



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

Juin 2019

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Ce document n'est pas le texte de recommandations

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies, dans le champ de la santé, comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ».

Tableau 1. Grade des recommandations

	Preuve scientifique établie
A	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes	6
Préambule	8
Données issues de la recherche documentaire.....	12
1. Données épidémiologiques	12
1.1 Nationales.....	12
1.1.1 Au début des années 1990.....	12
1.1.2 Enquête Enveff	12
1.1.3 Enquête « Événements de vie et santé » (EVS)	13
1.1.4 Enquête Virage (Violences et rapports de genre)	14
1.1.5 Rapport CVS	15
1.1.6 Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple.....	16
1.2 Internationales	17
1.2.1 OMS	17
1.2.2 Pays anglo-saxons	18
1.2.3 Europe	19
1.2.4 Prévalences des homicides liés aux violences conjugales dans le monde	20
2. Définitions et types de violences.....	21
2.1 La violence conjugale	21
2.2 Les différents types de violences (Annexe 5)	22
2.2.1 Cas des violences sexuelles	22
2.2.2 Cas des violences psychologiques et verbales	24
2.3 Évolution de la violence	24
2.4 Profil des victimes.....	25
2.5 Profil des auteurs.....	26
3. Les facteurs de risque associés/précipitants	29
3.1 Les facteurs sociétaux et communautaires.....	29
3.2 Les facteurs individuels et relationnels	29
4. Conséquences des violences	32
4.1 Conséquences sur la santé des victimes.....	32
4.2 Conséquences des violences sexuelles	35
4.3 Conséquences sur le plan gynécologique/obstétrical.....	36
4.4 Conséquences sociales et professionnelles	36
4.5 Conséquences sur les enfants	37
4.5.1 Les différentes manifestations	38
5. Prise en charge des violences en France	39
5.1 Démarches et mesures de protection en France	39
5.2 Prise en charge par les professionnels de santé	40
5.2.1 Le rôle essentiel des professionnels de santé.....	40
5.2.2 L'accueil et la prise en charge à l'hôpital.....	41
5.2.3 Coopération entre les acteurs	42
5.2.4 Formation des professionnels de santé.....	44
5.2.5 Outils à disposition des professionnels de santé.....	45
5.3 Accueil des victimes dans les commissariats et les gendarmeries	45
5.4 Par le système judiciaire.....	47
5.4.1 L'ordonnance de protection	47

5.4.2	Le « Téléphone Grave Danger » (TGD)	48
5.4.3	Envers les auteurs	48
5.5	Dispositifs mis en place au niveau national	49
5.5.1	Le « 3919 : Violences femmes info »	49
5.5.2	Site « stop violences-femmes.gouv.fr »	50
5.5.3	Sites des fédérations associatives et de leurs réseaux	50
5.6	Par les associations	50
5.6.1	Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement	50
5.6.2	De l'urgence au relogement	51
5.6.3	Rôle des associations	51
5.7	Prise en charge des enfants	53
5.8	Démarches entreprises par les victimes	53
5.8.1	Démarches auprès des autorités	53
5.8.2	Démarches auprès des professionnels de santé et des associations	54
5.8.3	Des différences territoriales	54
6.	Le repérage des violences	56
6.1	Repérage systématique ou ciblé	56
6.2	Les outils de repérage (<i>Woman Abuse Screening Tool, WAST</i>)	59
7.	Rôle du médecin	60
7.1	Les attentes des victimes vis-à-vis des professionnels de santé	60
7.2	Comment repérer une situation de violences	61
7.2.1	Environnement favorisant l'échange	61
7.2.2	Poser des questions appropriées (voir annexe 3)	62
7.3	Recueil des informations, attitude, climat, informations à transmettre	64
7.3.1	Les situations à risque de violences	64
7.3.2	Quelles attitudes des soignants aident les femmes victimes de violences à parler ?	65
7.3.3	Si la patiente ne souhaite pas en parler	66
7.3.4	Face à quels signes ou symptômes y penser ?	67
7.4	Examen, évaluation de la gravité, évaluation de l'impact sur les enfants	67
7.4.1	Évaluation de la gravité	67
7.4.2	Examen	68
7.4.3	Évaluation de l'impact sur les enfants	70
7.5	Prise en charge	71
7.5.1	En cas de situation jugée grave	72
7.5.2	Information et orientation	73
7.5.3	Vers quels référents orienter ?	73
7.6	Prévoir la continuité des soins	74
7.7	Difficultés rencontrées par les médecins	74
8.	Le certificat médical	76
8.1	À quoi sert le certificat médical ?	76
8.2	Contexte juridique	76
8.3	Règles de rédaction et de délivrance	77
8.4	Détermination d'une ITT (Incapacité totale de travail)	78
8.5	Freins à la rédaction du certificat médical	78
9.	Le signalement	80
10.	Prévention et lutte contre les violences	82
10.1	Les différentes approches de prévention et de lutte	82
10.2	Les réseaux de prévention et de lutte contre les violences	82

11. Prise en charge des auteurs	84
11.1 Axes thérapeutiques.....	84
11.2 Le stage de responsabilisation des auteurs de violences conjugales institué par la loi de 2014.....	84
12. Cas particuliers en cas de grossesse	85
12.1 Données épidémiologiques	85
12.2 Facteurs de risque de violences au cours de la grossesse	86
12.3 Conséquences des violences au cours de la grossesse	86
12.4 Exemples d'interventions proposées pour réduire le risque de violences au cours de la grossesse	87
12.5 Rôle des professionnels de santé	88
12.6 Question du repérage au cours de la grossesse	89
13. Prise en charge par les chirurgiens-dentistes	91
13.1 Implication des chirurgiens-dentistes	91
13.2 Types de lésions observées.....	92
14. Version soumise aux parties prenantes.....	93
15. Avis des parties prenantes	108
16. Validation	135
16.1 Adoption par le Collège de la HAS.....	135
Annexe 1. Méthode de travail	136
Annexe 2. Recherche documentaire	139
Annexe 3. Évolution de la législation.....	143
Annexe 4. Repérage : Exemples de questions.....	146
Annexe 5. Exemples de formes de violences intraconjugales.....	148
Annexe 6. Modèle de certificat médical initial	149
Références	154
Participants	161
Remerciements	162
Fiche descriptive.....	163

Abréviations et acronymes

AAV	Associations d'aide aux victimes
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
BPF	Brigades de protection de la famille
CASA	Centre d'accueil spécialisé pour les agressions
CFCV	Collectif féministe contre le viol
CIDFF	Centres d'information sur les droits des femmes et des familles
CNIDFF	Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles
CNIDFF	Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CVS	Enquête « Cadre de vie et sécurité »
DFTT	Déficit fonctionnel temporaire total
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
Enveff	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
ESG	Enquête sociale générale
EVS	Enquête « Événements de vie et santé »
FNSF	Fédération nationale solidarité femmes
HCE	Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INAVEM	Institut national d'aide aux victimes et de médiation
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISCG	Intervenants sociaux en commissariat et en gendarmerie
ITT	Incapacité totale de travail
JAF	Juge aux affaires familiales
MIPROF	Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale
OP	Ordonnance de protection
PACS	Pacte civil de solidarité
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
SME	Sursis et mise à l'épreuve
SPIP	Services pénitentiaires d'insertion et de probation
SSMG	Société scientifique de médecine générale (belge)
SSMSI	Service statistique ministériel de la sécurité intérieure
TGD	Téléphone Grave Danger
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMJ	Unités médico-judiciaires
USPSTF	<i>U.S. Preventive Services Task Force</i>
VC	Violences conjugales

Préambule

Saisine

La HAS a été saisie par le Ministère des solidarités et de la santé, en décembre 2017, du sujet de la prise en charge des victimes de violences sous l'angle des pratiques professionnelles.

Il requiert l'élaboration de recommandations permettant d'homogénéiser, d'améliorer et de sécuriser la prise en charge des victimes, sur la question globale du repérage des femmes victimes de violences et sur les organisations *ad hoc* à mettre en place pour l'accueil des victimes aux urgences.

Cette demande s'inscrit dans le cadre de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, du Plan 2014-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes (1) et du rapport de l'IGAS de mai 2017 sur « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation » (2), qui mettent en lumière le rôle déterminant des établissements et professionnels de santé en la matière.

Contexte historique – Contexte politique

En France

En France, les violences faites aux femmes relèvent d'une politique publique et constituent un des axes de la politique interministérielle des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes.

En 1989, la première campagne nationale d'information est lancée et des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes sont mises en place.

En 2000, une première enquête nationale relative aux violences envers les femmes est conduite sur des bases scientifiques, l'enquête Enveff (3). Elle sera suivie d'un premier Plan national d'action en 2004 (4).

Depuis cette date, cinq plans d'action interministériels, pluriannuels ont été établis, visant à mesurer et prévenir ces violences, coordonner l'action des acteurs et protéger les femmes victimes (<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes>).

Le III^e Plan interministériel 2011-2013 qui traitait de toutes les violences dont les violences au sein du couple, préconisait déjà de mobiliser les professionnels de santé en vue d'un meilleur repérage et traitement des violences (5).

Durant cette période, un Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (**HCE**) (6) et une Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (**MIPROF**) (7) ont été créés en janvier 2013.

La MIPROF a pour objectif de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes et de contribuer à l'évaluation des dispositifs nationaux et locaux et à l'élaboration d'un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes.

Le IV^e Plan interministériel 2014-2016 (1) a été piloté par le ministère en charge des Droits des Femmes, il a donné lieu à plusieurs mesures dont la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 (8).

Ce plan, dont un des axes avait pour objectif qu'aucune violence déclarée ne demeure sans réponse, a conduit à la création d'une plateforme téléphonique d'écoute et d'orientation des femmes victimes de violences, ainsi que d'une nouvelle version du site Internet dédié (www.stop-violence.org).

violences-femmes.gouv.fr), qui permet notamment de visionner et de télécharger les nouveaux outils de formation des professionnel(le)s.

Un autre axe important de ce plan concernait la consolidation de la réponse sanitaire en préconisant l'élaboration d'un Protocole national sur la prévention des violences faites aux femmes (9), la prise en charge et le suivi des femmes victimes, destiné à être décliné à travers des conventions santé/police/justice, coordonnées par les Agences régionales de santé.

Enfin, les violences faites aux femmes ont été intégrées à la formation initiale des médecins et des sages-femmes en 2013 (1, 10).

Fin 2016, un V^e Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) est lancé (11). Ce plan fixe trois objectifs :

- sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits (dont la systématisation de la formation des professionnels : médecins, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux) ;
- renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants :
 - les enfants victimes des violences conjugales,
 - les jeunes femmes particulièrement exposées aux violences, dans le couple et sur Internet,
 - les femmes vivant en milieu rural ;
- déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol (11).

En 2017, l'IGAS, à la demande du ministère de la Santé, a émis des propositions sur « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences » (2) en se basant sur l'expérience de la « Maison des femmes » de Saint-Denis (Département de Seine-St-Denis) où sont prises en charge toutes les problématiques auxquelles sont confrontées les femmes victimes de violences. À l'issue de son analyse, la mission fait le constat que l'enjeu de la prise en charge sanitaire, et particulièrement à l'hôpital, des violences est encore trop peu identifié. Si des efforts sont constatés principalement sur la formation et la sensibilisation des professionnels de santé, il n'existe pas à ce jour de réseau professionnel à proprement parler. Au niveau organisationnel, la mission a identifié trois compétences essentielles pour une réponse complète et efficace : des compétences médicales, des compétences de travail social et des compétences relatives au travail de coordination. Ainsi, la mission recommande de réunir ces compétences soit au sein d'un cadre hospitalier, soit à un niveau territorial adapté (par exemple, les groupements hospitaliers de territoire (GHT)). Par ailleurs, la mission rappelle l'importance d'une prise en charge partenariale : avec les UMJ, mais aussi avec les autres acteurs territoriaux (collectivités, autres professionnels de santé, associations d'aide aux victimes, etc.) (2).

Au niveau européen

L'Union européenne (UE) a inscrit la lutte contre les violences envers les femmes dans l'une de ses valeurs fondamentales : l'égalité entre les hommes et les femmes.

Le 18 décembre 1979, la Convention de l'Organisation des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF/CEDAW) a été adoptée (12), puis ratifiée le 14 décembre 1983 par la France.

La recommandation générale n° 19, adoptée lors de la 11^e session en 1992 (13), précise que « la violence fondée sur le sexe est une forme de discrimination qui empêche sérieusement les femmes de jouir des droits et libertés au même titre que les hommes » et « recommande aux États d'inclure dans leurs rapports des renseignements sur la violence et sur les mesures adoptées pour l'éliminer », en précisant les modalités pour le faire.

La résolution 54/134 de l'Assemblée générale des Nations unies, adoptée le 17 décembre 1999, proclame le 25 novembre « Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes » (<https://www.un.org/french/documents/ga/res/54/>).

Le 30 avril 2002, la Recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe aux États membres sur la protection des femmes contre la violence est adoptée (14).

Cette recommandation est axée sur la prévention de la violence et la protection des victimes et couvre toutes les formes de violences fondées sur une discrimination sexuelle, y compris la violence au sein de la famille, dans les situations conflictuelles et post-conflictuelles et dans le cadre institutionnel.

Par la suite, des politiques sont développées par l'Union européenne dans ce domaine : ainsi, le Pacte européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (2011-2020) a été adopté par le Conseil de l'UE à Bruxelles, le 7 mars 2011 (15).

Dans ce pacte, le Conseil demande instamment que les États membres et l'Union prennent des mesures dans trois domaines, dont celui de la lutte contre toutes les formes de violences à l'égard des femmes :

- assurer le suivi des stratégies qui visent à éliminer la violence à l'égard des femmes ;
- renforcer la prévention de la violence à l'égard des femmes, la protection des victimes et des victimes potentielles ;
- insister sur le rôle des hommes et des garçons pour éradiquer la violence à l'égard des femmes.

La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique a été adoptée par le Comité des ministres, le 7 avril 2011. Elle considère que « la violence à l'égard des femmes, y compris la violence domestique, compromet les valeurs fondamentales sur lesquelles repose le Conseil de l'Europe ».

Cette convention établit également un mécanisme international de suivi visant à assurer sa mise en œuvre effective au plan national. La France a signé cette convention le 11 mai 2011 à Istanbul, lors du Comité des ministres des Affaires étrangères des 47 États membres (16).

Cette Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, a été ratifiée par la France, le 4 juillet 2014, et est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014.

Elle est le premier instrument européen contraignant, créant un cadre juridique complet pour prévenir les violences à l'encontre des femmes, protéger les victimes et mettre fin à l'impunité des auteurs de violences.

Elle définit et érige en infractions pénales différentes formes de violences contre les femmes (dont le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, le harcèlement, les violences physiques et psychologiques et les violences sexuelles).

