delphine Giraud, les trois antennes parisiennes des Maisons des femmes de l'AP-HP, et le docteur Gilbert Vila pour la partie hospitalisation du Protocole féminicide, ou Jean-François Dumas pour la lutte contre les violences sexuelles dans les cabinets de kinésithérapeutes.

Et encore, des docteurs comme Céline Deguette et Charlotte Gorgiard des UMJ, unités médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu, et Marianne Stanney pour les CPEF, jouent un rôle très précis et indispensable dans les parcours des victimes, vers la reconnaissance et la sortie des violences.

Ma collègue Anne Souyris, adjointe d'Anne Hidalgo, en charge de la Santé, nous rejoindra cet après-midi et nous présentera des mesures que la Ville entend prendre pour une meilleure prise en charge médicale des femmes victimes de violences, dans le cadre de la refonte de nos services, avec la création de la Direction de la santé publique.

Vous le voyez, l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes et le Service égalité, intégration et inclusion de la Ville de Paris sont les architectes de cette journée, que je remercie d'ailleurs chaleureusement. Ils ont travaillé sur un programme de très grande qualité pour cette journée interprofessionnelle, avec pour objectifs de nous outiller collectivement, de faire de chacune et chacun des professionnel·les alertes, formé·es, des relais pour les professionnel·les, des appuis pour les victimes.

Des chiffres sur les violences faites aux femmes

Avant d'entrer dans le cœur du sujet, je voudrais redonner quelques chiffres sur les violences faites aux femmes, que nous avons, grâce à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes.

D'abord, au niveau national, 101 féminicides recensés par le collectif Féminicides par compagnon ou ex, depuis le début de l'année, dont 2 féminicides dans le cadre conjugal à Paris : Amanda, en janvier, Florence en juillet. Je pense aussi à Saba qui a été tuée il y a quelques semaines.

- ✓ 122 femmes victimes de féminicides ont été recensées par l'État, en France en 2021.
- ✓ Chaque année, en France, 225 000 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple.
- ✓ Nous estimons à environ 60 000, les femmes excisées en France aujourd'hui.
- ✓ En moyenne, le nombre de femmes âgées entre 18 et 75 ans qui, au cours d'une année, sont victimes de viol et/ou de tentatives de viol, est estimé à 94 000 femmes.
- ✓ D'après les études du gouvernement en 2017, environ 1 million de femmes ont été confrontées au moins une fois à une situation de harcèlement sexuel au travail ou dans les espaces publics. 100 % des femmes usagères déclarent avoir été harcelées dans les transports publics en Île-de-France.
- ✓ 5,5 millions de femmes et d'hommes ont été victimes de violences sexuelles dans leur enfance, selon la commission Sauvé, majoritairement des femmes, comme confirmé par les chiffres du Service statistique ministériel de la sécurité intérieure.

À Paris, en 2021, selon les données de l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes :

- ✓ 4 247 faits de violences conjugales ont été commis, selon les chiffres de la préfecture de police
- ✓ 854 procédures de violences conjugales ont été reçues au parquet et 142 ordonnances de protection ont été accordées
- ✓ 48 femmes, dont 38 nouvelles entrantes ont pu bénéficier du Téléphone Grave Danger, nous avons 60 téléphones Grave Danger à Paris.
- ✓ 1 845 femmes victimes ont été reçues par les 10 intervenantes sociales en commissariat, les ISC, qui sont passées au nombre de 12
- ✓ 1 253 femmes se sont rendues aux points d'accès au droit
- ✓ 601 dans les 8 services sociaux de proximité
- ✓ 1 538 dans les unités médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu
- ✓ 224 victimes de violences ont bénéficié d'un relogement social grâce à la grille de cotation pour les violences familiales de la Ville de Paris
- ✓ Chaque année, autour de 14 000 femmes sont accompagnées par les associations à Paris.

Tous ces chiffres sont en augmentation. Les femmes parlent plus, sont plus écoutées, demandent plus de soutien en matière de mise en sécurité, d'accompagnement juridique et social, d'accompagnement en matière de santé, notamment en santé mentale.

La procureure de la République et la préfecture de police estiment, pour l'année 2022, que les violences conjugales et les violences sexuelles sont en hausse. Plus 45 % de violences conjugales, selon la préfecture de police, pour le premier trimestre, par rapport à 2019 (2020 étant une année un peu particulière pour faire des comparaisons). Une augmentation de 25 % des violences sexuelles, toujours par rapport au premier trimestre 2019.

Au 1^{er} septembre dernier, 2 210 affaires de violences conjugales ont été traitées par la justice. Nous sommes donc face à un phénomène massif, qui touche sans distinction tous les milieux sociaux et tous les quartiers. C'est pourquoi, outre les aspects symboliques liés à la date du 25 novembre, je me félicite que l'Hôtel de Ville se pare aujourd'hui de banderoles en hommage aux victimes de féminicides.

Agir face aux violences

Les actions de sensibilisation et de prévention auprès du grand public doivent se multiplier. Cette année encore, beaucoup d'initiatives sont organisées dans les arrondissements par les mairies, les services publics municipaux, les associations, et vous pouvez toutes les retrouver sur la page « Que faire à Paris ? ».

Phénomène massif, et pour les victimes, un impact sur tous les aspects de la vie, dont bien entendu la santé. Avec des conséquences disons « immédiates et visibles », dans le cas des violences psychiques, mais aussi le développement de troubles psychiques et psychosomatiques, traumatiques et gynécologiques, par exemple, moins visibles, et parfois à plus long terme.

Vous aurez noté que c'est le message de la campagne d'affichage de la Ville de ce 25 novembre, avec un visuel qui a été réalisé par une étudiante qui s'appelle, Jeanne Louvet, étudiante de l'EPSAA, école professionnelle d'arts graphiques de la Ville de Paris.

Selon l'analyse des données de la Fédération nationale solidarité femmes, pour le 3919 à Paris, près d'un tiers des victimes parisiennes ont déclaré avoir consulté un service de santé à la suite de violences conjugales. 1/3 de femmes à repérer, puisqu'elles vont consulter des professionnel·les de santé immédiatement après les violences conjugales. Les victimes déclarent avant tout avoir consulté un psychiatre ou un psychologue. Le soin est une porte de sortie des violences qui ne doit pas se refermer et qui doit, au contraire, s'ouvrir. Visibles ou moins visibles, il existe des signaux qu'il faut connaître, des réflexes, comme le questionnement systématique, qui peuvent sauver des vies.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2019, je la cite, « aux professionnel·les de santé de premier recours de questionner leurs patientes lors de la consultation, même en l'absence de signes d'alerte, sur d'éventuelles violences conjugales, actuelles ou passées ». La HAS a publié hier un communiqué reconnaissant que : « cette recommandation est cependant peu appliquée, seuls 3 % des femmes ayant consulté un médecin généraliste au cours des 18 derniers mois se rappellent avoir été interrogées sur le sujet ». Elle a en conséquence produit un outil de repérage.

Je note également les deux premières recommandations de la CIVISE qui concernent aussi le repérage systématique. Des obstacles sont à lever pour y parvenir : le manque de formation, la crainte de dégrader la relation avec la patiente, le sentiment d'impuissance, le fait de jongler de manière permanente avec le secret médical, et je sais que nos intervenants et nos intervenantes reviendront sur ce point.

Cette journée va nous aider, de ce point de vue, et je souhaite avec Anne Souyris que nous puissions travailler avec *l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes* et la *Direction de la santé*, à un **kit pour les professionnel·les de santé**, avec un Violentomètre et des affichettes pour les salles d'attente, avec un guide sur le questionnement systématique, une liste de contacts d'associations et de structures spécialisées pour qu'une fois la parole libérée, tous les professionnels de santé sachent orienter, et puissent le faire aisément. Notre premier objectif est donc la formation des professionnel·les, c'est là où nous pouvons être utiles.

Notre deuxième objectif, c'est **la mise en réseau avec des actrices et des acteurs** de la lutte contre les violences faites aux femmes. Nous devons avancer sur la mise en réseau des structures de santé publique parisiennes, que ce soit l'AP-HP, les centres de santé municipaux, avec des acteurs et des actrices spécialisées, notamment à travers les réseaux d'aide aux victimes dans tous les arrondissements et au niveau parisien, qui sont des outils très utiles, et qui existent dans nombre d'arrondissements.

Notre troisième objectif **est d'améliorer la prise en charge des victimes** à Paris. Nous avons besoin de faire progresser la recherche, de travailler aux bonnes pratiques, notamment du consentement médical ou pour un accueil inclusif, de tous les corps, par exemple. Cela concerne toutes les femmes, pas uniquement celles qui ont subi des violences, car il y a un sérieux retard de la médecine sur certaines maladies, je pense à l'endométriome, par exemple. Et certaines pratiques aux conditions d'exercice peuvent produire des discriminations et des violences dans le parcours de soins. Au-delà de la question des agressions qui doivent être sanctionnées, je suis convaincue que faire progresser la place des femmes dans le milieu médical, c'est faire progresser toute la médecine.

Depuis peu, répondant à la demande pressante de lieu d'accompagnement global des victimes, nous avons eu la chance d'en avoir trois sur notre territoire. Les trois antennes de ce que nous appelons la « **Maison des femmes de l'AP-HP** », à Bichat, l'Hôtel-Dieu et la Pitié-Salpêtrière, où les femmes peuvent trouver du soin, de l'accompagnement social, juridique, et déposer plainte. Ce partenariat avec l'AP-HP, la Préfecture de police, la Préfecture de région, la Ville de Paris, et le CIDFF, Halte aide aux femmes battues, Libre terre des femmes et Aurore, est très précieux et je vais présenter au prochain Conseil de Paris, celui de décembre, une délibération pour renouveler le soutien de la Ville à cette expérimentation à hauteur de 90 000 €. Ces Maisons des femmes se trouvent dans les hôpitaux de La Pitié, de Bichat et de l'Hôtel-Dieu. Merci encore une fois aux coordinatrices d'être avec nous et d'organiser des portes ouvertes, car il faut faire connaître à tous les professionnel·es ces lieux, pour orienter les femmes qui ont besoin de ces lieux.

Enfin, toujours dans l'optique d'une meilleure prise en charge des victimes, *l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes*, pour ce 25 novembre, a réalisé une carte postale qui sera diffusée dans l'ensemble des services publics notamment, avec **l'ensemble des contacts de santé** à disposition à Paris, et nous travaillons à une plaquette d'information avec le Parquet et la Préfecture de police sur les droits des victimes de violences sexistes et sexuelles.

Merci encore à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes et aux services Égalité. Merci à Pascal Bonnet, coordinatrice du Schéma d'aide aux victimes, qui travaille sur ces sujets avec nous.

Je remercie encore la mairie du 13^e, à quelques pas de la Pitié-Salpêtrière que je vais retrouver d'ailleurs demain matin sûrement, et je suis très heureuse que nous puissions travailler aujourd'hui sur ce thème de la santé, toutes et tous ensemble.

Mesdames et Messieurs, je vous remercie beaucoup pour votre attention sur cette introduction. Je vous souhaite une bonne journée d'information et d'échanges.

Annaïck Morvan, Directrice régionale aux droits des femmes



Bonjour à tous et à toutes. Je suis ravie d'être là et de pouvoir démarrer cette journée avec vous, même si ce n'était pas prévu, puisque je remplace un peu au pied levé la directrice de *l'Agence régionale de santé* qui s'excuse car elle ne pouvait pas être là aujourd'hui. Je salue le maire, Madame la maire, et tous les élu-es présent-es. Je vous salue tous et toutes, les responsables d'associations, et les bénévoles qui œuvrent tous les jours et au quotidien pour lutter contre les violences.

Des annonces gouvernementales en matière de santé seront faites demain et la primeur est réservée au président de la République. Néanmoins, ce que je peux dire, c'est que le budget global pour l'égalité femmes-hommes et pour la lutte contre les violences est en augmentation. Le Document de politique transversale (DPT) permet d'évaluer les engagements financiers de tous les ministères, tous les engagements budgétaires. C'est un travail d'équipe - et j'en profite pour saluer tout le travail réalisé par la Ville, par l'Observatoire. Au niveau gouvernemental, il s'agit aussi d'un travail d'équipe, et nous devrions atteindre en 2023 plus de **3 milliards d'euros de budget**, tous ministères confondus.

Le fait que les budgets augmentent a aussi des conséquences sur notre propre budget. Pour celui des droits des femmes, nous devrions avoisiner les **55 millions d'euros**, ce qui représente, pour l'Île-de-France, par exemple, un budget de **5 millions d'euros**. Je suis en poste depuis trois ans et demi, donc on peut considérer qu'il a déjà doublé en quelques années, même si cela n'est pas suffisant, et même si vous considérez, et vous avez raison, qu'il faut faire encore mieux.

Cette augmentation s'inscrit aussi dans la « grande cause du quinquennat ». Je peux annoncer que ce budget sera articulé autour de quatre points cardinaux : **la lutte contre les violences** - c'est l'objet de la journée -, **l'égalité économique** - elle est tout à fait indispensable y compris pour les femmes victimes de violences, pas de liberté sans égalité économique et autonomie -, **l'éducation à l'égalité** - dès 2023, nous allons pouvoir renforcer les actions en matière d'éducation et d'égalité - et le 4^e point, c'est la question de la **santé**.

C'est une nouveauté par rapport aux années précédentes. En ce qui concerne les violences, les crédits vont contribuer à renforcer l'accompagnement. La réflexion sur la spécialisation des enquêteur-rices et des magistrat-es va être renforcée, ainsi qu'une justice de proximité et le développement de la sécurité en général. Je pense que notre ministre actuelle, Isabelle Rome, y est pour quelque chose, car c'est aussi une ex-magistrate, elle était haute fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes, au Ministère de la Justice. Nous bénéficions aussi de cette expérience.

Il est important de rappeler que dès 2023, nous allons aussi redoubler d'efforts pour ce qui est de l'égalité professionnelle, mais côté mixité des métiers, mixité de l'orientation, diversification de l'orientation et les choix. L'une des mises en pratique de cette mixité à Paris et en Île-de-France, c'est l'arrivée des JOP et la nécessité de féminiser un certain nombre de secteurs et notamment les métiers de la sécurité privée, l'hôtellerie, restauration, transports, etc.

Demain, 25 novembre, je pense que nous pouvons nous attendre à de nouvelles mesures qui seront annoncées, comme cela a été le cas le 25 novembre 2017, qui avait été suivi en 2018 d'un Comité interministériel à l'égalité femmes-hommes. À nouveau un Comité interministériel à l'égalité femmes-hommes va se tenir avant la fin décembre, présidé par la Première ministre. Cela permet de mobiliser l'ensemble de l'équipe gouvernementale, et ensuite, toutes les administrations.

Je ne vais pas revenir en détail sur ce qui a été déployé déjà depuis un certain nombre d'années, juste dire que toutes les mesures en faveur de la prévention de lutte contre les violences ont été articulées autour de trois thèmes, prévenir, protéger, punir. Je ne vais pas revenir sur toutes les mesures qui ont été prises, notamment pendant le Grenelle. Juste insister sur la prise de plaintes à l'hôpital, puisque nous parlons des questions de santé, aujourd'hui. Cela est important de le rappeler. Je vais donc faire l'impasse sur le développement : le déploiement des téléphones Grave Danger, des bracelets antirapprochements, etc.

Dans la dynamique du Grenelle, nous en avons profité, Madame la Maire, mais aussi avec la préfecture de police et la justice, pour installer un CLAV, un **Comité local d'accueil des victimes**, où nous travaillons de concert, nous pouvons le dire. Nous nous sommes surtout concentrés pour le moment sur les parcours judiciaires, le suivi des victimes, mais aussi la prise en charge des auteurs. Un important travail sur la formation est réalisé, je pense que nous pouvons saluer nos équipes qui sont à pied d'œuvre. Nous avons l'intention de travailler sur les questions de santé, cela va être la prochaine étape.

Sur le programme santé du Ministère, l'accent sera mis sur la sensibilisation et la formation de tous. Les professionnel·es de santé, les médecins généralistes, gynécologues, les sage-femmes, les infirmiers et les infirmières, les puériculteurs et les puéricultrices, pour mieux soigner et mieux dépister, mieux prendre en charge les femmes victimes de violences.

Le Ministère en charge de l'Enseignement supérieur va déployer des moyens sur ces questions de santé, notamment pour le public étudiant, et la Ministre en charge du handicap et de la dépendance va aussi renforcer ses moyens.

En 2020, vous l'avez dit, la Haute Autorité de Santé et le Haut-Conseil à l'égalité ont publié deux rapports, l'un s'appelle « **Sexe, genre et santé** », et l'autre « **Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner** ». Donc nous ne pouvons pas dire que nous ne connaissons pas et nous devons nous baser sur ces documents fondamentaux.

Une cartographie à destination des professionnel·es de santé, est en cours d'élaboration dans les différentes régions, sur les Maisons des femmes, à Paris avec l'AP-HP. Ce sont des unités dédiées à la prise en charge sanitaire des femmes victimes de violences. Je préfère cette expression « espace d'accueil au sein des hôpitaux » car il y a d'autres Maisons des femmes qui se déploient notamment en Île-de-France et nous finissons par avoir un problème de lisibilité.

La Haute Autorité de Santé, avec la Direction interministérielle de la transformation publique (DIPT), a publié un document pour encourager tous les médecins, dont les généralistes, à repérer d'éventuelles violences conjugales. Il s'agit d'un outil très pratique, qui suppose un questionnement systématique de la part des médecins. Je vous indiquerai le lien par la suite, il pourra être communiqué car il est à destination des médecins généralistes.

La stratégie pauvreté

Avec les crédits stratégie pauvreté, nous agissons en matière de santé des femmes, sur la précarité menstruelle, sur la sortie de maternité sans logement - cela est aussi un grand dossier à Paris et en Île-de-France - nous développons les dispositifs d'aller vers, les personnes en situation de prostitution. Nous finançons aussi beaucoup plus qu'avant les nouveaux EVARS (Espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle), ce que nous appelons les EICCF (Établissements d'information, de consultation et de conseil familial), plus couramment « **le planning familial** ». Les EVARS regroupent les associations du Mouvement français du planning familial, mais d'autres associations. Les professionnel·les agissent beaucoup en termes de santé. On pourrait aussi parler de sport et santé, avec plusieurs actions qui s'adressent aux femmes.

Pour conclure, ce qu'il nous reste à développer, c'est la prise en charge psychologique, la souffrance psychique et psychologique. Je pense que nous ne sommes pas allé·es assez loin sur cette question. Nous devons la développer, la prise en charge des femmes et des enfants. Je suis psychologue de formation et de métier à la base, c'est pourquoi je suis très attachée à cette question.

Pour finir, je pense que nous devons penser à notre santé, à votre santé, professionnel·les et bénévoles qui accompagnent les femmes, et je rejoins Madame Bidard sur le fait que le Ségur doit être aussi appliqué à toutes les associations qui travaillent en faveur de la prévention de la lutte contre les violences faites aux femmes. Je vous remercie.

TABLE RONDE N°1 - LES CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

Hélène BIDARD : je suis très heureuse d'accueillir Muriel Salmona, pour nous parler du psychotraumatisme et Françoise Le Pimpec-Barthes, cheffe de service en chirurgie thoracique à l'hôpital Georges Pompidou sur les conséquences des violences sur le corps des femmes et la reconstruction. Vous pouvez la retrouver dans l'exposition "Au cœur de l'urgence", qui a déjà été accueillie dans le 11^e arrondissement, par exemple, ou encore dans des hôpitaux. Et enfin, Isabelle Gillette Faye, directrice générale de la fédération nationale GAMS, interviendra sur les conséquences des pratiques traditionnelles néfastes sur le corps, avec l'exemple de l'excision.

Je vais commencer par donner la parole à Muriel Salmona, très chère Muriel, très heureuse de t'avoir à nos côtés. Muriel Salmona est spécialiste de toutes ces problématiques que les femmes victimes de violences et les enfants co-victimes rencontrent. Je te laisse la parole avec grand plaisir

Muriel SALMONA, psychiatre, Présidente et fondatrice de l'association Mémoire traumatique et victimologie.

Merci beaucoup Hélène. Je suis heureuse d'être parmi vous pour justement apporter des éléments sur ses conséquences psychotraumatiques des violences. L'association **Mémoire traumatique et victimologie** œuvre pour informer, améliorer la prise en charge, et lutter contre toutes les violences, et faire en sorte que la connaissance, la reconnaissance, la compréhension, l'information et la prise en charge autour des **psychotraumatismes** deviennent une véritable culture au service des victimes, et à leur secours, en quelque sorte.

Méconnaissance des conséquences psychotraumatiques des violences

Actuellement les psychotraumatismes sont toujours très peu connus des professionnel·les qui prennent en charge les victimes de violences. Cette méconnaissance fait que, souvent, les conséquences psychotraumatiques qui sont pathognomoniques (qui sont la preuve des violences), non seulement ne sont pas identifiées, recherchées, traitées, ce qui représente une perte de chances très importante, mais sont très souvent retournées contre les victimes, pour les mettre en cause, pour les invisibiliser encore plus, pour alimenter des stéréotypes et toute une culture du viol. Cela va très gravement leur nuire, avec des prises en charge inadaptées, que ce soit au niveau médical, mais aussi au niveau social ou juridique. Il est très dommageable pour les victimes que leurs symptômes psychotraumatiques ne soient pas recherchés et pris en compte alors qu'une analyse de ces symptômes pourrait servir de preuves médico-légales pour corroborer les témoignages des victimes. Bien au contraire, ils sont fréquemment mal interprétés et sont utilisés pour remettre en cause la parole des victimes.

Avec le **Docteur Denis Mukwege**, prix Nobel de la Paix 2018, nous œuvrons au niveau international, de toutes les instances internationales, et aussi au niveau de l'OMS, pour que les preuves médico-légales apportées par l'analyse et le décryptage des symptômes psychotraumatique soit reconnu et pour qu'il y ait une meilleure prise en charge holistique (médicale, psychologique, sociale et juridique) des victimes de violences sexuelles.

La connaissance et la reconnaissance de ces psychotraumatismes sont très importantes en termes de **réparation** pour ces femmes, que ce soit en termes de santé, mais aussi en termes de réparation des préjudices énormes qu'elles ont subis. Cette méconnaissance est incroyable, car cela fait des dizaines et des dizaines d'années que nous avons toutes les connaissances qu'il faut grâce à la recherche internationale et aux travaux de tous les cliniciens, auxquels j'ai participé, et que nous savons ce qu'il faut faire et comment soigner les traumatismes des victimes de violences. Ne pas traiter ces psychotraumatismes représente une perte de chance très importante pour les victimes de violences sexistes et sexuelles. Il s'agit d'une perte de chance à court, moyen et long terme qui concerne leur santé mentale et physique, le risque de subir de nouvelles violences et de voir se créer et/ou s'aggraver des situations de vulnérabilité, de précarité, de discriminations et de handicap. Pour rappel les violences s'exercent toujours dans le cadre d'un rapport de force et de domination sur les personnes les plus discriminées et vulnérables. Les femmes en situation de handicap subissent trois fois plus de violences sexistes ou sexuelles, et lorsqu'il s'agit d'enfants, c'est même jusqu'à cinq fois plus, quand ils présentent des handicaps mentaux. 88% des femmes autistes ont subi des violences sexuelles majoritairement avant 18 ans.

Comment définir les psychotraumatismes et leurs conséquences

Nous savons que les psychotraumatismes sont des conséquences psychiques des violences que subissent les victimes. Ils s'installent pour des années. Si les personnes sont protégées et prises en charge précocement, nous pouvons éviter les cascades de conséquences sur la santé mentale et physique et sur la vie des victimes.

Toutes ces conséquences doivent être connues, et cela permet de mieux comprendre les victimes, mieux comprendre des situations qui peuvent **paraître paradoxales**, des comportements qui peuvent **paraître incohérents**, en tout cas incompréhensibles. Cela permet, et c'est essentiel, de pouvoir bien mieux évaluer à la fois la gravité des conséquences des violences sur les personnes, la souffrance qu'elles endurent et le danger qu'elles courent.

Nous allons le voir, dans le cadre particulier des violences sexistes et sexuelles que subissent les femmes dès leur plus jeune âge qu'il existe un continuum de violences, très souvent les victimes subissent des violences à répétition, sur une durée parfois très longue, depuis très longtemps. Selon une étude de l'ONU (<https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against->

[women/facts-and-figures](#)), avoir subi des violences physiques et sexuelles pour une femme dans l'enfance, **cela multiplie par 16 le risque** de subir des violences sexuelles et conjugales à l'âge adulte. Les psychotraumatismes sont au cœur de ce continuum de violences.

Comprendre les deux symptômes centraux du psychotraumatisme provenant du mécanisme de sauvegarde que met en place le cerveau au moment des violences que sont la mémoire traumatique avec ses réminiscences, ses flash-backs et ses cauchemars et la dissociation traumatique et son anesthésie émotionnelle, est essentiel pour pouvoir identifier toutes les conséquences et les traiter, mais aussi pour comprendre les souffrances, réactions et les comportements des victimes ainsi que les phénomènes d'emprise. Sans cette grille de compréhension, comme on l'a vu, ces symptômes sont reprochés aux femmes victimes de violences dans un retournement cruel, et ils servent à alimenter les stéréotypes sexistes et la culture du viol, les victimes sont à grand risque d'être abandonnées sans protection et d'être maltraitées.

Informé sur les psychotraumatismes et en expliquer les mécanismes permet de rendre justice aux victimes.

Les troubles psychotraumatiques sont d'autant plus graves que les victimes sont jeunes voire très jeunes (le cerveau des enfants est très vulnérable à la violence dès la naissance et lors de la vie fœtale à partir du 3ème trimestre de grossesse), que les personnes sont en situation de grande vulnérabilité et de grand handicap, que les violences ont été répétées et se sont installées dans la durée, qu'il s'agit de crimes, tentatives de meurtre, tentatives de viol, viols. Ce sont tous ces éléments qui sont à prendre en compte. Ces violences intra-familiales et conjugales répétées et qui durent souvent de nombreuses années sont à l'origine de psychotraumatismes sévères et chroniques complexes qui ont de graves conséquences à long terme sur la santé et la vie des victimes.

Il faut aussi savoir que ces troubles psychotraumatiques sont très fréquents : autour de 70 % des femmes victimes de violences conjugales et sexuelles disent avoir un impact important ou très important sur leur santé mentale, et environ 40 à 50 % sur leur santé physique. Ces troubles ne sont pas uniquement psychologiques, ils sont accompagnés d'**atteintes neuro-biologiques** qui peuvent être très importantes. Avec des modifications de l'architecture du cerveau, des atteintes du tissu cérébral, des atteintes au niveau des connexions dendritiques et au niveau des circuits émotionnels et de la mémoire, ainsi que d'atteintes au niveau endocrinien liées au stress, qui vont entraîner une cascade de conséquences. Toutes les atteintes cérébrales sont visibles sur IRM, elles sont réparables, le cerveau a des capacités de neurogénèse et de **neuro-plasticité** très importantes, à condition que l'on protège les victimes et qu'on leur donne les soins nécessaires.

Tout s'organise autour de plusieurs symptômes : la sidération, la dissociation traumatique et la mémoire traumatique qui se mettent en place au moment des violences. Ces symptômes sont dus à des mécanismes de sauvegarde exceptionnels que le cerveau met en place pour échapper à stress extrême que provoque la sidération psychique face au danger et à la terreur qu'elle provoque, avec des taux d'hormones de stress adrénaline et cortisol tellement élevés qu'ils représentent un risque vital cardiologique et neurologique pour l'organisme. Ce mécanisme s'apparente à une disjonction qui interrompt les circuits émotionnels et de la mémoire et crée une **dissociation traumatique** et une **mémoire traumatique** des violences. Tout cela se fait avec **une sidération** (paralysie psychique) de départ face au danger et à la terreur provoquée par les violences avec le cerveau qui est bloqué et qui ne peut pas contrôler le stress extrême. La sidération traumatique qui est un phénomène normal dû à l'intention destructrice et à la cruauté de l'agresseur est souvent reprochée aux victimes car elles n'ont pas crié, dit non, fui ou ne se sont pas défendues.

La mémoire traumatique

La mémoire traumatique est une mémoire qui n'est pas intégrée, qui n'est pas consciente, mais qui va envahir les victimes pour leur faire revivre à l'identique, comme une machine infernale à remonter le temps, les pires moments des violences et ce ces années, voire des dizaines d'années après. Dès qu'une situation, un contexte, une sensation, une odeur, un bruit, une parole, etc., leur rappelle les violences, leur mémoire traumatique se réactive et leur fait revivre les violences, la victime ressent à nouveau les coups, la souffrance, la terreur, l'impression de mourir, la suffocation - si elles ont subi des tentatives de strangulation-, ou encore le désespoir, comme si elles étaient à nouveau dans les violences. Elles vont réentendre continuellement les paroles, les injures et les cris de l'agresseur - le fait qu'il leur dise qu'elles ne valent rien, qu'elles ne vont arriver à rien, qu'elles ne sont rien, qu'elles sont méprisables, qu'elles ne méritent pas de vivre, que tout est de leur faute – ce qui va entraîner sans cesse des sentiments de honte et de culpabilité chez la victime. Cette mémoire traumatique se met en place dès le début les violences.

La dissociation traumatique

Cette **dissociation traumatique** qui se met en place au moment des violences lorsque le cerveau « disjoncte » entraîne une **anesthésie émotionnelle**, les personnes sont alors déconnectées de ce qui se passe, de leurs émotions comme si elles étaient spectatrices des événements violents, ce qui leur donne un sentiment d'irréalité. Elles sont comme des automates dans l'**incapacité de pouvoir réagir**, de pouvoir se défendre, de pouvoir identifier certaines situations, de pouvoir ressentir la douleur, la souffrance, la colère, la rage, la révolte qui serait nécessaire. C'est comme une hémorragie psychique importante, la victime semble supporter la douleur et accepter l'inacceptable. Cela met les victimes sous emprise directe et cela permet aux agresseurs de faire d'elles ce qu'ils veulent. Cette dissociation traumatique va durer tout le temps que la personne reste exposée au danger, à l'agresseur, au contexte. Cela explique pourquoi les victimes de violences intra-familiales ou conjugales restent avec leur agresseur et mettent très longtemps avant de pouvoir partir.

