

La prise en charge des victimes répond t-elle à leurs attentes ?*

H. BAZEX^{1,2}, A. THOMAS^{1,2}, C. PAUWELS^{3,4}, F. TRAPE^{1,2,3},
M. OUSTRAIN¹, D. ROUGÉ³

RÉSUMÉ

Les auteurs souhaitent présenter les attentes des victimes au regard de l'évolution de leurs droits en France (extension des infractions, éviction des auteurs de violence, développement des prises en charge annexes). Ils restituent les résultats de deux enquêtes menées par le réseau prévention violence et orientation santé (réseau PREVIOS).

Mots-clés : Prévention de la violence, Attentes des victimes, Droit des victimes, Réseau PREVIOS.

* Présentation :

16th World Congress on Medical Law, 7-11 august 2006, Toulouse.

Auteurs :

- Agnès Thomas, Médecin légiste et médecin de santé publique
- Hélène Bazex, Docteur en psychologie
- Colette Pauwels, Juriste
- Florent Trapé, Médecin légiste et médecin psychiatre
- Magalie Oustrain, Psychologue
- Daniel Rougé, Professeur des universités, Praticien hospitalier – Médecine légale

Lieu d'exercice :

1. Consultation de prévention de la violence, CHRU de Toulouse, Service de Médecine légale, 1, avenue Jean Poulhès, TSA 50032, 31059 TOULOUSE Cedex 9 (France).
2. Réseau PREVIOS, Midi-Pyrénées France Courriel : preventionviolence@yahoo.fr
3. Unité Médico-Judiciaire, CHRU de Toulouse, Service de Médecine légale, 1, avenue Jean-Poulhès, TSA 50032, 31059 TOULOUSE Cedex 9 (France).
4. Service d'Aide aux Victimes d'information et de Médiation (SAVIM).

SUMMARY

Does the Help and Care of Victims Fulfill their Expectations?

The authors present the evolution of the rights of victims of violence. They present two investigations exploring expectations of these victims. These investigations were carried out within the framework of the PREVIOS network.

Key-words: *Prevention of violence, Requests of the victims, Victim's rights, PREVIOS Network.*

Nous constatons en France une évolution récente du droit des victimes dans ces aspects judiciaires (droit pénal et civil) et sanitaires (droit de la santé) (I). Nous nous sommes donc inquiétés de savoir si ces évolutions correspondaient aux attitudes et/ou aux attentes des victimes en menant deux enquêtes auprès des victimes de violence vues en Unité Médico-Judiciaire (II).

I. L'ÉVOLUTION DU DROIT DES VICTIMES

En France, le droit des victimes débute essentiellement par la reconnaissance des infractions et la sanction des auteurs puis par la prise en charge judiciaire des victimes elles-mêmes (I.1). Dans un second temps se développent la prise en charge sanitaire des auteurs puis celle des victimes de violence (I.2). Les auteurs précisent que les évolutions ne sont pas présentées de façon exhaustive.

I.1. La prise en charge judiciaire des auteurs puis des victimes

I.1.1. La prise en charge judiciaire des auteurs de violence

Sur le plan judiciaire, nous avons pu observer l'accroissement des sanctions pénales, notamment :

- ✓ l'extension des circonstances aggravantes liées à la qualité de la victime (mineur de 15 ans ; personne vulnérable, état de grossesse apparente ou connu de l'auteur ; etc.), à la qualité de l'auteur (plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur) ou aux circonstances (préméditation, usage ou menace d'arme, faits commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif ou aux abords lors des entrées-sorties des élèves, etc.) ;
- ✓ et l'évolution des infractions liées à la violence conjugale : en 1994, la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante [1]. Ces « atteintes volontaires à l'intégrité de la personne » (art. 222-13 du Code Pénal [CP]) deviennent un délit.

Des moments plus critiques notamment pour la persévérance et l'exacerbation des violences conjugales sont identifiés. En 2006, la sanction des coups et blessures volontaires sur ex-conjoint ou ex-concubin est aggravée par le Code Pénal (art. 132-80) [2] car ils constituent une réalité de terrain (en 2005, 23 % des violences conjugales vues au sein de notre Unité Médico-Judiciaire sont le fait d'un ex-conjoint).