Par ailleurs, en 2006, a été créé l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (**European Institute for Gender Equality – EIGE**) qui est une agence de l'Union européenne située à Vilnius, en Lituanie. Cette agence soutient le travail des États membres et des institutions européennes dans le domaine de la lutte contre les violences.

Elle a pour mission de développer et de centraliser des méthodes, ainsi que des outils, afin de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes, et l'intégration des questions de perspective de genre dans les politiques, et la mise en œuvre pratique de ces politiques.

Parmi ces missions, l'institut assure un suivi fiable et pérenne des 12 thèmes d'actions de la Plateforme de Pékin, dont la lutte contre les violences à l'égard des femmes (14, 17).

Cadre législatif

En France

Initialement, c'est **la loi du 22 juillet 1992** portant réforme des dispositions du Code pénal, qui définit un délit spécifique de violences et des peines aggravées, dès lors que les actes sont commis par le conjoint ou le concubin (18).

La **loi du 26 mai 2004** autorise le juge des affaires familiales à statuer en urgence sur l'attribution du domicile conjugal et à décider de l'éloignement du conjoint violent, dès les premiers actes de violence (19).

La **loi du 4 avril 2006**, renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, élargit le champ d'application de la circonstance aggravante (20).

Les violences commises au sein du couple sont considérées en droit pénal comme une circonstance aggravante qui alourdit les peines initialement encourues. Cette circonstance aggravante a été étendue aux faits commis par l'ancien conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité (article 132-80 du Code pénal), dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime.

La **loi du 9 juillet 2010** relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants, permet la délivrance, par le juge aux affaires familiales, d'une ordonnance de protection des victimes, en urgence (21).

La **loi n° 2014-873 du 4 août 2014** pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes contient des mesures spécifiques pour faire reculer les violences et consolider les dispositifs de protection des victimes (notamment : renforcement de l'ordonnance de protection, généralisation du dispositif de téléprotection pour les femmes en grand danger, priorité au maintien à domicile de la victime, recours à la médiation pénale encadrée...) (8).

Cette même loi du 4 août 2014 a rendu aussi obligatoire la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites aux femmes (10, 22).

Ce dispositif législatif a été récemment complété par la **loi du 14 mars 2016** relative à la protection de l'enfant (23), qui permet de retirer l'autorité parentale d'un parent, en dehors de toute condamnation pénale, lorsque l'enfant est témoin des violences qu'il exerce à l'encontre de l'autre parent, qu'elles aient un caractère physique ou psychique (art. 378-1 du Code civil), et par la **loi du 18 novembre 2016** de modernisation de la justice du XXI^e siècle (24), qui autorise les juges aux affaires familiales à ne plus enjoindre aux parents de rencontrer un médiateur, en cas de violences au sein du couple ou sur les enfants.

Enfin, le **3 août 2018** a été promulguée la **loi n° 2018-703** renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes avec, pour principaux objectifs, l'amélioration de la prévention des violences et de l'accompagnement des victimes, et le renforcement des sanctions pour les agresseurs (25).

(En annexe 3 les différents textes de loi).

Données issues de la recherche documentaire

1. Données épidémiologiques

1.1 Nationales

1.1.1 Au début des années 1990

En France, les premières enquêtes réalisées pour évaluer la fréquence des violences envers les femmes, leurs conséquences et leur prise en charge, datent surtout du début des années 1990.

Ces enquêtes étaient conduites, localement, dans des structures variées (maternité, hôpital, cabinet libéral), sur un échantillon de patientes, et selon une méthodologie variable (réponses téléphoniques, auto-questionnaires, questions en vis-à-vis). Malgré ces différences, quelques éléments ressortent de la plupart des études :

- les femmes ne parlent pas beaucoup aux soignants des violences qu'elles subissent et ceux-ci ne posent pas beaucoup de questions ;
- les femmes enceintes sont particulièrement exposées ;
- les conséquences physiques et mentales sont importantes ;
- toutes les catégories sociales sont concernées mais l'absence d'emploi semble un facteur aggravant, de même que l'alcoolisme et la prise de drogue (4).

1.1.2 Enquête Enveff

En France, le gouvernement (Service des droits des femmes et de l'égalité et secrétariat d'État aux Droits de la femme) a commandité la première enquête nationale statistique sur les violences faites aux femmes, en 2000. Cette commande répondait aux recommandations faites aux gouvernements, lors de la Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995, « de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), à l'Institut national d'études démographiques (Ined), à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et aux universités, cette enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) s'est déroulée au premier semestre 2000, par téléphone, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes, âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole, et vivant hors institutions (3, 26).

Cette enquête qui s'adressait à l'ensemble des femmes résidant en France, quelles que soient leurs conditions de vie familiale et sociale, avait pour objectifs de :

- cerner les divers types de violences interpersonnelles qui s'exercent envers les femmes, à l'âge adulte, dans leurs différents cadres de vie (espace public, travail, au sein du couple) ;
- analyser le contexte familial, social, culturel et économique des situations de violence ;
- étudier les réactions des femmes aux violences subies, leurs recours auprès des membres de leur entourage et des services institutionnels ;
- appréhender les conséquences de la violence sur le plan de la santé physique et mentale, de la vie familiale et sociale, et de l'usage de l'espace privé et public.

Les premiers résultats de l'enquête ont été publiés en janvier 2001. Les résultats portant sur les violences conjugales s'appuyaient sur un échantillon de femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête, soit 5 908 femmes.

Dans de nombreux cas, les formes d'agressions verbales, psychologiques, physiques et sexuelles s'entrecroisent, aussi l'expression « situation de violences conjugales » est apparue plus à même de rendre compte de la réalité vécue par le plus grand nombre de victimes.

Près d'une femme sur 10 ayant vécu en couple pendant l'année écoulée a été en situation de violences conjugales au cours des 12 derniers mois. L'indicateur global de violences conjugales¹ concerne 10 % des femmes.

Selon le type de violences, il était retrouvé : 4,3 % d'insultes et menaces verbales, 1,8 % de chantage affectif, 37 % de pressions psychologiques (dont 7,7 % de harcèlement moral), 2,5 % d'agressions physiques, 0,9 % de viols et autres pratiques sexuelles imposées. La fréquence de ces violences s'avérait plus importante pendant ou après une rupture.

Au sein de cette population, certains éléments se sont dégagés de l'étude :

- l'instabilité professionnelle, le retrait du monde du travail, ainsi que le manque d'argent lié aux situations de précarité, et surtout la dépendance financière des femmes sans revenu personnel, constituaient des facteurs favorisant et aggravant des situations de violences conjugales ;
- mais la fréquence des violences subies était homogène selon les catégories socio-professionnelles ;
- les femmes les plus jeunes (20/24 ans) étaient environ deux fois plus exposées que leurs aînées ;
- un écart d'âge de 10 ans ou plus entre conjoints entraîne un doublement des situations de violences. Les fréquences de ces situations de violences ne sont pas affectées par la présence d'enfants ;
- le fait d'avoir vécu des difficultés pendant l'enfance (privations matérielles, mesure d'assistance éducative, placement judiciaire ou administratif, conflit avec les parents, conflit entre les parents, problème d'alcoolisme, de drogue, sévices ou coups répétés) représente un autre facteur aggravant des situations de violences conjugales.

Près de la moitié des victimes ont parlé des agressions subies pour la première fois lors de l'enquête, 31 % de celles qui vivent des situations très graves^{2[1]} et 60 % qui vivent des situations non jugées très graves. Les violences sexuelles sont les plus cachées (dans 69 % des cas) ou dénoncées tardivement par rapport aux autres violences, dont environ la moitié des victimes s'étaient plaintes dans l'immédiat.

Environ 1,2 % des femmes interrogées ont déclaré avoir subi au moins une fois des attouchements sexuels, une tentative de viol ou un viol. Les viols affectaient 0,3 % des femmes.

Les premiers résultats de l'enquête Enveff ont montré que c'est dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles, et tous les groupes sociaux sont exposés. Les coups et les autres brutalités physiques sont majoritairement le fait des conjoints.

Un autre enseignement de l'enquête Enveff a été de mettre en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent (3, 26).

1.1.3 Enquête « Événements de vie et santé » (EVS)

L'enquête « Événements de vie et santé » (EVS) a été menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2005-2006, avec le concours de terrain des enquêteurs de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (27).

Près de 10 000 personnes, hommes et femmes, âgés de 18 à 75 ans, et résidant en France en ménage ordinaire, ont ainsi été interrogées en face à face.

¹ Avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles.

² Le niveau « très grave » regroupait les situations de cumul de violences : agressions physiques ou sexuelles répétées ou associées aux violences verbales et au harcèlement psychologique.

L'objectif de cette enquête était d'établir des liens entre les violences, selon une acception large (violences verbales, violences physiques, violences sexuelles, violences psychologiques, vols et tentatives, cambriolages, dégradations de biens), l'état de santé (présent et passé) et les difficultés (familiales, affectives, matérielles) rencontrées au cours de la vie entière.

Elle permet notamment, de cerner le contexte des violences entraînant, selon les victimes, un dommage important (matériel, professionnel, physique, psychologique) ou un dommage pour leur santé.

Tout comme l'enquête Enveff, l'enquête EVS définit le concept de violence comme pouvant aussi, être une atteinte à l'intégrité de la personne, une emprise d'un ou plusieurs agresseurs sur leur(s) victime(s). La violence est par conséquent placée dans un registre qui va au-delà de ce qui est interprété en termes de crimes ou de délits.

Cette enquête est née de la volonté de développer la connaissance statistique sur les relations entre violences subies et état de santé en population générale, en France, à la suite des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'enquête EVS permet de recueillir des informations, au cours des 2 années précédant l'enquête, sur les atteintes aux biens (vols et tentatives de vol, cambriolages, dégradations de biens), ainsi que sur les violences interpersonnelles (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques) subies par les personnes interrogées.

Elle donne également des informations approfondies sur l'état de santé (physique, mentale, fonctionnelle, sociale), et permet de repérer plusieurs types de difficultés rencontrées au cours de la vie entière : les décès, suicides, tentatives de suicide ou graves maladies des proches, l'alcoolisme ou l'usage de drogues illicites au sein de la famille, les privations matérielles graves, les souffrances ressenties du fait de carences affectives graves, les périodes de chômage des parents, les tentatives de suicide de l'enquêté(e).

Pour l'ensemble des violences interpersonnelles, à l'exception des violences psychologiques pour lesquelles le contraste entre hommes et femmes est moins marqué, les femmes sont toujours, beaucoup plus que les hommes, victimes de violences exercées par des membres de leur famille.

Les femmes, plus que les hommes, rapportent subir au moins un dommage important ou concernant leur santé, à la suite des violences subies dans les 2 années écoulées. Cet écart est particulièrement élevé pour les violences physiques.

Les violences interpersonnelles mettent très souvent en relation une victime et un auteur qui se connaissent : c'est le cas plus de huit fois sur dix environ pour les violences verbales, physiques et psychologiques. Lorsque des violences physiques ont été subies une seule fois, 64 % des victimes en connaissent l'auteur et 39 % déclarent que celui-ci est un membre de leur famille ou un proche ; lorsqu'elles sont survenues plusieurs fois, ces taux sont respectivement de 97 % et 73 % (27).

1.1.4 Enquête Virage (Violences et rapports de genre)

En 2015, l'Ined a réalisé une enquête quantitative (intitulée Virage) portant sur les violences subies par les femmes et par les hommes (28).

Cette enquête visait à répondre au besoin de renouvellement des connaissances sur les violences à l'encontre des femmes, exprimé dès 2009 par la Mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes.

Cette enquête avait pour objectif de décrire les différentes formes de violences et d'évaluer, dans quelle mesure, les violences subies par les personnes des deux sexes se ressemblent ou au contraire se distinguent. Elle se caractérise par le fait qu'elle prend en compte l'ensemble des situations où se produisent les violences (espaces publics, lieux d'études, de travail, relation de couple, cadre familial et entourage proche) et la multiplicité des formes qu'elles peuvent prendre pour caractériser la situation des victimes.

Pour cette enquête, le recueil des données par téléphone a eu lieu de février à novembre 2015, auprès d'un échantillon de 27 268 personnes (15 556 femmes et 11 712 hommes), âgées de 20 à 69 ans, résidant en France métropolitaine, et vivant en ménage ordinaire.

Parallèlement à cette enquête par téléphone, trois autres enquêtes complémentaires ont été menées par Internet auprès de publics spécifiques : les étudiants, les personnes ayant consulté le site Internet d'une association d'aide aux victimes, les populations LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres), l'objectif étant de recueillir des informations auprès de populations peu nombreuses dans l'échantillon principal, mais susceptibles de subir des violences spécifiques.

Les premiers résultats de cette enquête ont été publiés en 2017, ils portent sur les violences sexuelles.

Sur l'ensemble des contextes de vie, 2,90 % des femmes déclarent avoir vécu au moins une forme de violence au cours des 12 mois précédant l'enquête, soit près de 580 000 femmes.

Dans le cadre des relations conjugales, 0,52 % (66 000) des femmes et 0,19 % (26 000) des hommes déclarent avoir subi au moins une forme de violences sexuelles de la part de leur partenaire ou de leur ex-conjoint(e) au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Globalement, c'est au sein de l'espace privé, c'est-à-dire dans les relations avec la famille, les proches, les conjoints et ex-conjoints, y compris les petits amis, que se produisent l'essentiel des viols et des tentatives de viol. Trois femmes sur quatre, parmi celles qui en ont subi, les ont vécus dans ce cadre.

Les agressions sexuelles, déclarées par les femmes au cours de la vie, sont presque exclusivement le fait d'un ou plusieurs hommes, quel que soit l'espace de vie considéré. Les violences commises dans un cadre conjugal sont dans 99 % des cas le fait d'un homme, 1 % des violences déclarées se produisant dans le cadre de relations homosexuelles. Les violences par un ex-conjoint se produisent pour plus de 98 % dans un contexte hétérosexuel, moins de 1 % dans un contexte homosexuel.

De même, les violences déclarées par les hommes sont elles aussi majoritairement le fait d'un ou plusieurs hommes. C'est notamment le cas de l'espace familial, où les hommes déclarent le plus de violences, puisque trois hommes sur quatre indiquent un ou plusieurs auteurs masculins.

Les modalités d'exercice de la violence, dans le cadre conjugal, sont principalement le chantage affectif et l'abus de confiance utilisés par les conjoint(e)s ou ex-conjoint(e)s, ainsi que le recours à la force physique lorsque les victimes sont des femmes.

Enfin, si l'on compare les données de différentes enquêtes, on peut noter que les résultats sont assez comparables. Ainsi, concernant la proportion de femmes ayant déclaré un viol ou une tentative de viol (tout cadre de vie confondu), dans les 12 derniers mois, on retrouve 0,3 % pour Virage, 0,5 % pour Enveff et 0,4 % pour CVS (28).