La victime va perdre sa vitalité et ses capacités. Il va lui falloir faire des efforts intellectuels énormes pour essayer, malgré tout, d'arriver à gérer les choses. La mémoire traumatique est là, dès ce moment-là, mais elle ne s'exprime pas émotionnellement. Quelqu'un de dissocié est très vulnérable, en grand danger de subir à nouveau des violences. La personne dissociée quand elle témoigne paraît tellement déconnectée et absente, comme si elle était indifférente, qu'elle risque fort ne pas être entendue et de ne pas être crue, car elle ne correspond pas à l'idée qu'on se fait d'une victime.

Elle va être aussi en grand danger d'être repérée par tout le système proxénète. C'est en effet une aubaine d'exploiter une personne dissociée, qui ne va pas réagir aux violences, qui ne va pas hurler, crier, ni se défendre.

C'est aussi quelqu'un qui ne va **pas paraître en danger**. Si nous n'avons pas des grilles d'évaluation très précises, si nous ne posons pas des questions, ce sont des personnes qui ne vont pas dire spontanément qu'elles sont en grand danger, qui ne vont pas parler, dire qu'elles ont peur, où le dire de telle façon qu'on ne va pas les entendre. Ce sont des personnes qui vont susciter très peu d'empathie. Lorsque nous sommes face à quelqu'un de dissocié, nous ne ressentons pas les émotions comme nous les ressentons habituellement de manière automatique grâce à nos neurones miroirs. Rares seront les personnes qui auront peur pour elles. Il faut vraiment savoir que ces personnes sont en fait comme en **état de choc**. Souvent, nous considérons que « cela n'a pas l'air d'aller trop mal » alors qu'elles sont gravement traumatisées et en danger.

Et ce sont des personnes qui vont également risquer d'être **maltraitées pendant les soins**, elles ne vont pas savoir se défendre par rapport à la notion de consentement, elles vont se retrouver aussi en situation de soumission, avec des soins qui pourront être très douloureux, pour lesquels elles ne pourront pas réagir.

Tant que la personne est dissociée, elle est dans cette situation de vulnérabilité. Aussitôt qu'elle commence à **être protégée**, qu'elle peut s'extraire de la situation de violence, à ce moment-là, la dissociation disparaît et elle récupère ses émotions et ses capacités émotionnelles. Elle récupère également l'expression émotionnelle de sa mémoire traumatique. Souvent, quand les personnes arrivent à fuir la situation de violence et sont enfin à l'abri et protégées, c'est à ce moment-là que leur mémoire traumatique des violences s'exprime émotionnellement et qu'elles risquent d'être complètement envahies par des sentiments de terreur, de détresse et d'angoisses. C'est comme pour les enfants qui lorsqu'ils reviennent de chez leur père violent, vont très mal et sont très agités avec leur mère protectrice. C'est au moment où les femmes et les enfants sont protégés que le moindre lien qui rappelle les violences va entraîner un tsunami émotionnel et une grande souffrance, si on ne les prévient pas que c'est normal en leur expliquant le fonctionnement de la mémoire traumatique elles vont avoir l'impression qu'elles vont beaucoup plus mal depuis qu'elles ont quitté leur conjoint violent. Cela va les conforter dans l'idée qu'elles sont **incapables de vivre**, et qu'il avait raison de dire qu'elles ne sont « pas fichues de survivre sans lui », et à ce moment elles peuvent retourner auprès de leur conjoint violent qui a le pouvoir de les anesthésier aussitôt, ou de retomber dans les griffes d'un autre agresseur. Les femmes sont dans ces situations souvent jugées sévèrement par des professionnels ou des proches qui ne connaissent pas ces mécanismes.

Il faut avoir toujours en tête cette dissociation traumatique. Si les professionnels ne la prennent pas en compte il y a un fort risque de **sous-estimation** de la gravité des violences subies, et de la souffrance et du danger couru par les victimes.

L'amnésie traumatique

Dernière chose, cette dissociation crée aussi ce que nous appelons une **amnésie traumatique**. L'anesthésie émotionnelle fait que les souvenirs ne sont pas hiérarchisés en fonction de leur impact émotionnel, tous les souvenirs sont au même niveau comme dans un brouillard. Les souvenirs traumatiques sont là mais ils n'émergent pas. Si nous ne posons pas de questions, si nous n'allons pas les chercher, nous n'aurons pas les éléments. Cette amnésie traumatique peut durer 10 ans, 20 ans, tant que la victime reste dissociée car en contact avec le système agresseur et son contexte, c'est d'autant plus le cas quand les violences sont intra-familiales et conjugales. Et ce n'est que lorsqu'elles sont enfin protégées que les souvenirs vont s'exprimer parfois de façon très violente au travers de réactivation émotionnelle de leur mémoire traumatique. Les victimes se voient reprocher : « *Pourquoi parlez-vous si tard, pourquoi maintenant ? Pourquoi révélez-vous les faits maintenant ?* ». Et quand elles vont enfin pouvoir dénoncer les violences qu'elles ont subi, les faits de violence peuvent être prescrits.

Cela veut dire aussi, avec cette amnésie traumatique qui est fréquemment partielle, que lorsque les victimes témoignent, il n'y a qu'une infime partie des violences qui sont rapportées. Il reste tout un « continent noir », la partie immergée de l'iceberg, qui n'est pas connu, qu'il va falloir rechercher.

Les stratégies de survies : conduites d'évitement et conduites dissociantes

Enfin, quand la mémoire traumatique est vraiment très présente émotionnellement, revivre continuellement les pires moments des violences est un enfer. Il est impossible de vivre avec une mémoire traumatique, c'est une torture. Les victimes traumatisées ont alors deux **stratégies de survie** : soit de ne plus bouger, d'être dans l'évitement et le contrôle total pour que rien ne risque de déclencher leur mémoire traumatique, ce qui entraîne un **état de peur et d'hypervigilance permanentes**, cela va entraîner un énorme handicap pour les personnes victimes, avec une grande vulnérabilité au stress, ce qui va réduire de façon très importante leur champs d'action et les empêcher de vivre normalement. Mais ces conduites d'évitement et de contrôle sont souvent vouées à certains moments à l'échec, il est impossible d'être en retrait total et les victimes ne pourront pas échapper à

des situations où elles seront exposées à des réactivations de leur mémoire traumatique. Une sensation, une situation de stress, une douleur, une odeur, une personne pourra rappeler les violences et leur faire revivre les choses dans toute leur horreur.

À ce moment-là, les victimes découvrent rapidement qu'elles peuvent mettre en place, **une stratégie dissociante pour anesthésier leur mémoire traumatique**, avec des conduites dissociantes telles que la consommation d'alcool ou de drogue - 30 à 50 % des victimes des violences ont recours à des conduites addictives - ou **des conduites à risques** : violences contre soi, scarifications, brûlures ou des mises en danger de toutes sortes sur la route, dans le cadre de sports extrêmes, de jeux dangereux, de relations dangereuses et de **mises en danger** sexuelles, de conduites délinquantes et violentes contre autrui. Il faut savoir que si on n'est jamais responsable des violences que l'on a subies et de leurs conséquences psychotraumatiques, on est responsable du choix que l'on fait des stratégies de survie et si celles-ci portent atteinte à l'intégrité d'autrui dans le cas de contrôle coercitif ou de violences exercées contre autrui, ce choix montre qu'on adhère à une position dominante et inégalitaire avec une instrumentalisation d'autrui (considéré comme ayant moins de valeur que soi) pour gérer sa mémoire traumatique.

Comment fonctionnent ces conduites dissociantes : se mettre brutalement en situation de stress crée un stress extrême qui refait « **redisjoncter** » le cerveau comme au moment des violences, et cela permet à nouveau de se dissocier et d'être anesthésié-e, avec tous les risques que cela comporte. Les conduites dissociantes sont très efficaces, mais elles sont aussi très préjudiciables pour la santé des personnes et leur sécurité. Si nous protégeons des victimes de violences, il faut toujours avoir en tête que la mémoire traumatique peut devenir vraiment très présente et qu'il peut y avoir malgré tout, malgré cette protection, des recours à des conduites dissociantes. Il faut donner toutes ces explications aux victimes, car sinon, elles ont l'impression que c'est elles qui dysfonctionnent.

Elles viennent de loin, il ne faut pas l'oublier : elles ont entendu de façon répétée que c'est leur faute, qu'elles ne valent rien et ainsi elles éprouvent un sentiment de culpabilité et de honte. Elles vont voir des psychiatres qui vont faire des « diagnostics écran », parfois complètement erronés, comme par exemple des diagnostics d'état limite, border-line, de psychose maniaco-dépressive ou hallucinatoire (cela peut aller jusque-là, la mémoire traumatique étant interprétée comme des hallucinations), ou toutes sortes de symptômes et de syndromes qui ne sont pas identifiés comme des troubles psychotraumatiques. Près de 79 % des victimes qui ont subi des violences sexuelles dans l'enfance, par exemple, disent que les médecins n'ont jamais fait de lien entre des symptômes qui sont pourtant pathognomoniques, du trauma et des violences.

Pour conclure, plusieurs points importants :

1. La nécessité absolue pour tous les professionnel·les qui prennent en charge les victimes de violences sexistes et sexuelles d'être **informé·es et formé·es**, particulièrement les médecins et les psychiatres qui sont en première ligne (les femmes victimes de ces violences les désignent comme leur première recours). Il faut que les experts psychiatres et les psychologues soient formés aux troubles psychosomatiques, sinon, nous avons des expertises catastrophiques qui se retournent contre les victimes. Un exemple : la petite Sarah à l'hôpital de Pontoise a été vue par un expert. Cette fillette de 11 ans a subi des violences de la part d'un agresseur de 27 ans – dit en passant : c'est après cette affaire que nous avons réussi à obtenir le seuil d'âge du non-consentement. Ici l'expert a dit qu'elle n'avait aucune conséquence des viols qu'elle avait subis. Or, elle était dans un état de stress post-traumatique sévère, mais elle était totalement dissociée par le procès. Ce sont tous ces éléments qu'il faut connaître.
2. Mais aussi il convient **d'informer les victimes**, cela est essentiel ; cela leur change la vie, leur rend justice, restaure leur dignité et la vérité pour elles. En résumé, ce ne sont pas elles qui font n'importe quoi, qui sont folles, ce sont les violences qui entraînent des troubles psychotraumatiques qui en sont des conséquences normales et universelles.

3. Il faut mettre en place des **dépistages systématiques** il faut que les médecins soient capables d'identifier ces traumatismes, il faut des centres de soins spécialisés pour traiter ces psychotraumatismes complexes. La *Convention d'Istanbul* - Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique - préconise d'avoir un centre de **prise en charge spécifique** pour les violences sexuelles par bassin de 200 000 habitants. C'est une exigence. Il faut que ces soins soient mis en place et que ce soient bien des soins spécifiques spécialisés.
4. **Le traitement est efficace**, par rapport à toutes ces conséquences. Cela évite les suicides. 50 % des victimes font des tentatives de suicide. Cela évite des dépressions à répétition, des troubles alimentaires, des troubles addictifs, des souffrances extrêmes, cela évite des troubles cognitifs très importants et cela stoppe le continuum de violences. La victime peut s'en sortir. Et si elle a subi de graves graves violences (violations des droits humains) qui ont fait basculer sa vie, des souffrances terribles, il est possible qu'elles ne les revivent plus à l'identique comme un enfer sans fin. Personne ne doit avoir à survivre à des conséquences psychotraumatiques sans qu'elles soient prises en charge, identifiées, expliquées et soignées, c'est une question de dignité, de justice et de droit aux soins et à la réparation.
5. Lors de **l'évaluation**, il faut avoir toujours en tête que la plupart des victimes sont en état de dissociation. Il faut alors poser beaucoup de questions sur ce qu'elles subissent et ce qu'elles vivent au regard des violences subies et du danger qu'elles expriment. Plus une personne est dissociée, plus elle est en danger. Et moins elle paraît l'être, c'est cela qui est terrible. Il faut aller chercher les éléments.

L'association **Mémoire traumatique et victimologie** diffuse de nombreuses brochures pour les adultes, pour les adolescent·es. Nous en avons réalisé une pour les petits enfants, avec des illustrations de Claude Ponti « Quand on te fit du mal ». Vous pouvez les télécharger (<https://www.memoiretraumatique.org/>) ou nous les demander gratuitement. Nous vous les enverrons. Merci.

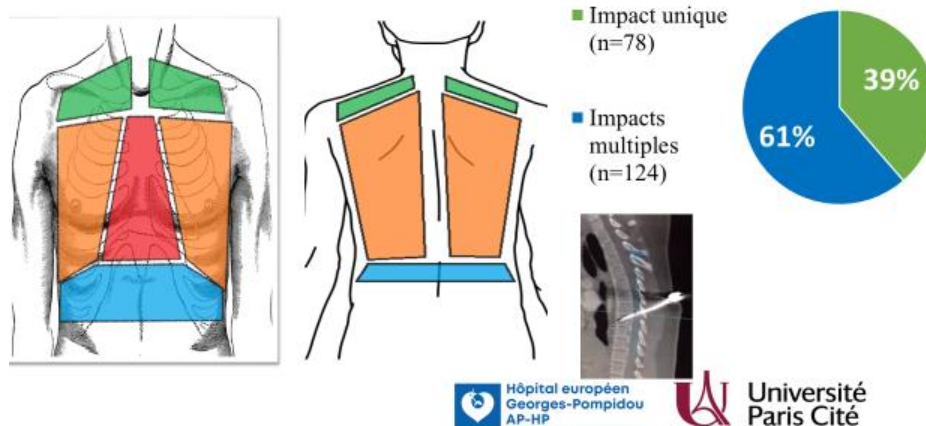
Françoise LE PIMPEC-BARTHES, cheffe de service en chirurgie thoracique, à l'hôpital Georges Pompidou

Je suis ravie de l'invitation pour participer à cette journée. J'entends beaucoup de choses depuis ce matin, beaucoup de mesures de la part de la Mairie et de l'ARS ; j'entends la présentation qui vient d'être faite, tout à fait passionnante et qui correspond réellement à ce qu'il se passe sur le terrain. Je vais vous faire part de mon expérience de terrain, car je dirige un service de chirurgie thoracique. Je vais aborder ce que je connais, les femmes qui sont adressées pour ce genre de pathologie.

Qu'est-ce que le thorax ?

Le thorax s'étend depuis la base du cou jusqu'au diaphragme, devant et derrière, et il contient des organes nobles ciblés lors des traumatismes ouverts : le cœur, les poumons et les régions frontières cervico-thoracique et thoraco-abdominale. Ce sont des régions très à risque pour les femmes qui sont violentées, en particulier par des plaies secondaires à des coups de couteaux ou par armes à feu. Les plaies ne sont pas forcément uniques, mais deux fois sur trois, elles sont multiples.

Traumatologie thoracique: définition/objectif/symbolique



Les femmes peuvent arriver avec des plaies majeures, engageant leur pronostic vital. Certaines femmes arrivent avec un couteau toujours en place dans le thorax ou des plaies délabrantes par une arme à feu. Souvent le cœur est visiblement ciblé, et également les seins : ils sont mutilés. Souvent, les blessures concernent le thorax et le petit bassin. Toutes ces femmes que nous recevons ont des plaies dont l'objectif est clairement affiché : la volonté était de tuer et non pas de mutiler.

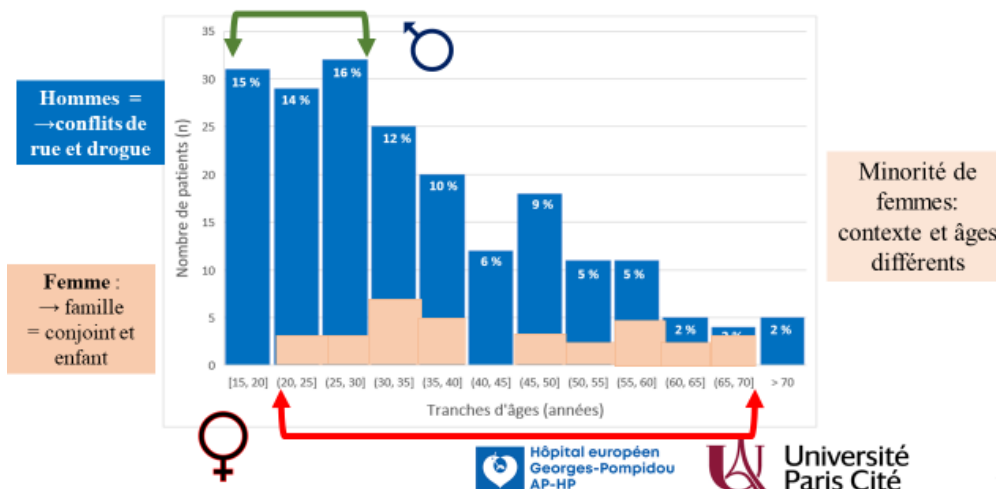
Dans d'autres situations, les plaies ne sont pas visibles car les plus graves sont internes dans le thorax. Elles peuvent être associées à des coups au niveau du visage, à des oreilles arrachées. Ces plaies internes du thorax résultent de mécanismes d'écrasement violent : on a marché sur ces femmes, on les a écrasées, piétinées, on leur a cassé les côtes, on les a fait saigner dans le thorax. Elles sont alors hospitalisées, en urgence.

Souvent, elles sont hospitalisées sous X afin de ne pas révéler leur identité, car ces femmes craignent toujours que leur mari, lorsqu'il n'a pas été arrêté, ou les amis du mari viennent à l'hôpital. Nous les protégeons lors de cette hospitalisation sous X qui fait suite à cette période très violente sur le plan physique et sur le plan psychique.

L'hospitalisation initiale est très importante à prendre en compte, car il faut accueillir ces femmes dans les meilleures conditions possibles. C'est pour elles une période d'accalmie, car elles sont extraites du milieu violent et elles vont être avec des personnes bienveillantes autour d'elles.

A l'occasion d'un travail de thèse, nous avons réalisé une étude sur ces plaies ouvertes par coups de couteaux ou coups de fusils (graphique).

Population concernée : tous les âges des femmes

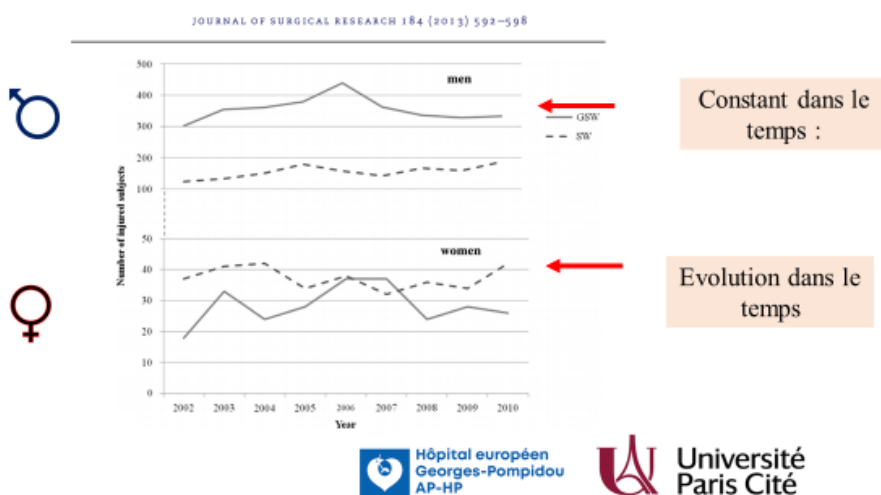


En bleu, vous avez les hommes, et en beige, en bas, les femmes. Les femmes sont une minorité des patients que nous prenons en charge pour ces traumatismes, mais les contextes et les âges sont différents. Pour les hommes, souvent, ce sont des conflits de rue, liés à la drogue. Les femmes, ce sont des conflits de famille, avec des plaies faites essentiellement par les conjoints, et parfois par les enfants qui deviennent aussi violents. Les hommes concernés ont entre 15 et 30 ans, les femmes sont, elles concernées tout au long de leur vie, et ont de 20 ans à 70 ans.

Dans la littérature, les agents vulnérants sont différents entre les hommes et les femmes. Il y a une certaine constance pour les hommes : ils sont plutôt victimes de plaies par arme à feu.

Voyons ce graphique :

Agents vulnérants



Vous voyez les courbes. Pour les femmes, en bas, les armes utilisées sont plutôt des couteaux, car le couteau est un agent vulnérant facile d'accès, dans la cuisine. Avec le temps, il y a eu un changement : et elles ont aussi été victimes de plaies par armes à feu. Puis de nouveau, nous voyons essentiellement des femmes qui sont agressées avec des couteaux, leur propre couteau de cuisine.

Comparaison selon les armes (groupes de femmes)

Table 2 – All female trauma contacts: characteristics by type of penetrating injury.

Variable	SW (N = 336)	GSW (N = 255)	P value
Patient-specific			
Age, mean ± SD (y)	33 ± 12	30 ± 13	0.003
Race			
Caucasian	47 (14.0)	23 (9.0)	0.071
African American	270 (80.4)	219 (85.9)	
Other	19 (5.6)	13 (5.1)	
BAL on admission, mean ± SD (mg/dL)	75 ± 107	30 ± 61	<0.001
Injury-specific and injury outcomes			
ISS, N (%) >15	19 (5.7)	63 (24.8)	<0.001
Mortality	5 (1.5)	37 (14.5)	<0.001
LOS, median (IQR)	1 (1–2)	1 (1–4)	<0.001

SD = standard deviation; N = number of patients in the group; ISS = injury severity score; IQR = interquartile range. Data are expressed as N (%) unless otherwise specified.

Comparaison de 2 groupes de femmes selon qu'elles ont été victimes soit **d'une agression à l'arme blanche soit par arme à feu**:

Les femmes victimes de plaie par arme à feu sont significativement **plus jeunes**

Leurs origines ne sont pas différentes
Par contre **moins de pb d'alcool** à l'admission

Mais ces **plaies par arme à feu sont plus mortelles : 14,5% de décès contre 1,5%** dans le groupe plaies par armes blanches

Cela confirme les autres données de la littérature sur la **gravité des armes à feu** chez les femmes

Université

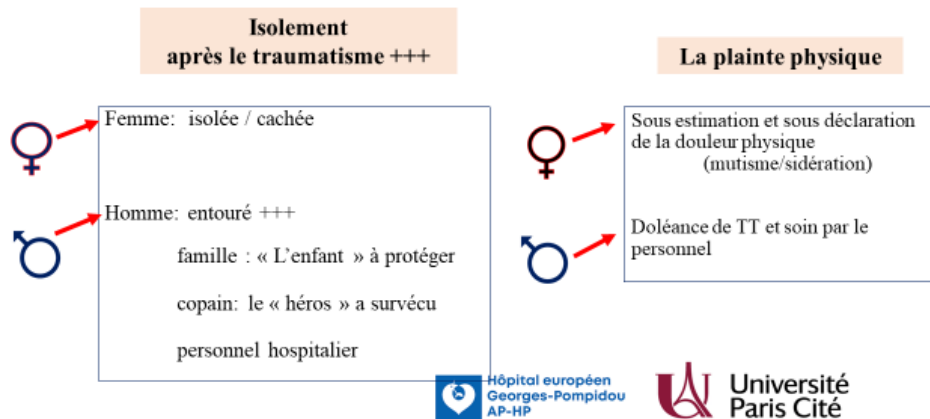
Jacovides journal of surgical research 184 (2013) 592e598

Lorsque ce sont des plaies par armes à feu (nous en voyons de temps en temps), les femmes sont souvent plus jeunes et elles sont plus fréquemment impliquées dans des cercles de violences. Il y a moins de problèmes d'alcool que quand il y a des plaies par armes blanches, en revanche, elles meurent plus souvent. La semaine dernière, une femme nous a été amenée, mais malheureusement elle était déjà décédée de plaies multiples au couteau.

Je vous parle de l'expérience sur le terrain, à la phase aiguë, c'est-à-dire que les psychologues ne sont pas encore entrés en jeu. Le ou la psychologue intervient dès que les femmes sont signalées et arrivées dans les services.

Le constat que nous pouvons faire lors de ces hospitalisations pour traumatisme par agression, c'est qu'il y a une vraie différence de comportement entre les hommes et les femmes. Il y a un isolement stupéfiant pour les femmes après le traumatisme. Une femme arrivée dans un service alors qu'elle vient de prendre des coups, est très isolée. Elle se cache, elle ne dit plus rien, elle ne revendique rien et a peu ou pas de visite. Nous observons alors une forme de dissociation entre cette absence de plainte et le contexte violent qui a été à l'origine des plaies. C'est une attitude qui surprend toujours le corps médical. Les hommes, quant à eux, sont entourés. Ce sont de jeunes hommes souvent entre 20 ou 30 ans. Les familles sont très présentes et viennent leur rendre visite. Ils redeviennent, même s'ils ont 30 ans, les enfants à protéger. De plus, les copains leur rendent souvent visite et ils voient en leur ami un héros qui a survécu à l'agression. Ces comportements et ce contexte post-traumatique sont ainsi très différents entre les hommes et les femmes. Le personnel hospitalier est aussi très touché par cela. Parfois, ces jeunes garçons de 15 à 20 ans, sont des « Musclor » et le personnel hospitalier est souvent impressionné par toute cette violence que ces jeunes ont déjà connue.

Constats sur le terrain à la phase aiguë: différence hommes/femmes



À l'opposé de ce qui se passe pour les hommes, l'isolement des femmes victimes dans le contexte aigu est stupéfiant. Les femmes ne disent rien, elles ne se plaignent pas de douleurs. Il y a une sous-déclaration de ces douleurs et quand on leur pose la question, elles disent qu'elles n'ont pas mal. Cette dissociation entre le mental et le physique est réel chez les femmes: il y a un mutisme, une sidération, alors que les garçons réclament des antalgiques, des soins et de la présence du personnel.

Je ne suis pas spécialiste des traumatismes des femmes, mais je m'y suis intéressée car tout ceci nous apparaissait inacceptable. Le personnel a souvent été en souffrance, car nous ne savons pas bien prendre en charge cette souffrance psychologique de ces jeunes femmes qui arrivent dans des situations aussi graves. Nous nous sommes donc posés la question d'améliorer nos pratiques sur ce versant car si nous réparons physiquement ces femmes l'autre versant de leur prise en charge peut nous mettre en difficulté.

Ainsi nous avons décidé de créer un groupe local de professionnel.les de santé pour nous former dans cette prise en charge. L'objectif était de mieux accompagner ces femmes à la phase aiguë du traumatisme. En effet, s'il existe une prise en charge avec les maisons des femmes qui se sont ouvertes, il faut aussi que les soignants prenant en charge ces femmes à la phase aiguë soient formés pour un accueil adapté durant toute la période de soins physiques.

Pour mieux connaître nos besoins, nous avons commencé par réaliser une enquête interne. Nous nous sommes interrogés sur notre façon de faire cette prise en charge et nous nous sommes aperçus que nous ne faisons pas très bien. En effet certains soignants et médecins étaient mal à l'aise pour dialoguer avec des femmes violentées. Nous avons donc développé des outils de dialogue et aussi de dépistage essentiellement au niveau des urgences, pour que les internes qui accueillent ces femmes posent les bonnes questions sans parole déplacée. En effet, si la violence est clairement affichée lorsqu'il y a eu un coup de couteau, elle est moins facile à dépister dans d'autres situations de traumatismes fermés (coups de poings ou de pieds).

Nous avons aussi organisé des formations pour le personnel, nous avons diffusé des informations et nous avons essayé de faciliter le circuit de ces patientes.

Tout le monde s'y est mis ! Nous avons constitué un petit groupe et cela a fait tache d'huile. Les médecins, les chirurgien·nes, les infirmier·es, les aides-soignantes, les kinésithérapeutes, tout le monde s'est intéressé à cette cause. Cette diffusion était importante. Tous les services, depuis les urgences jusqu'aux services de chirurgie thoracique, orthopédique, gynécologique, tout le monde a participé. Cela a été un beau challenge.

Nous avons initié cette réflexion en novembre 2019. Nous nous sommes pris de plein fouet la pandémie Covid et cela ne nous a pas aidé, mais nous avons continué malgré tout. Nous avons rencontré des associations que, personnellement, je ne connaissais pas, et qui sont formidables, très aidantes. Nous avons lancé des formations pour nos personnels, et nous avons organisé notre première Journée des femmes victimes de violences.

Cette contribution a été modeste pendant la pandémie Covid, mais nous l'avons fait !

Nous avons ainsi édité un livret de formation pour les professionnel·les, que nous avons diffusé au sein de notre établissement, pour que tout le monde puisse avoir les bons réflexes et les bonnes adresses à communiquer.



L'objectif était surtout de lever les tabous, car il faut absolument que nos infirmières qui sont de jeunes infirmières, souvent très choquées par ces situations, osent parler aux femmes. Elles osent en parler et communiquer entre elles, il est important de ne pas rester isolées avec un tabou et des difficultés vis-à-vis de ces femmes. Nous avons édité ce livret avec l'aide de nombreuses associations, et beaucoup de bénévoles qui sont prêts à venir aider dans les services, à la phase aiguë.

Nos perspectives, c'est de nous structurer, de continuer à former localement les professionnel·les, à la fois les personnels non médicaux, mais aussi les médecins, en faisant intervenir des professionnel·les issues d'associations. Continuer, c'est vouloir organiser d'autres journées dédiées à ces causes.

Dans nos hôpitaux, nous avons eu le soutien de nos administratifs et c'est important de le souligner. L'idée est de créer un livret dédié aux femmes, comme nous avons su le faire pour les professionnel·les.

Il s'agit d'une expérience limitée, car nous ne voyons que les femmes qui sont vivantes, donc nous avons simplement une petite vision de l'ensemble de ce qui se passe réellement.

Vous avez certainement compris que les traumatismes thoraciques sont violents, ils indiquent une volonté de tuer et nous ne pouvons pas négliger cela. Il ne s'agit pas d'un petit coup de couteau dans le thorax ou dans un sein.