En 2005, dans le cadre de la loi sur la récidive [3], des mesures immédiates peuvent être mises en œuvre à l'encontre de l'auteur des violences :

- ✓ Son placement en détention dès sa condamnation à l'audience et limitation de ses sursis avec mise à l'épreuve ;
- ✓ Son éviction du domicile conjugal ou l'interdiction d'approcher le domicile en attente du jugement (art. 41-1-6e du Code de Procédure Pénale).

Enfin pour prévenir la récurrence des auteurs d'agressions sexuelles des mesures de surveillance et d'assistance et une injonction de soins peuvent être mises en œuvre (cf. infra).

1.1.2. La prise en charge judiciaire des victimes de violence

Une protection accrue des victimes est mise en œuvre par la reconnaissance d'un caractère vulnérable de certaines personnes : mineur ou autre personne à particulière vulnérabilité (« *due à l'âge, à une maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse* »). Cette reconnaissance rend possible, pour les professionnels, le signalement des privations ou sévices à ces personnes (art. 226-13 du CP) et permet la constitution de délits spécifiques :

- ✓ Délaissement (art. 223-3 et 223-4 du CP) ;
- ✓ Abus de faiblesse (art. 223-15-2 du CP) : personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables (introduit pour lutter contre les sectes [4]).

La reconnaissance du statut de victime passe par l'amélioration de la réparation des dommages subis et par des mesures de protection vis-à-vis de l'auteur :

- ✓ Le droit à la réparation des dommages graves subis résultant d'une infraction [5, 6, 7] par une Commission d'indemnisation des victimes (CIVI) siégeant auprès de chaque Cour d'Appel ;
- ✓ La modification des procédures de divorce [8] où le conjoint victime de violences peut saisir

le juge aux affaires familiales pour l'éviction de l'auteur du domicile conjugal.

1.2. La prise en charge sanitaire des victimes et auteurs de violence

La prise en charge sanitaire des victimes et auteurs de violence est une préoccupation récente. Différents ministères sont concernés : Ministère de la justice [9], Ministère de la santé [10, 11], Ministère du travail [12].

Le Ministère de la Santé s'est préoccupé dans un premier temps par l'amélioration de la prise en charge des victimes en milieu hospitalier [13, 14, 15, 16].

Plus récemment, la prise en charge de la violence dans le domaine sanitaire devient une priorité de santé publique en 2004 [17]. Parmi les cinq plans stratégiques de santé publique (2004-2008) figure un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence.

En attendant la sortie de ce plan, une étude action DGS (2006-2008) vise à l'« amélioration de la prise en charge des victimes de violence en milieu hospitalier ». Elle est menée sur huit sites pilotes en France. Des pistes d'amélioration sont d'ores et déjà identifiées (notamment le dépistage des violences dans les périodes les plus à risque comme par exemple le dépistage systématique au 4^e mois de grossesse⁵).

Concernant la prise en charge des auteurs, la création de réseaux Santé-Justice est une évolution souhaitée par le ministère de la Santé [18].

Aux peines complémentaires d'obligations de soins (art. 131-10 du CP) déjà existantes, a été ajoutée une mesure plus contraignante (l'injonction de soin) pour s'assurer de la prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions sexuelles⁶. Cette injonction de soins s'inscrit dans le cadre d'un suivi socio judiciaire [19]. Cette mesure doit être mieux connue des professionnels de santé qui prennent en soin des auteurs ou sont amenés à coordonner ces prises en charge (qualité de la prise en charge thérapeutique, amélioration des relations avec la justice).

5. Estimation dans la littérature à 8 % des grossesses dans nos pays développés.

6. Première cause de peine privative de liberté en France.

Dans le cadre de cette évolution, une consultation de prévention de la violence s'est créée et a souhaité évaluer les attentes des victimes pour mettre en œuvre une prise en charge adaptée.

II. LES BESOINS ET ATTENTES DES VICTIMES DE VIOLENCE

Les enquêtes ont été menées auprès de victimes de violence ayant consulté en Unité Médico-Judiciaire (UMJ). Selon l'IGAS [20], ces unités sont censées voir les victimes dans un parcours judiciaire, les professionnels sollicités par la justice y intervenant comme auxiliaires de justice sur réquisition. Cependant, depuis de nombreuses années ces unités sont sollicitées directement par les victimes. Ces dernières sont adressées par des professionnels de santé pour un tiers d'entre elles (cf. Graphique 1). Ce chiffre est même majoré pour les violences conjugales (64,5 % en 2000 [21], 61 % en 2002 [22]).