1.1.5 Rapport CVS

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » est produite, chaque année depuis 2007, par l'Insee, en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) et depuis 2014, avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) (29-31).

L'objectif de l'enquête dite de « victimation » est de compter et de décrire les infractions (vols, actes de vandalisme, violences physiques et sexuelles, notamment) dont sont victimes les ménages et les individus.

L'enquête s'intéresse, en outre, aux opinions de l'ensemble de la population (victimes et non-victimes) en matière de cadre de vie et de sécurité.

L'enquête CVS permet de recueillir des informations auprès des personnes, âgées de 18 à 75 ans, sur les violences physiques ou sexuelles qu'elles ont pu subir au sein de leur ménage, c'est-à-dire

commises par une (ou plusieurs) personnes vivant dans le même logement qu'elles, au moment de l'enquête.

En moyenne, chaque année, entre 2012 et 2018, 1 % des femmes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, soit près de 219 000 femmes, déclarent être victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint. L'auteur de ces violences est le conjoint, marié ou non, ou l'ex-conjoint au moment des faits, qu'il y ait eu ou non cohabitation.

Parmi ces femmes, 85 % ont subi des violences physiques et/ou des violences sexuelles : 30 % ont subi des violences sexuelles, et 15 % des victimes ont subi à la fois des violences physiques et sexuelles. Dans huit cas sur dix, ces violences ont été accompagnées de violences verbales ou psychologiques.

Les actes de violences sont le plus souvent répétés dans le temps. Près des trois quarts (73 %) des femmes qui sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple, déclarent avoir subi plusieurs fois ce type de violences au cours des 2 dernières années.

Les jeunes de moins de 30 ans et les trentenaires affichent, également, des taux de victimation plus élevés que la moyenne (respectivement 1,2 % et 1,3 %), contrairement aux personnes âgées de 50 ans ou plus (0,5 % pour les 50-59 ans et 0,3 % pour les 60-75 ans).

Qu'il s'agisse de violences physiques ou de violences sexuelles, le conjoint est majoritairement l'auteur des violences subies au sein du ménage : il est désigné par la victime dans 59 % des cas de violences physiques et 61 % des cas de violences sexuelles, en moyenne, entre 2012 et 2016.

Parmi les femmes victimes de violences conjugales, les deux tiers affirment avoir subi des blessures physiques, qu'elles soient visibles ou non (65 %), des dommages psychologiques (66 %) et des perturbations dans leur vie quotidienne (57 %).

En moyenne, entre 2012 et 2016, une victime de violences au sein du ménage sur cinq a été vue par un médecin à la suite de l'incident – ou d'au moins un des incidents s'ils sont répétés – et une sur dix a reçu un certificat d'interruption totale de travail (ITT).

En cumulant les enquêtes CVS de 2015 à 2018, on note que, parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, 30 % ont consulté un psychiatre ou un psychologue, 27 % ont vu un médecin et 21 % ont parlé de leur situation aux services sociaux. Près d'une victime sur dix (9 %) a appelé un numéro vert et la même proportion a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes. Certaines victimes ont pu consulter plusieurs de ces services. Enfin, un peu moins de la moitié des victimes (44 %) n'a fait aucune de ces démarches.

Parmi les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple, près de trois sur dix (28 %) se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie, 19 % ont déposé plainte, 7 % ont déposé une main courante ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (PVRJ) et 2 % se sont déplacées auprès des forces de sécurité mais n'ont pas entrepris de démarches.

Il apparaît que les victimes se rendent moins souvent à la gendarmerie ou au commissariat lorsqu'elles vivent toujours avec leur partenaire violent.

Ces données sont des estimations qui ne représentent qu'une partie des violences conjugales en France, d'une part, compte tenu de la limitation du champ de l'enquête et d'autre part, du fait que certaines femmes ne souhaitent pas signaler ces faits dans l'enquête, et ce, malgré le protocole mis en place pour préserver la confidentialité des données (29-31).

1.1.6 Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple

Pour l'année 2017, et pour la douzième année consécutive, la délégation aux victimes, structure commune à la police et à la gendarmerie nationales, en charge notamment du suivi de la théma-

tique des violences intrafamiliales, a recensé, pour le ministère de l'Intérieur, les morts violentes survenues au sein du couple (32).

La méthode employée consiste à exploiter les fichiers de police judiciaire pour ne retenir que les assassinats, homicides volontaires ou violences suivies de mort commis à l'encontre d'un partenaire de vie, homme ou femme, quel que soit son statut (conjoint, concubin, pacsé ou « ex » dans ces trois catégories).

Il ressort qu'au cours de l'année 2017, 109 femmes (148 en 2012) ont été victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie officiel (et 21 femmes au sein de couples non officiels), 16 hommes (26 en 2012) sont morts, tués par leur compagne (ou ex-compagne) ou compagnon officiel (et 5 hommes au sein de couples non officiels). Ces morts violentes représentent 15,8 % des homicides non crapuleux et violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, constatés au plan national en 2017.

Dans 49,6 % des cas, des violences antérieures ont été constatées, qu'elles aient été commises par l'auteur, par la victime ou qu'elles aient été réciproques. Ces faits étaient soit déjà connus des forces de sécurité (plainte, intervention au domicile, main courante ou procès-verbal de renseignement judiciaire), soit révélés par des témoignages au cours de l'enquête.

Le suicide et la tentative de suicide de l'auteur, à l'issue de la commission de son crime, concernent une part non négligeable des faits d'homicide au sein du couple. C'est une caractéristique particulière de ce type d'homicide. Dans 32,8 % des cas, les auteurs se sont suicidés concomitamment ou à l'issue de leur crime. Ce sont, dans chaque affaire, des hommes. Dans 12,8 % des cas, l'auteur a tenté de se suicider. La quasi-exclusivité des auteurs qui se sont suicidés ou ont tenté de le faire, est de sexe masculin.

La non-préméditation de la grande majorité des faits recensés reste une spécificité des crimes commis au sein du couple. Les circonstances, les plus souvent mises en évidence dans les cas d'homicide au sein du couple, sont la séparation et la dispute, et dans l'immense majorité des cas (84,8 %), l'homicide est commis au domicile du couple, de l'auteur ou de la victime.

En ce qui concerne le statut professionnel, l'absence d'activité professionnelle est retrouvée chez 64,8 % des auteurs et 55,7 % des victimes (32).

1.2 Internationales

1.2.1 OMS

En plus de constituer une grave violation des droits fondamentaux de la femme, la violence à l'encontre des femmes est un réel problème de santé publique.

En 2013, un rapport, conduit par l'Organisation mondiale de la santé, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et le Conseil sud-africain de la recherche médicale, sur la base de données provenant de plus de 80 pays, a présenté une analyse et une synthèse mondiale des données de prévalence concernant la violence exercée par le partenaire intime. Ces résultats confirment que la violence envers les femmes concerne tous les pays à travers le monde (33).

Selon ce rapport, à l'échelle mondiale, 35 % des femmes, soit près d'une femme sur trois, ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire.

La plupart de ces actes sont des violences du partenaire intime. Dans le monde, presque un tiers (30 %) de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime. Les estimations de la prévalence varient de 23,2 % dans les pays à revenu élevé et de 24,6 % dans la région du Pacifique occidental à 37 % dans la région de la Méditerranée orientale, et 37,7 % dans la région de l'Asie du Sud-Est.

Et pas moins de 38 % du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes.

Ces actes de violences, imputables à un partenaire intime, et les actes de violences sexuelles, sont principalement commis par des hommes contre des femmes (33).

1.2.2 Pays anglo-saxons

► Québec

Au Québec, aucune enquête populationnelle, réalisée de façon régulière, ne mesure la violence conjugale vécue par les femmes et les hommes adultes dans leurs relations conjugales ou intimes. Les seules données, recueillies à intervalles réguliers sont celles issues d'enquêtes populationnelles, dont l'Enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation que mène Statistique Canada (34).

En ce qui concerne les données issues des statistiques policières, elles ne représentent qu'une partie des violences conjugales. Selon les enquêtes populationnelles, en 2009, seuls 20 % des Québécoises et des Québécois ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles, de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint, ont déclaré avoir rapporté l'incident à la police.

Selon l'ESG, en 2014, 3,5 % des Québécois ont vécu de la violence conjugale (physique ou sexuelle) de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint dans les 5 ans précédant l'enquête.

Concernant le taux de criminalité au Québec, en 2014, 18 746 personnes ont été victimes de crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal. Ces crimes ont fait 14 716 victimes féminines (79 %) et 4 030 victimes masculines (21 %).

Lorsqu'on analyse ces statistiques par type d'infraction, il apparaît que les femmes composent la totalité, ou presque, des victimes d'homicides (100 %), d'enlèvement (100 %), de séquestration (97,8 %) et d'agressions sexuelles (97,2 %).

Les victimes âgées de 18 à 29 ans constituent le groupe d'âge chez qui le taux d'infractions commises dans un contexte conjugal est le plus élevé, et ce, particulièrement chez les femmes. Les auteurs présumés de violences conjugales étaient des hommes huit fois sur dix (80,5 %).

Concernant l'évolution de la violence conjugale dans le temps, toujours en se basant sur l'ESG, le taux de prévalence a diminué de façon importante au Québec depuis 1999, passant de 7,4 % à 3,5 %. Cette diminution s'observe également dans les homicides conjugaux.

Les facteurs pouvant expliquer la tendance à la baisse des homicides conjugaux au Canada ont été explorés : les deux facteurs qui ressortent de cette analyse sont la diminution de l'écart dans les niveaux d'emploi entre les hommes et les femmes, et l'augmentation du niveau de scolarité des hommes (34).

► États-Unis

Les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont publié, en 2017, une étude, *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (NISVS), portant sur des données collectées de 2010 à 2012, sur l'ensemble des États nord-américains (35). Dans cette analyse, ont été étudiées les situations de violences (physiques, sexuelles, psychologiques et harcèlement) perpétrées par un partenaire intime (conjoint, petit ami ou partenaire occasionnel). Sur l'ensemble des États-Unis, cette étude a estimé que 37,3 % (de 27,8 % à 45,3 % selon les États) des femmes avaient subi au moins un acte de violence par un partenaire intime, au cours de leur vie. La même donnée de prévalence sur les 12 derniers mois s'élevait à 6,6 % des femmes.

Si on considère les actes de violences physiques graves, 23,2 % des femmes en ont subi durant leur vie et 2,5 % sur les 12 derniers mois. Et 47,1 % des femmes, soit presque la moitié de la population féminine, rapportent avoir subi des violences psychologiques (35).

► Australie

Une enquête conduite par le Bureau des statistiques australien en 2012 a collecté des informations sur les violences subies par les hommes et les femmes depuis l'âge de 15 ans en incluant les situations de violences conjugales actuelles et passées.

Ce rapport montre que :

- les femmes sont plus à risque que les hommes de subir la violence d'un partenaire :
 - 17 % de toutes les femmes âgées de 18 ans et plus (1 479 900 femmes),
 - 5,3 % de tous les hommes âgés de 18 ans et plus (448 000 hommes) ;
- les femmes sont plus à risque que les hommes d'avoir été victimes de violences de la part d'un partenaire au cours des 12 derniers mois :
 - 1,5 % de toutes les femmes âgées de 18 ans et plus (132 500 femmes),
 - 0,6 % de tous les hommes âgés de 18 ans et plus (51 800 hommes) ;
- en examinant les données relatives aux agressions physiques les plus récentes, commises par un homme, il apparaît que :
 - le lieu de l'agression était au domicile pour les femmes,
 - dans un endroit de divertissement ou de loisirs pour les hommes,
 - la majorité des agressions physiques chez les femmes et chez les hommes ne sont pas signalées à la police ;
- les femmes sont plus à risque que les hommes de subir une violence psychologique de la part d'un partenaire : 25 % des femmes, comparativement à 14 % des hommes ;
- les enfants sont fréquemment témoins des actes de violences entre leurs parents (36).

1.2.3 Europe

Au niveau européen, une enquête, publiée en 2014, a été menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA-*European Agency for Fundamental Rights*) sur la violence à l'égard des femmes (17).

Cette enquête a été réalisée sur la base d'entretiens auprès de 42 000 femmes (de 18 à 74 ans) issues des 28 États membres de l'Union européenne (UE).

Concernant les violences conjugales, un peu plus d'une femme sur cinq (22 %) a subi une forme de violence physique et/ou sexuelle perpétrée par un(e) partenaire actuel(le) ou ancien(ne), et de nombreuses femmes victimes de violences conjugales subissent des violences à répétition au sein d'une même relation. Mais seulement 14 % des femmes signalent à la police le fait de violence commis par un(e) partenaire intime.

Les résultats de l'enquête indiquent par ailleurs que les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables aux violences.

La violence conjugale psychologique est aussi très répandue, ainsi les résultats de l'enquête montrent que 43 % des femmes ont subi une forme de violence conjugale d'ordre psychologique. Cela peut inclure un comportement psychologiquement violent, ainsi que d'autres formes de violence psychologique telles qu'un comportement dominant (par exemple, tenter d'empêcher une femme de voir ses amis, sa famille ou ses proches), une violence économique (par exemple, en interdisant à une femme de travailler hors du foyer) ou du chantage.

Alors que dans la plupart des cas, les violences perpétrées par un(e) partenaire se sont produites au cours de la relation, une femme sur six (16 %) indique avoir été agressée par un(e) ancien(ne) partenaire après la fin de la relation.

Enfin, les résultats de l'enquête de la FRA établissent un lien entre la forte consommation d'alcool d'un partenaire et la recrudescence de la violence. La FRA préconise qu'une forte consommation

d'alcool doit être mise en évidence et traitée comme un facteur contribuant à la violence des hommes à l'égard des femmes au sein des relations de couple (17).

1.2.4 Prévalences des homicides liés aux violences conjugales dans le monde

Une revue systématique des travaux sur les prévalences d'homicides entre partenaires intimes a été réalisée sous l'égide de l'OMS et publiée en 2013. Des données ont été identifiées pour 66 pays. Globalement, 13,5 % des homicides ont été commis par un partenaire intime (38,6 % des homicides de femmes et 6,3 % des homicides d'hommes). Les pourcentages sont plus élevés dans les pays aux revenus les plus forts (14,9 % en moyenne) et en Asie du Sud-Est. Au moins un homicide sur sept, dans le monde, et plus du tiers des homicides de femmes, sont commis par un partenaire intime (37, 38).

En Europe, en 2006, le nombre de femmes décédées en lien avec des violences conjugales (VC) a été estimé à 2 419 (1 409 féminicides directs par un partenaire, 1 010 suicides de femmes victimes de VC) dans l'ensemble des États membres, soit presque 7 femmes par jour.