Il faut des équipes formées, nous devons les encadrer et les aider et surtout former et aider les soignant·es qui sont les plus proches, les aides-soignant·es, les infirmier·es qui sont au quotidien aux côtés des femmes, qui les aident, leur font prendre des douches, etc. C'est parfois par ces personnes-là que nous sommes informé·es de la gravité des autres violences qui ont lieu avant car les langues se délient parfois lors de ces soins au plus proche des femmes.



Projet d'accompagnement par les hospitalier·es des femmes victimes de violences

Réaliser un tel projet nécessite une disponibilité et une vraie organisation autour de cette action. Pour accueillir ces femmes Il nous faut des lits disponibles et nous en avons de moins en moins, il faut du temps à consacrer pour l'écoute, et là aussi le temps manque.

Mais l'avenir c'est de continuer ce travail et d'accompagner les victimes, car la route est encore longue.

Je vous remercie pour votre écoute.

Applaudissements

Hélène BIDARD : Merci, Françoise Le Pimpec-Barthes. Votre intervention nous a un peu secoué·es car votre présentation était très forte. Bravo pour tout ce que vous faites. Je vais enchaîner avec Isabelle Gillette Faye, directrice générale de la Fédération nationale GAMS, qui va nous parler des conséquences des pratiques traditionnelles néfastes sur les corps, avec l'exemple de l'excision.

Isabelle GILLETTE FAYE, directrice générale de la Fédération nationale GAMS

Bonjour à toutes et tous, merci à la Ville de Paris, notamment à Hélène Bidard, et à la mairie du 13^e de nous accueillir. Il est clair que mes deux prédécesseuses ont dit des choses qui font écho chez moi, car je travaille sur la thématique des violences sexuelles et sexistes, mais à caractère traditionnel.

La chirurgienne qui vient de s'exprimer vous a dit qu'il y avait une volonté de tuer, de nuire, de faire du mal. C'est exactement l'inverse pour moi car je suis en présence de familles qui ont l'impression de faire le bien pour leurs enfants. C'est-à-dire que nous sommes face à un crime, face à une maltraitance, mais du point de vue des auteur·es, il s'agit d'une bienveillance. Voilà le paradoxe des mutilations sexuelles féminines, le paradoxe des mariages précoces et forcés, le paradoxe du repassage des seins, le paradoxe du lévirat où, faisant partie de l'héritage avec vos enfants, vous devez épouser un cousin ou un frère de votre mari défunt. C'est aussi le cas du sororat : votre sœur décède, elle laisse des enfants et vous devez épouser votre beau-frère, car il faut protéger les enfants. À chaque fois, le discours de l'entourage, ce n'est pas tant comme l'expliquait la Docteure Salmona, la prise en charge ou une non-écoute, c'est que la famille est tellement convaincue de bien faire, qu'elle ne comprend pas qu'il puisse y avoir une plainte.

Nous avons toutes et tous plus ou moins grandi dans un environnement judéo-chrétien, où nous avons appris que les femmes ne doivent pas montrer leur douleur. Vous connaissez l'adage « *tu enfanteras dans la douleur* ». Cela est normal d'enfanter dans la douleur. Quelle idée d'imaginer que les femmes puissent demander une péridurale, d'avoir une méthode de respiration qui leur permette de moins souffrir ? Nous sommes toujours dans la bienveillance.

Je vais reprendre l'exemple des mutilations sexuelles féminines. Il y a quatre petites filles qui sont décédées des suites de leur excision sur le territoire national français, où nous avons des hôpitaux, des services d'urgence merveilleux, où nous savons prendre en charge des victimes. Mais finalement, nous avons quatre petites filles qui sont décédées des suites de leur excision.

Nous sommes face à des parents, à des familles qui, en grande majorité, s'opposent à l'excision de leur enfant, à la reproduction de cet acte sur leur enfant. Certains parents ont demandé au procureur de la République une interdiction de sortie de territoire de leur enfant, alors qu'ils peuvent circuler librement avec leur enfant dans n'importe quel pays, mais ils mettent ça sous le nez de la grand-mère ou du grand-père, en disant : « *Tu ne toucheras pas à ma fille* », ou « *ma fille ne peut pas voyager* ». « *Ce n'est pas moi qui ai pris la décision, mais c'est la France qui ne veut pas que ta petite fille voyage* ». Il y a aussi des personnes qui vont traverser la Méditerranée pour demander l'asile à la France, la protection internationale, l'asile politique pour protéger leur enfant des mutilations sexuelles féminines. Oui, il y a des gens qui se rebellent, qui sont contre, mais malheureusement, les derniers chiffres sur le territoire national, c'est 120 000 femmes concernées par les mutilations sexuelles féminines.

De plus, la particularité c'est qu'il y a encore environ 50 ou 60 ans, dans les pays d'origine, on pratiquait cela à la préadolescence et à l'adolescence, c'était en quelque sorte le passage de l'enfance à l'âge adulte. En résumé, c'était : « *Vous êtes une enfant, vous êtes excisée, on vous marie.* » C'était cela le passage de l'enfant à l'âge adulte.

C'était terrible, car l'on se rend compte maintenant que les filles n'étaient pas d'accord, elles ont commencé à fuguer, elles en ont parlé à l'école, le tabou a commencé à être levé. Cela posait un problème. Et donc est apparu la mutilation sur les bébés. Les bébés, cela ne souffre pas (du moins le croyait-on !). En France, nous avons opéré des enfants à cœur ouvert sans aucune anesthésie, puisque nous étions aussi convaincus en Occident que les enfants ne souffraient pas, mais pas du tout.

Dans de nombreuses sociétés, nous sommes encore convaincus qu'avant l'âge d'un an ou deux ans, l'enfant ne souffre pas. La seule chose que nous ne savons pas, c'est que chez l'enfant, avant l'âge d'un

an, il n'a pas d'endorphines. Quand vous vous blessez par exemple en épluchant des légumes, votre cerveau envoie immédiatement une information à l'endroit de la plaie ou de la blessure pour calmer la douleur. L'enfant n'a pas cela. Sur une échelle de zéro à 10, quand on évoque la douleur, l'enfant a une douleur que l'on ne peut même pas mesurer, car nous ne la connaissons pas.

Ainsi, aujourd'hui, les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur cinq continents sur six. Comme le dit la docteure Ghada Hatem, « *tu as beau me dire qu'au pôle Nord et au pôle Sud, il n'y en a pas, ce n'est pas encore sûr !* ». Et elle a raison. Partout, le continuum des violences faites aux femmes commence dès l'enfance, parce que les violences intra-familiales commencent dès l'enfance, parce que le premier lieu de danger, ce n'est pas le parking le soir, où vous avez garé votre voiture dans un endroit mal éclairé, le premier lieu des violences, c'est la famille.

La représentation que nous avons en général, une image d'Épinal de la famille bienveillante, affectueuse, prenant soin de ses membres, est fautive. Nous sommes confrontés à des jeunes filles qui ont subi des mutilations sexuelles féminines (MSF) quand elles étaient petites et n'en n'ont gardé aucun souvenir. Mardi dernier, j'ai rencontré une jeune femme de 24 ans ; elle a découvert à 22 ans qu'elle avait été mutilée sexuellement et elle ne le savait pas. Elle a grandi avec l'image de son corps qui était comme ça et pour elle, l'image du corps de toutes les femmes était comme le sien. Elle ne savait pas qu'elle avait été excisée. Vous imaginez le choc à 24 ans lorsque l'on découvre qu'on a subi une mutilation sexuelle féminine.

Ensuite, il y a les mariages arrangés, les mariages forcés. Le 25 novembre, ce n'est pas seulement la journée internationale des violences faites aux femmes, c'est aussi la sainte Catherine. Aujourd'hui, on fête encore en France les femmes de 25 ans non mariées, avec des chapeaux ridicules, car cela a encore une signification. Il a fallu attendre 2006, pour que l'âge du mariage pour les des filles passe de 15 ans et demi à 18 ans (*j'ai milité pour cela avec volonté et énergie*). Nous avons encore jusqu'en 2006 en France le Code Napoléon !

Il est impératif de rappeler que nous nous outillons de plus en plus au niveau de la santé, au niveau de la justice, au niveau des droits des femmes et au niveau des droits des enfants. De plus en plus de choses existent, mais avec le Covid, les violences faites aux femmes et aux enfants ont explosé de façon exponentielle dans tous les pays, que ce soit en France ou ailleurs. Voilà pourquoi il est important, lorsque vous rencontrez une victime, et la Docteure Muriel Salmona a beaucoup insisté là-dessus, de repérer la répétition des violences.

À l'association GAMS, nous rencontrons des femmes qui ont été mutilées sexuellement, qui ont été mariées de force précocement, cela veut dire avoir été violé par un homme qu'elles n'ont pas choisi, lors de leur première nuit de noces, lors de leur premier rapport sexuel. L'obligation d'avoir un hymen intact pèse sur elles... parce que cela est bien connu, toutes les femmes du monde ont un hymen dès la naissance et toutes perdent du sang lors du premier rapport sexuel (or nous savons aujourd'hui que ce n'est pas vrai !) et sinon, c'est le crime dit d'honneur, les femmes sont tuées. Cela s'inscrit dans le continuum des violences.

On peut même exciser post-mortem, par exemple, chez les Dogons du Mali, parce que la croyance est que le clitoris va amener le mauvais esprit et la sorcellerie au village, donc il faut protéger le groupe. On prétend que les femmes sont dangereuses, voilà pourquoi on leur a appris à se taire, voilà pourquoi on a décrété des tabous. C'est pour cela que nous sommes ici, pour lever ces tabous et permettre à ces femmes de s'exprimer et d'être soignées et d'être prises en charge correctement. Merci beaucoup.

Applaudissements

TABLE RONDE N°2 - FORMER LES PROFESSIONNEL·LES POUR LA DÉTECTION DES SIGNAUX FAIBLES ET AU QUESTIONNEMENT SYSTÉMATIQUE

Diffusion d'une vidéo « Anna » (<https://www.dailymotion.com/video/x2aqge9>)

Réalisé à l'initiative de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) en 2013 par Johanna Bedeau et Laurent Benaïm, avec Aurélia Petit et Marc Citti, ce court-métrage, d'une durée totale de 15 minutes, se découpe en 3 parties illustrant successivement : les mécanismes de la violence ; le repérage ; la prise en charge des femmes victimes de violences.

Amandine Bineau (OPVF) : Bonjour à toutes celles et à tous ceux qui nous rejoignent. Avec ce court-métrage, « Anna », on voit bien l'importance du questionnement systématique et l'importance de la détection des signaux faibles auprès des victimes de violences. Cela fait l'objet de cette deuxième table ronde.

Pour évoquer ce sujet, nous avons le plaisir d'accueillir Ernestine Ronai, responsable de l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et membre de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants et Édouard Durand, juge des enfants et coprésident de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants.

Madame Ronai, l'Observatoire des violences envers les femmes du 93 a réalisé en 2021-2022 une recherche action intitulée « Mieux repérer les femmes victimes de violences et leurs enfants au sein des circonscriptions de service social », en partenariat avec le service départemental de la Seine-Saint-Denis.

L'objectif de cette recherche action était de démontrer l'efficacité du questionnement systématique et son impact sur l'amélioration de l'accompagnement des victimes, par une meilleure connaissance des problématiques liées aux violences faites aux femmes. Un parcours de formation a également été mis en place, intitulé : « Mieux repérer et accompagner les femmes victimes de violences et leurs enfants », à destination des personnels de circonscription sociale.

Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est le questionnement systématique, quel est son rôle dans la détection des signaux faibles et l'identification des violences, et nous expliquer en quoi il est important de former les professionnels ?

Ernestine RONAI, responsable de l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et membre de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants

Bonjour à toutes et tous. Merci Madame Bidard et l'équipe de l'Observatoire parisien pour cette invitation, avant de commencer, j'avais trois choses à dire :

1. Il y a 15 jours est paru le rapport du Haut-Commissariat aux droits humains, sur les pratiques des collectivités sur les violences envers les femmes. L'ancien rapporteur spécial des Nations unies sur la violence contre les femmes, ses causes, ses conséquences, a appelé à la création au niveau mondial, national et régional, **d'observatoires** sur les meurtres liés au genre et les violences envers les femmes. Donc nous nous inscrivons à ce niveau international aujourd'hui, d'autant plus que l'Observatoire de Seine-Saint-Denis est directement cité : « *Le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis a mis en place un observatoire local (départemental) pionnier sur les violences faites aux femmes, qui a joué un rôle déterminant dans la création d'observatoires dans le reste de la France* ». J'ai le plaisir de vous annoncer qu'aujourd'hui en France **38 observatoires** sont créés ou à créer sous peu.
2. La question des violences faites aux femmes est un sujet d'actualité. On a entendu un homme public dire que « *c'était juste une gifle* », dont il avait été l'auteur. Or il s'agit de **violences psychologiques et de violences physiques**. Ce que l'on a dit au début : « *la gifle n'arrive pas sur un ciel serein* ». Ce débat permet que chaque femme victime de violences et puis chaque professionnel.le et, j'espère, les pouvoirs publics, comprennent qu'il n'y a pas de petite violence, que toutes les violences qui sont révélées doivent être prises en compte, et que les dames doivent être protégées. Ce que l'on va appeler un fait de société va nous aider à mieux comprendre les mécanismes des violences.
3. Un petit clin d'œil pour l'Observatoire parisien et le travail que vous faites : hier soir, en rentrant chez moi dans le 10^e arrdt, j'achète une baguette, voilà ce que j'ai eu (*elle montre un sac à pain, agrémenté du Violentomètre*). Cela m'a bien fait plaisir, car je me suis dit que cet outil, et je reviens sur votre question, cet outil, le **Violentomètre**, va permettre aux femmes de prendre conscience de ce qui leur arrive. Est-ce que je suis dans le vert, dans l'orange ou dans le rouge ? Et pour tout le monde : les femmes elles-mêmes, mais aussi leurs voisines, leurs ami-es, leur famille, leurs collègues de travail. Cela donne à ces femmes un réseau de soutien et c'est une initiative formidable. Avec Hélène Bidard, lorsque nous étions allées à l'ambassade du Venezuela pour faire une conférence sur les violences, nous ne nous attendions pas à trouver quelque chose d'aussi intéressant, qui allait nous permettre de faire une campagne aussi forte. 1 500 000 violentomètres déjà distribués en France, ce n'est pas fini !

Maintenant, je réponds à votre question. La question du repérage est évidemment importante. Certains disent qu'il y a des signes d'alerte. Cela est vrai : elle a mal au ventre, elle a mal au dos, elle perd sa concentration à son travail. Cela s'appelle un **signal d'alerte**. Mais à ce signal d'alerte, il y a plusieurs réponses possibles. C'est un signal d'alerte qui éveille notre attention, mais qui n'est pas suffisant. Cela va nous amener à nous questionner.

Parfois, il n'y a pas de signaux du tout. Dans le film « **Anna** », Madame va au travail, elle s'est maquillée. Ce qu'elle vit ne se voit pas. Il n'y a pas de signaux. Pourtant, elle est victime. Et si le médecin ne lui avait pas posé la question, sans doute qu'elle n'en aurait pas parlé. D'ailleurs, elle n'en parlait pas. Et d'ailleurs, est-ce qu'elle avait complètement pris conscience de la dangerosité de la situation dans laquelle elle était ? Sans doute pas non plus.

Donc nous avons intérêt à questionner, et je trouve que le deuxième mot, « **systématiquement** », est très important. Dans le film, vous voyez que quand le médecin, et cela pourrait être l'assistante sociale ou n'importe qui parmi nous, n'importe quel-le professionnel-le, quand le médecin pose la question : « *Est-ce que vous avez subi de la violence à la maison, au travail, dans l'enfance ?* » Elle se demande pourquoi il lui demande cela. Et l'intérêt de la réponse : « *je pose la question à tout le monde, parce que je sais qu'il y a beaucoup de violence* ». Cette réponse est très importante, car elle dit : « *Je ne vous stigmatise pas, vous, Madame, qui que vous soyez, mais je pose la question à tout le monde.* » Donc cela n'a rien de stigmatisant.

Vous allez me dire que cela est très intrusif ? Et vous verrez que le médecin pose d'autres questions, sur l'IVG, etc. Mais si nous étions assistantes sociales, nous pourrions poser des questions sur le budget, ce sont aussi des questions intrusives. La question est de savoir pourquoi nous posons cette question, sans nous sentir intrusives, pour obtenir une réponse.

Ne pas me sentir intrusif-ve, cela veut dire que je sais que la violence est quelque chose de dangereux, que les hommes violents sont dangereux. Si je pose un mauvais diagnostic, je vais me tromper, bien sûr, puisque je vais donner une réponse qui ne sera pas adaptée, mais je vais aussi mettre Madame en danger. Et ça, c'est plus grave. Par exemple, une assistante sociale, après le fait qu'une dame ait été tuée, je l'appelle pour lui demander si elle la connaissait. Elle m'a répondu qu'elle la connaissait, car elle était venue plusieurs fois pour une dette de loyer. Je lui ai dit, peut-être maladroitement : « *Est-ce que vous lui avez demandé si elle était victime ?* » Elle m'a répondu que non, et je n'ai pas voulu aller plus loin avec elle, car elle était mortifiée. Peut-être qu'au départ, je n'ai pas été forcément très habile non plus, car j'étais très triste de la mort de cette dame. Je me dis que l'on peut passer à côté de situations dramatiques, juste à propos d'une dette de loyer.

Si nous ne posons pas la question, la dame ne nous le dira pas. Pour plusieurs raisons : parce que d'abord, elle pense que nous ne savons pas de quoi il s'agit. De là, tout l'intérêt de mettre des affiches et des flyers dans les halls, les salles d'attente, les bureaux, pour dire : « *Ici nous savons que cela existe, donc vous pouvez nous en parler* ». La deuxième chose, c'est qu'elle n'avait peut-être pas pris conscience de la gravité de ce qu'elle vivait. Pourquoi ? Parce que les hommes violents sont dangereux et imprévisibles. Nous savons qu'ils peuvent casser petit à petit leur conjointe, mais nous ne savons pas quand ils vont aller jusqu'au bout. Donc poser la question systématiquement me permet d'avoir un diagnostic juste, et après, de travailler avec la dame sur ses besoins, en prenant en compte la violence et donc en l'accompagnant au mieux. C'est cela, le sujet.

Si je ne sais pas que les violences existent, ni quels sont les mécanismes, ni quelle est la stratégie de l'agresseur, je ne vais pas y arriver. Parce que je ne saurais pas quoi faire de sa réponse. Donc lorsque nous avons fait notre étude en Seine St Denis, nous avons commencé par **former les professionnel·les**. En effet, pour poser la question en étant à l'aise, il faut avoir des éléments de réponse sur ce qu'est la violence, les mécanismes, la stratégie de l'agresseur. Cela va aider le ou la professionnelle à poser la question.

Autre chose : étant donné que l'agresseur a dit à Madame : « *Tu parles pas de ce qui se passe à la maison, cela ne regarde personne* » et il lui a dit : « *Si tu parles, je te tue* » et également parfois : « *Si tu parles, de toute façon, ils te prendront les enfants* ». Ils disent « la DASS », mais il s'agit de l'ASE et le juge aux affaires familiales. Malheureusement, cela peut s'avérer être vrai. Pour les femmes immigrantes, étrangères, « *si tu parles, ils vont te renvoyer au pays* ». Normalement, nous savons que cela n'est pas possible, car nous sommes dans un État de droit. Une femme victime de violence ne peut pas être envoyée dans son pays d'origine, au moment où elle révèle les violences, bien sûr.

Une dernière chose : il faut créer les conditions pour poser la question, c'est-à-dire créer une relation de confiance avec la dame, dans un lieu de confidentialité, bien sûr, afin qu'elle se sente en sécurité, car tout cela va jouer pour qu'elle puisse répondre ou pas. Et j'ai envie de dire, même si elle ne dit pas oui tout de suite, quand je lui demande si elle est victime de violences. Je me souviens d'une dame qui est revenue 10 minutes après : « *Vous m'avez posé une question, est-ce que vous pouvez me la reposer ?* ». J'étais alors psychologue de l'Éducation. Je posais systématiquement la question. Une dame est revenue le cou et les bras tailladés. « *Vous m'aviez posé une question, je vous ai dit non, mais c'était oui* ». Et une autre est revenue un an après, pareil. Dans sa tête, elle savait que je savais, et qu'elle pouvait venir quand elle le déciderait. Je n'avais rien à dire, j'attendais, mais j'ouvrais la possibilité pour elle de parler.

Les psychologues ne voient que les enfants qui ont des difficultés scolaires ou de comportement. J'ai fini ma carrière avec une maman sur deux qui, lorsque je demandais s'il y avait de la violence à la maison, me disait que ce n'était pas sur son enfant. Et quand je lui demandais : « Et *sur vous* ? » Une maman sur deux me répondait oui. Plus j'étais au courant que les violences existaient, plus je posais facilement la question, et mieux j'avais la réponse.

Une recherche-action

Nous avons conduit une recherche action (*que vous pouvez trouver sur le site de la Seine-Saint-Denis, Observatoire départemental des violences*). Il s'agit de 216 entretiens qui ont inclus le questionnement systématique dans quatre circonscriptions de service social, après formation, sur trois mois.

Principaux résultats de la recherche-action :

Les dames avaient entre 25 et 44 ans pour la moitié, 84 % avaient des enfants (plus de 8/10), et fait intéressant, 59,3 % n'étaient plus en couple et 40,7 % vivaient encore avec leur conjoint. Elles venaient pour différentes choses, des dettes au loyer, des demandes d'aide financière, de logement. Seuls 9,3 % venaient pour des violences conjugales.

Quand on leur a posé la question des violences, 74,5 % ont répondu « oui », c'est-à-dire 1/10 vient pour la question des violences conjugales, et quand nous posons la question, c'est les trois quarts qui sont victimes. Vous voyez le gap énorme.

Comment la dame s'est sentie quand on l'a interrogée ?

Sur les 216 femmes, 77,3 % (c'est-à-dire 8/10 à peu près) ont répondu facilement à la question. Pour les deux autres, cela a été plus dur, mais elles ont répondu.

Enfin, **les assistantes sociales** ont considéré que c'était très efficace pour mieux accompagner les dames, et c'était l'objectif. Elles ont dit qu'elles s'étaient senties à l'aise pour poser la question. Plus on va poser la question, plus on va être habitué·e à la poser, et plus on sera meilleur·e au niveau professionnel, ce qui est l'objectif.

La dernière chose, c'est qu'il doit y avoir **des écrits professionnels validés**. C'est très important pour les dames que ces écrits soient produits. Car elles vont en avoir besoin à un moment donné de leur vie. Elles ne vont pas toutes porter plainte, elles ne vont pas toutes demander une ordonnance de protection, mais peut-être qu'à un moment donné, elles auront besoin de cela. Donc on rédige des **attestations**. Vous allez en quelque sorte leur demander de valider leur parole et cela me paraît très important.

Pour finir, une citation de **Paulo Freire**, un pédagogue brésilien, et c'est extrait de « La pédagogie des opprimés » : « *Personne ne libère autrui, personne ne se libère seul, on se libère ensemble* ». Oui, libérer les femmes victimes de violences, c'est leur permettre de reprendre leur vie en main, et c'est notre objectif à toutes et tous ici, grâce à un mouvement de la société qui va mieux comprendre les violences, et qui leur en donnera les moyens. C'est ensemble, par nos réflexions et nos actions, que nous nous libérerons ensemble de l'oppression sur les femmes par la solidarité avec les victimes.

Je vous remercie.

Applaudissements

Amandine Bineau (OPVF) : Merci pour votre intervention. Nous accueillons maintenant Édouard Durand, juge des enfants et coprésident de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants.

La Commission a fait part de son souhait de créer une doctrine nationale, repérée et signalée pour prendre en charge les enfants de la même manière sur tout le territoire. Depuis le lancement de la plateforme en septembre 2021, 18 650 témoignages ont été recueillis, une personne sur 10 a été victime de violences sexuelles dans son enfance en France, et une victime sur deux dit que c'est la honte qui l'a empêchée de parler.

Monsieur Durand, quel rôle peut jouer le repérage systématique dans la libération de la parole de l'enfant, mais aussi des adultes qui ont été victimes de violences sexuelles ? Quel parallèle pouvons-nous faire entre le repérage systématique auprès des enfants victimes de violences sexuelles et le questionnement systématique auprès des femmes victimes de violences ?

Edouard DURAND, juge des enfants et coprésident de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIVISE).



Bonjour à toutes et à tous. Merci à Madame Bidard et à l'Observatoire de me permettre de participer à votre journée d'étude.

Vous avez raison, la pratique du repérage systématique est essentielle, autant pour les enfants qui sont victimes de violences sexuelles, que les adultes qu'ils et elles sont devenu·es, principalement les femmes, tant qu'auprès des enfants victimes de violences conjugales que leur mère. Il s'agit bien d'une pratique professionnelle protectrice, unique, car il s'agit des mêmes violences, qui procèdent des mêmes mécanismes, de la même stratégie de l'agresseur, et car il s'agit des mêmes violences qui se produisent dans le même contexte, la maison et qui ont, sur les victimes, des effets comparables, sur la santé et la vie sociale tout au long de la vie. Enfin, parce qu'elles ont sur les professionnel·les les mêmes effets de déni. Bien sûr, je m'inclus en disant cela.

Je suis juge des enfants et, depuis plus de 15 ans, je travaille avec des adolescents violents, avec des enfants, des adolescents en danger, et pour tous ces enfants, nous développons, à leur profit, des tas de compétences professionnelles et de mesures éducatives. Mais pour la plupart, nous passons à côté des violences que ces enfants subissent. Vous l'avez dit, depuis un an et demi maintenant, ce n'est plus la parole d'enfants que j'écoute, c'est la parole d'adultes, des femmes, majoritairement, mais aussi des hommes, qui ont 44 ans en moyenne, parfois 85 ans, qui décrivent une enfance qui relève d'un film d'horreur et, qui, souvent, en parlent pour la première fois.

Cela m'interroge beaucoup, en écoutant tous ces adultes sur ma pratique avec les enfants. Je me demande toujours, en écoutant ces personnes, si j'étais capable, auprès des enfants que j'ai vus, à Paris, à Marseille, à Draguignan, Grasse, si j'ai été capable de les rejoindre dans leur souffrance, dans leur peur, au moment où ils avaient besoin d'aide. Évidemment, j'ai en tête beaucoup de situations, où je sais que je suis passé à côté.

Par exemple, je vais vous donner un exemple d'échec et un exemple de réussite.

Un exemple d'échec, j'étais juge, l'aide sociale à l'enfance me téléphone un vendredi, en fin d'après-midi - essayez de téléphoner un peu plus tôt que le vendredi à six heures du soir. Et les collègues de l'ASE me disent : « *Ce petit garçon, qui a une dizaine d'années, doit rentrer chez son père. On est inquiet. On vous demande de suspendre la permission d'hébergement du père en urgence* ». Et moi je dis : « *Vous me donnez trop peu d'informations, je ne peux pas donner une ordonnance privative de droit en urgence, sans audience, avec si peu d'éléments* ». Et le lundi, j'ai beaucoup regretté. Quand j'ai revu ce petit garçon, avec son visage tuméfié, car son père avait des accès de violence contre lui, il ne m'a rien dit, mais j'ai lu dans ses yeux qu'il me disait : « *Je croyais que tu étais là pour me protéger* ».

C'est vrai que les collègues de l'ASE m'avaient donné trop peu d'éléments, et c'est vrai que je savais que cet homme avait commis des violences conjugales. Donc je connaissais son penchant. C'était une information suffisante.

L'autre exemple, un exemple de réussite : dans un tribunal où je suis arrivé comme juge des enfants, j'ai eu une audience sur un renouvellement de mesure de placement. Ces enfants, un frère aîné, d'une dizaine d'années, une sœur, six ou sept ans, et deux petits jumeaux, trois ou quatre ans, avaient été placés à l'aide sociale à l'enfance pour carence de soins, défaut d'hygiène, de scolarité... et l'un des deux petits jumeaux de trois-quatre ans entre dans mon bureau, il s'assied, il regarde, il écoute, il parle. Et l'autre petit jumeau, lui, on dirait une petite créature de Walt Disney. Il a des yeux tout ronds, il a une bouche toute ronde, grande ouverte. Il ne s'assied pas. Il saute dans tous les sens, il ne regarde pas, il ne parle pas.

Avant l'audience, je lis le dossier, je vois placement, défaut de soins, d'hygiène, de scolarité, etc., et je me dis que c'est un dossier de violences conjugales. Ce n'est pas écrit, mais c'est écrit quand même. Il suffit de lire. Donc pendant l'audience, je demande s'il y a des violences, et tout le monde me dit non. Et moi je dis à la mère : « *Madame, personne n'a le droit d'être violent contre vous, pas même votre mari* », et la dame me dit : « *Je ne suis pas victime de violences* ».

Dans mon jugement, je pars quand même sur une hypothèse de violences conjugales. Et quelques jours plus tard, les éducatrices de l'ASE ont écrit une note en urgence, parce que la petite fille a dit : « *Le juge a dit que la violence était interdite par la loi. Ça veut dire que j'ai le droit de raconter* ». Et le frère aîné a dit : « *Non, tu n'as pas le droit, parce que c'est un secret.* » Elle a dit : « *Je le fais quand même* ». Elle a raconté les violences conjugales, le viol conjugal devant les enfants, elle a raconté les violences physiques contre les enfants, elle a raconté le viol du petit frère jumeau.

Alors, je me suis dit qu'un repérage systématique et qu'un rappel de la loi, cela pouvait servir à quelque chose.

Puis, il y a un lien à faire entre les violences conjugales et les violences sexuelles faites aux enfants, ainsi que l'inceste.

La fille d'un violeur conjugal court 6,5 fois plus de risques qu'une autre fille d'être victime d'inceste. Parce que le pouvoir qui passe par le caractère sexuel passe aussi par la violence physique contre les enfants. 40 à 60 % des enfants co-victimes de violences conjugales sont directement victimes de violences physiques exercées par leur père ou leur mère.

C'est pour cela que j'aurais dû suspendre le droit de visite et d'hébergement pour ce petit garçon. J'aurais écrit dans mon jugement : « *Dans un cas sur deux, l'enfant est aussi victime de violences physiques. Je sais qu'il y a des violences conjugales, je ne ferai pas courir le risque à l'enfant.* »

À la CIVISE, nous sommes chargés de recueillir la parole des adultes qui ont été victimes de violences sexuelles durant leur enfance.