Les partenaires de la consultation de prévention de la violence et l'analyse de la littérature nous montrent que le parcours des victimes est particulièrement chaotique. Les associations soulignent les difficultés de l'accès au soin (professionnels formés et lieux d'accueil spécialisés peu nombreux). Une enquête prospective a donc été lancée auprès de 200 victimes.

II.1. Enquête 1 : besoins et attentes exprimées par les patients victimes de violence

Deux cents victimes de violence vues en UMJ ont été interrogées entre décembre 2005 et mars 2006. Cette enquête a permis le recueil de leurs besoins et attentes vis-à-vis de la consultation violence et de leur suivi. Une analyse intermédiaire permet de préciser les attentes de 131 patients et est précisée ci-après.

II.1.1. Echantillon observé

Les patients sont vus pour moitié sur réquisition (50,4 %). Les femmes représentent 50,4 % des passages étudiés. L'âge moyen est de 34 ans, sans différence significative entre les sexes. Les personnes sont majoritairement issues du milieu urbain (77,9 %). La moitié des victimes (47,3 %) ont des enfants. Tous types de violences ont été observés (tableau I).

L'incapacité totale de travail est en moyenne de 1,34 jours (0-21) [< 8 jours (96,2 %) ; > 8 jours (3,8 %)]. Les violences sont très récentes : moins de deux jours (71,8 %) ; de 2 jours à une semaine (18,3 %) ; ou plus d'une semaine (9,2 %). Pour 18,3 % des victimes, les violences étaient réitérées, en moyenne depuis 23 mois [2-124].

Lorsque les victimes connaissent leur auteur (55,7 %), celui-ci se trouve dans l'entourage (famille

Graphique 1 : Evolution des modes d'entrée à l'UMJ de Rangueil (Toulouse).

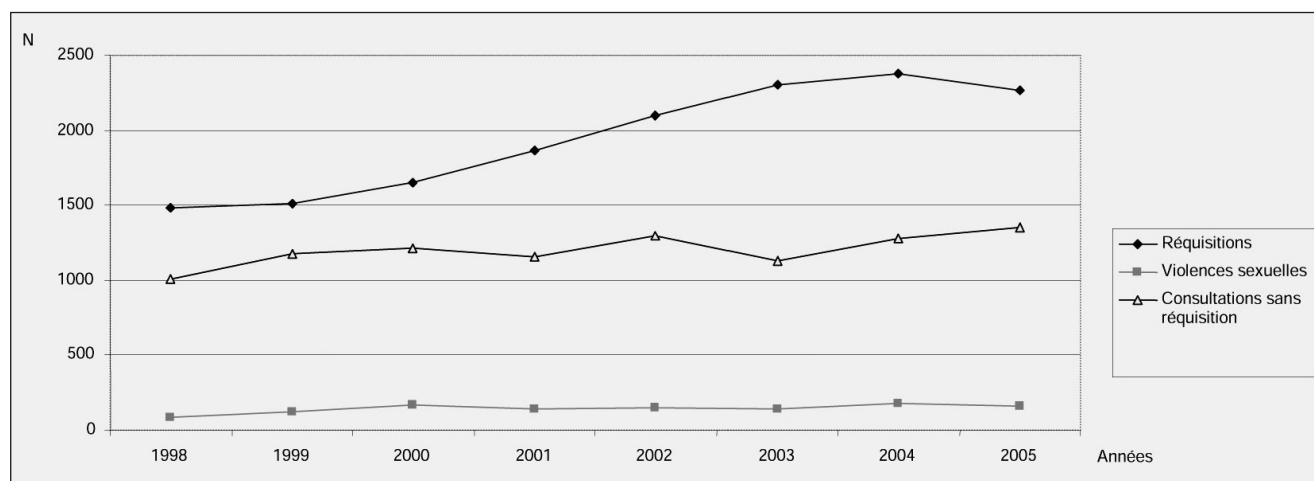


Tableau I : Typologie des violences subies.

Interpersonnelles diverses	45 %	Voisinage	5,3 %
Conjugales	19,1 %	Familiales	2,3 %
Travail	13 %	Scolaire	1,5 %
NSP	13,7 %		

ou proches à 44,1 %) ou dans la sphère sociale (relations de travail ou de voisinage (51,5 %).