Au total, en 2006, le nombre de décès liés aux violences conjugales en Europe a été estimé à 3 413. Les féminicides directs représentent moins de la moitié (41 %) de la mortalité totale liée aux VC. Cependant, ce sont les femmes qui sont le plus souvent victimes de cette forme de violence extrême (71 % des victimes : féminicides directs *plus* suicides de femmes), ainsi que les enfants, car les homicides collatéraux les touchent prioritairement.

L'analyse de cas d'homicides liés aux VC, et l'expérience des avocats et associations qui accompagnent les victimes, indique que la période où la femme se sépare de son partenaire (annonce de la séparation, séparation effective et visites post-séparation) apparaît comme la plus dangereuse.

Il semble aussi que l'épisode meurtrier n'apparaît pas de façon isolée, mais qu'il est bien souvent précédé par de nombreux autres actes de violences qui ne font pas forcément l'objet de signalements judiciaires (mains courantes, plaintes ou condamnations). Le féminicide est très souvent l'aboutissement d'un processus de violences masculines que l'on n'a pas su ou voulu écouter (39).

2. Définitions et types de violences

2.1 La violence conjugale

Les Nations unies définissent la violence à l'égard des femmes comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (40).

Le Conseil de l'Europe définit la violence comme « tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe) s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une personne (ou d'un groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la violence entre partenaires se définit comme « tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie. Sont également comprises la menace de tels actes, la contrainte, la privation arbitraire de liberté dans la vie publique et en privé » (41).

En France, le ministère de la Justice et des Libertés, direction des Affaires criminelles et des Grâces, a défini la violence au sein du couple comme « un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple (mariage avec ou sans communauté de vie, concubinage, pacte civil de solidarité (Pacs)), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs » (42).

« Par violence d'un partenaire intime, on entend tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (43).

Les violences conjugales sont à distinguer des « conflits conjugaux » :

On parle de « conflit conjugal » pour rendre compte de situations où :

- deux points de vue s'opposent ;
- le positionnement est égalitaire dans les interactions.

On parle de « violence conjugale » pour rendre compte de situations où :

- le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), emprise de l'homme ;
- les faits de violences sont récurrents, souvent cumulatifs ;
- les faits s'aggravent et s'accroissent (43).

En 2017, la Fédération nationale solidarité femmes a publié un rapport d'analyse des données issues des appels au 3919³ « Violences femmes info » (44). Concernant les violences conjugales, pour la très grande majorité des situations, une femme est victime d'un homme auteur des violences : 98 % des appels concernent une victime femme et dans 99 % de ces situations, l'agression est perpétrée par un homme. Cette proportion est stable depuis la création du service en 1992 (44).

³ Le « 3919 » est le numéro national d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violences (violences conjugales, violences sexuelles, violences au travail, mutilations sexuelles féminines, mariages forcés), ainsi qu'à leur entourage et aux professionnels concernés.

2.2 Les différents types de violences (Annexe 5)

Les violences conjugales sont caractérisées par un rapport de domination et de prise de pouvoir sur la victime. L'objectif de l'auteur est de contrôler sa partenaire. Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent.

Les conséquences pour la victime sont désastreuses : peur, culpabilité, perte de l'estime de soi et d'autonomie, isolement, stress.

Ce phénomène d'emprise dans lequel vivent certaines de ces femmes explique :

- que certaines d'entre elles, bien que violentées, ne déposent pas plainte ;
- que d'autres retournent vivre avec leur agresseur (10).

La violence peut prendre différentes formes, ce peut être une action (frapper une personne), une inaction (refuser des soins) ou une menace (harceler, faire du chantage au suicide), quelle que soit l'intention ou l'intensité qui causent des blessures physiques ou psychologiques à un individu. La violence n'a pas d'intensité minimale puisqu'il n'y a pas de limite inférieure acceptable pour une blessure physique ou psychologique (45).

Selon le gouvernement québécois, « la violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. [...] La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie ». Ainsi, la violence conjugale est appréhendée comme une tentative de prise de contrôle qui s'établit dans un rapport de domination (34).

La plupart des situations de violences conjugales se caractérisent par un cumul des différentes formes de violences. À partir des données recueillies par la plateforme téléphonique « 3919 » en 2017, il est possible de mieux cerner les profils et parcours des femmes recourant à ce service. Dans 93 % des situations, les appels portant sur des violences subies par des femmes ont pour motif des violences conjugales et elles concernent quasi exclusivement des femmes victimes d'un auteur homme. Les situations décrites relèvent pour beaucoup d'un cumul de différentes formes de violences, principalement psychologiques (près de neuf cas sur dix), verbales (environ 75 %) et physiques (70 %). Environ un quart des appelantes déclare des violences économiques (31).

2.2.1 Cas des violences sexuelles

Selon le Code pénal :

Le **viol** est un **crime** jugé en cour d'assises, et est défini comme :

« *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.* » (art. 222-23)

Les **agressions sexuelles** autres que le viol constituent un **délit** et sont jugées devant le tribunal correctionnel. Elles sont définies comme :

« *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.* » (art. 222-22)

Le harcèlement sexuel :

« *Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.*

Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. » (article 222-33)

L'article 222-33 a été réécrit par la **loi du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes** :

« Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. »

Les menaces :

« La menace, par quelque moyen que ce soit, de commettre un crime ou un délit contre les personnes... » (art. 222-18)

Le harcèlement sur conjoint :

« Harceler par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale. » (art. 222-33-2-1)

Le fait que l'acte soit commis sur un(e) conjoint(e) est une circonstance aggravante, notamment pour les agressions sexuelles (dont les viols), ainsi que pour les atteintes volontaires à la vie et à l'intégrité de la personne (tortures, actes de barbarie, violences, menaces).

Le Code pénal définit la conjugalité comme : *« le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité »*.

La circonstance aggravante est également constituée lorsqu'il s'agit d'une ancienne relation *« dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime »*. (art. 132-80) (30).

Le 4 avril 2006, la loi n° 2006-399 relative au renforcement de la prévention et de la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, reconnaît et réprime le viol conjugal (20). Depuis cette loi, la présomption de consentement des époux aux actes sexuels accomplis dans l'intimité de la vie conjugale ne vaut que jusqu'à preuve du contraire, c'est-à-dire qu'il ne s'agit que d'une présomption simple de consentement (46).

Selon l'enquête Virage, c'est au sein de l'espace privé, c'est-à-dire dans les relations avec la famille, les proches, les conjoints et ex-conjoints, y compris les petits amis, que se produisent l'essentiel des viols et des tentatives de viol (28).

Les déclarations de violences sexuelles varient fortement en fonction de l'âge des personnes interrogées. Pour les femmes notamment, les risques de viol et tentatives de viol sont trois fois plus élevés dans le groupe des 20-34 ans que dans celui des 50-69 ans. Les autres agressions sexuelles sont aussi rapportées plus fréquemment aux jeunes âges : entre 20 et 34 ans, elles concernent plus d'une femme sur vingt, soit plus de cinq fois plus qu'entre 50 et 69 ans.

Les violences subies dans le cadre familial ou conjugal sont fréquemment répétées et peuvent se poursuivre pendant de longues périodes.

Le chantage affectif et l'abus de confiance sont utilisés par les conjoint(e)s ou ex-conjoint(e)s, ainsi que le recours à la force physique lorsque les victimes sont des femmes (28).

Dans neuf cas sur dix, les femmes, qui déclarent avoir été victimes de viol ou de tentatives de viol, connaissent l'agresseur. Dans près de la moitié des cas (45 %), il s'agit de son conjoint ou de son ex-conjoint. Dans 14 % des agressions, l'auteur vit avec la victime au moment des faits, mais n'est pas son conjoint et dans 32 % des cas, l'auteur est connu de la victime, mais ne vit pas avec elle. Les agresseurs inconnus représentent seulement 9 % de l'ensemble des agresseurs.

Parmi les victimes de viol ou tentatives de viol, au sein du ménage, quatre sur dix (44 %) ont peur que cela se reproduise (30).

Dans une étude multi-pays de l'OMS sur la violence domestique, publiée en 2005 (47), la violence sexuelle a été définie par trois types de comportements :

- forcer physiquement une femme à avoir des rapports sexuels contre son gré ;
- pour une femme, avoir des rapports sexuels parce qu'elle a peur de ce que pourrait faire son partenaire ;
- pour une femme, être contrainte à une pratique sexuelle qu'elle juge dégradante ou humiliante.

2.2.2 Cas des violences psychologiques et verbales

La loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, sanctionne les violences psychologiques et crée le délit de harcèlement au sein du couple (21).

L'article 31 de la loi a inséré dans le Code pénal deux articles nouveaux afin, d'une part, de préciser que les violences réprimées par le Code pénal peuvent être psychologiques et, d'autre part, d'incriminer spécifiquement le harcèlement au sein du couple.

L'élargissement de la loi au harcèlement moral conjugal vient renforcer la sécurité psychologique dans le couple puisqu'auparavant, seules les violences physiques étaient punissables (10).

Les violences verbales, d'ordre psychologique, tendent à intimider, dénigrer, humilier, rabaisser, dévaloriser, terroriser, contrôler, soumettre. Il s'agit de sarcasmes, insultes, chantages, hurlements, menaces, ordres, interdictions, etc. Par le comportement autoritaire et tyrannique du conjoint, les femmes sont isolées de leur famille ou de leurs amis (48).

Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes, en France (Enveff), conduite en 2000, auprès d'un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, les pressions psychologiques occupent une place prépondérante (37 % des cas), au sein des violences conjugales (3). Ces violences psychologiques et verbales, répétées dans le temps, s'avèrent plus destructrices que les agressions physiques.

Les pressions psychologiques comprennent des actions de contrôle (exiger de savoir avec qui et où l'on était, empêcher de rencontrer ou de parler avec des amis ou membres de la famille), d'autorité (imposer des façons de s'habiller, de se coiffer ou de se comporter en public), des attitudes de dénigrement, de mépris ; l'indicateur de « harcèlement moral » correspond aux situations où plus de trois de ces faits ont été déclarés comme étant fréquents. Les agressions et menaces verbales incluent les insultes, les menaces et le chantage affectif (s'en prendre aux enfants, menacer de se suicider).

Les femmes séparées de leur partenaire au moment de l'enquête, en particulier les divorcées avec ou sans enfants, ont déclaré trois à quatre fois plus de violences psychologiques que les femmes en couple, notamment pour le harcèlement moral (respectivement 27 % *versus* 7 %).

Les insultes et le chantage affectif ou les menaces se conjuguent différemment selon la position sociale : les femmes issues des catégories les plus défavorisées se déclarent plus souvent insultées, tandis que menaces et chantage s'observent dans tous les milieux (3).

2.3 Évolution de la violence

L'évolution naturelle des violences conjugales, sans intervention extérieure, est rapportée dans le sens d'une aggravation progressive et d'un processus d'escalade. Les épisodes de violences ont tendance à se répéter selon un cycle de plusieurs phases successives :

- la phase de tensions : apparition de tensions dans le couple qui s'accroissent progressivement, créant un climat d'insécurité au sein de la cellule familiale ;
- la phase de violences : épisodes de violences verbales, physiques et/ou sexuelles ;
- la phase de justification : l'auteur tente d'expliquer ses actes en reportant la responsabilité sur son/sa partenaire. Elle vise à banaliser ou normaliser les violences auxquelles l'auteur a recours. De son côté, la personne victime développe souvent des sentiments complémentaires de culpabilité ;
- la phase, souvent appelée « lune de miel » : l'auteur promet que cela ne se reproduira plus. C'est une période d'espoir ou d'illusions qui permet au système familial de perdurer.

En l'absence d'intervention, le cycle se répète par lui-même, avec une escalade dans la sévérité et la fréquence de la violence, et les personnes victimes peuvent passer d'une phase à l'autre sans nécessairement transiter par la phase intermédiaire (conceptualisé sous la forme d'une spirale par la chercheuse nord-américaine Lenore Walker en 1979 (49, 50).

La connaissance du caractère cyclique de la violence conjugale est essentielle pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aide adressée à leur entourage. En effet, après le passage à l'acte violent, la victime pourra rechercher de l'aide, par exemple, auprès du service social de secteur, d'une association et/ou prendre la décision de déposer plainte, voire de fuir le domicile. Puis, elle pourra revenir sur l'ensemble de ses démarches (et retourner auprès de l'agresseur) quelque temps plus tard. Ces comportements, sont parfois vécus difficilement par les professionnels, car ils sont peu intelligibles en l'absence de clés de lecture et tendent, de ce fait, à décrédibiliser la victime, ainsi qu'à produire une usure chez ceux impliqués dans la relation d'aide (51).

Ainsi, pendant la période de « lune de miel », les patientes sont pratiquement inaccessibles à tout échange tendant à leur faire prendre conscience des violences subies, de leur répétition et du risque d'aggravation.

Si, en revanche, l'entretien a lieu au moment de la phase d'escalade des conflits et d'augmentation de la tension, les patientes peuvent rapidement accepter l'aide qu'on leur propose (43).

2.4 Profil des victimes

La prise en compte des caractéristiques personnelles des victimes fait apparaître certaines différences marquées. D'abord, les femmes sont beaucoup plus concernées que les hommes : en moyenne chaque année entre 2012 et 2016, 1,1 % des femmes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir subi des violences au sein du ménage, contre 0,6 % des hommes du même âge.

Les jeunes de moins de 30 ans et les trentenaires affichent également des taux de victimisation plus élevés que la moyenne (respectivement 1,2 % et 1,3 %), contrairement aux personnes âgées de 50 ans ou plus (0,5 % pour les 50-59 ans et 0,3 % pour les 60-75 ans).

S'agissant des catégories socioprofessionnelles, la proportion des victimes de violences, au sein du ménage, est supérieure à la moyenne parmi les étudiants et inactifs non retraités (ce qui inclut notamment les femmes au foyer, 1,5 %), les employés (1,3 %) et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (1,1 %).

Enfin, c'est au sein des ménages les plus modestes que le taux de victimisation des violences domestiques est le plus élevé (1,1 % contre 0,7 % à 0,8 % pour les autres catégories de ménages) (29).

Selon l'ONDRP, en se basant sur des enquêtes CVS de 2008 à 2014, les taux de violences par le conjoint augmentent pour les femmes, si elles sont elles-mêmes handicapées ou si c'est le cas de leur conjoint (52).

De même, les taux de violences augmentent pour les femmes ayant entre 18 et 24 ans ou celles dont le conjoint a moins de 25 ans, même si, dans ce cas, on décrit une situation en partie liée.

Par ailleurs, avoir un conjoint ayant un écart d'âge de plus de 5 ans conduit également à une élévation des taux de violences entre partenaires.