Ces adultes sont 5,5 millions dans la population française, 3,9 millions de femmes et 1,5 million d'hommes. Dans 95 % des cas, l'agresseur est un homme, le plus souvent, un homme de la famille, en qui l'enfant croit qu'il peut avoir confiance. Le beau-père, le père, l'oncle, le grand frère, le cousin, le grand-père.

Nous sommes chargés de dire à ces 5,5 millions de personnes, au nom de la société tout entière : « *Nous vous croyons, nous aurions dû vous protéger.* ». Cela, la société est prête à le dire aux personnes qui ont été victimes de violences : « *On regrette. C'est vraiment dommage. On vous promet, si on avait su, on vous aurait protégé·es.* »

Si on est capable de dire à des adultes : « *On vous croit, on aurait dû vous protéger.* », cela veut dire qu'on doit être capable de dire à des enfants : « *On te croit, on te protège.* ». Sinon, cela veut dire que tout se passe comme si on disait aux enfants : « *Écoute, quand tu auras 45 ans, tu iras à la CIVISE, et ils te diront qu'ils te croient et qu'ils auraient dû te protéger.* »

Il y a 160 000 enfants qui sont victimes de viols ou d'agressions sexuelles. C'est pour cela qu'il faut faire un repérage systématique. On ne sait pas à l'avance quels sont les enfants qui vivent dans une maison qui est le lieu de la terreur et la confrontation à la mort. Pour un enfant, il n'y a pas de terreur plus grande que la terreur de voir mourir sa figure d'attachement principal, celle de sa mère ou de son père. C'est pour cela que les violences conjugales sur l'enfant, cela a un impact traumatique aussi grave que l'exposition à la guerre ou au terrorisme : « *Si elle meurt, je meurs.* »

Il y a quelques jours, à la commission sur les violences faites aux enfants, nous avons reçu une pédopsychiatre qui travaille avec les enfants tout petits. Elle nous expliquait qu'elle disait aux enfants : « *je suis le docteur des soucis. Si tu as à des soucis, tu peux me les raconter.* » Alors chacun·e doit trouver les questions que l'on peut poser aux enfants. Il faut que l'enfant se dise : « *Je crois que je peux lui faire confiance.* »

J'aime beaucoup le passage dans la vidéo où la dame dit : « *Il m'a tirée par les cheveux et cela a duré toute la nuit.* » Le médecin est sidéré. On voit qu'il est habitué à faire du repérage systématique, mais mettre dans sa tête des images de violences, de viols, c'est tellement insupportable que je peux dire (sous le contrôle de Muriel Salmona) que cela est un effet de sidération sur les professionnel·les. C'est pour cela que l'on doit former les professionnel·les.

Je voulais vous parler de Céline Raphaël, qui a écrit un livre sur son enfance qui s'appelle « *La démesure* ».

« Céline est privée de nourriture, battue des années durant, enfermée. Elle craint chaque week-end pour sa vie, travaille, travaille encore, pour briller et jouer les artistes prodiges tout en gardant le secret sur l'horreur de l'intimité de sa vie familiale. Et le silence autour. Assourdissant. Comment suspecter l'horreur de la servitude sous les atours de l'excellence. L'exigence absolue de la perfection qui devient justification de tous les excès [...] et qui mystifie l'entourage d'autant plus facilement que cette esclave n'est pas affectée à une tâche de souillon mais à une production artistique réservée aux élites ». Daniel Rousseau, pédopsychiatre.

Elle raconte qu'un jour, il y a l'infirmière scolaire, qui est venue l'attendre à la sortie de la salle de classe, et qui lui a dit : « *Je serai là tous les jours* ». Dans son livre, elle écrit « *à partir de cet instant, je suis devenue invincible* ». Cela veut dire que vous pouvez rendre les enfants victimes invincibles.

Bon courage. Il y a beaucoup de moyens de protéger les enfants et ils n'attendent qu'une chose, qu'on leur pose la question. Je vous remercie de votre attention.

Applaudissements

Il existe de nombreuses formations et des outils sur le site « **Arrêtons les violences** » : des mallettes pédagogiques sont proposées, elles se composent de plusieurs kits de formation comprenant des court-métrages, des livrets d'accompagnement, etc.

Elles ont été élaborées par la MIPROF (*Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains*) avec le concours d'un collège de formatrices et formateurs, d'universitaires, d'enseignantes et d'enseignants, d'expertes et d'experts ainsi que le soutien des partenaires institutionnel·les et professionnel·les. Ces outils s'adressent à l'ensemble des professionnelles et professionnels susceptibles d'intervenir auprès des femmes victimes de violences.

(voir : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>).

Intervention dans la salle.

Une intervenante : Bonjour, merci beaucoup, merci aux intervenant·es pour la qualité exceptionnelle de vos propos.

Je pense que tout le monde le sait, Ernestine RONAI est la première à nous avoir donné cette nécessité de formation des professionnel·les, c'est son chemin de bataille et nous devons la remercier. Merci pour cela.

Je voulais vous remercier pour l'unité de vos propos, Monsieur le juge. Je suis professionnelle de santé, gynécologue obstétricienne, et nous avons l'habitude d'être un peu plus à l'aise avec le lien peu objectif de l'interpersonnel. Vous être contraint par l'obligation de vos droits. D'où le malaise que vous avez exprimé, vos réserves, dans ce que vous avez appris de vos échecs. Nous, professionnel·les de santé, nous sommes plus à l'aise, car nous avons le droit à l'expérimentation et à l'exercice de l'humanité dans notre quotidien et nous utilisons.

Néanmoins, je voudrais juste dire que nous avons un problème avec ce questionnement. J'ai participé en 2006 à la rédaction du nouveau dossier médical du suivi de grossesse par le ministère et nous étions très contents à l'époque d'introduire la question sur le tabac et l'alcool, et nous étions très fier·es. Je suis féministe engagée, depuis mon adolescence. Et j'ai beaucoup de regrets de ne pas avoir, à cette occasion, mis dans ce dossier médical pour suivi de grossesse, qui est donné à toutes les femmes enceintes, l'obligation de répondre et d'aborder ce thème des violences conjugales. C'était en 2006 et nous sommes en 2022. Cela veut dire que nous avons progressé et peut-être pouvons-nous être confiant·es quant à l'avenir. Toutes les jeunes générations pourront porter cela. Restons positifs.

Soyons forts et osons poser la question. Nous sommes le premier relais, dans le système de santé, car nous devons faire confiance et travailler en réseau. Soyons connaisseurs des réseaux qui nous accompagnent et des autres professionnel·les pour pouvoir poser simplement en première approche la question à toutes les femmes. Derrière, il y a une grande solidité, par la solidarité que nous faisons en travaillant ensemble.

Applaudissements

Pause déjeuner

Images pour l'après midi :







TABLE RONDE N°3 - PREMIERE PARTIE - MOBILISER LES ACTEUR·RICES : ORIENTER ET TRAVAILLER EN RÉSEAU

Hélène BIDARD : Nous allons retrouver Christine Guillemaut, chargée de mission et présente à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes depuis sa création. Elle évoquera le travail en réseau grâce à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes.

Avec elle, il y aura Morgane Lacombe, élue du 13^e arrondissement qui a mis en place le réseau d'aide aux victimes du 13^e arrondissement, grâce à l'aide de Pascale Bonnet que j'ai citée tout à l'heure. Elle va pouvoir nous parler des actions du 13^e arrondissement, notamment, le suivi du parcours des victimes de violences conjugales.

Les trois Maisons des femmes seront représentées, avec Amélie Glading, Candie Grange et Delphine Giraud, qui sont les coordinatrices des trois sites des Maisons des femmes de l'AP-HP.

Olivia Tabaste, directrice du CDIFF de Paris sera également présente. Le CIDFF tient une permanence associative dans les hôpitaux parisiens.

Enfin, Marianne Stanney interviendra en tant que responsable des CPEF de la Ville de Paris.

Je vais donner la parole à Christine Guillemaut, si vous le voulez bien, qui va nous parler de son expérience à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes, puis à Morgane Lacombe pour le Réseau d'aide aux victimes du 13^e arrondissement.

Christine était là à la création de l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes en 2014. Elle a vu toute l'évolution de tous ces réseaux avec nous et ce que nous avons pu réussir à réaliser grâce à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes.

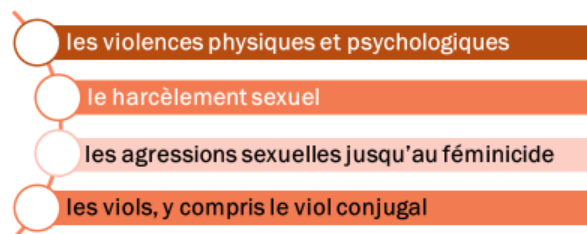
Je te laisse la parole, Christine, pour commencer cet échange.

Christine GUILLEMAUT, chargée de projet égalité femmes hommes, Observatoire parisien des violences faites aux femmes.

Bonjour à toutes et tous. *L'Observatoire parisien des violences faites aux femmes (OPVF)* a pour but de révéler l'ampleur des violences faites aux femmes de façon opérationnelle. Nous avons la volonté d'être concrètes et opérationnelles, de mettre en place une véritable politique de lutte contre les violences faites aux femmes à Paris, de renforcer la cohérence entre les partenaires, de rendre visibles les violences, les mécanismes, le parcours des victimes et de faciliter la construction d'une politique publique de lutte contre les violences faites aux femmes et pour l'égalité.

L'OPVF traite toutes les formes de violences, de la sphère intime du couple (les violences conjugales et intrafamiliales) aux violences dans l'espace public, viol, agression sexuelle, harcèlement de rue, mais aussi sur les lieux de travail, à l'école ou à l'université. Nous avons une approche des violences dans ce **continuum** de toutes ces formes de violences.

UN CONTINUUM DES VIOLENCES ... DANS LA FAMILLE, DANS LE COUPLE, DANS LA RUE, AU TRAVAIL, DANS LA VIE ÉTUDIANTE ...



Des formes de violences liées à des pratiques traditionnelles néfastes :

- la contrainte au mariage
- les mutilations sexuelles féminines

L'Observatoire a construit un large partenariat avec les institutions, comme la police et la justice, car nous devons travailler sur la prise de plaintes, sur le suivi des mains courantes, il s'agit donc d'entretenir et de garder de bonnes relations avec les commissariats de police des arrondissements. Il y a 20 ans, quand on portait plainte pour violences conjugales dans un commissariat à Paris, on était parfois mal reçu. Aujourd'hui, nous pouvons dire que cela s'est amélioré, même si, ici ou là, il y a encore une vigilance à avoir pour le bon accueil des victimes dans les commissariats de police.

Nous avons un partenariat avec la justice. Ce travail est fait depuis longtemps avec les différents procureur·es qui se sont succédé·es et les chargé·es de mission, notamment Françoise Guyot que vous connaissez peut-être. Aujourd'hui, Jessie Duval a pris le relai pour poursuivre une politique pénale de fermeté à Paris. C'est ce travail que nous construisons jour après jour, avec les services de la justice.

Notre partenariat se fait aussi avec les associations, qui réalisent un travail considérable, chaque jour, sur le terrain, pour l'accueil et l'accompagnement des victimes de violences. Ces associations mènent un véritable travail de service public. Sans elles, beaucoup de victimes ne trouveraient pas de solution.

De notre côté, nous essayons de faire chaque année un diagnostic, d'établir des données chiffrées, car nous connaissons mieux ce que nous mesurons mieux. Nous collectons des données auprès de ces partenaires. Hélène Bidard a présenté en ouverture de la journée, ce diagnostic qui permet chaque année de voir l'évolution de la situation, de voir s'il y a des points à améliorer et comment nous pouvons approfondir le travail.

Nous réalisons un travail de prévention et d'information des professionnel·les et du grand public : ainsi, aujourd'hui, par exemple, cette journée d'information avec des professionnel·les, de même que le programme qui se déroule pendant ces 15 jours, autour du 25 novembre, dans tous les arrondissements de Paris, au plus près des habitantes et des habitants.

Nous travaillons également au développement des compétences. Cela fait plus d'une dizaine d'années que nous organisons des formations des acteurs et actrices, avec la direction des solidarités (DSOL), pour les professionnel·les du travail social. En ce moment, nous mettons en oeuvre la formation de la police municipale avec la Direction de la prévention et de la police municipale (DPMP), sur la formation de la nouvelle police municipale, sur les questions de violences conjugales et de harcèlement de rue.

Ensuite, nous travaillons sur les dispositifs. Nous avons parlé ce matin du téléphone Grave danger (TGD), sur la Mesure d'accompagnement protégé (MAP) pour les enfants, que nous expérimentons à Paris depuis maintenant trois ans. Cette mesure consiste à faire en sorte de prendre en charge des enfants dans des problématiques de violences conjugales, en accompagnant les enfants, depuis le domicile du parent hébergeant (la mère le plus souvent), vers le domicile du parent qui a le droit de visite et d'hébergement (le père). Tout cela est un calage précis avec les juges aux affaires familiales, d'où le renforcement de ce partenariat avec la justice.

Nous travaillons d'autres dispositifs, l'accueil de jour pour les jeunes, LAO POW'HER à Bagnolet. Plus récemment, nous avons travaillé à la mise en place et à l'ouverture du dispositif des Maisons des femmes de l'AP-HP.

Le travail de réseau est pour nous très important, car il permet la cohérence et la mise en lien des acteur·rices, à l'échelle de Paris et à l'échelle de tous les arrondissements. Il permet de progresser et d'avancer concrètement pour accompagner les personnes qui sont en souffrance dans ce processus de violences. Nous jouons un rôle d'ingénierie de réseaux, d'aide à la construction de ces réseaux. Nous contribuons à les faire fonctionner, à mettre en ordre de marche des personnes d'horizons divers, qui ont des cultures professionnelles diverses, mais qui peuvent, à un certain moment, converger vers

un travail en commun au bénéfice des victimes. Nous avons une visée opérationnelle de construire des outils, de former et de sensibiliser les professionnel·les, de résoudre des situations parfois complexes.

Les réseaux d'aide aux victimes (RAV) font partie d'un dispositif que nous avons créé en 2014, à Paris, qui est présent dans de nombreux arrondissements et qui regroupe autour de la table un certain nombre de partenaires. Au sein de ces réseaux, nous partons de l'idée que nous avons une prise sur les sujets abordés et donc nous avons la capacité de résoudre les problèmes. Nous avons des règles de fonctionnement précises, rythme, prise de parole, etc., pour améliorer l'interconnaissance entre les personnes du réseau.

Lorsque nous travaillons en réseau, la première chose à faire est de connaître le rôle de chacun, à quel moment et comment nous pouvons faire appel les un·es aux autres. Comme le disait notre ami Efraïm Garcia, formateur : « *je ne sais pas faire des crêpes, mais je sais où nous pouvons en trouver de très bonnes* ». C'est-à-dire que nous n'avons pas la capacité de pouvoir régler tous les problèmes individuellement, mais nous avons autour de nous un ensemble de partenaires dont nous savons que chacun·e pourra régler tel ou tel problème, de manière à résoudre une situation au niveau global, dans ses aspects juridique, social, logement, santé, enfant, etc. Seul·e, je ne sais pas faire et avec le réseau, je sais faire.

Nous sommes sans cesse en train de mettre à jour les carnets d'adresses, puisque l'une des caractéristiques d'un réseau, c'est que cela bouge : il y a des personnes qui partent et d'autres qui arrivent au sein de la douzaine de Réseau d'aide aux victimes (RAV) dans les 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 et 20^e arrondissements, ainsi que l'arrondissement Centre. Ils fonctionnent par intermittence, il y a eu des moments d'accalmie puis de regain.

Ces réseaux rassemblent autour de la table la mairie d'arrondissement, les services sociaux de l'arrondissement ou la coordinatrice sociale de territoire, ou bien une référente violences conjugales du service social, ou encore une assistante sociale de proximité, qui représente le travail social.

Ensuite, le commissariat est présent, souvent, via la mission prévention du commissariat (MPC), la brigade locale de protection de la famille (BLPF), les intervenant·es sociaux·les en commissariat (ISC) et/ou un·e psychologue. Le Parquet participe au réseau, quand cela est possible, le point d'accès au droit (PAD) est toujours le bienvenu car sur le plan juridique c'est un allié de poids, la Maison de justice et du droit (MJD), des associations comme Paris aide aux victimes, le CIDFF. Enfin parfois les Équipes de développement local sont présentes ainsi que des associations implantées dans l'arrondissement.

L'*Observatoire parisien des violences faites aux femmes* contribue activement à ces réseaux en apportant des ressources, des pistes d'action, des outils, comme le Violentomètre qui a un succès mondial, car il est traduit en 13 langues, dont le japonais tout récemment, la langue catalane, le farsi, le turc, l'anglais, l'espagnol. Ce Violentomètre (Prix Territoria Argent en 2019) est vraiment un outil utile et aujourd'hui largement distribué à Paris et en France.

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre

Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux revenir sur ce choix quand tu le souhaites et selon les raisons qui te sont propres. Tu n'as pas à te justifier ou subir des pressions.

VILLE DE PARIS SEINE-SAINT-DENIS LE DÉPARTEMENT EN PRATIQUE TOUJOURS ! VIOLENCES FEMMES INFO APPELEZ LE 3919 * Appel anonyme et gratuit



Nos objectifs, c'est l'interconnaissance, la formation et les projets d'arrondissement. Morgane Lacombe en parlera mieux que moi, mais je veux souligner deux points importants : l'impulsion institutionnelle et l'impulsion politique.

L'impulsion institutionnelle renvoie aux contrats que nous signons entre Préfecture de police, Parquet ou Procureur, Tribunal judiciaire, avec la Préfecture de Paris et la Ville de Paris. C'est le contrat de prévention et de sécurité qui se décline dans les arrondissements. C'est un document institutionnel qui permet de donner de la légitimité à notre action. De même, le schéma départemental d'aide aux victimes, piloté par la Ville et le Parquet, donne aussi cet appui et cette légitimité pour agir concrètement sur le terrain. Il est important de pouvoir inscrire dans ces contrats les problématiques de lutte contre les violences faites aux femmes, dans tous les détails sur lesquels nous intervenons.

L'impulsion politique est indispensable, c'est pour moi l'occasion de laisser la parole à Morgane Lacombe, adjointe au maire du 13^e, chargée de l'égalité femmes-hommes et des senior-es.

Pour conclure, ce travail de réseau doit nous permettre de développer une forme d'intelligence collective pour répondre efficacement à une question sociétale que sont les violences faites aux femmes aujourd'hui.

Je vous remercie.

Applaudissements.

Hélène BIDARD : Merci beaucoup, Christine Guillemaut. Nous pouvons l'applaudir pour tout le travail, toute l'année.

Morgane LACOMBE, adjointe au Maire du 13e en charge de l'égalité femmes-hommes et des senior-es.

Merci, Christine, je vais essayer de détailler un peu plus le travail du Réseau d'aide aux victimes du 13^e qui s'inscrit complètement dans le cadre que tu viens de détailler et, fort heureusement, le cadre, c'est le contrat de prévention et de sécurité d'arrondissement et le schéma départemental d'aide aux victimes qui sont des outils de planification des politiques, à l'attention des victimes d'infractions pénales sur le territoire.

À l'échelle de l'arrondissement, le travail principal va consister à réfléchir sur les moyens d'améliorer l'accueil, l'orientation et le suivi des victimes, tout au long de leurs parcours de sortie des violences, et nous allons le faire grâce à un réseau de professionnel-les de proximité qui travaillent en lien avec les victimes, un réseau qui s'appelle le RAV, Réseau d'aide aux victimes.

Ces réseaux sont animés par les mairies d'arrondissement avec l'appui d'un-e coordinateur-riche de secteur, et ce coordonnateur-riche est rattaché-e à la Direction de la police municipale et de la prévention.

Selon les thématiques travaillées et les ressources du territoire, les membres du RAV ne seront pas forcément identiques d'un arrondissement à l'autre, ou même d'un RAV à l'autre quand il y en a plusieurs sur un même arrondissement. Dans le cadre du schéma départemental d'aide aux victimes, il est préconisé d'avoir des RAV thématiques, donc nous aurons des RAV sur le thème des personnes LGBTQI+, pour les senior-es, les migrant-es isolé-es, les mineurs, tous les publics vulnérables. Nous allons donc choisir sur quelle thématique nous allons travailler en fonction des ressources ou des problématiques spécifiques du territoire.

Dans le 13^e, pour l'instant, nous avons un seul RAV sur la thématique des violences faites aux femmes qui a été relancé durant la précédente mandature par ma collègue Juliette Sabatier, qui était conseillère à l'égalité femmes-hommes et qui maintenant est adjointe aux affaires sociales. Aujourd'hui, je suis en charge, aux côtés de Guillaume Mabile, le coordonnateur des contrats de prévention et de sécurité, du développement et de l'animation du RAV 13, en partenariat avec Béatrice Patrie, adjointe à la prévention et à la sécurité, qui valide in fine les actions et les orientations de ce RAV.

Je vais maintenant vous parler du fonctionnement. Nous nous réunissons une fois par trimestre en mairie d'arrondissement et les partenaires invité-es, Christine l'a rappelé, ce sont les services sociaux de la Ville, ce sont les membres de la Direction des solidarités dont des membres du service social du 13^e, le commissariat. Dans le 13^e, nous avons une intervenante sociale au commissariat et une psychologue qui sont très présentes. La référente du secteur du Parquet de Paris vient systématiquement, la directrice du point d'accès au droit du 13^e aussi, les membres de l'OPVF, du Service égalité intégration et inclusion, parfois, le cabinet d'Hélène Bidard. Je le redis, car ces grandes structures que tu as évoqué se déclinent vraiment à l'échelle de l'arrondissement.

Participent également les partenaires associatifs, tels Paris aide aux victimes et le CIDFF, mais aussi Juris Secours, et Droits d'urgence qui sont très actifs et très présents sur notre arrondissement.

Ensuite, s'ajoutent d'autres partenaires en fonction des thématiques travaillées ou de l'évolution des acteur-rices présent-es sur le territoire. Par exemple, depuis un an, nous avons beaucoup de professionnel-les de santé, en lien soit avec la Direction de la Santé publique, soit avec la CPTS, la communauté professionnelle de territoire de santé, et surtout de CASAVIA, la Maison des femmes de la Pitié-Salpêtrière, présent-es ce jour, et qui sont systématiquement présent-es au RAV depuis un an.

C'est un réseau mouvant et dynamique qui peut accueillir des associations de manière ponctuelle et qui va s'élargir en fonction des thématiques et des problématiques discutées.

Concernant les actions réalisées, il y a deux ans, le RAV a produit un outil extrêmement concret, qui est un guide en format papier et numérique, à l'intention des personnes susceptibles d'être victimes de violences dans le couple. Il recense les adresses utiles pour trouver de l'aide dans le 13^e arrondissement. Je vous invite à nous écrire, si vous avez besoin de ce flyer, nous vous le ferons parvenir, et il est aussi en ligne sur le site de la mairie. Voilà l'exemple d'un travail concerté et très opérationnel que nous avons mis à jour dernièrement.

Depuis deux ans, nous avons échangé sur plusieurs autres thématiques. Le premier gros sujet, concerne l'accueil des victimes au commissariat. Nous avons fait des visites du parcours de plaintes des victimes et je tiens à saluer le commissariat, car il a ouvert ses portes aux professionnel-les de

terrain du 13^e, nous avons pu visiter les locaux de la BLPF, nous avons pu discuter de la pertinence des mesures mises en place depuis le Grenelle des violences et cela a été très utile.

Nous avons aussi eu une présentation des missions égalité de l'université de Paris Cité, qui a débouché sur un partenariat avec trois pôles universitaires et la Mairie du 13^e.

Nous avons eu une présentation de la nouvelle police municipale par Véronique Genté, qui nous a détaillé les formations obligatoires des nouvelles agent-es, les actions de prévention du harcèlement de rue. Ils et elles sont très mobilisé-es sur le sujet dans le 13^e et, nous le verrons demain, avec une forte action de sensibilisation dans tout le 13^e.

Nous avons eu des présentations par Olivia Tabaste, sur les dispositifs BAR, bracelets anti-rapprochement et la télé-protection grave danger, qui nous ont permis de nous mettre à jour, ce qui est utile, et des présentations par le Barreau de Paris sur les permanences d'avocats existantes, sur leur taux de remplissage et pour savoir vers quel partenaire il est pertinent d'orienter. Ce sont des outils qui peuvent vous aider, professionnel-les, à mieux orienter les personnes victimes ou susceptibles d'être victimes.

Ces réunions, comme tu l'as dit, Christine, permettent de mieux connaître les ressources, de se mettre à jour, d'échanger sur les structures ou les dispositifs existants, et d'échanger sur les pratiques de chacun.

De manière un peu plus informelle parfois, cela permet aussi de mettre en relation des partenaires au bon moment. Par exemple, nous allons avoir connaissance d'une formation disponible, en l'occurrence l'ADRIC, qui est l'agence de développement des relations interculturelles et citoyennes. Il y avait des formations déjà pré-financées qui étaient disponibles sur l'accueil des femmes victimes de violences, migrantes, ce qui doublait les difficultés, et notre partenariat avec la Cité des dames, qui est un lieu d'accueil et d'hébergement des femmes dans la rue, cela nous a permis de les mettre en relation car, à ce moment-là, ils et elles avaient besoin justement de former le personnel au recueil de la parole de ces femmes.

Cela permet de transmettre les informations, d'appuyer les demandes de formation et de faire circuler les informations.

Je vais conclure, j'ai presque fini. Je ne vous reparle pas de la chambre suspendue, car nous l'avons fait ce matin avec Jérôme Coumet. Vous pourrez venir me voir si vous voulez en savoir plus. Je vais vous parler des prochains projets avant de conclure.

Nous voulons organiser une soirée de sensibilisation au questionnement systématique, notamment envers les généralistes et les autres acteurs de santé, infirmier-es, pharmacien-nes, en partenariat avec le CASAVIA.

Je ne désespère pas que, grâce aux RAV, nous puissions appuyer une demande pour remettre en place un point d'information pour les violences faites aux femmes en mairie.

J'ai d'autres projets en cours, mais je vous dirai cela plus tard. Actuellement, nous sommes dans la période de renouvellement des contrats. C'est l'occasion de faire le point sur les orientations que nous voulons prendre au sein du RAV, car c'est du temps qui est important pour les professionnel-les de terrain, et il est très utile de les rendre opérationnel-les.

Merci, Hélène.

Hélène BIDARD : Merci à toi, chère Morgane. Nous allons laisser la parole aux trois coordinatrices du dispositif des Maisons des femmes de l'AP-HP.

Candie GRANGÉ, sage-femme coordinatrice, Maison des femmes de l'Hôtel-Dieu

Je vous remercie de cette invitation. Nous sommes ravies de venir vous présenter le dispositif des Maisons des femmes de l'AP-HP. Je vais prendre la parole, mais je vous présente aussi mes collègues, Amélie Glading qui est la sage-femme coordinatrice de la Maison des femmes de Bichat, et Delphine Giraud qui est la sage-femme coordinatrice de la Maison des femmes de la Pitié-Salpêtrière, aussi connue sous le nom de CASAVIA, et je suis Candie Grangé, sage-femme coordinatrice de la Maison des femmes de l'Hôtel-Dieu.

Je vais faire un bref rappel sur l'origine des dispositifs hospitaliers dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, c'est un premier rapport de l'IGAS qui avait recommandé en 2017 qu'il y ait des unités de coordination pluridisciplinaires qui s'appuient sur les services hospitaliers, que ce soient des services d'urgence ou des services de gynéco obstétrique.

En 2019, le Grenelle des violences conjugales a souhaité garantir l'accès aux soins des femmes victimes de violences par le déploiement national de dispositifs dédiés à la prise en charge de ces femmes. Puis, l'ARS, l'Agence régionale de santé, a fait un appel à projets qui permet de financer des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences en Île-de-France, mais aussi sur tout le territoire national.

Les missions de ces dispositifs dédiés, c'est de prendre en charge très spécifiquement les femmes qui sont victimes de violences, de réaliser une première évaluation des besoins de soins, mais aussi des besoins plus globaux, d'agir en coordination avec les autres acteurs du territoire et de faciliter l'accès aux autorités judiciaires pour ces femmes.

Nous avons aussi dans ce cahier des charges une fonction d'appui, d'animation et de soutien des professionnel·les du territoire.

À ce jour, 3 Maisons des femmes ont été ouvertes sur Paris, pour l'AP-HP, il s'agit des trois dispositifs que je vous ai présentés, et sur le 94, à venir très prochainement, le Kremlin-Bicêtre va inaugurer sa Maison des femmes.



L'objectif est simple, mais il est ambitieux. L'idée est de simplifier et d'homogénéiser la prise en charge des victimes de violences, que ce soit pour les femmes que nous accueillons, mais aussi pour les soignantes, d'améliorer le parcours et la prise en charge sur le plan sanitaire, judiciaire et social des femmes victimes de violences, et accompagner par ce biais et faciliter la démarche du dépôt de plainte.

Cela concerne les femmes majeures, qui ont besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, qui sera coordonnée et une prise en charge autour des violences. Ce sont plutôt des prises en charge à court et moyen termes, l'idée étant de travailler avec l'existant. Nous n'avons pas vocation à nous substituer à ce qui est déjà mis en place. Nous avons une réévaluation systématique après six mois d'entrée dans le dispositif.

Les financements qui nous permettent de faire fonctionner ces maisons des femmes proviennent de l'Agence régionale de santé et l'Assistance publique des hôpitaux de Paris qui financent le soin qui est dédié, la Ville de Paris finance sur l'année 2022 les permanences sociales dans chacune des trois structures et j'en profite pour les remercier. Ces appels à projets ont été remportés par HAFB-LTDF et Aurore.

La Préfecture de police de Paris finance les permanences de police pour une permanence, une fois par semaine, avec les brigades locales de protection des familles qui interviennent, le CIDFF finance également une journée de permanence juridique dans chaque maison des femmes et sur fonds privés, nous avons des ateliers qui participent à la revalorisation de l'estime de soi.