Du fait du lieu de consultation (UMJ), la majorité des victimes disent avoir porté plainte (73,3 %). Parmi les victimes n'ayant pas porté plainte, 73,5 % en ont l'intention et viennent chercher un certificat à cet effet. Ainsi, 7 % des victimes vues en UMJ désirent garder les traces de leurs lésions (certificat de coups et blessures) mais ne désirent pas entrer dans un parcours judiciaire.

II.1.2. Les conséquences des violences alléguées par les victimes

Les victimes ont été interrogées sur les conséquences ressenties de la violence subie et sur leurs besoins. La majorité des victimes (96 %) allègue des conséquences sur leur santé physique ou psychique, sur leur situation sociale ou juridique (tableau II).

Tableau II : Troubles évoqués par les victimes.

• Somatiques	96,2 %
• Troubles psychiques	92,4 %
• Conséquences sociales	72,5 %
• Impact sur leur relation aux personnes	45 %

Le retentissement psychologique et les conduites à risque, souvent mal appréciées initialement dans l'urgence, ont été exprimés par les victimes comme suit (tableau III).

Trois quart des victimes (72,5 %) allèguent un retentissement social du fait des violences (tableau IV). Dans 45 % des cas, les violences subies ont modifié leurs relations avec des personnes de leur entourage.

II.1.3. Les besoins allégués par les victimes

Des besoins sont exprimés par 86,3 % des victimes. Ces besoins sont relatifs à des aspects juridiques

Tableau III : Symptômes psychiques et conduites à risque.

Symptômes psychiques	
• Sentiment d'insécurité	68,6 %
• Troubles du sommeil	68,6 %
• Anxiété	63,6 %
• Sentiment d'isolement	47,9 %
• Tristesse	32,2 %
• Autres symptômes*	15,7 %
Conduites addictives	
• Initiation ou aggravation d'un tabagisme	27,8 %
• Initiation ou aggravation d'une consommation d'alcool	6,3 %
• Initiation ou aggravation d'une consommation de drogues	4 %
* Attaques de paniques, stress post-traumatique, troubles alimentaires, troubles de la mémoire, dépression, sentiment de culpabilité, sentiment de honte.	

Tableau IV : Retentissement social des violences allégué.

Retentissement social	
• Sur l'activité professionnelle	66,3 %
• Sur le choix du lieu de vie	38,9 %
• Sur la situation financière	32,6 %
Modification des relations humaines	
• Avec leur famille	42,4 %
• Leurs amis/leurs proches	42,4 %
• Leur entourage au travail	23,7 %
• Autres personnes	18,6 %*
* Phobie sociale, peur des inconnus, peur du voisinage.	

Tableau V : Type de besoins exprimés par les victimes de violence

Besoin relatif à :	Une Écoute (%)	Des informations (%)	Un suivi (%)	Pas de besoin exprimé ou non précisé (%)
État de santé	36,5	30,6	61,2	21,5
État psychologique	52,5	15,9	23	32,7
Situation sociale	15,9	20,4	14,2	62,8
Situation juridique	23,9	69	69	22

(67,2 %), de santé (64,9 %), d'état psychologique (58 %) ou social (32,1 %).

Les victimes étaient interrogées sur le type de besoin selon trois critères : écoute/information/suivi (tableau V). La demande d'écoute porte principalement sur l'aspect psychologique et l'information sur les droits des victimes. Les victimes souhaitent un suivi pour leur situation juridique (69 %) et seulement ensuite pour leur état de santé (61,2 %). Le suivi psychologique est très peu sollicité. Nous retrouvons là les mêmes chiffres que le recours au psychologue et au Conseil juridique de l'UMJ (tableau VI). Seul un tiers des victimes (37,2 %) exprime un besoin social.

II.1.4. Les modalités de prise en charge souhaitées

Si majoritairement les victimes sont satisfaites de la prise en charge en UMJ (98,5 %), elles envisageraient volontiers une prise en charge complémentaire (87,6 %) relative à :

- ✓ leur état de santé (84,8 %),

- ✓ leur état psychologique (72,7 %),

- ✓ leur vie sociale (42,4 %),

- ✓ des aspects juridiques (76,8 %).

Cette prise en charge est souhaitée le plus souvent individuellement, et de façon indifférenciée en ville ou à l'hôpital.

Les victimes sont plutôt favorables (58 %) à une intervention secondaire des professionnels qui les ont accueillies à l'UMJ. L'accès à ces professionnels est souhaité par : permanence téléphonique (55,3 %), entretien avec un professionnel de santé (51,3 %), suivi à domicile (26,3 %). Certaines évoquent un accompagnement nécessaire de leur entourage (17,1 %).