Quant au diplôme, pour les femmes dont le conjoint est sans diplôme ou de niveau brevet des collèges, le taux de violences s'élève, et il est encore plus élevé si elles sont, elles-mêmes, d'un niveau supérieur.

En revanche, si la femme est peu ou pas diplômée et que son conjoint est diplômé de l'enseignement supérieur, la part des victimes déclarées diminue (52).

Selon un rapport publié en 2018 par la Fédération nationale solidarité femmes, fondé sur les données issues des appels au « 3919 » (44), les femmes victimes ont moins souvent un emploi, ont moins de ressources et plus d'interruptions dans leur vie professionnelle que les auteurs de violences. Freins à l'autonomie et violences économiques sont des éléments récurrents dans les violences conjugales. Ils maintiennent la victime dans une situation de dépendance et se poursuivent souvent après la séparation.

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, tous les groupes sont représentés lors des appels au « 3919 ». Lorsque les emplois sont précisés par les victimes, on note :

- pour les employés : 43 % des victimes et 31 % des agresseurs ;
- une surreprésentation des agresseurs chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (25 % des auteurs et 9 % des victimes), ainsi que chez les ouvriers (13 % des auteurs et 2 % des victimes) ;
- les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 22 % des victimes et 23 % des agresseurs (44).

Les femmes victimes de violences psychologiques, sociales et économiques (contrôle de l'accès à l'argent), auraient plus de risques de subir également des violences physiques de la part de leur partenaire (significatif pour les violences psychologiques et sociales). Les violences psychologiques, sociales et économiques influeraient aussi, sur la fréquence des actes de violences physiques, mais pas sur leur niveau de gravité (53).

2.5 Profil des auteurs

La violence à l'égard d'un conjoint n'est pas une maladie, mais un comportement souvent appris, qu'il est possible de changer (4).

Un groupe de travail sur les « Auteurs de violences au sein du couple » a été mené, en 2006, par le Dr Roland Coutanceau (54). Il rappelle que les auteurs de violences ont des profils très différents, qu'ils peuvent perpétrer des violences ponctuelles ou répétitives et que donc le risque de répétition est extrêmement variable d'un sujet à l'autre.

Ce rapport a distingué trois profils :

- le premier profil met en évidence un sujet immature, apparemment dans la normalité, où la domination masculine est présente.
Il s'agit d'un groupe minoritaire (autour de 20 %) avec un suivi assez facile, car les sujets sont presque demandeurs et peuvent, à notre sens, relever d'une pratique psychothérapique individuelle classique ;
- le deuxième profil, qui concerne une grande part des auteurs de violences, renvoie à des sujets égocentrés, présentant de multiples problématiques (difficultés à exprimer leurs émotions, difficulté d'autocritique, etc.).

Face aux faits, leur attitude est souvent de les banaliser ou les minimiser. Ils apparaissent dans un premier temps plus préoccupés des conséquences pour eux-mêmes que du ressenti de leur compagne.

Leur immaturité est fortement connotée d'égoïsme avec un mouvement défensif privilégié, une difficulté d'autocritique, une difficulté à exprimer leurs émotions, à les verbaliser.

À notre sens, dans cette hypothèse, les techniques de groupe sont à privilégier, la prise en charge individuelle de ces sujets, souvent sur la défensive, est en revanche difficile ;

- le troisième profil s'adresse aux auteurs présentant une dimension paranoïaque et mégalomane. Ces personnalités sont aux prises avec des difficultés majeures pour vivre de façon autonome, tant la pression est présente dans le relationnel au jour le jour. Dans ces cas de figure, la violence s'inscrit dans une conflictualité quotidienne en privilégiant l'emprise dans leur approche de l'autre.

Il est important de rendre compte de ce profil à la femme victime, dans la mesure où cela peut l'amener à accélérer une décision de séparation (54).

Sur la base de plusieurs études relatives aux auteurs de violences conjugales, différentes caractéristiques se dégagent : ces comportements violents sont fortement associés à la prise de toxiques (substances psychoactives, alcool, etc.), et ils sont couramment associés à des désordres psychologiques et troubles de la personnalité. Les trajectoires de ces agresseurs, marquées par des taux élevés de dépression, troubles anxieux et syndrome de stress post-traumatique, semblent renvoyer fréquemment à des expériences difficiles au cours de l'enfance. Revient notamment le fait d'avoir été maltraité par des parents humiliant et rejetant leur enfant et/ou le fait d'avoir été exposé à la violence conjugale entre les parents.

Plusieurs traits communs aux auteurs de violences conjugales ont été répertoriés :

- une estime de soi fragile ;
- une tendance à situer le pouvoir en dehors de soi, avec pour conséquence une dépendance, associée à une recherche du contrôle de la partenaire ;
- un déficit de compétences relationnelles : retenue émotionnelle, difficultés à verbaliser et à s'affirmer sur un mode non violent, difficulté d'empathie ;
- un système de pensée binaire, marqué par une rigidité ;
- une tolérance élevée à la violence ;
- un sexisme.

Les recherches sur l'exercice de la parentalité des auteurs de violences conjugales sont nettement moins nombreuses. Ces parents y sont décrits comme des pères peu impliqués, peu empathiques, utilisant beaucoup de renforcements négatifs et peu de renforcements positifs, se mettant facilement en colère et susceptibles d'utiliser la force physique et verbale dans leurs méthodes disciplinaires. Une propension au dénigrement et à l'instrumentalisation de l'enfant s'ajoute à ce style parental marqué par la distance et l'impulsivité.

En pratique, l'auteur de violences conjugales est le plus souvent interrogé en tant que « conjoint » et beaucoup moins en tant que « parent ». Or, l'ensemble des recherches consacrées aux violences conjugales montre qu'il est impératif que la dimension de la parentalité soit prise en compte dans la prise en charge des auteurs de violences. De plus, il convient de ne pas oublier d'interroger et de travailler les compétences paternelles dans la prise en charge des enfants (51).

Selon les recommandations australiennes publiées en 2014 (36), même si la priorité reste la prise en charge et la protection de la (ou des) victime(s) de violences conjugales, il est essentiel de considérer l'ensemble de la famille dans la démarche de prise en charge. Ces recommandations proposent donc quelques pistes pour aider le praticien à repérer et à gérer les auteurs de violences.

Il est avant tout rappelé que les auteurs de violences conjugales proviennent de tous les milieux sociaux, culturels et religieux, une des principales problématiques étant qu'ils ne présentent pas de caractéristiques spécifiques.

Le plus souvent, les auteurs de violences conjugales tendent à sous-estimer fortement leur recours à la violence, à minimiser leur responsabilité lors de ces actes et à la reporter sur la victime.

Ils ont généralement développé des moyens pour se convaincre eux-mêmes et convaincre les autres qu'ils ne sont pas responsables de leur violence et peuvent ainsi, tenter d'en convaincre le praticien en minimisant leur responsabilité.

Les auteurs utilisent la violence pour maintenir leur pouvoir et leur contrôle dans la relation conjugale. Cette attitude est souvent basée sur des concepts stéréotypés : l'acceptation de la société d'une domination masculine, une vision traditionnelle des rôles dans le couple en fonction du genre, l'association masculinité et domination, et l'acceptation de la violence comme moyen de résoudre les conflits.

D'autres facteurs peuvent aussi intervenir : des antécédents familiaux de violences conjugales, des antécédents d'enfance maltraitée ou négligée, des troubles mentaux et la toxicomanie. La pauvreté, le chômage et la délinquance constituent aussi des facteurs de risque de violences conjugales.

Cependant, ces situations restent des facteurs de risque et ne constituent pas des caractéristiques du profil d'un auteur de violences conjugales (36).

3. Les facteurs de risque associés/précipitants

Les facteurs contribuant à expliquer la violence conjugale, au sein d'une population, sont multiples, et se situent à différents niveaux. Le plus souvent, il s'agit d'une combinaison de facteurs sociétaux, communautaires, relationnels et individuels qui augmentent le risque d'être victime ou d'exercer de la violence dans un contexte conjugal. La détermination de ces facteurs associés à la violence conjugale, sert à orienter les programmes et les interventions susceptibles de la prévenir (34).

3.1 Les facteurs sociétaux et communautaires

Les facteurs sociétaux comprennent les inégalités entre les hommes et les femmes (ex. : niveau de revenu ou d'éducation), des normes stéréotypées selon le genre (ex. : l'homme est « chef » de la famille) et, plus globalement, des normes sociales propices à la violence (ex. : valorisation de la résolution des conflits par le recours à la violence).

Les facteurs communautaires dépendent de l'environnement dans lequel les personnes évoluent (ex. : le quartier, le milieu de travail ou l'école). Selon certaines études, le niveau de criminalité et la violence présents dans le voisinage, de même que le niveau de tolérance de la communauté à la violence en général, et à la violence conjugale en particulier, pourraient contribuer à expliquer les taux de violences conjugales.

Par ailleurs, bien que la violence conjugale se retrouve dans tous les milieux, certaines caractéristiques sociodémographiques, particulièrement le faible niveau économique (pauvreté et chômage), et une certaine désorganisation sociale (peu d'entraide collective, faible capital social, incivilités), pourraient contribuer à augmenter le risque de violences conjugales dans un milieu.

La liste des différents facteurs retrouvés, n'est pas exhaustive. Les relations entre ces facteurs et la violence sont complexes, plusieurs facteurs pouvant interagir, avoir un lien causal avec la violence ou être corrélés à d'autres facteurs. Par ailleurs, ces facteurs peuvent concerner la victime et/ou l'agresseur (34, 53, 55).

En revanche, lorsque les personnes victimes ont conscience de l'existence de ressources d'aide, telles que les réseaux communautaires, le voisinage, les instances religieuses, la police, des réunions de quartier, cette conscience peut modifier favorablement les épisodes de violences vécues au sein du couple (50).

3.2 Les facteurs individuels et relationnels

Parmi les facteurs individuels, les facteurs les plus fréquemment associés à la probabilité qu'un homme se montre violent envers sa ou ses partenaires sont les suivants :

- le jeune âge ;
- un faible niveau d'instruction ;
- antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance ;
- l'abus de drogues et d'alcool ;
- des troubles de la personnalité ;
- l'acceptation de la violence (par exemple, considérer qu'il est acceptable qu'un homme frappe sa partenaire) ;
- des antécédents de partenaires violents.

Les facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit confrontée à la violence de son ou ses partenaires, tous milieux confondus, comprennent, par exemple :

- le jeune âge ;
- un faible niveau d'instruction ;
- une exposition à la violence inter-parentale ;
- des sévices sexuels pendant l'enfance ;
- l'acceptation de la violence ;
- des antécédents en tant que victime ;
- problèmes de santé mentale et physique, souvent comme conséquences des violences ;
- handicap.

Concernant les facteurs relationnels, les facteurs associés au risque pour une femme de subir des actes de violences, et pour un homme de commettre de tels actes, comprennent les suivants :

- conflits ou insatisfaction dans le couple ;
- domination masculine dans la famille ;
- grossesse et arrivée d'un enfant ;
- annonce d'une séparation ou séparation ;
- union contrainte ;
- isolement social ;
- stress et situations de stress (problèmes d'ordre économique, tensions dans le couple, etc.) ;
- hommes ayant de multiples partenaires ;
- écart d'âge au sein du couple, notamment lorsque la victime se trouve dans la tranche d'âge inférieure au conjoint ;
- écart entre les niveaux d'instruction, autrement dit situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin (55-57).

L'étude de Stöckl *et al.*, conduite en 2003, en Allemagne, sur un échantillon de 3 866 femmes, âgées de 16 à 49 ans, a analysé l'influence de différents facteurs sur les violences (58). Les principaux facteurs présentant un *odds ratio* significatif dans les modèles ajustés ont été :

- les femmes ayant été exposées à la violence durant leur enfance ;
- les femmes consommant de la drogue lors des 5 dernières années ;
- les femmes ayant un handicap physique ou une maladie sévère ;
- un ménage ayant plus de trois enfants ;
- les femmes ayant été victimes de violences en dehors du couple ;
- la perception d'une exclusion sociale ;
- les deux partenaires étant au chômage ou sans formation professionnelle ;
- les femmes ayant une formation professionnelle (contrairement à leur partenaire) ;
- une durée de relations de couple inférieure à 5 ans ;
- les hommes ou les deux partenaires consommant excessivement de l'alcool.

Les auteurs concluent sur l'importance de cibler les interventions sur la réduction de l'exposition à la violence des enfants, sur la formation professionnelle des adultes et sur la prévention des consommations de substances addictives et de l'isolement social (58).

La consommation d'alcool dans le contexte de violences conjugales en tant que facteur de risque est retrouvée à la fois chez les auteurs (22-55 %) et les victimes (8-25 %) et serait associée à des conséquences plus sévères des violences. Violence et alcool sont souvent associés et la nature des liens reste complexe. Ce même lien est mentionné dans plusieurs études avec d'autres substances psychoactives (drogue, tabac), mais le plus souvent, en association avec d'autres facteurs ou situations à risque.

Le risque de contamination par le VIH serait plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales. Cette contamination se ferait par des rapports sexuels forcés ou non protégés avec le partenaire intime engagé dans des relations multiples ou des comportements à risque, mais aussi

par des conduites sexuelles à risque des victimes elles-mêmes, avec d'autres partenaires. Ces conduites à risque de la victime pourraient être consécutives à des problèmes de santé mentale ou à la consommation de drogues, en lien potentiel avec les violences qu'elle subit. Les conséquences chez les victimes peuvent être un manque d'adhésion aux soins médicaux et au suivi de traitement (en particulier, en lien avec le VIH) (53).

La grossesse, la naissance ou l'adoption sont des facteurs d'aggravation ou d'apparition des violences. Le fait d'avoir des enfants en bas âge est aussi un des facteurs de risque observés au « 3919 ».

Les situations de divorce et de séparation conflictuelle constituent des situations à risque assez fréquentes. Ainsi, à partir des données recueillies par la plateforme téléphonique « 3919 » en 2017, dans 20 % des cas, l'auteur des violences était un ex-partenaire. En outre, dans 47 % de ces situations, la rupture a eu lieu plus d'un an avant les actes de violences. Les violences conjugales ne prennent donc pas toujours fin lors de la rupture mais peuvent se poursuivre bien après (44).

La différence d'âge entre les partenaires du couple constitue aussi, une situation à risque. Selon les données de l'enquête Enveff, chez les femmes ayant une différence d'âge avec leur partenaire de 3 à 10 ans (en leur faveur ou défaveur), le taux de violences conjugales se situe entre 9,7 % et 9,8 %, alors que pour celles dont la différence d'âge est supérieure à 10 ans, les taux sont de 15 % et 16,8 %. Les taux de situations de violences conjugales « graves » et « très graves » sont également plus élevés pour ces dernières (53).