Les forces communes des maisons des femmes de l'AP-HP, plus largement des dispositifs d'accueil pour les femmes victimes de violences, c'est d'avoir un guichet unique qui présente l'avantage d'avoir une orientation facilitée pour les femmes, avec des partenariats très forts avec la police et le parquet, et ce sont des prises en charge, vous l'avez compris, pluridisciplinaires, sur le plan médical, sur le plan psychique, social, judiciaire, De façon systématique, nous questionnons la présence de violences directes ou indirectes sur les enfants et, comme je vous le disais, nous orientons vers les acteur·rices de secteur.

Les difficultés sont communes à tous·tes les intervenants et intervenantes qui se mobilisent pour l'accompagnement des femmes victimes de violences.

La première, c'est d'assurer la sécurité des femmes, les places d'hébergement sont peu nombreuses et cela demande du temps et de l'énergie. Les procédures pour mettre à l'abri les femmes victimes de violences sont parfois longues. Nous avons un « problème » de facturation des soins que nous

dispensons à l'hôpital, car pour des raisons de sécurité, parfois, nous ne pouvons pas faire figurer les soins donnés à ces femmes, car cela peut être porté à la connaissance du compagnon violent.

L'autre difficulté que nous rencontrons, et surtout que les femmes rencontrent, c'est la prise en charge des enfants, leur accompagnement psychique, mais aussi les modes de garde. Il faut du temps, et il faut que ces femmes puissent être disponibles pour effectuer les démarches qui vont leur permettre de se protéger et de protéger leurs enfants. Le temps de coordination, cela prend du temps, et dans ce temps de coordination, il y a du temps de coordination individuel, dans le suivi du parcours des femmes, et il y a tout ce lien et ce maillage avec l'existant où nous faisons beaucoup d'allers-retours et de partenariats avec les professionnel·les qui sont déjà mobilisé·es et qui étaient déjà mobilisés avant nous sur le terrain sur l'accompagnement des femmes victimes de violences. Nous nous apercevons, et nous n'en doutons pas un seul instant, que ce sont des femmes qui ont des besoins médicaux importants, et nous avons, comme vous le savez, à l'hôpital, dans le domaine médical en général, des ressources humaines limitées.

Pour vous faire un rapide bilan sur l'année 2022, je ne vous l'ai pas précisé, mais les trois Maisons des femmes ont ouvert depuis un an et demi, pour la plus ancienne, qui est Bichat, un an pour la Pitié - Salpêtrière, et quasiment 11 mois pour la Maison des femmes de l'Hôtel-Dieu. Sur ce temps, nous avons reçu un peu plus de 750 femmes, essentiellement des femmes qui sont victimes de violences conjugales, mais nous accueillons également les femmes qui sont victimes de violences sexuelles, intrafamiliales. Elles sont essentiellement à ce jour orientées par les services médicaux pour deux tiers d'entre elles, avec cette indication que nous n'avons pas encore inauguré tous les dispositifs, donc notre visibilité n'est pas encore très grande. Ce sont des partenaires que nous connaissons déjà. La Maison de Bichat a inauguré ce dispositif depuis un an et, demain, c'est la Maison de La Pitié-Salpêtrière qui va inaugurer son site.

Ces femmes sont orientées aussi par les associations qui les accompagnent déjà, et des associations spécifiques pour les femmes victimes de violences.

La police nous oriente aussi des femmes, et nous n'avons pas de sectorisation. Nous allons revenir pour La Pitié-Salpêtrière, mais globalement, nous recevons tout le monde et ce sont majoritairement des femmes qui sont domiciliées à Paris, pour quasiment les trois quarts d'entre elles.

Bilan -2022



Période du 01/01/2022 au 01/11/2022	MDF Bichat, Pitié, Hôtel-Dieu
Nb de femmes reçues	752
Nb consultations	6266
V. Conjugales	64%
V. Sexuelles (non conj.)	17%
V. Intra familiales	9%
Autres	10%
Orientation par services médicaux	66%
Orientation par associations FVV	20%
Orientation police	3,5%
Femmes domiciliées à Paris (75)	74%

Nous allons vous présenter très rapidement chacune de nos structures et leur spécificité. Je commence.

Nous avons ouvert très progressivement à la Maison des femmes de l'Hôtel-Dieu, nous sommes les derniers à avoir ouvert et nous avons ouvert fin décembre 2021. L'équipe s'est donc constituée progressivement, et telle qu'elle est actuellement, elle est complète depuis le 1^{er} novembre. Notre inauguration est en attente. Au 1^{er} novembre, nous avons reçu près de 180 femmes.

Les différentes Maisons des femmes sont portées par des départements médicaux universitaires différents, en l'occurrence à l'Hôtel-Dieu c'est porté par un DME de psychiatrie et d'addictologie. L'idée est de proposer, pour les femmes victimes de violences, une offre de soins psychiques renforcés, avec une évaluation systématique initiale qui va permettre de graduer l'intensité des interventions que l'on va mobiliser.

Puis, nous avons la chance d'être à proximité, pour ne pas dire sur le palier d'à côté, de l'unité médico-judiciaire de Paris, et nous bénéficions vraiment - nous sommes ravis et nous les en remercions- de leur expertise sur le plan médico-judiciaire, que ce soit pour l'examen des femmes, mais aussi pour la rédaction des certificats.

Nous sommes en train de développer, nous espérons pouvoir vous l'annoncer très vite, une phase expérimentale qui permettra aux femmes qui sont victimes d'agression sexuelle de bénéficier d'un recueil de preuves sans plainte.

Amélie GLADING, sage-femme coordinatrice, Maison des femmes de Bichat

Bonjour, je suis Amélie Glading, sage-femme coordinatrice de la Maison des femmes de l'hôpital Bichat. Je vais vous faire une présentation assez succincte de notre dispositif.

Nous l'avons ouvert en mai 2021, inauguré l'année dernière, c'est notre date d'anniversaire, le 22 novembre. C'est un projet porté par le département médico universitaire de gynécologie périnatalité de l'AP-HP nord, qui inclut six maternités, ce qui représente 14 000 naissances par an, réparties sur trois départements, trois maternités à Paris, l'hôpital Lariboisière, l'hôpital Robert Debré et l'hôpital Bichat, sur le 92 l'hôpital Louis Mourier, l'hôpital Beaujon, et sur le 93 l'hôpital Jean Verdier.

Sachant que 40 % des situations de violences commencent pendant la grossesse, cela fait vraiment sens de pouvoir s'adosser à ce territoire.

Le lieu se veut comme un lieu ressource, se coordonnant avec chaque territoire et chaque réseau, un guichet unique, on l'a déjà dit, avec un parcours pluridisciplinaire qui est proposé, en coordination avec les professionnel·les des territoires. L'idée est vraiment de pouvoir proposer aux dames une prise en charge, en santé somatique et psychique, un accompagnement social et juridique et police, un soutien autour de l'estime de soi, par des actions de groupe, proposées par l'équipe, et des ateliers bénévoles ou financés.

Le travail en cours, nous l'avons déjà dit, ce sont les missions des Maisons des femmes, c'est d'homogénéiser les pratiques au cœur des maternités du DMU, en lien avec les équipes qui sont déjà en place, au niveau médical, au niveau psychologique, psychique et social, avec la mise en place de protocoles de prises en charge pour les femmes victimes de violences et en élaboration avec l'Hôtel-Dieu pour des protocoles de prise en charge pour les victimes de violences sexuelles.

Nos missions sont aussi de sensibiliser les équipes de manière régulière. Sachez que les étudiants en médecine interviennent pour tous les Groupements Hospitaliers Universitaires et les équipes des internes se renouvellent tous les six mois. Nous prenons notre bâton de pèlerin, nous allons voir l'équipe, nous allons voir les internes, et nous leur parlons de repérage des violences, des conséquences des violences sur la santé, et de nos missions, les professionnel·les de santé, dans le repérage et l'accompagnement.

Nous avons proposé au sein du DMU des diplômés universitaires financés pour les sage-femmes, pour créer de la référence au cœur des différents services de maternité, pour améliorer toujours le repérage et la prise en charge des femmes victimes.

Nous développons de manière régulière les liens entre la Ville et l'hôpital, au niveau du territoire, avec des rendez-vous réguliers au niveau du 18^e notamment.

Delphine GIRAUD, sage-femme coordinatrice Maison des femmes de la Pitié-Salpêtrière

Je suis Delphine Giraud, sage-femme coordinatrice à la Maison des femmes de La Pitié-Salpêtrière et je vais faire une présentation rapide de la structure. Nous retrouvons des similitudes avec les deux autres Maisons des femmes.

Notre spécificité, c'est que nous sommes rattachés au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital La Pitié-Salpêtrière, notamment à son secteur de planification familiale.

Nous parlons maintenant de santé sexuelle, de centres en santé sexuelle, c'est pour cela que Candie disait tout à l'heure que notre Maison des femmes s'appelle aussi CASAVIA, centre d'accueil en santé sexuelle et de lutte contre les violences à l'AP-HP.

Nous avons deux parcours de prise en charge dans le centre. Nous avons gardé ce parcours de prise en charge en santé sexuelle, avec une activité d'IVG, de contraception, d'infections sexuellement transmissibles, d'échanges autour de la sexualité, que ce soit dans les interventions de prévention à la vie affective et sexuelle chez les scolaires ou les personnes en situation de handicap et en consultation individuelle. Nous avons développé, depuis un peu plus d'un an, le parcours de prise en charge des femmes victimes de violences, et nous retrouvons exactement la même organisation, c'est-à-dire dans un lieu unique, la possibilité d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire par des professionnel·les formé·es spécifiquement aux violences, que ce soient des professionnel·les de santé pour ce qui touche la santé physique, mais également des professionnel·les en santé mentale, des psychologues, psychiatres, conseiller·es conjugal·es, des travailleur·euses sociaux·les et notamment financés, on l'a dit, par la Mairie de Paris. L'association Aurore intervient sur notre site pour les permanences sociales. Il y a aussi des permanences juridiques et la possibilité de déposer plainte sur place.

Nous retrouvons cela aussi à l'Hôtel-Dieu et à Bichat, ce sont des ateliers de groupe thérapeutiques qui sont proposés dans ces Maisons des femmes de l'AP-HP.

Juste pour finir, nos perspectives communes aux Maisons des femmes de l'AP-HP, c'est la pérennisation de ces structures. Nous sommes confiant·es, car nous savons que nous avons un soutien de nos différentes institutions sur ce sujet, mais nous restons concentrés. Le financement est une de nos préoccupations au quotidien, comme tous ici, j'imagine. Une adéquation des ressources à la file active, Candie en a un peu parlé, l'amélioration de la visibilité du dispositif via les inaugurations. C'était un peu volontaire, finalement, car il y a une forte demande, et les ressources ne répondaient pas

toujours à la demande. C'était volontaire de ne pas faire une information trop importante dès le début, pour répondre de façon qualitative aux demandes et pas quantitative.

Candie en a parlé, la problématique de l'hébergement, et développer ces filières de soins, spécifiques, à l'hôpital, à l'AP-HP, nous pensons, notamment à l'Hôtel-Dieu, au travail qui a été fait sur les recueils de preuves sans dépôt de plainte, c'est-à-dire que lorsqu'il y a un dépôt de plainte, c'est simple, le recueil de preuves, car nous travaillons en direct avec nos collègues des commissariats et du Parquet, mais quand il n'y a pas de plainte, ce sont des questions qui se posent sur le terrain. Cela est travaillé, notamment à l'Hôtel-Dieu qui est rattaché aux unités médico-judiciaires.

Amélie en a parlé, c'est cette question de formation auprès des autres services de spécialité de l'hôpital. Aller former nos collègues des urgences générales, de la consultation d'infectiologie, de cardiologie, sur ce dépistage systématique, pour que nous soyons un relais sur la suite des prises en charge.

Nous ne l'avons pas mis dans la diapositive, mais nous en avons parlé entre nous, il y a un point recherche important à l'AP-HP, qui est un grand centre universitaire, et ce sera une de nos perspectives des années à venir, de mettre en place des protocoles de recherche pour montrer que cela fonctionne et que nous avançons dans la sortie du cercle de violences pour ces femmes, grâce à ces dispositifs. Merci beaucoup pour votre attention.

Applaudissements

Hélène BIDARD : Merci beaucoup pour ces présentations.

Vous l'avez compris, nous l'avons répété plusieurs fois depuis ce matin, c'est très important pour nous que tous les professionnel·les qui accompagnent les femmes victimes de violences à Paris puissent connaître ces trois Maisons des femmes, à savoir comment orienter, ce qu'il y a à l'intérieur pour amener les femmes vers ces lieux quand elles en ont besoin. D'où l'importance pour vous de connaître en retour le reste du réseau, car il faut aussi sortir des Maisons des femmes de l'AP-HP.

Merci pour les perspectives de travail que nous partageons pleinement, nous comprenons et partageons l'ensemble de vos problématiques.

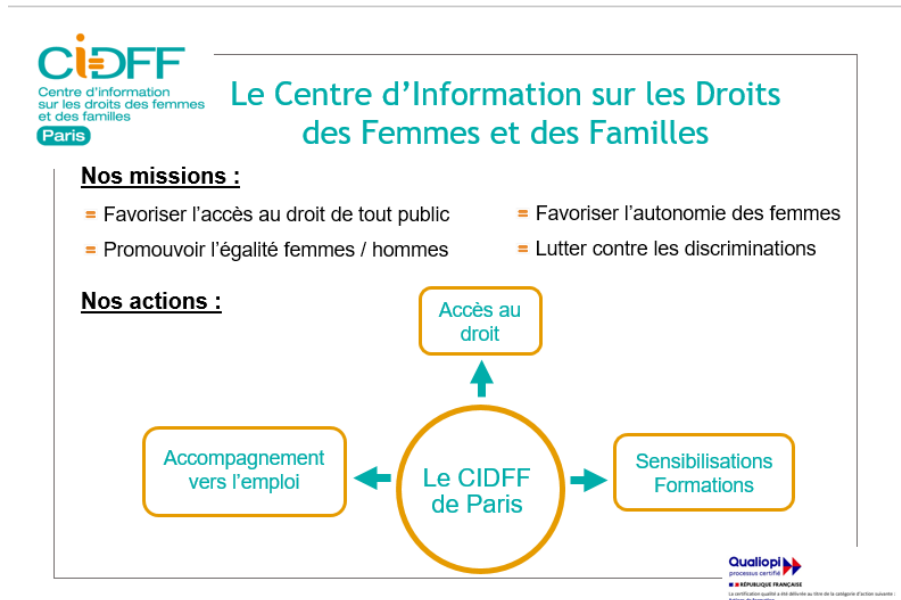
Je vais donner la parole à Olivia Tabaste, directrice du CIDFF de Paris qui vient faire des permanences dans les Maisons des femmes, mais aussi qui est membre dans les réseaux d'aide aux victimes dans les arrondissements. Je te laisse la parole.

Olivia TABASTE, directrice du CIDFF de Paris

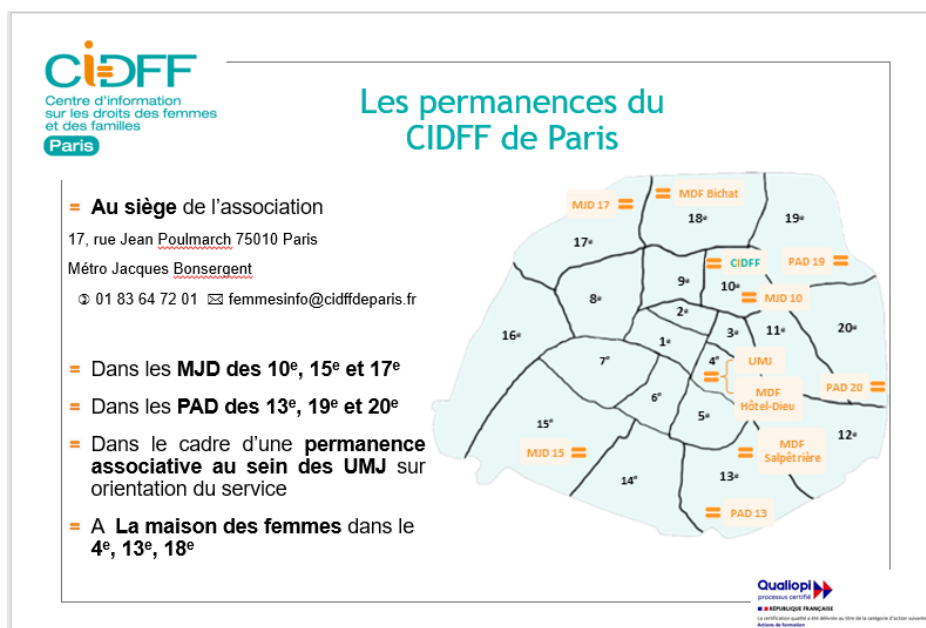
Merci, Hélène, bonjour à toutes et à tous. J'ai pour mission de réduire le retard que nous avons, je vais tenter de le faire. Je vais vous présenter très succinctement les missions du CIDFF de Paris, pour les personnes qui ne connaissent pas l'association, et je parlerai en particulier de l'importance de travailler en réseau, et notre manière de travailler dans les Maisons des femmes de l'AP-HP, notamment.

Nos missions, c'est l'accès au droit. C'est pourquoi nous faisons de l'accès au droit pour la connaissance juridique et promouvoir et favoriser l'autonomie des femmes. Nous faisons également la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et nous luttons contre les violences et les discriminations.

Nous avons trois modes d'action principaux, l'accès au droit par des permanences juridiques, la formation des professionnel·les, et l'accompagnement des femmes vers l'emploi, pour être autonomes.



Voilà une petite carte de Paris. Notre siège social se trouve dans le 10^e, mais nous avons une compétence départementale, et nous essayons d'être présents pour animer nos permanences juridiques chez des partenaires. Nous sommes présents dans le 17^e, 18^e, 19^e, 20^e, le 10^e, 13^e, le 15^e et le 4^e arrondissement. Nous sommes majoritairement présents dans les maisons de justice et du droit, les points d'accès aux droits.

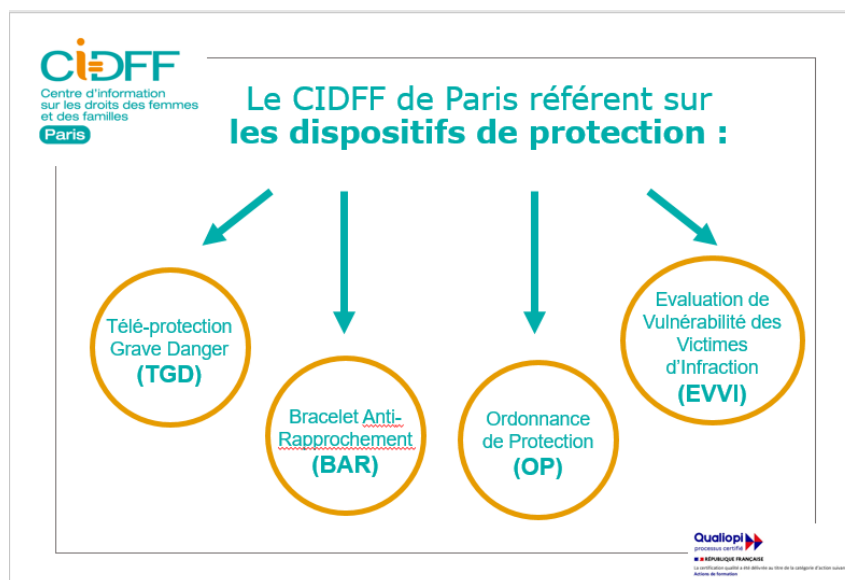


Les dispositifs de protection juridique à destination des victimes de violences au sein du couple ont été abordés ce matin et cet après-midi. Le CIDFF de Paris est référent de ce dispositif, et en lien avec la juridiction, que ce soit le siège ou le Parquet du tribunal judiciaire. Je cite quatre dispositifs dont trois sont de réels dispositifs de protection. Le dernier, qui se trouve complètement à droite, c'est un dispositif que l'on dit EVVI, évaluation de vulnérabilité des victimes. Il a pour objectif d'aider les magistrat-es à obtenir des éléments très concrets de vulnérabilité d'une victime de violences au sein du couple, après qu'elle ait rencontré chez nous une psychologue et une juriste, qui pourront également faire des préconisations en termes de dispositifs de protection.

Quant au dispositif de télé-protection grave danger. Nous sommes saisi-es majoritairement par la justice, mais par tous types de professionnel·les qui seraient concerné-es par une situation qu'ils ou elles estimeraient très grave, pour évaluer la faisabilité de la mise en place de ce téléphone d'alerte. C'est évidemment la procureur qui prend la décision de cette remise, et, parallèlement, une fois que la victime a ce matériel, nous travaillons avec elle à la mise en sécurité plus pérenne, à l'informer sur ses droits, entamer des procédures judiciaires et à l'orienter vers des professionnel·les adapté-es sur d'autres sujets.

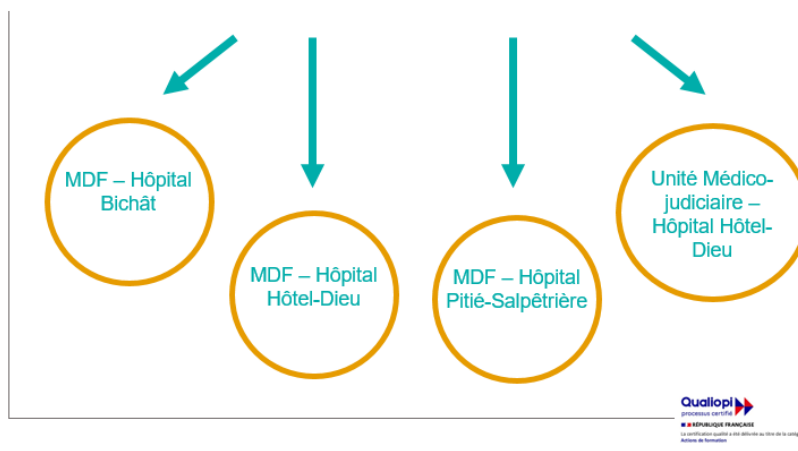
Il y a le bracelet anti-rapprochement, un dispositif de protection, mais qui est prononcé par un juge. Cela permet d'éviter que l'auteur et la victime ne puissent se rapprocher, car ils sont géolocalisés de manière permanente.

Le dernier dispositif de protection, c'est l'ordonnance de protection pour laquelle nous pouvons demander, a minima, une interdiction d'entrer en contact. Nous informons les victimes, nous les accompagnons pour faire cette demande.



Je vais passer au sujet qui nous rassemble tous et toutes aujourd'hui, c'est « le travailler ensemble », faire réseau. Avec l'ouverture de ces Maisons des femmes dans les hôpitaux, le CIDFF a travaillé de concert et s'est joint à cette pratique pour pouvoir travailler ensemble. Nous sommes présent-es dans trois hôpitaux à Bichât, à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié-Salpêtrière, mais à l'Hôtel-Dieu, dans deux dispositifs, celui de la Maison des femmes et celui de l'unité médico-judiciaire.

Le CIDFF de Paris dans les hôpitaux les permanences juridiques :



Que faisons-nous dans les Maisons des femmes ? Des permanences juridiques, l'idée étant que les victimes connaissent leurs droits et les moyens de les exercer, tant sur le côté civil que le côté pénal, puisque sortir des violences conjugales ne va pas sans travailler ces deux axes, quand il y a mariage, enfant, bien en commun, etc. Nous faisons beaucoup de pédagogie pour expliquer aux victimes la situation qu'elles vivent, les aider à comprendre, à déculpabiliser, leur expliquer le schéma des violences, le continuum des violences, le schéma de la violence, etc.

Puis, nous orientons, bien évidemment, si besoin, et point important, puisque nous sommes référents sur les dispositifs de protection que je vous ai présentés, nous évaluons le danger. En cas de danger avéré, nous allons alerter les autorités judiciaires.

Comment nous fonctionnons, avec les Maisons des femmes ? Nous sommes présents une journée complète par semaine. Le ou la juriste présente participe, si c'est le bon jour, aux réunions de staff, cela permet de travailler les situations de manière pluridisciplinaire et que chaque professionnel-le qui intervient auprès d'une patiente, car nous les appelons patientes là-bas, soit informé-e de ce que l'autre professionnel-le travaille pour qu'il n'y ait pas de redondance.

Vous avez utilisé le terme « *guichet unique* », et je préfère « *lieu unique* », je trouve cela mieux que « *guichet unique* », pour une prise en charge, finalement, globale, et cela évite à la victime de démultiplier les démarches.

En ce qui concerne notre présence à l'unité médico-judiciaire, l'objectif était le même, mais nous sommes moins dans une prise en charge globale. Une unité médico-judiciaire, c'est le lieu où se présente n'importe quelle victime d'infraction pénale, qui aurait eu un dommage corporel ou psychique, pour faire l'évaluation des ITT.

Une permanence associative est présente tous les jours, le CIDFF de Paris est présent deux demi-journées par semaine, l'idée étant que la victime ne se déplace pas et à l'UMJ, et après, prenne rendez-vous avec une association, mais juste avant ou après son rendez-vous à l'UMJ, elle puisse rencontrer une personne qui pourra l'informer sur ses droits, en général, en procédure pénale, mais dans le cadre des violences au sein du couple, cela peut être les droits civils.

Nous sommes présents deux demi-journées par semaine. Les objectifs sont tout à fait les mêmes que ceux que nous travaillons dans les Maisons des femmes, la seule différence, c'est que nous ne travaillons pas de manière pluridisciplinaire, et nous avons la possibilité de les suivre soit dans notre association, soit qu'elles reviennent sur nos permanences ou sur ce lieu.

Hélène BIDARD : La dernière intervenante de cette table ronde est Marianne Stanney qui est responsable des centres de planification et d'éducation familiale.

Marianne STANNEY, coordinatrice des centres de santé sexuelle planification familiale de Paris

Bonjour à toutes et à tous. Plus précisément, je suis la coordinatrice des centres de santé sexuelle planification familiale. Les centres de planification et d'éducation familiale ont changé de nom, à la suite de la loi de protection de l'enfance de février dernier, et sont devenus des centres de santé sexuelle.

Je vais vous présenter d'abord ce qu'est un centre de santé sexuelle, et nous allons parler plus particulièrement de notre travail autour des violences, vous aurez une carte qui vous montrera où se trouvent les centres, ceux de la Ville de Paris, les associatifs et les hospitaliers sur tout Paris.

Je vais vous présenter ce que nous faisons dans un centre de santé sexuelle. Un centre de santé sexuelle permet d'offrir une approche globale des problématiques de santé sexuelle.

Avec la création de la Direction de la santé publique, à Paris, Madame Bidard en a parlé ce matin, il y a eu la création d'un pôle santé sexuelle qui regroupe les ex-centres de planification familiale et les CEJID, qui sont les centres gratuits d'information, de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Un rappel, pour l'OMS, la santé sexuelle, c'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social, associé à la sexualité, qui implique les notions de respect de soi et des autres, de plaisir et de procréation. C'est une approche positive de la sexualité.

Pourquoi venir dans un centre de santé sexuelle ? Cela peut être pour le dépistage et le traitement des VIH et des infections sexuellement transmissibles, pour avoir des informations, des consultations de gynécologie, de contraception pour toute méthode, y compris contraception d'urgence, pour faire des demandes d'avortement, pour des entretiens individuels ou de couples, dans le cadre de difficultés sexuelles, relationnelles, pour la vaccination, les mises à jour des vaccins. Ce qui est important, nous faisons des animations collectives, non seulement en milieu scolaire, mais aussi dans des milieux associatifs, dans des foyers de l'aide sociale à l'enfance, dans les foyers de jeunes travailleur·ses, les centres d'hébergement. La liste n'est pas exhaustive.

Nous faisons aussi du repérage et prenons en charge les violences et les addictions, je vais y revenir après.

Qui pouvez-vous rencontrer dans ces établissements ? Il y a des médecins, des sage-femmes, des infirmiers et des infirmières, des professionnel·les de l'écoute, à savoir, psychologues, sexologues, conseiller·es conjugales-aux et familiales-aux, il y a aussi des assistant·es de service social et des secrétaires médico-sociales-aux qui jouent un rôle non négligeable de premier accueil, téléphonique et physique.

Dans ces centres, nous proposons un accueil inconditionnel, nous trouvons cela très important et nous le soulignons, quel que soit l'âge, mineur, majeur, le genre, l'orientation sexuelle, la couverture sociale et le lieu de résidence. Nous ne sommes pas sectorisés. Ce n'est pas uniquement pour le public parisien, c'est également pour des gens qui viennent nous voir, qui sont au minimum en banlieue parisienne.

Le travail que nous faisons, dans le cadre des violences, cela a été évoqué à plusieurs reprises ce matin, depuis déjà de nombreuses années, nous avons mis en place un repérage systématique. À chacun sa manière de poser la question, il n'y a pas une question type. Il faut que chacun trouve sa formule et qu'il soit à l'aise avec sa façon de poser la question. Ensuite, nous avons la possibilité, si une personne vient nous livrer certaines paroles, de lui proposer déjà une orientation en interne auprès des professionnel·les de l'écoute du centre, nous avons des référent·es violences qui peuvent être là pour aider s'il y a besoin pour les orientations.

Le réseau, bien sûr, est important, il est tout d'abord créé avec les professionnel·les de proximité, les associations, les Maisons des femmes, encore hier, merci Candie, qui est souvent d'une aide appréciable, je dois le dire. Nous sommes impliqué·es également dans les réseaux des arrondissements, en particulier les centres de planification qui sont plutôt dans le nord de Paris, 17^e, 18^e, 19^e arrondissements, et qui travaillent sur les violences de ces arrondissements.

Un aspect très important dans le travail, c'est d'avoir ces partenaires vers qui se tourner, en particulier quand vous êtes avec une personne qui a besoin d'être orientée, le fait qu'elle se rende compte que vous connaissez la personne vers qui vous l'orientez, cela va beaucoup aider pour la prise en charge par la suite.

Nous faisons de la prévention, en particulier lors des animations collectives, et des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Enfin, nous avons mis en place, depuis un an et demi au niveau des centres de planification, des séances de sensibilisation auprès des professionnel·les du service de protection maternelle et infantile, sur comment parler des violences ?