Une victimes sur deux (48,1 %) souhaite être mise directement en contact avec des professionnels suite à leur passage en UMJ : avocat (58,7 %), associations (47,6 %), professionnel de santé libéral de proximité (31,7 %), assistante sociale (27 %), autres (3,2 %).

Lorsqu'elles connaissent l'auteur, les victimes souhaitent un suivi de ce dernier dans 35,3 % des cas (tableau VII). Lorsqu'il s'agit de victimes de violences conjugales le suivi est souhaité par 44 % des victimes.

Tableau VI : Le conseil juridique et le soutien psychologique (2002-2006).

	Nombre d'entretiens de conseil juridique	Nombre d'entretiens de soutien psychologique
2001 (août – déc.)	697	597
2002	1 597	1 219
2003	1 974	1 078
2004	2 052	1 301
2005	1 866	1 226
2006 (janv. – sept.)	1 500	912

Tableau VII : Suivi de l'agresseur souhaité.

	Connu	Inconnu
Suivi souhaité (%)	35,3	16,1
• Rencontre avec notre équipe	22 %	16 %
• Suivi individuel	22 %	13 %
• Entretien avec la victime	6 %	9,7 %
• Groupe de parole	8,8 %	4,8 %

L'attitude ambivalente des victimes vis-à-vis du dépôt de plainte est bien connue des associations d'aide aux victimes ; les officiers de police judiciaire regrettent pour la plupart le dépôt d'une main courante plutôt qu'une plainte. Nous avons donc fait une enquête sur ces attitudes pour tâcher d'en identifier les causes.

II.2. Enquête 2 : Les attitudes des victimes de violences conjugales à l'égard du dépôt de plainte

Une analyse prospective a été réalisée (mars à juin 2006) auprès de 41 victimes de violence conjugales ayant consulté en UMJ. Elle a permis le recueil de leurs motivations au dépôt de plainte ou au non dépôt de plainte contre l'auteur des violences. Il est à noter que nous avons inclus dans ces violences conjugales les violences réalisés par les ex-conjoints ou ex-petits amis.

II.2.1. Echantillon observé

Le sex ratio (0,07) est celui habituellement retrouvé pour les violences conjugales (soit 7,3 % d'hommes). L'âge moyen est de 34 ans [20-56] sans différence significative entre les sexes. La situation maritale est variée : mariés 39 %, concubins 36,5 %, non mariés ni concubins 12,2 %, séparés 12,3 %. La moitié des victimes (56,1 %) a des enfants (1,7 en moyenne [1-3]). L'état de vulnérabilité est observé pour un cas (grossesse).

II.2.2. La violence ayant motivé la consultation à l'UMJ

Les faits de violence observés relèvent principalement du tribunal correctionnel (83 %), puis du tribu-

nal de police (15 %) et de la Cour d'Assises (2 %) pour un viol.

Les violences sont récentes (1,9 jours en moyenne [1-3]). Les victimes sont plus souvent dans un parcours non judiciaire au moment de cette consultation (61 %). Si l'utilisation d'armes est relativement fréquente (12,2 % des cas dont 80 % d'armes blanches), le retentissement fonctionnel des violences est modéré. L'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme est en moyenne de 0,95 jours [0-15]). Il est à noter que l'ITT est plus importante pour les personnes dans un parcours non judiciaire que les victimes vues sur réquisition (1,36 jours versus 0,26 jours).

II.2.3. Le parcours antérieur de violence

Parmi les auteurs de violence, un sur dix (12 %) avait déjà été condamné pour des faits de violence. Une victime sur cinq (17,1 %) avait déjà déposé plainte antérieurement contre l'auteur, en moyenne 1,6 fois [1-4]).

Les violences sont souvent multiples : 100 % des victimes subissent des violences physiques (en moyenne depuis 2 ans et 9 mois [1 jour – 15 ans]) et 87,5 % subissent des violences psychiques (en moyenne depuis 4 ans et 10 mois [9 mois – 20 ans]). Lorsque des violences psychiques sont associées à des violences physiques, elles les précèdent dans le temps pour 78,8 % des cas.

Les victimes ayant des enfants signalent :

- ✓ des violences devant les enfants (63,6 %),
- ✓ des violences pendant les grossesses (13 %),
- ✓ des violences sur les enfants (9,1 %).