La présence de la violence dans la famille d'origine constitue un critère fréquemment rapporté par des victimes de violences au sein du couple. Les Canadiens le décrivent comme un cycle de violence multi-générationnelle. Avoir été témoin de violences familiales dans l'enfance, augmente la probabilité de répéter ce comportement dans les générations suivantes.

Ainsi, lorsqu'aucune forme de violence (parent/enfant ou mari/femme) n'a eu lieu dans la famille de l'enfant, la probabilité qu'un mari devienne agressif est de 1 %. Lorsqu'un enfant a été frappé dans son enfance, la probabilité qu'un mari frappe à son tour sa femme augmente à 3 %. Avec seulement l'expérience, dans l'enfance, du père qui frappe la mère, la probabilité qu'un mari frappe sa femme s'élève à 6 %, et si les deux types d'agression infantile surviennent, la probabilité double à 12 %. Des tendances similaires ont été observées chez les femmes ayant vécu dans des familles où l'un ou l'autre type de violences s'est produit (45).

Les expériences de violences dans l'enfance (négligence, abus physiques, agressions sexuelles et mauvais traitements psychologiques), et l'exposition à la violence conjugale ressortent comme les facteurs de risque de violences conjugales les plus constants dans la documentation scientifique internationale, canadienne et québécoise. Cette association se retrouve tant pour la victimisation que pour la perpétration de violences conjugales. Il en va de même des antécédents de violences subis à l'adolescence (34).

4. Conséquences des violences

4.1 Conséquences sur la santé des victimes

La violence au sein du couple a une incidence majeure sur la santé des femmes, que ce soit du fait des blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elle peut engendrer. Les coups reçus, l'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel elles sont maintenues par leur agresseur, ont de graves conséquences et sont à l'origine de troubles très variés.

La violence conjugale est donc un authentique problème de santé publique nécessitant une approche médicale pluridisciplinaire (4).

L'exposition à la violence augmente le risque de développer certaines pathologies pouvant être classées en quatre grandes catégories :

- les traumatismes physiques aigus ou immédiats ;
- l'impact sur la santé psychique, le développement de comportements à risque chez la victime ;
- les conséquences sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale des femmes ;
- les maladies chroniques dont le risque peut être augmenté par les violences.

Ces violences se distinguent par leur ampleur, par leur charge traumatique et par le poids des représentations sociales dominantes qui s'exercent sur les victimes et qui peuvent conduire à leur isolement. Ces caractéristiques renforcent l'impact sur la santé des victimes. Dans les cas de violences au sein du couple, les conséquences sont encore aggravées et diversifiées par la proximité avec l'agresseur, la combinaison de plusieurs formes de violences (physique, psychologique, sexuelle, attitudes de contrôle, etc.) et leur installation dans la durée (59).

Selon l'OMS, la violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive pour les femmes. Elles affectent aussi leurs enfants et entraînent des coûts sociaux et économiques élevés pour les femmes, leur famille et la société (33).

Chez les femmes victimes de violences conjugales, on observe une persistance des conséquences sur la santé, même lorsque la violence prend fin. À l'échelle mondiale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la violence conjugale arrive au troisième rang des facteurs de risque réduisant l'espérance de vie (mesurée en années de vie ajustées en fonction de l'incapacité) (34).

► Les lésions traumatiques

Les violences conjugales sont une des causes les plus fréquentes de blessures physiques chez les femmes. Aux États-Unis, 11 à 30 % des femmes blessées accueillies dans les services d'urgence, l'ont été dans le cadre de violences conjugales.

Ces lésions sont souvent multiples, d'âges différents et de natures très variées. Érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures, sont les principales lésions retrouvées.

Dans la majorité des cas, les lésions sont dues à des coups donnés à main nue, mais toutes sortes d'objets peuvent être utilisés. L'emploi d'armes est plus rare.

Les lésions siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités, mais peuvent être dissimulées par les vêtements. Les traumatismes dentaires, maxillo-faciaux, ophtalmiques et otologiques sont assez fréquents.

Les violences physiques ne sont jamais isolées. Elles sont accompagnées d'injures, de menaces et précèdent le plus souvent des rapports sexuels forcés (4, 53).

Selon l'OMS, 42 % des femmes victimes de violences conjugales ont subi un traumatisme physique (33).

Une étude, publiée en 2013, a évalué la prévalence de traumatismes (physiques, psychologiques et sexuels) liés à des violences conjugales sur un panel de 2 945 femmes prises en charge par des cliniques de chirurgie orthopédique au Canada, aux Etats-Unis, aux Pays-Bas, au Danemark et en Inde.

Parmi ces patientes consultant pour un traumatisme orthopédique, une patiente sur six a subi des violences conjugales durant les 12 derniers mois, une sur trois a subi ces violences dans le passé et dans un cas sur cinquante, la consultation orthopédique est directement en lien avec des violences conjugales (60).

► Les décès

Au niveau mondial, dans un rapport de l'OMS, la prévalence médiane des homicides dans le cadre de violences conjugales a été estimée à 13 %, ce qui correspond à un homicide sur sept commis par un partenaire intime. Les homicides de femmes sont six fois plus nombreux, avec une prévalence de 38 %, soit un homicide sur trois commis par un partenaire intime (33).

Selon le rapport annuel publié par la délégation aux victimes sur l'étude des morts violentes au sein du couple, ces décès représentent 15,8 % des homicides non crapuleux et violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, constatés au plan national en 2017 (32). Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un meurtre, commis avec une arme et dont le principal mobile est la dispute ou la non-acceptation de la séparation, les couples mariés étant les plus concernés par les homicides au sein du couple.

Dans de nombreux cas, la violence était déjà installée au sein du couple, que l'auteur de l'homicide en ait été victime ou que la victime ait déjà subi les violences physiques et/ou sexuelles et/ou psychologiques de son partenaire ou ancien partenaire de vie.

Les homicides commis sur fond de conflit conjugal ont aussi un impact important sur la sphère familiale. Les enfants du couple en sont les premières victimes, soit directement, soit en étant témoins des homicides, soit en devenant orphelins de l'un ou de leurs deux parents.

Ainsi, en 2017, neuf mineurs ont été tués concomitamment à l'homicide de leur mère dans cinq affaires distinctes. Dans 11 affaires distinctes, 14 enfants ont été tués dans le cadre de conflit de couple sans que l'autre membre du couple ne soit victime (32).

Par ailleurs, 31 enfants ont été témoins des scènes de crime, qu'ils aient été présents au moment des faits ou qu'ils aient découvert les corps au domicile.

La présence des enfants à proximité de la scène de crime n'empêche pas le passage à l'acte, puisque l'on dénombre également 19 autres enfants présents sur les lieux, même s'ils n'ont pas été témoins des faits.

Enfin, les homicides au sein du couple en 2017 ont engendré dix orphelins de père et de mère, ainsi que 85 orphelins de mère et huit orphelins de père (32).

Les conflits conjugaux dépassent parfois la simple sphère familiale. Sept homicides ont été commis par des anciens partenaires de vie sur la nouvelle relation de leur ex-partenaire. Dans quatre affaires distinctes (couples officiels et non officiels confondus), cinq autres victimes sont recensées : il s'agit des enfants majeurs de l'auteur, du beau-père, d'un témoin ou encore d'un ami de la victime (32).

► Les conséquences psychologiques

Les effets des violences psychologiques sur la santé mentale sont probablement plus importants que ce qui était estimé auparavant.

L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenues par leur agresseur peut produire différentes formes de troubles psychiques.

Il peut s'agir :

- de troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation », états d'anxiété, de panique ou manifestations phobiques, réponses normales à une situation permanente de terreur ;
- de troubles psychosomatiques : troubles digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les mains, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer ;
- de troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars ;
- de troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie ;
- de troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire.

Les dépressions sont aussi fréquentes. Elles sont caractérisées par une perte d'estime de soi, une prudence exacerbée, un repli sur soi, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des idées et/ou tentatives de suicide. Un risque plus élevé de dépression *post-partum* a aussi été rapporté dans des études récentes (61, 62).

Les abus de substances psychoactives sont fréquemment retrouvés : consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques.

Ainsi, dans l'enquête Enveff, les femmes qui déclarent avoir subi des violences conjugales très graves ou des violences sexuelles, déclarent également, dans une plus grande proportion que les femmes non victimes, être dépendantes au tabac (consommation de plus de 10 cigarettes par jour) ou avoir une consommation d'alcool problématique (3, 53, 63).

Enfin, de nombreuses femmes victimes de violences conjugales présentent tous les signes d'un syndrome post-traumatique (TSPT), syndrome commun à toutes les personnes qui ont subi un traumatisme grave (4, 36, 64, 65).

La violence conjugale subie parfois au long cours est un psychotraumatisme puissant, au sens médical du terme. La confusion, l'ambivalence ou l'absence visible de réaction à ce qui arrive sont les conséquences directes des mécanismes neurobiologiques enclenchés par ce psychotraumatisme.

Lorsqu'une personne est exposée à une violence à laquelle elle ne peut échapper (violences conjugales, mais aussi accident ou encore acte terroriste, par exemple), cet événement crée un stress extrême et provoque des modifications neurobiologiques.

Le cortex cérébral et l'hippocampe, qui permettent les fonctions supérieures, sont alors complètement paralysés, et l'amygdale cérébrale devient hyperactive. En réaction, le cerveau va l'isoler en créant une décharge massive de morphine et de kétamine. Ceci entraîne ce que l'on appelle la « dissociation », qui va « éteindre » le stress extrême, mais sans activer les fonctions supérieures, qui sont toujours paralysées. La victime présente alors une anesthésie psychique et physique qui peut être considérée comme une certaine forme de consentement passif ou de comportement décalé, qui n'est donc en réalité que la manifestation de ces réactions neurobiologiques.

Après les faits, la victime peut être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou partie de ce qu'il s'est passé. Elle peut aussi raconter les événements vécus sans émotion. Lors de soins, on peut constater une tolérance à la douleur hors-norme, qui doit alerter les soignants. De plus, l'empathie du soignant a du mal à fonctionner face à une patiente anesthésiée émotionnellement,

qui donc ne renvoie rien. Un praticien à l'esprit non sensibilisé pourra facilement se sentir agacé par ces patientes (66).

Les violences conjugales peuvent aussi entraîner des dépressions, des états de stress post-traumatiques et autres troubles anxieux, des troubles du sommeil, de l'alimentation et des tentatives de suicide. L'analyse conduite en 2013 par l'OMS a établi que les femmes ayant subi des violences de la part de leur partenaire sont presque deux fois plus nombreuses à connaître des problèmes de dépression ou d'alcoolisme (33).

Avoir subi des violences augmente aussi très fortement le risque de faire une tentative de suicide. D'après l'enquête Enveff (2000), 4,3 % des femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois et 3,4 % de celles ayant connu des violences au sein du couple très graves ont fait une tentative de suicide. Ce taux est de 0,2 % chez les femmes n'ayant pas subi de violences. Le fait d'avoir subi des violences sexuelles multiplie ainsi par 26 le risque de faire une tentative de suicide (3, 59, 67).

4.2 Conséquences des violences sexuelles

Ces violences entraînent des dommages à la fois physiques et psychologiques. Au-delà des dommages physiologiques que peut causer un viol, notamment lorsqu'il est réitéré ou accompagné de violences physiques, il peut exister d'autres conséquences physiologiques comme des troubles immunitaires, gynécologiques, gastro-entérologiques, allergiques ou encore cardiovasculaires (46).

Plus de 50 % des victimes de viol ou de tentative de viol déclarent avoir subi des blessures physiques, qu'elles soient visibles ou non, et 72 % des victimes affirment que l'agression a causé des dommages psychologiques plutôt ou très importants. 63 % femmes ayant subi un viol ou une tentative de viol ont déclaré que cette agression avait entraîné des conséquences, des perturbations dans leur vie quotidienne, notamment dans leurs études ou leur travail (30).

L'état de santé psychique des femmes peut être profondément et durablement affecté par le caractère intime et dégradant, la douleur et les traumatismes engendrés par les actes de violences, en particulier lorsqu'ils sont de nature sexuelle ou qu'ils sont perpétrés par un conjoint.

Le syndrome post-traumatique⁴ fait partie des troubles pouvant affecter les victimes de maltraitance physique et sexuelle dans l'enfance, de violences sexuelles, de violences conjugales et de prostitution.

Le stress intense provoqué par l'agression entraîne un risque vital cardiovasculaire et neurologique. Pour éviter ce risque, le système neuronal « disjoncte », provoquant une anesthésie psychique et physique et des troubles de la mémoire pouvant aller jusqu'à un syndrome d'amnésie traumatique.

L'état de stress post-traumatique se manifeste par :

- les reviviscences (mémoire traumatique) : pensées récurrentes, souvenirs intrusifs (sensations, douleurs...), cauchemars, etc. ;
- les symptômes d'évitement : évitement phobique de toutes situations se rapportant au traumatisme ;
- l'hyperactivité neurovégétative : hyper-vigilance, état de contrôle, sursaut, insomnie, irritabilité, etc.

⁴ DSM IV : « Les troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) »

Ces symptômes entraînent une grande souffrance et on peut voir apparaître chez la personne un syndrome dépressif, des idées suicidaires ou des conduites addictives. Leur attitude peut être déstabilisante pour le professionnel non formé (59, 68).

4.3 Conséquences sur le plan gynécologique/obstétrical

Les violences sexuelles elles-mêmes ou l'impact des autres formes de violences sur l'image que la femme a de son propre corps entraînent divers troubles gynécologiques :

- lésions traumatiques périnéales lors de rapports accompagnés de violences ;
- infections génitales et urinaires à répétition, maladies sexuellement transmissibles (MST), transmission du VIH ;
- douleurs pelviennes chroniques inexplicables ;
- troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie ;
- troubles des règles : dysovulation avec irrégularités menstruelles, dysménorrhées (4).

L'étude mondiale conduite par l'OMS en 2013 a rapporté que les violences conjugales pouvaient occasionner des grossesses non désirées, des avortements provoqués, des problèmes gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Cette étude a montré que les femmes victimes d'abus sexuels ou de maltraitance avaient 1,5 fois plus de risques de souffrir d'une infection sexuellement transmissible, et dans certaines régions, d'être infectées par le VIH, comparativement aux femmes n'ayant pas subi de violences de leur partenaire. Elles risquent également deux fois plus souvent de subir un avortement (33).

Les violences peuvent avoir un effet direct sur la santé sexuelle, par exemple en favorisant les infections sexuellement transmissibles lors de rapports sexuels forcés entre époux, ou un effet indirect, par exemple en dissuadant les femmes d'aborder la question de la contraception ou de négocier l'usage de préservatifs avec leur partenaire (55).