Ce matin, nous parlions des freins que certain·es professionnel·les de santé pouvaient avoir, car ils et elles ne savent pas quoi faire si quelqu'un vient leur dire : « *Oui, je suis victime de violence.* » Plutôt que l'on dise : « *Oui, je suis victime de violences* », on ne pose pas la question, comme ça, cela évite de se mettre en difficulté, d'où ces jours de sensibilisation que nous avons mis en place et qui, je pense, d'après les évaluations que nous avons faites par la suite et les retours que nous avons eus, aident. Beaucoup de professionnel·les ne posent pas la question, car ils ne savent pas quoi faire de la réponse, et ils pensent qu'ils doivent orienter la personne quelque part.

Nous avons mis en place des outils, des flyers et nous avons un service d'accès aux soins qui peut aider ces gens et nous mettons en place un certain nombre d'actions autour du 25 novembre. En ce moment, c'est un peu lourd au niveau du travail.

Pour information, j'ai pu recueillir quelques chiffres, pour 2021, en planification familiale sur les centres du 18^e et du 19^e arrondissement. Dans le 17^e arrondissement, le centre était fermé pour travaux, dans le public que nous avons reçu, il a été question de violences, quelle que soit la façon dont cela a été présenté, dans 40 % des cas. Dans les antécédents de violences que nous avons pu noter, il y avait 45 % de violences psychologiques, 33 % de femmes qui parlaient de violences physiques et 33 % de violences sexuelles.

J'ai pu noter environ 18 % pour les excisions, mais je mets ce chiffre avec un point d'interrogation. Je pense que pour beaucoup de femmes, lorsqu'on leur demande si elles ont été victimes de violences,

Vous avez parlé des Centres de Santé Sexuelle. Le premier que nous avons créé est celui de l'Hôtel-Dieu où nous avons réuni à la fois un centre de planification et un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), pour regrouper sur un même lieu tout ce qui relève de la sexualité, pas seulement les violences, pas seulement la question de la planification familiale, mais toutes les questions liées à la sexualité. C'est un vrai tournant. Ce centre est lié, à côté, à un service d'accueil de femmes à la rue, ayant des problèmes de précarité, enceintes et qui doivent être suivies. Certaines d'entre elles sont en grande errance, souvent victimes de violences de rue, de harcèlement sexuel et de problématiques lourdes souvent prises en charge trop tardivement.

Comme vous le savez, je suis adjointe à la santé de Paris, mais également vice-présidente du Conseil de surveillance de l'AP-HP, et c'est dans ce double cadre, qu'avec Anne Hidalgo nous continuons de suivre attentivement la question des violences gynécologiques et obstétricales. Cette question, nous avons notamment souhaité la travailler en Conseil de surveillance pour que les pratiques changent. Vous êtes certainement au courant, voire vous avez participé à des mobilisations au sujet du service de Tenon, où le professeur Daraï exerçait comme chef de service de gynécologie. Il y est également praticien et depuis huit ans, il y avait des dépositions à l'Ordre des médecins de la part de femmes qui faisaient l'objet de violences dans le cadre d'examen que ce Monsieur pratiquait. Cela n'a donné suite à rien pendant des années. Donc il ne s'est rien passé, jusqu'à la publication d'un article de journal, révélant ces violences. Malgré ces révélations, on peut déplorer que Monsieur Daraï soit toujours praticien hospitalier, et qu'il continue de faire des examens gynécologiques. Ce contre quoi, avec Anne Hidalgo, à chaque Conseil de surveillance, nous répétons notre position, à ce jour sans succès. Néanmoins, nous avons réussi à faire quelque chose d'important à mon sens avec l'AP-HP; à savoir mettre en place une commission d'enquête au sein même de l'AP-HP pour voir quelles pratiques étaient menées chez les praticien-nes auprès des patient.es, dans l'objectif d'identifier les pratiques problématiques, de réaliser une charte de bonne conduite et de renouveler la manière d'exercer.

Les conclusions du rapport montrent une absence du respect des obligations du praticien liées à l'information et au consentement des patient.es.

La charte écrite à la suite de ce rapport s'applique aux praticien-nes, mais ce qui est très intéressant, c'est que c'est d'abord une déclaration, « *Nous, praticien-nes, gynécologues, nous nous engageons à* ». Elle rappelle le besoin de demande de consentement, propose une méthode pour rechercher et confirmer ce consentement au fur et à mesure de l'examen, car en effet, nous ne sommes pas obligé-es de continuer un examen s'il est douloureux. Cela engage les praticiennes et praticiens aussi à communiquer des informations préalablement, donc de donner un document aux patientes qui sont là.

Comme cela a été dit à la fin du conseil de surveillance - le premier où nous avons pu parler de tout cela - c'était le fait que cela dépassait largement le domaine gynécologique et obstétrical, c'était une pratique aussi médicale de ne pas demander, ne pas penser au consentement. En tout cas, nous avons déjà gagné ce premier terrain, et ce serait important que cette charte soit aussi diffusée en ville : c'est ce à quoi nous sommes en train de travailler, qu'elle soit diffusée auprès des médecins généralistes, dans les salles d'attente, aussi donnée aux femmes dans tout le circuit des centres de santé et de la médecine de ville.

Dernier point, car après je vais vous redonner la parole, mais pour moi, ce sont des choses très importantes. Nous avons estimé absolument nécessaire d'ouvrir nos consultations de psycho-trauma, initialement axées exclusivement sur les victimes d'attentats, aux femmes victimes de violences et de renforcer les équipes avec des psychologues spécialisé-es, dans nos centres de santé et nos centres

médico-sociaux. Pour information, en 2023 deux psychologues interviendront dans trois centres de santé, au nord et au sud de Paris, en partenariat avec le centre psycho traumatologie de l'Hôpital Tenon.

Nous sommes en train de préparer, avec l'AP-HP, mais aussi avec Marie-Christine Lemardeley, adjointe aux questions d'enseignement supérieur et de formation supérieure, de travailler sur le futur institut Tarnier pour la santé des femmes : ce devrait être un lieu de ressources pour la santé des femmes, au sein duquel la lutte contre les violences aura évidemment toute sa place en termes de formation et de sensibilisation.

Applaudissements

TABLE RONDE N°3 – DEUXIEME PARTIE - MOBILISER LES ACTEUR·RICES : LE PARCOURS MEDICO-JUDICIAIRE

Hélène BIDARD : Merci beaucoup. Nous allons continuer tout de suite. C'est Amandine Bineau qui va animer la prochaine table ronde, nous allons encore avoir des actrices et des acteurs de terrain qui vont nous parler de leur mobilisation autour des parcours médico-judiciaires.

Le parcours judiciaire des victimes, le recueil des preuves, quelles améliorations, avec Valérie Cadignan qui est première vice-procureure de Paris, cheffe de section de l'action publique territoriale au Parquet section P20, elle arrive.

La prise de plainte en milieu médical, avec Justine Garaudel qui est conseillère justice au cabinet de préfet de police de Paris, qui nous rejoint aussi.

La prise en charge dans les examens médico-légaux, l'orientation vers les services adaptés avec Céline Déguette et Charlotte Gorgiard qui sont des médecins légistes aux unités médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu.

Puis la prise en charge des enfants co-victimes. Nous avons à Paris un protocole qui s'appelle le protocole Féminicide, avec l'hôpital Trousseau, c'est Gilbert Vila, qui est médecin référent pour ce protocole. Il s'agit, lorsqu'il y a un féminicide ou une tentative, à Paris, de prendre en charge les enfants des femmes victimes de féminicide, de les hospitaliser et de les faire suivre à l'hôpital Trousseau.

Amandine BINEAU : Comme l'a présenté Hélène, nous allons poursuivre cette table ronde numéro 3, « mobiliser les acteurs et les actrices avec le parcours médico-judiciaire », qui va nous permettre de mieux comprendre les différentes étapes rencontrées par les victimes qui ont subi des violences, allant du dépôt de plainte à l'accompagnement des victimes et à la prise en charge des enfants.

Pour commencer cette table ronde, nous avons le plaisir d'accueillir Madame Cadignan, première vice-procureure de Paris, cheffe de section de l'action publique territoriale section P20, qui va nous parler du parcours médico-judiciaire des victimes, le recueil des preuves et quelles améliorations sont possibles.

Valérie CADIGNAN, première vice-procureure de Paris, cheffe de section de l'action publique territoriale section P20

Je vous remercie. Bonjour à tous et à toutes. J'interviens dans cette table ronde qui parle du parcours médico-judiciaire et je note que l'intitulé du sujet qui m'a été proposé (« Le parcours médico-judiciaire des victimes, le recueil des preuves, quelles améliorations ? ») parle de « parcours » et pose une question, et je suis presque la seule intervenante à qui il est demandé de proposer des améliorations : cela prouve les attentes vis-à-vis de l'institution judiciaire et le chemin à parcourir vis-à-vis de cette thématique.

Cela a été dit, je suis magistrate, je suis à la tête d'une section comprenant 19 magistrat-es qui s'occupent de l'action publique territoriale, nous gérons les infractions, signalements qui concernent les atteintes aux biens et les atteintes aux personnes, principalement. Dans ce cadre, nous devons traiter toutes les procédures de viols, d'agressions sexuelles, entre autres infractions. Lorsque nous parlons de violences faites aux femmes, il faut penser aux violences volontaires, au harcèlement, qu'il soit moral ou sexuel, aux atteintes à l'intimité, car il y a de plus en plus d'infractions qui consistent à prendre des vidéos, des photos des victimes, dans des positions qui portent atteinte à leur intimité, et à diffuser ces photos ou à menacer de le faire (« revenge porn »). Il y a donc toutes ces atteintes à l'intimité et ce qui relève de l'administration de substances nuisibles, avec des victimes qui sont droguées, dont on abuse à leur insu. Ce sont des violences faites aux femmes et cela est traité chez nous.

Lorsque nous parlons de parcours, en soi, la formule est assez elliptique, car nous entendons souvent derrière « *parcours du combattant* ». C'est tellement vrai que tant les magistrat-es que les policier-es savent à quel point chaque étape de cette procédure judiciaire peut être l'occasion, le mot est mal choisi, mais il y a un risque de perte en ligne que la victime abandonne et se décourage sur ce chemin du combattant.

Il m'est demandé de m'exprimer sur le parcours médico-judiciaire. C'est vrai que médecins et magistrat-es ont l'habitude de travailler ensemble depuis très longtemps, parce que le rôle du procureur-e, qu'il faut voir comme une chef-fe de gare qui reçoit un nombre considérable de signalements, est d'orienter le signalement et de parvenir à une réponse, une réponse pénale, qu'elle soit positive, si l'on considère qu'un déferrement ou une citation devant un tribunal est positif, ou à des décisions qui sont parfois très difficiles à faire comprendre à la victime mais qui sont toujours « motivées ». Des décisions de classement sans suite, par exemple.

Quelle que soit la décision qui sera prise par la procureure, elle doit caractériser, vérifier si les éléments constitutifs des infractions qu'elle doit traiter sont rassemblés. Une des premières choses à faire en présence d'une femme victime de violences conjugales - et je parle de femmes, mais des hommes peuvent également être victimes - c'est de déterminer une ITT, une incapacité totale de travail. Elle est indispensable, car elle permet de qualifier l'infraction. La loi distingue pour beaucoup de qualifications, selon qu'il n'y a pas d'ITT, une ITT inférieure ou égale à huit jours, ou une ITT supérieure à huit jours. C'est tellement important que les peines prévues par le code pénal dépendent de cette ITT. Pour des violences aggravées par la circonstance de conjugalité, sans ITT, la loi prévoit une peine maximale de trois ans, avec une ITT supérieure à huit jours, nous passons à cinq ans et lorsque nous sommes dans le cadre de violences habituelles, nous sommes sur une peine de 10 ans d'emprisonnement encouru.

La première difficulté pour la victime, lorsque les faits viennent de se produire (en flagrance) est de lui imposer un acte qui peut être perçu comme très douloureux par elle : alors même qu'elle vient de se

faire agresser, l'institution judiciaire lui demandera de ne pas se laver, à des fins de preuve, de garder les sous-vêtements ou les vêtements qu'elle avait, et de les remettre à des enquêteur·rices, de prendre des photos de ses blessures, etc. En tout cas, il faut, quand on est « à chaud », rassembler le maximum de preuves, pour pouvoir élucider l'affaire et parvenir à la manifestation de la vérité. C'est la première des difficultés.

Bien sûr, je l'ai dit, c'est un acte qui est extrêmement difficile, et la victime **devra** accepter d'être examinée par les UMJ, mais les médecins présent·es en parleront mieux que moi. Mais avant, dans ce parcours qui commence (la commissaire Mme Garaudel va en parler aussi) est prévu un accompagnement au niveau des commissariats grâce aux intervenants et intervenantes sociaux de commissariats qui sont là aussi pour accompagner la victime. Toutes ces premières investigations qu'il faut faire à chaud sont difficiles, il faut ménager l'équilibre entre les nécessités de l'enquête pénale et la protection, l'accompagnement de la victime dans tout cela.

Ce ne sera pas le seul examen que la victime devra subir tout au long de la procédure. Parfois, elle va subir une expertise psychologique. Lorsque nous demandons à une victime d'aller voir un psychologue, lorsque l'on requiert un psychologue pour l'examiner, cela ne veut pas dire qu'on ne la croit pas. Nous avons des victimes qui ont des profils très diversifiés, nous pouvons être victime et avoir une histoire, un parcours de vie très difficile, non pas qui explique l'agression, ce n'est pas ce que je veux dire, mais il est important de savoir à qui nous avons affaire pour mieux comprendre la psychologie de la victime. Examen psychologique, psychiatrique, parfois. Si nous avons un majeur protégé, nous devons savoir si nous avons affaire à quelqu'un de vulnérable, car cela peut être une circonstance aggravante.

Parfois, lorsqu'un·e juge d'instruction est désigné·e, ce qui arrive très souvent en matière de tentative d'homicide volontaire, par exemple, ou de manière systématique en cas de viol, une nouvelle expertise sera demandée par le juge d'instruction. Cette victime subira plusieurs examens et l'examen ultime sera celui des assises, en cas d'affaire criminelle, un viol, une tentative d'homicide, à titre d'exemples. Lors du procès, les expert·es comparaissent, les médecins légistes et les expert·es psychiatriques comparaissent également, pour répondre aux questions, en présence de la victime, tout comme celle-ci qui peut être amenée à (ré-)expliquer, à la cour, les circonstances et les faits commis à son encontre.

Il s'agit d'un parcours. Dans ce parcours médico-judiciaire, je vous rassure, je termine, car je sais que nous sommes nombreux, il y a la prise de plaintes dont nous allons vous parler. Lorsque vous êtes victime d'une infraction, vous, vous ne vous dites pas : « Je vais peut-être aller au service territorialement compétent de tel endroit. ». Si vous vous faites agresser ou violer à tel endroit, vous allez là où il y a de la lumière, le plus souvent, ce sont les commissariats qui restent ouverts, avec les urgences, en dernier. Vous vous présentez, et un policier recueillera votre témoignage, qui ne sera pas votre dernière audition, car les enquêtes vont être reprises assez souvent par des services plus spécialisés que sont les DPJ, les districts de police judiciaire, pour traiter les faits de viol. Il s'agit d'un parcours.

À la question des améliorations qui m'est posée, je ne saurais répondre en cinq secondes, mais il y a des dispositifs pour accompagner les victimes que les parquets connaissent parfaitement et qu'ils utilisent énormément. Le recours, comme cela a été dit, au CIDFF, qui fait des évaluations du danger, qui nous permettent de savoir s'il faut délivrer un téléphone Grave danger, ou s'il faut mettre en place un BAR, un dispositif anti-rapprochement pour les conjoints auteurs de victimes conjugales. L'avocat·e est également là pour accompagner son client victime. Tout un tas de dispositifs de prise en charge qui sont connus et utilisés régulièrement par le Parquet.

Le dernier point que je voudrais souligner, même si mon sujet porte sur le parcours médico-judiciaire, je ne peux m'empêcher d'introduire la dimension, car je suis aussi devant un public fortement

intéressé par cette question, la dimension sociale du parcours, de l'accompagnement nécessaire, car la justice, comme la police, se heurtent souvent à une difficulté très forte qui est celle de la mise à l'abri des victimes, car il est tout à fait légitime que les victimes veuillent s'extraire au plus vite de l'endroit où elles ont subi des violences, qu'elles ne supportent plus de rester sur place, et en plus, quand il y a des enfants, cela est encore plus compliqué, de savoir comment mettre ces victimes à l'abri.

Je ne vais pas être plus longue, je vous remercie de votre attention.

Applaudissements

M^{me} BINEAU : Merci, Madame Cadignan, pour cette intervention qui nous permet d'avoir un éclairage sur le parcours de la victime au niveau de la justice.

Nous allons laisser la parole à Justine Garaudel, conseillère justice au cabinet du préfet de police de Paris, qui va nous parler de la prise de plaintes en milieu médical et des différents dispositifs que les victimes peuvent solliciter, si elles en ont besoin.

Justine GARAUDEL, conseillère justice au cabinet du Préfet de police

Bonjour à tous et à toutes,

En propos introductifs, je tiens à rappeler que les services de police, notamment à la suite du Grenelle contre les violences conjugales s'étant tenu de septembre à novembre 2019, ont considérablement amélioré les conditions d'accueil et de prise en charge des victimes de violences conjugales.

C'est un contentieux sensible et prioritaire, qui fait l'objet d'un traitement par des policiers-es spécifiquement formé-es au sein des commissariats et des directions spécialisées. Je suis ici pour vous parler d'un sujet très spécifique : la prise de plainte de la victime en milieu médical.

Je vais vous parler d'abord de la convention, signée à la fois avec l'hôpital Tenon, à Paris XX et l'hôpital Saint-Antoine à Paris XII, qui permet de recueillir les plaintes de victimes de violences conjugales directement à l'hôpital. Un-e professionnel-le de santé qui prend en charge une femme victime de violences conjugales au service des urgences et qui souhaite déposer plainte appelle le commissariat local. Des fonctionnaires de police se rendent ensuite sur place (après avoir fixé une heure de rendez-vous) pour prendre sa plainte directement sur site.

Cela permet à la victime de révéler les faits rapidement après en avoir exprimé la volonté au sein d'un lieu de soins. Comme vous le savez, il est important de prendre en compte ces situations car les victimes peuvent vouloir parler à un moment donné et, peu de temps après, ne plus vouloir du tout, surtout en début de parcours. Cela permet aux services de police d'ouvrir tout de suite une procédure judiciaire avant même que la victime ne soit sortie de l'hôpital - si son état nécessite une hospitalisation.

C'est un dispositif qui fonctionne puisqu'au sein des urgences de l'hôpital Saint-Antoine, 19 plaintes ont été comptabilisées depuis janvier 2021 et à Tenon 10 prises de contact ont été réalisées.

Dans le but d'améliorer davantage les conditions relatives à la prise de plainte et d'élargir les possibilités d'accueil favorisant la libération de la parole des victimes, **une ligne téléphonique exclusivement dédiée à tous les professionnel·les de santé a été mise en place au sein de la préfecture de Police en 2021.**

Des fonctionnaires de police, formé·es et sensibilisé·es à cette thématique, sont disponibles 24 h/24 et 7 j/7 pour répondre aux appels émanant de cette ligne dédiée.

Lorsqu'un·e professionnel·le de santé est en présence d'une victime de violences conjugales désireuse de porter plainte, il et elle est prié·e d'appeler afin d'organiser sa prise en charge pour son dépôt de plainte. Ce dispositif s'adresse à tous les services hospitaliers sans distinction.

Au cours de l'appel avec le ou la policier·e de la salle d'information et de commandement de la DSPAP, une évaluation de l'urgence permet d'orienter vers la prise en charge la plus appropriée à la situation : déplacement de policier·es sur place pour une prise de plainte *in situ* ou prise d'un rendez-vous prioritaire dans le commissariat de son choix via l'application « police rendez-vous » sur laquelle la victime sera guidée lors du contact téléphonique.

Le déploiement de ce dispositif vise à faciliter le dépôt de plainte pour les femmes victimes de violences se présentant en milieu hospitalier et à accroître leur prise en charge de manière individualisée et privilégiée afin qu'elles puissent sortir de leur silence et briser le cycle de la violence.

En outre, **une permanence d'accueil et de prise de plainte de femmes victimes de violences est assurée par un·e policier·e spécialement formé·e en la matière, à hauteur d'une demi-journée par semaine, au sein des trois Maisons des femmes parisiennes que sont celles de Bichat, de la Pitié-Salpêtrière et de l'Hôtel-Dieu.** À la fin de chaque permanence, les plaintes sont récupérées par le ou la fonctionnaire ayant assuré la permanence et déposées au commissariat local pour traitement.

Enfin, je conclus en vous parlant d'un dispositif plus large, qui existe dans les 13^e et 14^e arrondissements de Paris, permettant de **recueillir les plaintes de victimes de violences conjugales dans un lieu tiers de leur choix** sous réserve qu'il permette de garantir la sécurité de la victime et la confidentialité des échanges (par exemple, leur domicile ou celui d'un proche, des locaux associatifs ou municipaux, une structure de soins, le cabinet de leur avocat...). Les fonctionnaires de police se déplacent et la plainte est prise directement là où la victime le souhaite.

Applaudissements

Amandine BINEAU : Merci, Madame Garaudel pour cette intervention très complète qui nous montre que différents dispositifs existent à Paris pour accompagner et aider les victimes de violence.

Nous allons passer la parole à Céline Deguette et Charlotte Gorgiard, qui sont médecins légistes à l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu, pour nous parler de la première prise en charge, les examens médico-légaux et l'orientation vers les services adaptés. Je vous laisse la parole.

Charlotte GORGIARD, médecin légiste et chef·fe de service de l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu (AP-HP).

Je vous remercie de cette invitation, je suis le docteur Charlotte Gorgiard, médecin légiste et chef·fe de service de l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu. Je vais aborder dans mon propos l'objectif de l'examen à l'unité médico-judiciaire et le parcours d'orientation des femmes à l'issue de leur passage à l'unité médico-judiciaire.

Je suis accompagnée de ma collègue, le docteur Céline Deguette, qui est référente de l'activité, en lien avec l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) concernant les examens des petites filles en vue de la rédaction de certificats de non-excision, nous n'allons pas aborder cela dans notre présentation, mais je tenais à le souligner.

L'unité médico-judiciaire est un service hospitalier localisé sur le parvis de Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu, spécialisé dans la prise en charge des victimes. Nous examinons environ 15 000 victimes par an, plus de 10 % de victimes de violences conjugales, avec une grande prédominance de victimes de sexe féminin. Nous examinons les victimes uniquement sur réquisition judiciaire. Nous sommes une unité qui intervient en second plan. Nous ne sommes pas des médecins qui intervenons dans le dépistage. J'allais dire que c'est presque plus facile d'intervenir à notre place, puisque le diagnostic des violences est déjà fait. Nous examinons les femmes qui sont déjà dans une procédure judiciaire.

L'examen se fait uniquement sur réquisition et uniquement sur rendez-vous. Bien sûr, il y a des rendez-vous en urgence qui nous permettent d'examiner le plus rapidement possible les personnes dans le cadre des violences de nature sexuelle, par exemple, ou d'être le plus possible dans le temps judiciaire, qui est court, quand l'auteur des violences est en garde à vue, par exemple.

Nous examinons les victimes, toujours avec leur consentement et je précise que nous ne sommes pas un lieu de soins, dans le sens où ne nous pouvons pas faire de prise en charge de blessures graves. Lorsqu'il y a des lésions, je vous encourage à orienter vers un service d'urgence. L'urgence, c'est le soin. Un constat peut arriver après le soin et nous pouvons nous appuyer sur les certificats qui sont rédigés par nos collègues urgentistes ou généralistes.

Je vais faire un focus sur la façon dont nous examinons les personnes. L'examen des victimes commence toujours par un entretien. L'entretien médical est très important dans les situations de violences conjugales, car nous savons qu'en général, les lésions physiques vont être peu importantes, mais c'est tout le dialogue, le discours et l'entretien avec les femmes qui va permettre d'évaluer la gravité des violences.

L'entretien permet d'aborder les faits de violence à l'origine de la plainte, mais il permet également d'aborder l'ensemble des violences, l'ensemble du parcours des violences de la victime, à la fois les violences psychologiques, sexuelles etc., dont elles parlent très peu pendant les dépôts de plainte.

Nous posons systématiquement la question des violences sexuelles durant l'entretien, nous posons la question systématiquement des violences sur les enfants. Ensuite, vient le temps de l'examen, un examen médical qui est centré sur les faits de violence récents, mais qui est là aussi pour dépister des lésions de faits de violence anciens. Nous faisons toujours l'examen en plusieurs temps, pour que la victime ne soit pas dénudée en un seul temps, dans le cabinet médical : d'abord des parties supérieures du corps, avant de les recouvrir, puis l'examen des parties inférieures du corps et nous nous intéressons à toutes les zones cachées, les zones auxquelles les médecins, parfois, ne font pas toujours attention, ce sont les faces internes des bras, le cou, les oreilles, toutes ces zones qui sont empoignées au moment des faits de violence et qui peuvent être parfois le siège de lésions.

Un petit rappel sur l'examen physique. On s'attend à ce qu'il y ait beaucoup de blessures, j'espère ne rien vous apprendre en vous disant que l'examen est, dans la plupart du temps, normal. C'est-à-dire que les violences ne laissent pas toujours de « traces ». Quand il y a des traces, elles peuvent partir relativement vite. Nous pouvons nous retrouver avec un examen physique strictement normal. Je parlerai aussi de l'examen gynécologique qui peut être strictement normal après une agression et qui, évidemment, ne doit en aucun cas remettre en question les révélations de faits de violences par la victime.

Concernant les faits de violence sexuelle, nous examinons des victimes après des faits de violences sexuelles qui peuvent être soit récents, soit anciens. Nous réalisons l'examen gynécologique, les prélèvements à la demande de la justice, mais nous faisons aussi les prélèvements sérologiques dans le service. Nous avons pris le parti de continuer à suivre les victimes après leur premier passage à l'UMJ,

pour éviter de les orienter dans des centres d'infectiologie, ce qui permet lors des consultations de suivi d'évaluer aussi sur le plan psychologique comment elles vont et de pouvoir leur proposer une prise en charge à l'issue de leur passage à l'UMJ.

Je parlerai de l'incapacité totale de travail, une notion extrêmement importante pour les magistrat-es, et pourtant tellement difficile à évaluer dans le cadre des violences conjugales, que cela nécessite que nous nous y intéressions de plus près. C'est une notion judiciaire qui évalue la gêne fonctionnelle dans les actes de la vie courante à la suite d'une agression. Ce n'est en aucun cas une évaluation de la gravité des violences, mais c'est une évaluation de la gêne fonctionnelle. Comme je vous le disais, nous pouvons avoir des agressions sans lésions, nous pouvons avoir des tentatives d'agression à l'arme blanche sans aucune lésion et nous, nous sommes bien en difficulté pour évaluer l'ITT dans ce cadre, car nous sommes sur l'absence de gêne fonctionnelle sur le physique et, pourtant, des agressions extrêmement sévères.

L'ITT est non seulement physique, mais elle est aussi psychologique. Nous avons la chance dans le service de pouvoir nous appuyer sur des médecins psychiatres qui évaluent l'ITT sur le plan psychologique, avec une évaluation du retentissement global qui se fait en deux temps différents : le médecin légiste évalue le retentissement sur le plan physique et le médecin psychiatre évalue le retentissement sur le plan psychologique. C'est l'évaluation sur le plan psychologique qui sera, à mon sens, la plus pertinente, dans le cadre de l'évaluation de la gêne fonctionnelle à la suite de violences conjugales

Ce qui est également important à retenir, c'est que dans le cadre de violences par le conjoint, quelle que soit la gravité et le nombre de jours d'ITT, les faits sont délictuels du fait du lien entre l'auteur et la victime, même lorsque l'ITT est de zéro jour.

À l'issue de notre prise en charge à l'UMJ, nous avons la chance de pouvoir nous appuyer sur un réseau d'orientation que nous essayons d'enrichir continuellement. La première orientation concerne la prise en charge psychologique.

Je ne reviendrai pas sur toutes les conséquences sur le plan psychologique que peuvent avoir les violences au sein du couple et l'importance de les prendre en charge, d'une part, pour que les femmes reprennent l'estime d'elles-mêmes et éviter de retourner dans les mailles du conjoint violent. Nous orientons principalement les victimes vers l'association Paris aide aux victimes avec laquelle l'UMJ est partenaire depuis de nombreuses années, et vers le Centre régional du psychotrauma. Nous avons également la chance d'avoir dans le service une psychologue spécifiquement formée à la prise en charge du psychotrauma, Madame Marianne Sanchez qui fait un travail formidable auprès des victimes de violences et qui est en cours de finalisation de sa thèse sur les violences sexuelles conjugales, et je vous invite à venir écouter ses travaux demain après-midi à l'Hôtel-Dieu.

La deuxième orientation très importante, c'est tout ce que nous pouvons proposer en termes d'aide juridique pour les victimes de violences. Nous nous appuyons sur une permanence associative, nous avons parlé du CDIFF au sein de l'UMJ, du collectif Féministes contre le viol et du Mouvement du planning familial qui nous aide à pouvoir aiguiller et orienter le mieux possible les femmes à l'issue de leur passage à l'UMJ.

Troisième pilier de notre réseau, à l'issue du passage à l'UMJ, ce sont les Maisons des femmes. Nous avons la chance d'avoir sur le site de l'Hôtel-Dieu la Maison des femmes AP-HP Hôtel-Dieu, mais nous orientons aussi vers les autres Maisons des femmes pour essayer de prendre en charge de manière globale et multidisciplinaire toutes les femmes victimes de violences conjugales.