Les victimes ont été interrogées sur la(les) cause(s) de la violence dans leur couple. La première cause allé-

guée est le fait de s’opposer à l’auteur (29 %). Vient ensuite la notion de période de rupture ou de rupture mal vécue par l’auteur (22 %), la jalousie de l’auteur (12 %), le fait de rencontrer l’auteur (pour les couples séparés) dans des lieux publics ou lors des rencontres liées aux enfants (10 %). En dernier lieu, sont cités les addictions (alcool) ou la pathologie mentale (2,4 %).

II.2.4. Les intentions des victimes vis-à-vis de la vie commune

En 2000, l’UMJ de Toulouse notait⁷ : « le maintien de la vie de couple n’est plus envisagé dans 75 % des cas, une procédure est d’ailleurs parfois en cours (22 %). Seul 3 % des femmes sont incertaines quant à la poursuite de la vie commune ».

Pour cette enquête, nous retrouvons les mêmes chiffres : une victime sur deux (53,8 %) souhaite la rupture de la vie commune et 41 % allèguent une séparation effective au moment de la consultation. Le souhait du maintien de la vie commune n’est exprimé que par 5,1 % des victimes vues.

En 2000, 67 % ne souhaitaient pas quitter le domicile. Dans le cas présent, une victime sur deux (52 %) ayant un domicile commun avec l’auteur exprime le désir de voir l’auteur hors du domicile et 39 % souhaitent quitter personnellement le domicile. Parmi ces dernières, une seule victime a fait connaître à l’UMJ le besoin d’un hébergement. Il est à noter des mesures pilotes en France d’hébergement en famille d’accueil.

II.2.5. Les intentions des victimes vis-à-vis du dépôt de plainte

L’intention de déposer plainte concerne deux tiers des victimes (70,7 %). Il ne nous a pas été possible de vérifier si toutes ces intentions sont suivies d’effet.

L’analyse des motivations au dépôt de plainte montre que la sanction de l’auteur n’est pas la motivation au dépôt de plainte. En premier lieu, la victime souhaite que l’auteur reconnaisse ses actes délictueux, qu’il ne les reproduise pas sur d’autres victimes et qu’il soit soigné (tableau VIII). Nous notons que le soin, selon les victimes, doit être imposé à l’auteur. Le désir de sanction judiciaire de l’auteur est très peu évoqué, mais 21 % des femmes précisent que le dépôt de plainte les aiderait à

se séparer de l’auteur des violences et 17 % souhaitent que l’auteur soit évincé du domicile conjugal.

Les victimes ne souhaitant pas porter plainte (29,3 %) évoquent majoritairement l’existence des enfants et la peur de représailles de la part de l’auteur ou d’un tiers (familles du couple ou autres tiers). La présence de sentiments amoureux pour l’auteur constitue aussi une large entrave au dépôt de plainte (60 %), ainsi qu’à moindre fréquence le risque que l’auteur retourne les violences contre lui-même (suicide).

Tableau VIII : Motivations vis-à-vis du dépôt de plainte.

Motivations pour les victimes qui veulent ou ont porté plainte	
• Souhait que l’auteur réalise la gravité de ses actes	93,1 %
• Pour éviter la réitération des violences sur d’autres victimes	82,8 %
• Pour l’obliger à des soins	75,9 %
• Pour qu’il soit soigné	72,4 %
• Pour obtenir des excuses de la part de l’auteur	41,4 %
• Pour poursuivre l’auteur au pénal	41,4 %
• Pour obtenir une rupture de la vie commune	21 %
• Pour obtenir l’éviction du domicile de l’auteur	17 %
• Pour que l’auteur aille en prison	13,8 %
• Pour obtenir réparation	6,9 %
Motivations des victimes qui refusent de déposer plainte	
• Père des enfants	85,7 %
• Peur des représailles par l’auteur	70 %
• Peur que l’auteur soit emprisonné	60 %
• A toujours des sentiments pour l’auteur	60 %
• Peur de représailles de la part de tiers	20 %
• Crainte des réactions des enfants	12,5 %
• Peur de déposer plainte	10 %
• Peur que l’auteur se suicide	10 %
• Souhait de ne pas envenimer une procédure de divorce	10 %

Concernant ces victimes de violences conjugales, leur volonté manifeste, à ce que l'auteur bénéficie d'une prise en charge sanitaire, pourrait être interprétée comme une tentative de poursuivre la vie commune. Cette séparation d'avec l'auteur des violences est aussi difficile à envisager pour les victimes sous emprise de l'auteur (désir de reconnaissance de la souffrance qu'elles endurent, peur des représailles, peur de la séparation d'avec les enfants...). Pour ce dernier point, le surinvestissement dans la relation conjugale au détriment de la protection des enfants « pour ne pas séparer le père de ses enfants » est fréquente.