4.4 Conséquences sociales et professionnelles

La vie sociale et professionnelle des victimes peut être affectée indirectement du fait des conséquences des violences sur leur santé, mais aussi directement du fait qu'elle peut constituer pour l'agresseur un moyen d'exercer un contrôle sur la victime.

En 2017, à partir de l'analyse des appels traités pour violences conjugales par le « 3919 », 47 % des victimes ont dénoncé les conséquences sociales, économiques et administratives des violences conjugales (44). Elles se traduisent principalement par :

- honte et sentiment de culpabilité (80 %) ;
- isolement des victimes par l'agresseur (63 %) ;
- une situation économique précaire signalée par un surendettement, un licenciement, un abandon du travail, de la scolarité ou d'une formation et une dépendance financière, une mise sous tutelle (8 %) ;
- une instabilité résidentielle.

Toujours selon cette analyse, 49 % des victimes seulement ont un emploi pour 70 % (plus de deux tiers) des auteurs. Cet écart est trois fois plus important au « 3919 » que dans la population générale (44).

Par ailleurs, dans leur milieu professionnel, les victimes parleraient peu des violences subies par peur au final de perdre leur emploi. Les violences conjugales peuvent potentiellement engendrer une augmentation des retards, de l'absentéisme, une baisse de productivité, voire la perte de l'emploi chez les victimes.

À long terme, ces situations pourraient conduire à des histoires professionnelles instables, du sous-emploi, des apports financiers réduits. La victime peut donc subir une autre forme d'insécurité, l'insécurité financière, et peut par ailleurs avoir des difficultés pratiques pour rompre une relation avec un conjoint violent (53).

4.5 Conséquences sur les enfants

L'exposition des enfants (témoin et/ou victime) aux violences conjugales est une forme de maltraitance infantile et constitue un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance, elle est *a minima* une « situation préoccupante » requérant vigilance de la part des professionnels concernés (69).

En 2012, l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) a publié un rapport d'étude sur « les enfants exposés à la violence conjugale » dans le but de donner des clés permettant de mieux appréhender la place de l'enfant en situation de violences conjugales.

Un enfant peut être exposé de différentes manières à des violences conjugales. Ainsi, même sans assister directement à un geste de violence, il peut être bouleversé et perturbé dans son développement par un ensemble de manifestations associées à la violence, avant, pendant et après qu'elle survienne (51).

Selon Holden, les différents types d'exposition d'un enfant aux violences conjugales sont (70) :

- l'enfant est directement victime physiquement (ex. : violences conjugales pendant une grossesse) ;
- l'enfant intervient, s'interpose, s'engage : situation qui peut provoquer une « victimisation » directe, le parent auteur de violences se retournant contre l'enfant ;
- l'enfant est au cœur du conflit entre les parents (ex. : mésentente sur l'éducation) ;
- l'enfant observe la situation de violences conjugales ;
- l'enfant est le témoin auditif des violences conjugales ;
- l'enfant observe les conséquences de l'agression (ex. : séquelles physiques ou psychologiques du parent victime, il assiste aux coups donnés à la mère, etc.) ;
- l'enfant entend parler de ces violences.

Les enfants exposés aux violences conjugales traverseraient quatre phases : 1/ devoir vivre avec le secret, 2/ vivre dans la peur et la terreur, 3/ vivre avec un modèle violent, 4/ vivre des conflits de loyauté (71).

Selon la Convention du Conseil de l'Europe (du 7 avril 2011 et signée par la France) sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, « les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille » (16). Cette convention définit plusieurs objectifs visant à leur assurer protection et soutien : l'article 26 énonce ainsi l'obligation de veiller à ce que les services et l'assistance fournis aux victimes prennent en compte les droits et les besoins de leurs enfants. Si nécessaire, ceux-ci doivent bénéficier d'actions psychosociales ayant fait leurs preuves, adaptées à leur âge, leur développement et viser à ce qu'ils puissent faire face aux traumatismes qu'ils ont subis.

En France, l'exposition des enfants à la violence conjugale est donc considérée⁵ comme un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance, dans ses dimensions de prévention et protection.

Il s'agit en effet au minimum d'une situation « préoccupante » appelant la vigilance des intervenants sociaux, voire une évaluation en protection de l'enfance (51, 72).

⁵ Art. L-221-1 du Code de l'action sociale et des familles et art. 375 du Code civil

4.5.1 Les différentes manifestations

L'exposition à des violences conjugales peut retentir sur tous les pans du développement de l'enfant. Les symptômes qu'un enfant est alors susceptible de présenter sont multiples et non spécifiques de ce type de violence (les enfants victimes de maltraitance ou de négligence lourde peuvent développer des symptômes identiques).

Ainsi, des indices tels qu'une rupture dans le comportement, un « retrait » (inhibition, tristesse) ou au contraire une « sur-manifestation » de l'enfant (agressivité, hyper-agitation), une régression ou au contraire une « maturité » en décalage avec son âge, des désordres alimentaires, des troubles du sommeil, des douleurs, des ruptures scolaires, des actes délictueux, une mise en péril de soi, sont autant de symptômes de mal-être susceptibles d'indiquer une situation de violences conjugales.

Qu'un enfant présente des symptômes apparents ou non, le fait qu'il se trouve en situation de violences conjugales constitue un risque. La dynamique relationnelle entre les parents, de même que les conditions de vie engendrées par la situation de violences peuvent compromettre le développement de l'enfant.

Ainsi, la violence au sein du couple a des conséquences graves sur :

- des troubles psychologiques à court et à long terme : troubles du sommeil, de l'alimentation, anxiété, angoisse, dépression, syndrome post-traumatique ;
- le manque de soins ou le traumatisme engendré par les violences peut être à l'origine de troubles somatiques ou psychosomatiques : troubles sphinctériens, retards staturo-pondéraux, troubles de l'audition, du langage, infections respiratoires à répétition ;
- des troubles du comportement et de la conduite sont aussi décrits : agressivité, violence, fugue, délinquance, désintérêt ou surinvestissement scolaire, idées et tentatives de suicide, toxicomanie. L'adoption de comportements à risque pendant l'adolescence ou à l'âge adulte sont aussi décrits (53) ;
- le développement et la construction de l'enfant sur les plans physique, psychoaffectif, comportemental ou encore de l'apprentissage ;
- la perception de la loi et sur son rapport au masculin/féminin. Ces enfants ont plus de risque de reproduire la violence dans les rapports filles-garçons en tant qu'enfant, dans leurs rapports avec leur mère, et dans leurs relations en tant qu'adulte, à l'intérieur de leur propre couple ;
- la relation avec l'autre. Certains de ces enfants reproduisent les violences vécues à la maison du fait du psychotraumatisme, de l'apprentissage par imitation qui les conduit à adopter une résolution des conflits par la violence et à avoir une faible tolérance à la frustration. Certains enfants peuvent perpétuer le rôle d'agresseur et d'autres celui de la victime (51, 73).

La législation a évolué ces dernières années afin d'améliorer la protection des enfants dans le cadre de violences conjugales.

La **loi du 4 août 2014** (8) crée deux nouveaux articles (221-5-5 et 222-48-2 du Code de procédure pénale) qui obligent la juridiction de jugement à se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale, en application des articles 378 et 379-1 du Code civil, lorsqu'elle condamne pour un crime ou un délit d'atteinte volontaire à la vie, d'atteinte volontaire à l'intégrité de la personne, de viol et d'agression sexuelle ou de harcèlement, commis par le père ou la mère sur la personne de son enfant ou de l'autre parent.

La **loi du 14 mars 2016** (23) modifiant l'article 378-1 du Code civil prévoit que les père et mère peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale, en dehors de toute condamnation pénale, notamment lorsque l'enfant est témoin de pressions ou de violences à caractère physique ou psychologique, exercées par l'un des parents sur la personne de l'autre, mettant manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant (73).

5. Prise en charge des violences en France

5.1 Démarches et mesures de protection en France

La victime de violences conjugales (mariée, en concubinage ou pacsée, même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son Pacs) qui signale les faits, ainsi que ses enfants peuvent bénéficier de plusieurs mesures de protection de la part des institutions publiques et des associations.

Elle a la possibilité de quitter le domicile conjugal avec ses enfants mais pour éviter que ce départ ne lui soit reproché, elle peut déposer une main courante au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie.

Le constat des blessures doit être fait par un médecin (médecin de ville, médecin de garde ou à l'hôpital). Les médecins en cabinet ou à l'hôpital sont soumis au secret médical.

Pour obtenir des conseils, plusieurs organismes sont joignables :

- le 3919, service spécialisé dans les violences faites aux femmes,
 - écoute, informe et oriente les femmes victimes de violences, ainsi que les témoins de violences faites à des femmes ;
- les associations d'aide aux victimes ;
- le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) ;
- le 08 Victimes,
 - écoute, informe et conseille les victimes d'infractions ainsi que leurs proches.

La victime peut porter plainte auprès d'un commissariat de police ou d'une brigade de gendarmerie pour obtenir la condamnation de l'auteur des violences. Elle dispose d'un délai de 6 ans pour porter plainte.

La plainte est ensuite transmise au procureur de la République et même si la plainte est retirée, le procureur de la République peut, lui, maintenir les poursuites contre l'auteur des faits.

Dans les cas les plus graves de violences conjugales, la victime peut aussi se voir remettre un « Téléphone Grand Danger ». Il s'agit d'un téléphone spécifique permettant à une victime de violences conjugales de contacter directement une plate-forme spécialisée en cas de danger. C'est cette plate-forme qui alertera la police ou la gendarmerie si nécessaire. La victime pourra être géolocalisée si elle le souhaite.

Ce téléphone est attribué par le procureur pour une durée de 6 mois renouvelable, en cas d'éloignement du conjoint violent. La victime sera également suivie par une association désignée par le procureur.

Mesures de protection

Par le juge civil

Si la victime de violences est mise en danger, elle peut saisir le juge aux affaires familiales. Ce juge peut délivrer en urgence une ordonnance de protection (article 515-11 du Code civil), même si elle n'a pas encore déposé plainte devant la justice pénale.

L'ordonnance de protection vise à interdire à l'auteur des violences de s'approcher de la victime, et de porter une arme. Le juge se prononce également sur la résidence séparée des époux et sur la jouissance du logement par la victime. Si la victime demande à rester dans son logement, l'auteur des violences doit alors quitter le domicile conjugal dans le délai fixé par le juge. Le juge peut aussi se prononcer sur l'exercice de l'autorité parentale. L'auteur des violences peut ainsi se voir retirer temporairement l'autorité parentale et n'aura plus le droit d'entrer en contact avec ses enfants.

Les mesures contenues dans l'ordonnance de protection sont prises pour une durée de 6 mois et peuvent être prolongées. Le non-respect des mesures imposées par l'ordonnance de protection constitue un délit puni de 2 ans d'emprisonnement et de 15 000 €.

Par le juge pénal

Le juge pénal ne peut prononcer des mesures de protection et faire engager des poursuites judiciaires contre l'auteur des violences, que si la victime a déposé une **plainte** ou si un **signalement** a été fait. Ceci peut être effectué auprès soit de la police ou de la gendarmerie, soit du procureur de la République par la victime elle-même ou par un témoin ou une personne ayant connaissance des violences (10).

Pour déposer plainte, l'obtention préalable par la victime d'un certificat médical de constatation auprès d'un médecin généraliste n'est pas obligatoire, même s'il est souhaitable. Il est un des éléments de preuve utiles des violences subies dans le cadre d'une procédure judiciaire, même si la victime dépose plainte plusieurs mois après. Un examen médical pourra être ordonné par les services de police ou de gendarmerie dans le cadre de l'enquête. Cet examen sera réalisé par un médecin d'un service de médecine légale/unité médico-judiciaire, dûment requis.

Si la victime ne souhaite pas déposer plainte, elle peut signaler les faits au policier ou au gendarme. La déclaration sera consignée dans une main courante (police) ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie). Cette déclaration constitue une trace écrite qui pourra être utilisée ultérieurement dans une plainte ou une procédure devant le juge aux affaires familiales.

Dorénavant, toute victime ayant recours à une main courante ou à un procès-verbal de renseignement judiciaire devra, si elle a expressément refusé de porter plainte, être informée des conséquences de son refus, de ses droits, des procédures à engager pour les faire valoir et de l'aide dont elle peut bénéficier. Il lui sera alors proposé d'être mise en relation avec une structure d'accompagnement partenaire (intervenant social, psychologue, permanence d'association) (10).

5.2 Prise en charge par les professionnels de santé

5.2.1 Le rôle essentiel des professionnels de santé

La prise en charge des victimes de violences a longtemps été considérée comme un problème social et judiciaire, le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence. Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé (4).

Reconnaître les signes d'alerte – mêmes tardifs –, apprécier l'imminence du danger, accompagner la démarche des victimes – même ambivalente –, recueillir les informations, assurer les soins, donner à la femme le certificat nécessaire pour faire valoir ses droits en connaissant les aspects médico-légaux, l'orienter vers les partenaires du réseau local compétent sont autant d'enjeux déterminants pour permettre aux femmes de sortir de leur souffrance, de se libérer de l'emprise de leur partenaire violent et envisager des perspectives nouvelles.

Le médecin a un « devoir d'ingérence » dans ce qui peut paraître relever du privé mais qui représente un danger vital si l'on ne s'engage pas pour protéger les victimes.

Cette prise en charge qui s'étend au-delà de la thérapie somatique, nécessite un vrai travail de collaboration et de coordination avec les magistrats, les policiers, les gendarmes, les travailleurs sociaux, les membres des institutions et associations d'aide aux victimes (4).

Le rôle des professionnels de santé est déterminant non seulement pour diagnostiquer les traumatismes majeurs liés à des violences et pour repérer les victimes, mais aussi afin de mettre ces dernières en relation avec le réseau d'écoute dont elles ont besoin (10).

5.2.2 L'accueil et la prise en charge à l'hôpital

L'hôpital est un lieu clé pour la prise en charge des femmes victimes de violences, en premier lieu dans les services d'urgences et dans les services de gynécologie obstétrique. Ce rôle de l'hôpital a été confirmé dans le Plan 2014-2016 qui a permis la désignation de référents « violences faites aux femmes » au sein des services des urgences (1).

Le 5^e Plan (2017-2019) prévoit de consolider le dispositif des référents « violences faites aux femmes » au sein des services d'urgences (11).

En 2017, sur 649 établissements de santé comprenant des urgences, 609 référents ont été désignés au sein de 507 établissements (taux de couverture nationale : 78 %). Sur les référents désignés, un peu plus de 300 ont été formés par la MIPROF.