Enfin, cela a déjà été souligné ce matin, mais je me permets de rappeler l'importance de prendre en charge les enfants. Ce sont des victimes, même s'ils sont parfois des victimes dites « indirectes », ce sont des victimes réelles quand ils sont exposés aux violences quotidiennement, aux violences de leur père sur leur mère, même s'ils ne sont pas présents et témoins directs, ils ont une notion de ces violences. Les conséquences sont extrêmement sévères sur ces enfants et il faut absolument les prendre en charge. Nous cherchons à développer les réseaux avec les unités d'accueil pédiatrique Enfants en danger, pour pouvoir prendre en charge tous-tes les mineur-es exposé-es aux violences conjugales et aux violences intrafamiliales de façon générale.

En conclusion, je me permettrai de rappeler que l'importance, c'est le soin en premier et que, si une femme ne souhaite pas déposer plainte, dans tous les cas, il faut lui conseiller de voir un-e professionnel-le de santé pour qu'il puisse rédiger un certificat médical initial, même s'il n'y a pas de blessures visibles, prendre en compte sa parole, le mentionner sur le certificat, car cela sera toujours utile dans le cas d'une procédure judiciaire, surtout si elle intervient plusieurs mois ou plusieurs années après les faits de violences, et cela permet au médecin légiste lorsqu'il examine une victime de pouvoir s'appuyer sur un certificat, de pouvoir évaluer l'ITT, de pouvoir orienter la victime le mieux possible à l'issue de son passage à l'UMJ. Je vous remercie de votre attention.

Applaudissements

Amandine BINEAU : Merci beaucoup pour cette intervention qui permet de mieux comprendre le fonctionnement de l'unité médico-judiciaire.

Nous allons donner tout de suite la parole à Gilbert Vila, médecin référent du protocole Féminicide de l'hôpital Trousseau, car dans les situations de violences conjugales, les enfants peuvent être concernés. Je vous laisse la parole, Monsieur Vila.

Gilbert VILA, médecin référent du protocole féminicide à l'hôpital Trousseau (Centre de Victimologie pour Mineur-es)

Merci. C'est un plaisir d'intervenir après l'UMJ de l'Hôtel-Dieu, car je sais qu'elle a toujours été particulièrement attentive aux enfants, et il y a un protocole d'examen très rigoureux et respectueux envers les enfants.

J'ajouterai que l'UMJ pédiatrique est née à Trousseau, sur mes terres, et nous avons longtemps collaboré directement.

Je vais vous parler d'un cas extrême, je vais vous donner un exemple qui est particulièrement éclairant en termes de travail et de dispositif en réseau. Le Centre de Victimologie pour Mineurs (CVM) est un centre hospitalier à Trousseau entièrement dédié au traitement de l'enfant victime, il fait partie du centre régional de psychotrauma, CRP, Paris Centre et sud, à l'intérieur du réseau national du psychotrauma. Une bonne partie de tout cela est à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris qui s'est particulièrement mise en avant pour aider les victimes et les traiter.

Nous pourrions penser que Paris bénéficie de conditions favorables, mais à Paris, en 2017, il y a eu quatre femmes tuées par leur conjoint et, en 2018, il y en a eu trois, deux féminicides en 2019 ainsi qu'en 2020 ; de plus nous avons constaté que les adultes ne sont pas les seules victimes de ces violences, comme cela vient d'être dit, 21 enfants ont été tués aussi en 2018, et sur les 100 premières

victimes de féminicides, sur une année en France, au moins 115 enfants ont perdu l'un de leurs parents, leur mère, pour la plupart, dans un crime sur conjoint, et au moins 37 ont été témoins des faits.

L'année 2018, marquée par un pic, a attiré l'attention et a mobilisé au niveau national et parisien. L'expérience du CVM de recevoir des enfants confrontés à des faits divers violents, et des relations régulières et anciennes du CVM et de la pédiatrie à Trousseau avec le Parquet des mineur-es, la Brigade de protection des mineur-es et la CRIP ont fait se tourner vers nous.

Le protocole parisien a été établi à partir d'une casuistique des faits violents, similaires, suivis au CVM les années précédentes. Il s'est dégagé la volonté de soins précoces et d'un parcours cohérent, réunissant les divers.es intervenant-es.

Une convention a été signée en 2018, entre le procureur de la République de Paris, le Président du tribunal de grande instance de Paris, la Maire de Paris, le Directeur général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, l'AP-HP.

L'objectif est d'encadrer la prise en charge du ou de ma mineur-e afin de garantir la meilleure articulation possible des différent-es acteur-rices de la protection de l'enfance dans l'intérêt du ou des mineur-es. Le champ d'application est quand un enfant ou une fratrie a été confronté à la mort violente de l'un de ses parents, occasionnée par l'autre, selon les qualifications pénales suivantes : meurtre par conjoint, assassinat, violence volontaire ayant entraîné la mort sans intention de la donner, ou tentative des infractions précitées.

Les modalités impliquent fortement le Parquet. Le magistrat de permanence criminelle de la section P12 du Parquet de Paris assure la direction de l'enquête pénale. Le magistrat de permanence au Parquet des mineur-es est informé de la présence d'enfants mineur-es au domicile et sera le magistrat référent de la situation du mineur-e, pendant toute la durée de l'enquête pénale, et de l'évaluation, au titre de la protection de l'enfance.

Le ou la magistrat-e référent-e du Parquet des mineur-es assure le lien avec le service d'enquête saisi, l'Hôpital Trousseau, la CRIP75 et le Président du tribunal pour enfants. Il s'assure des conditions dans lesquelles l'audition filmée du ou de la mineur-e est envisagée, si besoin avec le concours de la brigade de protection des mineur-es. Il apprécie l'opportunité d'ordonner immédiatement le placement provisoire de l'enfant. Il saisit la CRIP de Paris d'une évaluation urgente de la situation du mineur-e.

La CRIP désigne un binôme de professionnel-les de l'aide sociale à l'enfance, l'ASE, et du service social scolaire. Le binôme nommé, avec leur cadre, détermine notamment l'identité des personnes ressources dans l'entourage du mineur-e, la capacité des personnes ressources à accueillir, au moins temporairement, le ou la mineur-e. L'objectif est de préserver le plus possible une stabilité. Des rencontres avec le ou la mineur-e permettent de recueillir son avis. À l'issue de l'évaluation urgente par la CRIP, le magistrat référent apprécie à nouveau l'opportunité de prendre une ordonnance de placement provisoire, confiant le mineur à l'ASE de Paris ou à un tiers digne de confiance. Il saisit le juge des enfants d'une requête en assistance éducative, à laquelle est joint l'ensemble des informations utiles sur l'enquête pénale en cours.

Sur le plan médico-psychologique, l'évaluation première de l'état de santé du mineur-e est réalisée par le SAMU, qui décide de l'orientation, en lien avec la cellule d'urgence médico-psychologique de Paris, s'agissant de son état psychologique.

Le ou la mineur-e est orienté-e prioritairement vers l'Hôpital Trousseau, pour un premier bilan psychologique et l'initiation des soins ultérieurs, sous réserve de l'appréciation des médecins du SAMU

primo intervenant-es sur la scène de crime, notamment au regard des éventuelles blessures physiques graves. L'administrateur-riche de garde prévenu-e par le magistrat référent prend toutes les mesures nécessaires pour hospitaliser le cas échéant, le cas échéant seulement, le ou la mineur-e. Une évaluation médicale et psychologique rapide est faite à Trousseau et transmise au magistrat du Parquet des mineur-es, et un suivi est mis en place.

Si un placement est décidé, la CRIP informe la direction de la Maison d'accueil de l'enfance, Éléonore Roosevelt, dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire à l'ASE. Une audience est fixée avec le juge des enfants dans un délai de 15 jours.

Une formation en psychotrauma a été organisée par le CVM en lien avec la CRIP de Paris, pour les professionnel-les socio-éducatif-ves de la Ville de Paris, intervenant initialement dans le cadre du protocole.

Si l'on considère le bilan de ces actions, le bilan initial, les jeunes patient-es reçu-es initialement en 2019-2020 au CVM dans le cadre du protocole féminicide, il s'agissait de deux jeunes garçons, de huit mois et de deux ans, d'une fillette de neuf ans, et d'une fratrie de cinq enfants, de 16 à deux ans, il y avait deux cas de meurtre devant les enfants, avec des antécédents de violences conjugales, une tentative de meurtre avec séquelles graves, une agression physique avec nécessité d'hospitalisation urgente de la mère. Chaque fois, en présence des enfants.

Quant aux décisions initiales, à la suite de l'enquête, l'enfant de deux ans a été placé en pouponnière, l'enfant de huit mois a eu un placement bref en pouponnière, puis chez les grands-parents maternels, la fillette de neuf ans a été confiée à son père et à sa grand-mère maternelle, au domicile maternel, la fratrie de cinq a été confiée aux grands-parents maternels, avant un retour à domicile. Des enfants perturbés ont été retrouvés à chaque fois avec des troubles psychotraumatiques, de l'agitation, des retards, notamment.

Le comité de pilotage, le COPIL du 11 juin 2021, pour un bilan des deux ans, avec le Procureur, le tribunal judiciaire, le Parquet des mineurs, la Préfecture de police, la Mairie de Paris, la DASES, le CVM représentant l'AP-HP, a orienté vers le maintien de l'organisation proposée et l'extension confirmée du dispositif au cas de tentative grave sans décès.

Il faut rappeler qu'en 2018, notamment, on relevait aussi 195 tentatives d'homicide dans le couple, ce qui pose aussi la question d'une prise en compte des enfants dans ces couples violents, même s'il n'y a pas homicide.

Le bilan, depuis 2018, est celui d'intervenant-es repéré-es, d'un travail pluridisciplinaire en réseau, une coopération justice-hôpital forte, une unicité de lieux avec un accueil rapide et un suivi ultérieur par les mêmes intervenant-es, en lien avec les services sociaux et le juge des enfants, une vingtaine d'enfants suivi-es, de tous les âges, du nourrisson au ou à la grand-e adolescent-e, la possibilité de suivi de fratries dans le même lieu, avec les mêmes intervenant-es et il y a eu des fratries de trois, de cinq et même de six enfants, une extrême conformité aux soins, prenant en compte les adultes accueillant les enfants, les membres de la famille, ou les lieux de placements, des soins face à des troubles psychotraumatiques sur plusieurs mois, voire années, une extension aux violences graves non mortelles, une extension même hors protocole d'intervenant-es du réseau pour des violences graves concernant des enfants : défenestration, pendaison, mort subite, accident, etc.

L'intérêt du protocole est une mise en tension précoce du dispositif par le Parquet, dès l'intervention de la Police sur les lieux du crime, des échanges d'emblée par courriel et téléphone, une coordination systématique des intervenant-es avec transfert des données transversalement au fur et à mesure. Une

évaluation socio-judiciaire rapide, en lien avec la CRIP et les services de la Ville de Paris, permettant d'adapter sur mesure les décisions.

Il faut souligner la possibilité de maintenir les enfants dans leur cadre de vie et une articulation des soins dès l'alerte du Parquet.

Pour terminer, j'aurai un regret, celui de recevoir encore des demandes pour des enfants ayant été confrontés au féminicide en région parisienne, hors Paris, qui n'ont pas bénéficié d'un tel dispositif et qui nous sont adressés des années après les faits. Je vous remercie de votre attention.

Amandine BINEAU : Merci, Monsieur Vila, pour votre intervention. Malheureusement, par faute de temps, il n'y aura pas d'échange avec la salle. Nous allons tout de suite passer à la dernière table ronde, « éthique et bonnes pratiques médicales dans la prise en charge des patientes ».

Pour cela, nous allons recevoir Monica El Kotni, Aline Thomas et Jean-François Dumas.

TABLE RONDE N°4 - ÉTHIQUE ET BONNES PRATIQUES MÉDICALES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES

Hélène BIDARD: Je vais demander à Mounia El Kotni, Aline Thomas et Jean-François Dumas de s'installer à mes côtés.

Nous sommes complètement en direct, Anne Souyris est intervenue sur le sujet tout à l'heure, mais pendant que l'on se parlait, que l'on écoutait les interventions, nous venons d'apprendre que le professeur Daraï, dont parlait Anne Souyris tout à l'heure, vient d'être mis en examen pour violences volontaires sur 32 femmes. Nous venons de l'apprendre dans les médias.

Applaudissements

Cela est assez incroyable, ce qui se passe. Interdiction de contact avec les victimes, soumis au contrôle judiciaire, interdiction de pratiquer les consultations privées en gynécologie. Cela fait suite au fait qu'au sein de l'AP-HP, il a été démis de ses responsabilités de chef de service, mais qu'il poursuivait ses consultations. Nous apportons toute notre solidarité aux 32 femmes qui ont déposé plainte et qui sont écoutées. C'est une bonne chose.

Pour cette dernière table ronde, pour finir la journée, nous avons décidé de l'appeler « éthique et bonnes pratiques médicales pour la prise en charge des patientes », et j'ai à mes côtés Mounia El Kotni, que je suis très heureuse d'accueillir. Je l'ai rencontrée dans le cadre des bourses de recherche sur le genre que la Ville de Paris attribue à des chercheurs et des chercheuses, au niveau du doctorat pour les aider à finir leurs études, et donc, Mounia El Kotni a été lauréate de la bourse de recherche étude de la Ville de Paris.

Je suis très heureuse de la revoir et qu'elle ait pu nous rejoindre pour nous parler de ses recherches sur la grossesse et le post-partum, comme quoi, il est toujours très important de soutenir la recherche, car c'est très utile dans la mise en place de politiques publiques.

Mounia EL KOTNI, anthropologue, lauréate de la bourse de recherche étude de la Ville de Paris.

Merci pour l'invitation, bonsoir à toutes et tous. Comme l'a dit Madame Bidard, je suis anthropologue, je travaille en particulier sur les questions de santé des femmes. Je travaille depuis 10 ans, notamment sur la relation de la médecine au corps des femmes et le sexisme médical, le racisme médical également. J'ai fait une thèse sur les politiques de santé maternelle, je travaille entre le Mexique et la France, et j'ai travaillé sur la question des violences gynécologiques et obstétricales.

Aujourd'hui, je vais vous présenter les résultats préliminaires de mon enquête, que j'ai menée en tant que post-doctorante au laboratoire Cermes3 à Villejuif, qui portait sur le vécu du post-partum. Après avoir travaillé sur la grossesse et l'accouchement, c'est logiquement que je me suis dirigée vers la question du post-partum.

La bourse m'a permis de mener une enquête à Paris et à Mexico sur le vécu. L'idée, c'était de ressentir le vécu ordinaire de ce qu'est le post-partum. J'ai mené des entretiens longs, en moyenne de 1 h 45, et je vais vous parler du volet Paris, pour aujourd'hui, avec cinq femmes qui avaient accouché entre 2019 et 2021, à Paris, et dans le Grand Paris, et qui m'ont raconté leur expérience du post-partum.

La recherche que je mène est une recherche-action, pour à la fois alimenter la réflexion en sciences humaines et sociales sur la question du post-partum et contribuer à une recherche en anthropologie de la santé et du genre. Et en même temps, donner des pistes d'actions qui émergent du terrain pour améliorer ce vécu.

Un premier extrait pour ouvrir ma présentation, c'est une citation de Clarisse, 31 ans : « Une sage-femme est venue faire le suivi à domicile de mon épisiotomie et m'a demandé si j'avais repris des activités sexuelles. Quand j'ai répondu non, elle m'a dit : il serait temps de s'y remettre, sauf si vous voulez qu'il aille voir ailleurs. ». Cette citation est issue d'un autre travail que j'ai mené, qui est l'actualisation et la réécriture de l'ouvrage des années 70 *Notre corps, nous-mêmes*. Je l'ai choisie car elle illustre l'injonction à la sexualité pénétrative et hétéro normée faites aux femmes en post-partum. Ce n'est pas une violence, c'est le continuum de la maltraitance des injonctions que vivent les femmes, qui doivent remplir ce que la philosophe Camille Froidevaux-Metterie appelle « les fonctions sexuelles et maternelles »¹. C'est cela qui définit le genre dans lequel nous grandissons. C'est important que les femmes continuent à maintenir cette fonction sexuelle, y compris après avoir vécu un accouchement et les transformations que cela implique. La question du consentement à cette sexualité se pose aussi.

Le moment du post-partum est un moment de grande vulnérabilité. Nous avons entendu les chiffres sur la grossesse. C'est un moment où peuvent survenir des violences, une grossesse, comme un facteur de risque d'apparition de violences conjugales. Pour le post-partum, il y a aussi cette notion de vulnérabilité. Une consœur rappelait tout à l'heure que le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle en France, après les maladies cardiovasculaires². Dans la première année de vie, il y a vraiment quelque chose qui doit nous alerter sur quel est ce vécu pour que le suicide soit la deuxième cause de mortalité dans la première année de vie ?

Pour cette recherche, j'ai analysé 53 expériences d'accouchement. J'ai développé un questionnaire, et 49 participantes ont répondu, qui avaient accouché sur la période – en tout ce sont 53 expériences. J'ai sélectionné cinq profils assez divers parmi elles, avec des personnes qui étaient primipares, des multipares, qui avaient allaité ou non, césarienne ou non, et qui avaient plus ou moins bien vécu, etc.

Dans le questionnaire, j'ai demandé comment elles avaient vécu le post-partum par rapport à ce à quoi elles s'attendaient. Si 47 % des vécus correspondaient à peu près, voire exactement, à l'idée que les

¹ *Un corps à soi*, Seuil, 2021.

² Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM) 2013-2015, Santé Publique France et Inserm, 2021.

femmes s'en faisaient, juste derrière, 43 % des vécus du post-partum étaient pire que ce à quoi les femmes s'entendaient et seuls 9 % l'ont mieux vécu que ce qu'elles avaient anticipé, et dans ces 9 %, il n'y avait qu'une femme dont c'était le premier enfant qui avait mieux vécu son post-partum. Je l'ai interrogée, car ce chiffre ressortait. Les autres personnes avaient déjà eu une première expérience difficile et la deuxième était un peu mieux, comparée à la première. Ce qui est ressorti, dans pourquoi cette personne avait mieux vécu, c'est qu'elle s'était renseignée, elle avait écouté des podcasts, elle avait lu, elle en avait parlé autour d'elle et à ses proches. Elle s'était fait une image sombre de la difficulté, elle avait mesuré l'ampleur de la difficulté que les femmes peuvent vivre, mais cela s'était bien passé pour elle.

J'ai également demandé quelle était la durée du post-partum. Pour le milieu médical c'est 42 jours, donc six semaines de post-partum. Si nous regardons la loi, au bout de 10 semaines, la sécurité sociale dit qu'il faut retourner travailler. Pourtant, les durées dans le questionnaire varient entre un mois -- une personne a dit qu'au bout d'un mois, elle considérait qu'elle n'était plus en post-partum -- jusqu'à deux ans. C'est intéressant. Quand j'ai fait la moyenne des réponses, j'ai calculé... neuf mois. Pour l'ensemble des répondantes, la moyenne tombe à neuf mois de durée du post-partum qui est bien plus importante que celle qui est définie dans le congé légal de maternité. Et la manière dont elles définissent cette fin du post-partum, ce qui a fait qu'elles considéraient qu'elles n'étaient plus en post-partum, il y avait plusieurs éléments, les douleurs physiques qui étaient atténuées, le sommeil de l'enfant et donc des parents, la fin de l'allaitement, ou un équilibre dans la nouvelle organisation de vie. Comme le disait une enquêtée : « *Le temps de revenir un peu à un corps qui n'est pas trop crevé, pour que cela se fasse dans la fratrie, cela m'a pris au moins six mois.* »

Dans cette période, les femmes m'ont partagé le manque d'accompagnement. Ce n'est pas tant une solitude, puisqu'elles ne sont pas seules, elles sont avec un nouveau-né ou une nouvelle née, mais c'est cet isolement, avec un manque d'accompagnement à la fois de la part des proches et de la société en général qui n'accueille pas les mères, et en particulier dans cette période, mais des personnels de santé. Cet isolement est d'autant plus important que, pendant la grossesse, et la grossesse, c'est très visible, il y a beaucoup d'engagement avec la personne enceinte, et c'est un lieu d'intérêt médical. La grossesse est rythmée par un tas de rendez-vous médicaux et après cela, il y a une sorte de vide. La Commission des 1000 premiers a mis en avant l'entretien postnatal précoce qui vient d'être mis en place cette année. Les personnes que j'ai enquêtées n'étaient pas concernées, mais maintenant, il y a un entretien postnatal précoce, six à huit semaines après l'accouchement, qui est concentré pas sur le nouveau-né, mais sur la mère. Pour elles, ce n'était pas en place, mais ce contraste avec la grossesse et avec le temps passé à la maternité, même s'il peut parfois paraître long, et dans les restrictions Covid, le fait qu'il n'y a pas eu de visite a été très bien vécu, sauf quand il s'agit des visites non autorisées des autres frères et sœurs. Ce temps à la maternité, où il y a des professionnel·les qui sont disponibles, une des personnes me disait : « *À la maison, je n'avais plus rien, hormis le passage d'une sage-femme. Quand j'étais perdue avec mon allaitement, c'était moi, et moi seule. On se retrouve livrée à soi-même.* »

Du côté social, une autre me dit : « *Il y a ce truc qui est très parlant, quand on ouvre la porte et que les gens viennent nous rendre visite, les gens ne nous disent pas bonjour, ils se jettent sur l'enfant, mais personne ne me demande comment moi, je vais.* » Une autre femme m'a raconté : « *Ce ne sont pas vraiment nos familles qui nous ont aidé les premiers mois, nous étions très livrées à nous-mêmes.* » Vous voyez le schéma d'être livrées à elles-mêmes, confrontées à elles-mêmes. 50 % évoquent le besoin de plus de visites de professionnel·les de santé et il y a seulement 3 % qui disent qu'elles auraient aimé moins de visites. Cela est assez criant.

Où les femmes trouvent-elles le soutien ? Parfois, ce n'est pas la famille, même si elle est là géographiquement, ce seront plus des ami-es, avec, au printemps 2020, quand tout le monde était confiné, une femme qui a accouché en avril m'a dit : « *Mes copines venaient me déposer devant ma porte mes repas et elles ne me voyaient même pas.* »

J'ai vraiment de beaux témoignages de solidarité, de soutien, et des soutiens virtuels, des groupes de discussion, des forums et, parfois, des professionnel-les de santé, des sage-femmes organisent des groupes de discussion entre leurs patientes qui ont à peu près le même terme.

Au long de la grossesse, mais surtout après, donc il y a vraiment des initiatives individuelles, et c'est un peu du bricolage, mais quand le soutien est là, il est vraiment très précieux, justement, pour durer sur cette période qui s'étale sur plusieurs mois, et pas uniquement cette attention qui existe dans les premières semaines ou les trois premiers mois, et qui, après, est moins importante.

Voilà pour synthétiser et être assez rapide. L'importance du lien entre l'hôpital et la médecine de ville, et ce que j'ai vu aussi ce qui jouait, ce sont les moyens financiers pour des conseillères en lactation, des ostéopathes, livrer les repas, etc., c'est quelque chose que je suis en train d'analyser, je regarde à quel point cela a joué. C'était un corpus homogène, je n'ai pas des femmes très précaires ou des femmes de la grande bourgeoisie, mais pour pouvoir vous donner des pistes. Merci.

Applaudissements

Hélène BIDARD : Merci beaucoup, chère Mounia El Kotni, on vous souhaite de continuer ces recherches qui nous seront toujours utiles. J'espère que l'on pourra vous revoir dans d'autres événements pour continuer à nous dire ce que vous faites, et comment continuent ces recherches.

Je vais donner la parole à Aline Thomas qui est journaliste, réalisatrice, co-fondatrice de la Grosse association, qui est une très jeune association, mais qui est d'utilité publique, j'ai envie de dire, puisqu'elle travaille sur la prévention des discriminations. Elle va nous parler d'accès aux soins, mais des discriminations grossophobes en général, l'inadaptation des lieux de santé, les violences verbales et symboliques.

Avec la Ville de Paris, nous avons consacré une journée entière et une semaine de lutte contre les discriminations sur les questions de grossophobie, qui, je le précise, parce que nous avons toujours la remarque, il ne s'agit pas du tout de faire la promotion de l'obésité, mais au contraire, de combattre l'obésité en combattant les discriminations dont sont victimes les personnes en surpoids. Quand nous parlons de cela, c'est une personne sur six, en France. C'est énorme. Je n'ai pas d'autres mots, tout de suite, mais je te laisse la parole pour nous parler de ces discriminations dans le milieu médical.

Aline THOMAS, journaliste, réalisatrice, co-fondatrice de la Grosse asso.

Je suis la co-fondatrice de la Grosse Asso, qui est une association de luttes contre la grossophobie, les discriminations des personnes grasses, et je vais spécifiquement vous parler de la grossophobie médicale qui peut, dans le cadre de cette journée, être un amplificateur de violences concernant les femmes qui sont victimes de violences. Je vais vous expliquer pourquoi.

La grossophobie, c'est une discrimination envers les personnes grasses qui est extrêmement répandue et très peu connue, parce qu'institutionnalisée. La grossophobie bienveillante en général conseille aux personnes grasses de maigrir pour être en bonne santé. Mais derrière la bienveillance, il y a souvent un discours très culpabilisant qui instille chez les personnes en surpoids l'idée qu'elles sont responsables de leur état. La grossophobie touche aussi le milieu de la santé, on parle de grossophobie

médicale, qui stigmatise les personnes grosses dans leur parcours de soins. Nous avons tendance à oublier que pour une personne grosse, aller chez le médecin est déjà un parcours du combattant. Pour plusieurs raisons, la première, c'est que les lieux de soins sont inadaptés aux personnes grosses, pour des raisons simples : les accoudoirs aux chaises, les brancards, les fauteuils roulants, les brassards qui ne sont pas adaptés pour prendre la tension, les sondes d'échographies qui ne sont pas adaptées aux personnes en surpoids. Par exemple les femmes grosses qui viennent faire la première échographie chez le médecin, il leur est souvent dit : « *On ne peut pas voir votre bébé, parce que vous êtes trop grosse* ». Parfois, sans demander leur consentement, on leur fait une échographie vaginale et elles ressortent de là complètement traumatisées, alors que c'est censé être un des plus jolis moments de leur vie. Ce contexte d'accueil très compliqué pour les personnes grosses constitue un premier frein à la démarche médicale.

Le deuxième pilier qui nourrit la grossophobie médicale, ce sont tous les préjugés qui sont liés au corps gros. Très souvent, lorsqu'on arrive dans un lieu de santé, on nous fait comprendre - je dis « on » car je suis concernée - donc c'est quelque chose que j'ai vécu - qu'on est négligent avec notre hygiène de vie, qu'on ne se bouge pas suffisamment, qu'on ne fait pas de sport, qu'on mange trop, qu'on ne cherche pas à soigner ses TCA, entre autre... et que l'on manque de volonté.

Personnellement, j'ai perdu 87 kg dans ma vie, je suis toujours grosse et je pense que je peux défier n'importe qui d'avoir la volonté de perdre 87 kg. Il y a une infantilisation, une culpabilisation et beaucoup de préjugés qui peuvent induire que la majorité des symptômes que l'on ressent est lié au surpoids. Quand on vient dans un cabinet médical et que l'on dit : « *J'ai mal au dos* », c'est très souvent corrélé au poids ; quand on consulte un gynéco et que l'on dit : « *J'ai des aménorrhées* », c'est forcément lié au surpoids. La conséquence, c'est une modification de la conscience corporelle. On est persuadé, depuis notre plus jeune âge, que dès que nous avons un problème, c'est lié à notre surpoids et l'on est forcément responsable des maux pour lesquels on vient voir le médecin. J'insiste, parce que cette notion est très importante pour la suite.

Enfin, on a des préjugés sur le corps gros et la vie sociale du corps gros. Très souvent, les soignant-es croient que les femmes grosses n'ont pas de sexualité ou qu'elles sont moins fertiles. Il y a beaucoup de gynécologues qui ne proposent pas la pilule aux femmes grosses. Or, on sait aujourd'hui qu'elles sont quatre fois plus concernées par les grossesses non désirées que les femmes normées.

Tout ce contexte est important à comprendre, car cela amène à quelque chose de vraiment catastrophique : l'évitement des soins de santé. Quand on évite les soins de santé, quand on évite d'aller chez le médecin puisqu'on a une modification de la conscience corporelle, il y a une rupture absolue de la volonté de prendre soin de soi ou, en tout cas, d'avoir le courage de franchir la marche du médecin pour dire que l'on a un problème.

C'est à cet endroit-là que j'en viens, au fait que la grossophobie médicale est un amplificateur de violences faites aux femmes. Aujourd'hui, selon des études anglo-saxonnes, mais nos retours de terrain montrent des chiffres similaires, qu'environ 40 à 50 % des femmes en surpoids sont victimes de violences. J'entends par violences : les violences intrafamiliales, sexuelles et psychologiques. Quand on sait cela, le corps gros n'est alors plus un corps à faire maigrir, le corps gros est un corps de symptômes. C'est un indicateur. Presque une femme grosse sur deux quand elle arrive dans un cabinet médical est potentiellement victime de violences.

Très souvent, ces symptômes passent à la trappe. Les femmes grosses sont tellement habituées à encaisser que quand elles se déplacent dans un cabinet médical et surmontent leur sentiment de honte, c'est qu'elles n'en peuvent plus. Elles sont très habituées à ne pas parler de leurs douleurs. Et parfois, elles ne savent même pas qu'elles sont en souffrance. À partir du moment où l'on considère

Le surpoids comme un symptôme, on peut alors envisager le fait que le surpoids les a peut-être aidé à supporter la violence et, parfois même a pu les aider à rester en vie.

Quand nous savons cela, aujourd'hui, il y a des choses assez simples à faire, comme changer le regard que l'on porte sur la patiente quand elle arrive. C'est-à-dire ne plus la considérer comme un corps malade ou un corps à faire maigrir, mais peut-être essayer d'être un peu plus à l'écoute, lui demander si elle est d'accord pour parler de son poids. Parce que je vous le confirme, nous n'avons pas toujours envie de parler de notre poids quand on arrive dans un cabinet médical, surtout quand on a une otite.

La deuxième chose, c'est essayer de faire en sorte que les patientes récupèrent une conscience corporelle. Essayer de les amener à s'écouter un peu plus, et prendre en considération leurs ressentis. Peut-être leur dire que quand elles ont mal quelque part, il ne faut pas attendre d'avoir très mal et que tout n'est pas forcément à cause de son poids.