III. CONCLUSION

Les victimes de violence nous indiquent qu'elles souhaitent bénéficier de prises en charge pluridisciplinaires spécifiques qui s'articuleraient avec la prise en charge médico-légale actuelle. La reconnaissance des faits par l'auteur et sa prise en charge sanitaire sont fortement souhaitées par les victimes de violences conjugales.

S'il semble indispensable d'adapter les offres de soins et les priorités d'action selon l'étape du parcours où se situe la victime (grossesse, petite enfance des enfants, moments de séparation et procédure de divorce). Ces deux enquêtes illustrent bien l'attitude paradoxale des victimes (discontinuité du parcours de soin, dépôt et retrait du dépôt de plainte). Ces dernières demandent une prise en charge globale, mais, l'attachement avec l'auteur va entraver la cohérence des réponses à l'offre de soin. Il s'agira donc, pour les professionnels, de travailler sur la restauration de l'estime de soi de manière à favoriser l'autonomie de ces victimes.

Dans la plupart des cas, les professionnels pourront proposer un suivi (médical, psychologique ou autre). Celui-ci n'omettra pas de proposer des solutions d'urgence pour limiter l'impact des violences (stratégies d'évitement de la violence, préparation d'un sac d'urgence, solution d'hébergement...). Dans tous les cas, les professionnels devront s'interroger, et éventuellement mobiliser des relais, pour évaluer le danger potentiel de la violence sur les enfants et sur la victime elle-même.

IV. REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées et

l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées pour leur accompagnement du projet régional de prévention de la violence dans lequel s'inscrivent les enquêtes présentées.

V. FINANCEMENTS

Ces enquêtes ont été financées par une enveloppe prévention (2006) de l'Etat. ■

VI. RÉFÉRENCES

- [1] Loi n° 92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du Code Pénal (entrée en vigueur le 1^{er} mars 1994).
- [2] Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.
- [3] Loi n° 2005-1549 du 12 déc. 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.
- [4] Loi n° 2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales.
- [5] Loi n° 77-5 du 3 janvier 1977 relative au régime subsidiaire d'indemnisation des victimes de dommages corporels graves résultant d'une infraction.
- [6] Loi n° 83-466 du 2 février 1981 dite « loi sécurité et liberté ».
- [7] Loi n° 98-466 du 8 juillet 1983 portant abrogation ou révisions de certaines dispositions de la loi n° 81-82 du 2 février 1981.
- [8] Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005).
- [9] « Bientraitance des victimes » Rapport DALIGAND au Ministère de la justice, Mars 2002, 117 p.
- [10] « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé » Rapport HENRION au Ministère de la santé, Fév. 2001, 64 p.
- [11] Rapport « Violence et santé » Haut Comité de Santé Publique. Collection avis et rapports, Rennes Editions ENSP, janvier 2005, 160 p.
- [12] Les violences envers les femmes en France. JASPART Maryse, BROWN Elisabeth, CONDON Stéphanie Rapport au Ministère du travail. Paris, 2003.
- [13] Circ. DGS/DH 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles (ARH).

- [14] Circ. DH/AF1/98 n° 137 du 27 février 1998 relative à la création des consultations médico-judiciaires d'urgence.
- [15] Circ. DHOS/E1/503 du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violence et toutes personnes en situation de détresse psychologique.
- [16] Circ. DHOS/SDO n° 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.
- [17] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [18] Promotion de la création de réseau santé-justice pour l'amélioration de la prise en charge concertée des auteurs d'agressions sexuelles (circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006).
- [19] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des agressions sexuelles et à la protection des mineurs.
- [20] Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires. 2006.
- [21] THOMAS A., ROUGÉ D. – La violence conjugale... dix ans après. *Concours Méd.*, 2000, 122, 29, 2041-2044.
- [22] THOMAS A., TELMON N., ALLERY J.-P., PAUWELS C., ROUGÉ D. – La violence dans le couple, évolution dans le temps. *Journal de médecine légale et de droit médical*, 2002, 45, 2-3, 117-123.