La dernière chose, c'est d'essayer de considérer la médecine de l'obésité non pas comme une médecine d'amaigrissement mais comme spécialisation de l'obésité, qui prend en compte les spécificités du corps gros. Par exemple, il n'y a qu'un service en Île-de-France qui s'occupe des femmes enceintes en situation d'obésité et qui permet de les prendre en charge sans les stigmatiser.

Pour terminer, il faut savoir qu'en France, il y a 6 millions de femmes qui sont en surpoids ou en obésité, donc c'est 6 millions de femmes qui sont peut-être plus en souffrance à un endroit que le corps ne laisse pas voir.

Je vous remercie.

Hélène BIDARD: Merci. Ce que tu as dit a fait écho à ce qu'a dit Muriel Salmona ce matin, les conséquences quand on est victime de psychotrauma en termes de troubles alimentaires, de dérèglement hormonal, tout ce qu'elle a expliqué et, toi, tu boucles la boucle.

Quand vous voyez quelqu'un qui est gros, c'est potentiellement quelqu'un qui est victime de violences « plus plus plus », comme l'écrivent les médecins sur les tableaux. Nous avons les chiffres, que je n'ai pas en tête, mais sur la corrélation directe entre obésité et victime d'inceste, il y a une étude qui est sortie et il y a beaucoup plus de personnes victimes d'inceste parmi les personnes en obésité, ensuite, plus tard, dans leur vie. Cette carapace qui se construit au fur et à mesure dans la vie. Merci beaucoup à toutes les deux. C'était passionnant.

Nous arrivons à la fin de cette journée. Jean-François Dumas vous êtes du Conseil national de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes, secrétaire général. Je suis très heureuse de vous accueillir, car vous allez nous parler des violences sexuelles et des cabinets de kinésithérapeutes. Vous avez pris des initiatives, c'est historique, cela bouge, nous le voyons chez les professionnel·les de santé. Je vous laisse la parole pour nous décrire tout cela.

Jean-François DUMAS, secrétaire général, Conseil national de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes.

Merci. Je suis très heureux d'intervenir aujourd'hui ici. Je représente le Conseil national de l'Ordre qui est présidé par une femme, qui s'appelle Pascale Mathieu, et l'Ordre des kinésithérapeutes, depuis sept ans, je crois, est composé à parité, donc les représentant·es de l'ordre sont à moitié des hommes et à moitié des femmes.

Je l'ajoute dans mon intervention, parce que c'est très important, si ce dossier a pu émerger, c'est parce qu'il y a eu des volontés, masculines, certes, mais c'est aussi parce que la moitié des personnes qui étaient dans l'auditoire pour pouvoir voter ce dossier l'ont porté au niveau national. Il faut une majorité d'un conseil composé de 39 personnes, le fait qu'il y ait la moitié de femmes, cela m'a beaucoup aidé, car je suis à l'initiative de ce dossier. Je tenais à le rappeler, je vous remercie de cette invitation.

Ce dossier pour moi est très difficile à porter. C'est le versant absolument ignoble d'une profession dans laquelle il y a 100 000 professionnel·les, il y a 100 000 kinésithérapeutes sur le territoire français, mais qui, dans leur immense majorité, sont absolument irréprochables. Moi, je représente une institution qui collecte, au niveau départemental, régional, national, un certain nombre de faits, de signalements, et c'est bien parce qu'en tant que secrétaire général j'ai été destinataire d'un nombre, j'allais dire incalculable, non, nous pouvons les calculer, mais j'ai l'impression, en 2021, d'être submergé de ce genre de signalement. Je me suis demandé si nous étions plus touchés que les autres, je ne veux pas citer d'autres corporations qui sont touchées par ce genre de faits, mais nous avons travaillé pendant un an, nous avons développé des travaux, avec des représentant·es d'associations de victimes, avec des psychologues, des psychiatres, des kinésithérapeutes hommes et femmes. C'est le résultat de ces travaux qui vous ont intéressés. Ces résultats ont été remis lors d'une conférence en France en février ou mars de cette année, en présence de deux ministres, Madame Élisabeth Moreno et Madame Roxana Maracineanu car, au cours de son mandat, elle a beaucoup œuvré dans le monde du sport pour lutter contre les violences sexuelles, ou non, dans le monde du sport, et cela a fait l'objet d'une convention qui est signée avec l'Ordre des kinésithérapeutes et le ministère des Sports.

Je vais vous donner quelques données chiffrées, je rappelle que 100 000 kinésithérapeutes, une vingtaine de patients par jour, c'est 2 millions d'actes quotidiens et les chiffres que je vais vous donner, c'est à mettre en rapport avec, entre 400 et 500 millions d'actes délivrés tous les ans.

C'est ce dont nous avons connaissance, et vous connaissez, dans les études qui sont faites, notamment par les associations de victimes, n'est dénoncé qu'un très faible pourcentage des actes et nous en avons bien conscience. Ce qui me terrifie, c'est que derrière tout cela, il y a peut-être beaucoup plus que ce que je peux vous raconter. Nous œuvrons pour mettre un terme à ce genre de pratique, pour sanctionner le plus sévèrement possible et surtout, maintenant, pour communiquer, pour prévenir, c'est la raison de mon acceptation à participer à cette réunion.

J'interviens dans cinq instituts de formation de kinésithérapeutes, dans un module juridique, et j'intègre, avec l'accord des directeurs et des directrices de ces instituts, une ou deux heures sur ce cadre, les violences qui peuvent être dispensées dans un cabinet de kiné, et les violences très particulières, car en général, elles sont qualifiées pénalement, ce sont du harcèlement, de l'exhibition, de l'atteinte sexuelle quand nous parlons des mineurs, de l'agression, des viols.

Comme l'ensemble de la société française, nous avons senti une forme de parole qui se libère, puisqu'entre 2015 et 2020, nous avons noté que les signalements ont doublé, passant de 32 à 75. Cela peut paraître faible, mais je peux vous assurer que quand vous gérez personnellement tous ces signalements, cela est très lourd.

Tous ces signalements n'entraînent pas forcément une action de l'Ordre, et c'est ce sur quoi nous travaillons pour inciter le Conseil de l'ordre à être acteur de l'action auprès des victimes. Malheureusement, dans un certain nombre de ces signalements, il n'y a même pas de suite du dossier et vous le comprendrez très aisément, car c'est le parcours du combattant pour déposer une plainte devant l'autorité pénale, et devant un Ordre, c'est encore plus compliqué. Quand les victimes déposent plainte auprès d'un Ordre, en face d'elles, elles ont un représentant de la profession et un

kinésithérapeute ou une kinésithérapeute, elles ont l'impression, c'est peut-être l'image qui a pu être donnée par d'autres institutions, que nous allons protéger le ou la professionnel·le, parce que moi-même, je suis professionnel depuis 37 ans. Or, ce n'est absolument pas notre démarche. Notre rôle est de faire comprendre à tous les élu·es ordinaires que le recueil de la parole d'une patiente est très particulier.

Recueillir seul·e la parole d'une patiente est mal venu. Il faut être deux, et l'idéal, c'est au moins la présence d'une femme, deux hommes qui recueillent la parole d'une femme qui a été violente par un homme dans un cabinet de kiné, ce n'est pas très subtil. Cela vous paraît évident, mais nous nous battons pour déconstruire un certain nombre d'idées reçues auprès des élu·es de l'ordre.

Voilà l'ensemble des plaintes depuis que l'Ordre des kinésithérapeutes existe, et il est jeune, nous avons la chance de ne pas avoir tout le passif d'autres ordres que je ne vais pas citer ici, mais qui ont peut-être laissé faire, alors qu'ils étaient informés de certains faits, des affaires extrêmement médiatiques ont été divulguées il n'y a pas longtemps. Je ne vais pas y revenir, mais nous avons la chance de ne pas avoir de passif, donc nous avons peut-être une approche un peu plus moderne que d'autres ordres, et c'est pourquoi nous nous sommes emparés du sujet.

Ce sont 64 dossiers qui ont été présentés devant la juridiction ordinaire. Un Ordre à deux rôles, une mission administrative qui est l'inscription. Au moment de l'inscription, nous pouvons refuser une inscription si un·e professionnel·le a un casier judiciaire avec des faits d'agression sexuelle et de viol, et nous n'hésitons pas à le faire. Nous avons eu 64 décisions disciplinaires depuis 2009, au niveau du premier échelon, en chambre disciplinaire de première instance, et nous en avons eu 109 qui sont passées en première instance, mais pour lesquelles il y a eu un appel et qui ont permis d'avoir une décision en appel devant la chambre disciplinaire nationale.

Ce sont ces 133 affaires qui m'ont permis de vous présenter ce qu'est l'agression dans un cabinet de kiné, quel est le profil, le phénotype de l'agresseur, qui est un homme, c'est exclusivement un homme, et surtout, comment se comporte la victime pour réussir à faire cette démarche quand elle arrive à la faire ?

La profession est purement paritaire, c'est un peu plus de femmes, maintenant. Nous étions une profession très masculine à l'époque où j'ai été diplômé et cela est en train de s'inverser. Il est difficile d'accéder à cette profession, les études sont compliquées. Il y a beaucoup plus de femmes, car elles sont plus sérieuses, comme dans beaucoup de domaines, chez les magistrat·es, chez les ingénieur·es, chez nous, il y a de plus en plus de femmes et d'ailleurs, tous les ans, nous enregistrons plus de femmes, ce qui fait que la profession est en train de se féminiser, mais c'est 50 % d'hommes et 50 % de femmes.

Le rôle de l'Ordre, c'est une voie administrative, nous pouvons déjà refuser l'inscription et la voie juridictionnelle, où nous avons l'obligation d'enregistrer des plaintes, de recueillir la plainte et les explications de la personne mise en cause, et parfois, cela concilie et quand cela ne concilie pas, nous avons l'obligation de transmettre la plainte à la juridiction ordinaire et c'est la justice qui s'empare du dossier et qui donnera son avis sur le cas d'espèce.

Je rappelle toujours que le disciplinaire est très important. Il doit être totalement distingué du pénal, mais il ne peut pas, bien évidemment, se substituer à la juridiction pénale, mais il est complémentaire, parce qu'au disciplinaire, il n'y a pas de prescription de la faute. Cela n'existe pas. Au pénal, il y a toujours une prescription, certains faits, pour les plus graves, notamment les crimes contre l'humanité, ne sont pas prescrits, mais au disciplinaire, aucun fait n'est prescrit et, parfois, l'autorité pénale où les victimes se raccrochent à la procédure disciplinaire, parce qu'alors que c'est prescrit au pénal, on peut

peut-être obtenir sa reconnaissance de victime devant l'autorité disciplinaire, obtenir une sanction, une condamnation de l'auteur.

Très rarement, mais parfois, nous avons des magistrat-es qui nous ont sollicités en disant qu'ils ne pouvaient plus rien faire et que, nous, on pouvait faire quelque chose, parce que ce n'était pas prescrit.

Autre avantage, le pénal répond à la fameuse légalité des peines et des délits, pour être sanctionné pour agression sexuelle, il faut démontrer qu'il y a eu agression sexuelle et vous le savez bien mieux que moi, ce n'est pas forcément si simple. Il peut y avoir parfois des affaires qui vont au pénal, une patiente porte plainte contre un kinésithérapeute et il y a une relaxe. Plus de 30 % des dossiers disciplinaires ont été portés devant l'autorité pénale.

Devant ces dossiers où il y a eu une relaxe pénale, assez souvent, il y a eu une sanction disciplinaire, et cela peut aller jusqu'à la radiation. Quand bien même il n'y a pas agression sexuelle, il peut y avoir un comportement, c'est jugé par notre juridiction ordinaire, qui n'est pas déontologique et la faute déontologique est beaucoup plus large que la faute pénale. Et quand bien même il n'y a pas d'agression sexuelle, il peut y avoir un comportement qui n'est pas acceptable, qui n'est pas professionnel et qui entraînera la condamnation du professionnel. Les deux ne peuvent pas se cumuler. Il est interdit pour les mêmes faits d'être condamné deux fois, vous le savez, mais quand le pénal condamne à six mois d'interdiction d'exercer, et que cela passe au disciplinaire, le juge disciplinaire peut estimer que ce n'est pas si mauvais que c'est plutôt deux ans ou trois ans. Donc il retiendra la peine la plus sévère, et si la personne a eu six mois d'interdiction d'exercer et que le disciplinaire condamne à trois ans, on retiendra, deux ans et demi en plus des six mois, cela fera trois ans au total.

Le disciplinaire est très important. Il faut traiter ces affaires avec le plus de rigueur possible, il faut rassurer les patientes, et c'est mon rôle d'expliquer. Si vous recueillez la parole d'une patiente qui a subi des choses anormales dans un cabinet de kiné, dites-lui qu'elle sera écoutée. Il faut qu'elle aille déposer plainte au pénal, mais elle peut aussi déposer plainte au disciplinaire. Elle sera écoutée. Vous pouvez donner mes coordonnées, mon nom, elle trouvera facilement mon nom et je vous donnerai mon adresse électronique. On s'attache à ce que toutes les plaintes soient traitées, qu'aucune plainte ne reste dans un tiroir de l'Ordre. Nous savons que cela existait pour d'autres professions que je ne citerai pas. Nous, c'est notre anti-modèle. Nous faisons tout le contraire de ce qui a été mal fait.

Je crois que j'ai une information en ce qui concerne un gynécologue de Paris, je viens de la voir passer sur une note. Essayons de ne pas agir de même. Je parle de l'Ordre, je ne parle pas du comportement. Ce n'est pas que l'on essaie, on ne fait pas du tout.

Notre rôle est d'autant plus important que quand je regarde les statistiques, dans 45 % des actions qui arrivent devant le disciplinaire, c'est l'Ordre qui est tout seul. C'est un conseil départemental qui a décidé. C'est une autorité qui peut déposer plainte. Donc le conseil départemental est tout seul, la victime n'a pas osé venir, et pourtant, il y a eu sanction. Sa plainte est parfaitement justifiée. Nous expliquons à tous nos conseiller-es ordinaires que ce n'est pas simple de déposer plainte, ce n'est pas simple de se retrouver devant son agresseur, ce n'est pas simple d'expliquer une 10ème fois comment cela s'est passé, surtout que le professionnel en face a des arguments. Vous verrez que la victime a du mal à démonter les arguments, ainsi que les avocat-es et les officier-es de police judiciaire. Ils et elles ont besoin de l'autorité ordinaire.

Dans un tiers des actions, ce sont les victimes qui agissent seules, l'Ordre est absent et moi, secrétaire général du conseil, cela me pose un problème. Nous formons les élu-es de l'Ordre en leur demandant pourquoi ils n'y sont pas allés et, souvent, j'entends des choses aberrantes, c'est parole contre parole.

Je vous rappelle qu'une consultation dans un cabinet de cabinet de médecin, il y a deux personnes. Parfois, il peut y avoir les parents quand c'est un mineur. Donc effectivement, c'est parole contre parole, mais les paroles n'ont pas la même valeur. Nous apprenons à nos conseiller·es ordinaires·les à lire une plainte, à regarder, à percevoir ce qui est pertinent, si c'est bien circonstancié, s'il y a des incohérences et en face, la défense du professionnel, c'est : « *Non. Ce n'est pas vrai, elle ment. Je n'ai rien fait* », sans nous expliquer pourquoi il y a une cavale contre lui, c'est quoi, cette histoire de vengeance ? Si elle vous attaque alors que vous n'avez rien fait, c'est qu'elle veut se venger, mais de quoi ? Aucune explication n'est plausible. Quand bien même il y a deux paroles, on sent tout de suite dans ces dossiers que celle de la victime a beaucoup de poids, car elle est bien circonstanciée. Le simple fait de nier ne peut pas être à la même hauteur que la description des faits sur plusieurs jours, sur plusieurs séances.

Ce que nous aimerions développer, ce sont les actions communes, patientes plus Ordre.

Le portrait-robot de l'agresseur, chez nous, c'est un homme, je n'ai aucun dossier avec une femme au disciplinaire, et je ne parle pas du pénal. Nous avons une surreprésentation des ostéopathes.

Il y a beaucoup de kinésithérapeutes qui sont aussi ostéopathes, nous en avons 5 000, c'est 5 %. Dans les dossiers pour agression, j'ai 15 % de kinésithérapeutes qui sont aussi ostéopathes. La moitié de ces personnes qui ont été condamnées ont commis des actes répétés, sériels, soit plusieurs fois sur la même patiente, soit sur plusieurs patientes. 37 % ont agressé plus d'une victime, le record étant sept victimes, connues de nos services, car elles se sont présentées, elles ont porté plainte, mais il peut y en avoir plus.

Et chose très particulière, je ne sais pas si c'est particulier, mais je note que dans notre juridiction, 30 % des auteurs reconnaissent les faits, mais pas forcément des faits d'agression, mais par exemple, un toucher vaginal, pour parler des actes qui sont pratiqués et répréhensibles, ils reconnaissent, car les kinésithérapeutes peuvent pratiquer des touchers pelviens, mais pas dans n'importe quelles conditions. Et c'est ce qui est très difficile chez nous, et je passe sur les 10 % d'actes consentis. Nous, on n'aime pas cela au niveau de la déontologie, surtout quand cela s'est produit dans le cabinet, et qu'il y a des patients à côté, qui n'ont pas forcément vu. Nous trouvons que ce n'est pas très déontologique d'avoir une relation sexuelle dans un cabinet. C'est un truc à nous, il n'y a pas d'agression en la matière. Mais quand l'acte n'est pas consenti, le professionnel, en général, nie, et après il donne des explications, car il voit qu'il va être compliqué de s'en sortir avec une simple négation. La justification, elle est quasi systématiquement thérapeutique. Il explique que son geste était thérapeutique et que dans l'état de la patiente, il était parfaitement justifié de faire un toucher vaginal.

Je vais vous donner un exemple qui peut vous surprendre, mais c'est un exemple qui est arrivé, sur une jeune étudiante de sport, STAPS, qui s'était fait une entorse de la cheville, le professionnel a tenté de faire un toucher vaginal. Pour moi, c'est aberrant. Je connais les actes que nous devons faire dans ce type de cas.

Du fait de la relation très particulière entre professionnel·les de santé et leurs patient·es, une relation de confiance, de patient envers le professionnel·le, si vous êtes capable de suivre la prescription d'un médecin, d'acheter un médicament sans contrôler que le médicament n'est pas un faux, et de l'avaler tous les soirs, capable d'effectuer les exercices que je vais vous proposer en rentrant chez vous, il y a une confiance. Cette confiance, vous l'honorez, quand un·e professionnel·le vous propose un acte, et vous n' imaginez pas que cet acte est un acte déviant et non thérapeutique. Le toucher vaginal pour stimuler des points énergétiques, pour soigner l'entorse de la cheville. L'immense majorité des patientes sont perdues. Avant de comprendre que ce n'est pas normal, il leur faut parfois plusieurs

séances. C'est pour cela que certaines reviennent chez nous et que les auteurs se défendent en disant : « *Je n'ai rien fait, la première fois. Elle est revenue trois fois, donc je n'ai rien fait* ». Ce n'est pas un argument, car nous pouvons l'expliquer facilement.

Quasiment systématiquement, on justifie par un intérêt thérapeutique, la deuxième explication, c'est mettre en cause la patiente, « *elle n'a pas compris* ». Les patientes perçoivent très bien la volonté du professionnel, si c'est un acte thérapeutique ou déviant.

Le troisième élément, l'état pathologique de la patiente, un alcoolisme, par exemple, on met en cause la patiente, qui, comme elle n'était pas dans son état normal, n'a pas pu comprendre.

Je voudrais attirer l'attention de tout le monde sur le fait que la relation thérapeutique regroupe les trois principaux déterminants qui poussent un agresseur à passer à l'acte. D'abord, la vulnérabilité de la victime, les agresseurs s'attaquent en priorité aux personnes vulnérables et le ou la patient·e, par définition, est vulnérable vis-à-vis de son professionnel de santé.

La faisabilité de l'acte. Est-ce que c'est plus facile la nuit dans un square isolé, qu'en plein jour, sur une place publique avec plein de personnes ? Il est beaucoup plus facile d'agresser une personne dans un cabinet, dans le fameux huis clos, sans personne, sans témoin, fermé, sur un corps souvent dénudé et lors d'un acte qui peut être le massage. C'est tellement facile de passer d'un massage sur une zone lombaire à un massage sur des parties génitales, beaucoup plus simple pour un kinésithérapeute que pour un plombier qui vient déboucher un évier. Cela fait sourire, mais mon propos n'était pas de vous faire sourire, c'était de vous faire comprendre la distinction entre l'acte déviant et l'acte thérapeutique, la patiente ne sait pas. Vous massez les lombaires, la masse fessière, c'est du muscle, mais après, vous êtes sur une zone qui n'est plus du tout la même et, là, vous n'êtes plus dans un acte thérapeutique. La patiente est perdue.

Les victimes ne sont quasiment que des femmes dans les dossiers, j'ai retrouvé un adolescent et un homme majeur, mais toutes les autres victimes, ce sont des femmes. Il y a 30 % de mineur·es parmi les victimes. Ils n'ont pas besoin de s'attaquer à des mineur·es, car la personne majeure est déjà vulnérable, mais le ou la mineur·e est encore plus vulnérable.

Nous relevons 6,8 % de fausses allégations, c'est-à-dire de plaintes, mais qui n'ont pas entraîné de condamnation. J'ai cherché, c'est dans les statistiques habituelles, j'ai pas mal lu, nous sommes entre 5, 6 ou 8 % maximum.

Les signes d'alerte, je vous demande de retenir cela, qu'est-ce qu'il faut dire à des personnes qui se confient à vous ? D'abord, ce sont les paroles qui doivent être un signal, avant les gestes, il y a souvent des paroles. En matière d'incompréhension, ce sont souvent des paroles. Les paroles d'un praticien sont souvent source d'ambiguïté dans une relation. Avant d'être interdite, la relation, elle est ambiguë. Les paroles, cela peut être les exploits sexuels du professionnel. Il n'y a aucun intérêt thérapeutique. Des questions intrusives sur la vie sexuelle de la patiente, cela peut avoir un intérêt dans la rééducation uro-gynécologique, mais ce ne sont pas les cas d'espèce que nous voyons. Nous sommes bien d'accord. Des blagues salaces, cela n'a rien à faire dans la relation thérapeutique.

Ce n'est pas pénalement répréhensible si cela n'est dit qu'une fois, mais pour nous, c'est une faute déontologique et c'est la première alerte. Attention aux questions intrusives et immixtions dans la vie privée. « *Est-ce que vous avez un compagnon ?* », pour une lombalgie, je ne vois pas l'intérêt. La fréquence des relations sexuelles, les pratiques, les techniques sexuelles, cela n'a aucun intérêt, or ce sont des choses que nous retrouvons fréquemment.

Je vous précise qu'aucun acte ne devrait être réalisé sans la délivrance d'une information claire et loyale, pour obtenir un consentement libre et éclairé. Un toucher vaginal dans le cadre d'une rééducation uro-gynéco, nous demandons le consentement, nous faisons le toucher vaginal aujourd'hui, si la patiente revient, il faut redemander le consentement. Le consentement, ce n'est pas pour toutes les séances. C'est dans ces conditions, bien évidemment. Nous n'avons jamais ce genre de démarche dans les actes d'agression.

La pudeur des patient-es doit être respectée, aucun acte ne justifie une nudité totale, complète, pourtant, nous voyons des dossiers où c'est ce qui se passe. Pour un bilan, il est important de se déshabiller, mais s'il y a des rééducations, il est compliqué de travailler sans avoir un minimum d'accès à la surface corporelle, mais il y a de nombreuses rééducations où nous devons respecter la pudeur de la patiente, notamment, si elle ne veut pas se déshabiller, pour des raisons de surcharge pondérale, par exemple. Cela peut être respecté. Nous pouvons travailler en respectant cela. La pudeur des patient-es doit être respectée.

Dernier lieu, et j'en aurai fini, le vrai problème, ce sont les touchers pelviens, vaginaux, recto, pour lesquels certains praticiens totalement déviants expliquent qu'il y a un intérêt thérapeutique. Et même les officier-es de police judiciaire ne savent pas. Nous avons émis un avis sur les touchers pelviens, c'est uniquement pour la rééducation uro-gynéco et proto. Pour tout ce qui est rhumato-lombalgie, la seule indication, ce sont les douleurs du coccyx, mais en dernière intention, quand toutes les autres méthodes ont échoué. Si on est dans un échec thérapeutique, on peut tenter, mais uniquement sur prescription médicale, en ayant obtenu le consentement. Tous les autres actes sont des actes déviants et très souvent, les touchers pelviens déviants sont réalisés sans gant. L'absence de gants, c'est un signe.

Je vous remercie de votre écoute attentive.

Hélène BIDARD : Nous aimerions que tous les ordres puissent faire comme cela, que tous les professionnel·les médicaux·les puissent suivre cela.

Je vais conclure en quelques minutes. Je vous remercie d'avoir passé toute cette journée ensemble.

D'abord vous dire, que nous, Ville de Paris, avec l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes, avec toutes les institutions et les associations partenaires, nous sommes là pour mettre en place des formations pour les professionnel·les. Je crois beaucoup aux formations interprofessionnelles qui permettent de mixer les publics de professionnel·les et d'échanger sur les pratiques, de mieux se comprendre. Nous sommes là pour mettre en place des formations et pour faciliter la vie au maximum dans la prise en charge des femmes victimes de violences. Nous savons que le nombre augmente, tant pour les femmes victimes de violences que de personnes victimes de violences sexuelles. Nous avons vraiment besoin de monter le niveau de tout le monde et nous sommes là pour vous aider, faire des formations.

Nous sommes là aussi, et cela fait lien, pour mettre en réseau, se mettre en réseau entre les professionnel·les, cela permet aussi, dans son cabinet, par exemple, de recevoir des femmes victimes de violences, d'oser poser la question, parce que, derrière, nous savons que nous allons pouvoir nous reposer sur un réseau d'autres professionnel·les, d'assistant-es sociales·aux, de psychologues, d'associations, de la police, de la justice, nous savons que nous pourrons orienter. Nous sommes là aussi pour vous orienter et mettre en réseau.

Nous sommes là pour faire de la prévention du grand public, continuer, si le nombre de femmes qui déposent plainte pour violences conjugales ou violences sexistes ou sexuelles augmente, c'est parce que l'on continue à faire de la prévention, à dire la loi, ce qui est interdit, à dire de quel côté se trouve la société et à faire changer « la honte de camp », comme disait l'autre.

Enfin, nous sommes là pour proposer des solutions. Vous en avez listé beaucoup qui nous parlent. Vous aussi, Mesdames, le questionnement systématique dont nous avons pu parler tout au long de la journée, et faciliter la vie de tous et toutes les professionnel·les avec du matériel, des violentomètres, des kits, de la mise en lien, et c'est ce que je vous ai annoncé ce matin et ce que nous allons faire avec ma collègue, Anne Souyris.

Je crois qu'il est important d'aider tous et toutes les professionnel·les de santé, car pour avoir une pratique qui protège, ils et elles doivent être protégé·es par leur hiérarchie quand ils et elles font des signalements, je pense à cela pour notamment les violences qui sont faites sur les enfants, les violences sexistes et sexuelles sur les mineur·es, les professionnel·les doivent être protégé·es par leur hiérarchie. Ce n'est pas possible qu'ils et elles soient mis·es en cause en retour. C'est arrivé quand des professionnel·les signalent des violences conjugales qu'ils et elles soient ensuite mis·es en cause par des auteurs dans des tribunaux, parce qu'ils et elles ont fait des signalements. Ce n'est plus possible. Les professionnel·les doivent être protégé·es et soutenu·es par leur hiérarchie. Cela est très important.

Ensuite, trois dernières choses, il faut que les professionnel·les aient du temps pour étudier ce qui se passe, je crois que la cheffe de chirurgie thoracique ce matin nous a donné un très bon examen. Elle est cheffe de chirurgie thoracique et elle aurait pu se contenter de dire : « *Je recouds, je soigne, je répare les femmes victimes de coups de couteau* », mais elle a regardé au-delà de cela ce qui se passait, la différence entre les femmes et les hommes, elle a fait des études, elle a formé toute son équipe à comprendre ce qui se passait autour de ces femmes victimes, et il faut que tous les professionnel·les aient du temps pour étudier les phénomènes.

Quand on signale, il ne faut pas rester seul·e, c'est très important et cela rejoint la problématique du réseau.

Peut-être, la dernière chose, c'est qu'il faut avoir du temps et malheureusement, c'est sur cela que l'on bute le plus, en termes de santé, comme en termes de justice ou de police pour avoir du temps, il faut être plus nombreux, il faut plus de fonctionnaires, il faut plus de moyens dans les associations, il faut plus de salariés. Nous pouvons nous le dire comme nous voulons et pour pouvoir recruter, il faut des salaires attractifs, donc il faut la revalorisation du Ségur pour toutes celles et ceux qui travaillent et qui accompagnent les femmes victimes de violences. C'est très clair, il faut plus de fonctionnaires dans toutes les fonctions publiques qui accompagnent les femmes victimes de violences.

Je me bats sur le budget de la Ville de Paris tous les ans, mais je peux vous assurer que tant qu'il n'y aura pas plus de policier·es, plus de personnes dans la justice, dans les hôpitaux, nous allons tourner en rond au bout d'un moment, même si nous faisons beaucoup de formations, beaucoup de choses, mais nous en avons besoin.

Vous l'avez compris, Annaïck Morvan, la déléguée aux droits des femmes, l'a dit ce matin, il y aura des annonces, demain, j'espère, les associations, moi, avec elles, et le CESE, le conseil à l'égalité, nous voulons un milliard juste sur les violences conjugales, c'est aussi plus de fonctionnaires partout, avec des rémunérations salariales, c'est certain, et l'on espère ces grandes annonces.

Je termine avec une annonce importante, puisque nous venons d'apprendre que l'Assemblée nationale vient de voter pour la proposition de loi pour l'inscription du droit à l'avortement dans la

Constitution. Ce n'est que le début d'un parcours. En tout cas, les choses bougent vite, et dans le bon sens, donc continuons à nous mobiliser.

Merci beaucoup pour toute cette journée.