L'organisation de la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences nécessite des liens forts avec d'autres services hospitaliers dont les UMJ, afin de garantir la qualité des orientations des patientes et de permettre le dépôt de plainte le cas échéant. Par ailleurs, cette organisation requiert des partenariats au sein du territoire avec les autres acteurs impliqués : Conseil départemental, autres professionnels et structures de santé, associations d'aide aux victimes (2).

► Les Unités médico-judiciaires (UMJ)

Créées par la circulaire DH/AF1/98 N° 137 du 27 février 1998, les Unités médico-judiciaires (UMJ) ont été mises en place comme un outil à la disposition de la justice, destiné aux procédures judiciaires.

Elles ont pour vocation d'accueillir et examiner les victimes qui leur sont adressées sur réquisition judiciaire et de rédiger un certificat médical retranscrivant les doléances alléguées, constatant les lésions physiques et les traumatismes psychologiques et fixant l'incapacité totale de travail (ITT). Le financement relève du ministère de la Justice (74).

► Les pôles de référence hospitaliers

Outre l'accueil et la prise en charge des personnes victimes de violences, les pôles de référence hospitaliers, créés en 1997, sont chargés d'assurer la coordination locale des structures susceptibles de recevoir les personnes victimes de violences. Depuis juillet 2000, leur mission a été étendue aux mineurs victimes de maltraitances et de sévices, de quelque nature qu'ils soient.

Il revient également à ces pôles d'assurer la mise en relation et le conseil des professionnels de santé qui ont recours à eux, ainsi que la formation et l'information des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Ils peuvent éventuellement être amenés à assurer ce rôle auprès d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes.

Ces pôles régionaux ont été implantés, selon les établissements, soit dans les services de médecine légale (UMJ), soit dans les services de gynécologie obstétrique ou de pédiatrie (74).

► Des psychologues au sein des services d'accueil d'urgences (SAU)

Afin de mieux répondre aux besoins de soutien psychologique des personnes victimes de violences accueillies et de leurs proches, les services d'accueil d'urgences (SAU) ont été renforcés, en 2001, par le recrutement et l'affectation de psychologues sur l'ensemble du territoire.

Au-delà du soutien psychologique immédiat que ces professionnels apportent à toute personne victime de violences accueillie et, d'une façon plus générale, aux familles qui sont en situation de détresse psychologique, ils sont chargés de mettre en place les liens indispensables avec le(s) secteur(s) de la psychiatrie et les autres services de l'établissement, en concertation avec les services de protection de l'enfance et les associations d'aide aux victimes. Ils peuvent être amenés en outre à sensibiliser et soutenir les membres des équipes d'accueil d'urgences (74).

5.2.3 Coopération entre les acteurs

Cette coopération essentielle entre les professionnels (sanitaire, judiciaires, sociales, associations) est développée dans le Protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences, publié à la suite d'une saisine du ministère, en 2014 (9).

Afin d'optimiser cette coordination de prise en charge, il est nécessaire d'identifier les ressources du territoire, au niveau local, vers lesquelles la victime pourra être orientée, en fonction du caractère aigu ou chronique de la situation et en fonction des types de violences. Pour être opérationnelles, ces informations doivent être précises (nom, coordonnées, heures d'ouverture, etc.).

Cependant, cette coordination doit être mise en place avec le souci de simplifier les démarches pour les femmes :

- privilégier l'unité de lieu de prise en charge (certaines expériences organisent le déplacement des ressources policières dans les lieux de soins) ;
- faciliter les constats qui pourront servir de preuves judiciaires (prise de photos, généralisation des certificats médicaux, prélèvements, etc.), dès l'intervention du professionnel de première ligne et même hors réquisition judiciaire. Ces démarches pourront faciliter la suite du parcours chez des victimes qui ne souhaitent pas porter plainte au moment des faits ;
- anticiper le suivi des victimes : aucune femme victime de violences ne devrait être prise en charge pour violences sans que ne soient identifiées pour elle les modalités de son suivi. Le médecin traitant, qu'il ait été à l'origine de la prise en charge ou non, doit pouvoir être informé et associé au suivi médical de sa patiente (9).

Ainsi, afin d'améliorer le parcours médico-judiciaire des victimes de violences, le Centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA), équivalent des Unités médico-judiciaires (UMJ), a été mis en place en 2007 par le Pr Proust, au sein du CHU de Rouen.

Cette unité a été créée pour faciliter la prise en charge médico-légale et le dépôt de plainte auprès de la justice. L'objectif était de travailler au sein d'une structure dédiée, en un seul lieu, consacrée à la prise en charge des victimes de tous types de violences et de tous âges.

Les victimes peuvent y rencontrer des professionnels de santé, une psychologue, une assistante sociale, une association d'aide aux victimes.

Dans certaines situations (urgence médico-légale, vulnérabilité, etc.), les victimes ont aussi la possibilité d'être mises en contact avec un officier de police judiciaire pour recueillir leur plainte ou les protéger.

En cas de nécessité, les victimes bénéficient d'une brève hospitalisation dans l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences. Pour les victimes déjà hospitalisées qui ne peuvent se déplacer (soins intensifs, chirurgie lourde, etc.), les acteurs du CASA se rendent à leur chevet (<https://www.chu-rouen.fr/service/centre-daccueil-specialise-agressions/>)

		Situation « aiguë » (femme se présentant en urgence pour une prise en charge de violences physiques évidentes, ou de viol, que ces violences soient le fruit d'actions répétées ou inédites)	Situation « chronique » (femme victime de violences régulières se présentant à un professionnel de santé en dehors d'une phase d'urgence)
1 ^{er} recours, de repérage et de prise en charge	Qui ?	Service hospitalier d'urgence, de gynécologie SAMU, pompiers Services de police (commissariat)	Médecin généraliste Sage-femme Psychologue Associations Travailleurs sociaux
	Quel rôle, qu'attend-on de ces acteurs ?	Prise en charge complète de la femme, sans dissocier soins-plainte, en privilégiant l'unité de lieu de prise en charge de la femme pour éviter de lui imposer des allers-retours entre services	Repérer les violences, amener progressivement la femme vers le soin, qui inclut le fait de se soustraire aux violences, le cas échéant signaler directement au Procureur les violences les plus graves
Recours de 2 ^{ème} niveau, d'évaluation médico-légale	Qui ?	Pour la prise en charge médico-légale : unité médico-judiciaire ou médecin expert Pour les prélèvements (en cas de viols par exemple) : services de gynécologie	Pour la prise en charge médico-légale et judiciaire : unité médico-judiciaire ou médecin expert Pour la plainte et les poursuites : Procureur, services de police
	Quel rôle, qu'attend-on de ces acteurs ?	Apporter un conseil expert sur la prise en charge de la femme victime de violences, prendre le relais si nécessaire (et dans quelles conditions) dans le cadre de démarches médico-légales, effectuer ou piloter les prélèvements	Apporter un conseil expert sur la prise en charge de la femme victime de violences, prendre le relais, organiser la prise de plainte et les poursuites
Recours de 3 ^{ème} niveau, de suivi	Qui ?	Associations, travailleurs sociaux ou protection maternelle et infantile, psychologue, médecin généraliste ...	Associations, travailleurs sociaux ou protection maternelle et infantile, psychologue, médecin généraliste...
	Quel rôle, qu'attend-on de ces acteurs ?	Apporter une solution d'urgence si nécessaire (hébergement), organiser le suivi de la femme	Apporter des conseils sur les solutions possibles, accompagner les démarches pour se soustraire aux violences, favoriser la rupture de l'isolement

5.2.4 Formation des professionnels de santé

Concernant la formation des professionnels, des modifications législatives et réglementaires ont rendu la formation des professionnels aux violences faites aux femmes, obligatoire.

Pour les médecins, en avril 2013, un arrêté a modifié et intégré dans les programmes des examens universitaires des médecins (l'examen classant national de fin de 2^e cycle) un *item* intitulé « Violences sexuelles ».

Pour les sages-femmes, le diplôme d'État de sage-femme, modifié par l'arrêté du 11 mars 2013, prévoit dans les objectifs, la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes.

La **loi n° 2014-873 du 4 août 2014** pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes crée dans son article 51 une obligation de formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique, tant dans la formation initiale que continue (8).

La Convention d'Istanbul, ratifiée par la France et entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014, impose dans son article 15, la mise en place et le développement de formations sur la prévention, la détection de ces violences et la prise en charge des victimes (16).

Mais, le plus souvent, les professionnels de santé sont démunis d'autant plus que leur formation initiale et continue aborde peu cette problématique. Répondre à une femme victime de violences ne peut se résumer à la rédaction d'un certificat descriptif avec ITT.

Le 3^e Plan (2011-2013) national de lutte contre les violences faites aux femmes crée une Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) dont un des objectifs est l'élaboration d'un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes (5).

Les enquêtes réalisées sous l'égide de la MIPROF ont montré que les étudiants en médecine et sages-femmes veulent être formés, et estiment qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes victimes de violences. Les sages-femmes en activité n'ont pas été formées aux violences faites aux femmes ; neuf sages-femmes sur dix estiment avoir un rôle à jouer dans le repérage des violences faites aux femmes, la prise en charge médicale des victimes. L'obstacle reste donc le manque de formation (75).

Pour assurer l'effectivité de la politique publique et donner une impulsion nationale à la formation des professionnels, le gouvernement a confié à la MIPROF la mission de mettre en place un cahier des charges de la formation initiale et continue et des outils pédagogiques.

Les objectifs de la formation sont d'améliorer le repérage des violences, de mieux accompagner la victime dans son parcours et ses démarches, de faciliter le partenariat des professionnels grâce à une culture commune : la connaissance de l'emprise, du cycle des violences, du psychotraumatisme, des conséquences physiques, psychologiques et somatiques permet d'adapter leur pratique. La singularité de ces situations exige une adaptation de leur pratique professionnelle courante.

Face aux résultats des enquêtes de victimation et au nouveau cadre juridique, la MIPROF a commencé par la formation des médecins. D'autant que les forces de sécurité avaient déjà initié depuis les années 1980-1990 des modules de formation (initiale et continue), et que des états généraux commençaient sur les professions du social.

L'Ordre des sages-femmes avec la MIPROF a réalisé un modèle de certificat médical, lequel a été diffusé avec une note explicative.

En outre, la MIPROF a engagé un travail avec l'Ordre national des médecins, SOS Médecins, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le Conseil de l'Ordre des pharmaciens.

Il est nécessaire que tous les praticiens et praticiennes soient formés et aient accès à des outils de formation.

La formation de tous les professionnels de la santé est une urgence de santé publique C'est par la mobilisation de tous les acteurs de la santé que les violences faites aux femmes reculeront (75).

5.2.5 Outils à disposition des professionnels de santé

L'article 51 de la loi du 4 août 2014 fixe l'objectif de former tous les professionnels en lien avec les violences (8).

Plusieurs guides pédagogiques ont été réalisés et la plupart de ces outils sont disponibles gratuitement sur le site de la MIPROF :

Deux kits pédagogiques composés chacun d'un court métrage « ANNA » et « ELISA » (15 minutes) et d'un livret d'accompagnement pédagogiques très concrets et complémentaires ont été créés par des équipes pluridisciplinaires de professionnels de santé, d'experts et d'enseignants universitaires, des collèges et Conseils de l'Ordre et des associations professionnelles.

Ils peuvent être visionnés en ligne sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr, rubrique « je suis un professionnel », et être demandés à la MIPROF en écrivant à formation@miprof.gouv.fr.

Ils traitent des mécanismes de la violence, de ses conséquences, de son repérage, de la prise en charge de la femme victime par les professionnels. Ils portent également sur l'impact du questionnement systématique sur la femme victime.

Le kit de formation « Elisa » (76), destiné aux sages-femmes, porte sur l'impact du questionnement systématique sur la femme victime de violences sexuelles. Cette pratique professionnelle améliore le diagnostic, la prise en charge et l'orientation par le professionnel.

Le kit de formation « Anna » (77), réalisé avec le soutien de la Commission européenne, en 2013, à l'initiative de la MIPROF, se découpe en trois parties illustrant successivement, les mécanismes de la violence, le repérage par un ou une professionnel(le) de santé, la prise en charge et l'orientation de la victime. C'est un guide pédagogique de base sur les violences au sein du couple et leurs incidences sur les enfants (comment repérer et prendre en charge les violences).

Un troisième kit a été élaboré plus récemment, constitué d'un court métrage « Tom et Lena » et de son livret d'accompagnement (73). Il illustre les conséquences des violences au sein du couple sur l'enfant, le repérage systématique ainsi que la prise en charge de la mère et de l'enfant victimes par les professionnels (10, 75).

L'efficacité des programmes de formation est de plus en plus démontrée.

La revue systématique de Zaher *et al.* rapporte de manière unanime des effets bénéfiques concernant la formation (neuf études) (78). Ces effets varient en fonction des modalités d'intervention pédagogique. Les deux études randomisées et contrôlées de haute qualité, relatives à des programmes de formation à multiples facettes (contenus théoriques sur les différents aspects de la problématique, techniques interactives, etc.), à destination de médecins généralistes, attestent d'une amélioration significative de l'identification des femmes victimes, voire aussi de leur orientation vers des structures *ad hoc*, pour l'une d'entre elles. Aucun effet indésirable n'a été signalé.

5.3 Accueil des victimes dans les commissariats et les gendarmeries

L'accueil du public dans les commissariats et les brigades de gendarmerie s'exerce 7 jours sur 7, de jour comme de nuit. Ainsi, en toutes circonstances, la victime peut trouver une écoute permanente et une prise en charge adaptée.

Tout service de police ou unité de gendarmerie est tenu de recevoir la plainte d'une personne victime qui se présente dans ses locaux. La plainte est recevable même en l'absence de certificat médical préalable. Ce dernier doit alors être joint dans le courant de la procédure.

Si la victime ne souhaite pas déposer une plainte, les faits sont consignés sur un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie) ou font l'objet d'une mention de main courante (police).

Une victime peut déposer plainte dans n'importe quel commissariat ou brigade de gendarmerie (Art. 15-3 du Code de procédure pénale).

En cas de retrait de plainte, il est important de comprendre les motivations de la victime et d'examiner avec elle les raisons et les conséquences de ce retrait.

En tout état de cause, si la victime possède son libre arbitre en matière de dépôt ou de retrait de plainte, elle doit être avisée que ce retrait éventuel n'entraînera pas d'office le classement sans suite de la procédure. Seul le procureur de la République est compétent pour exercer ou abandonner des poursuites à l'encontre de l'auteur de l'infraction (74).

Toute victime de violences au sein du couple bénéficie d'une attention particulière garantissant la confidentialité des informations révélées, notamment lors du dépôt de plainte.

En cas de faits d'une gravité particulière, la main courante, le rapport d'intervention ou le procès-verbal de renseignement judiciaire rédigé est transmis à l'autorité judiciaire, même en l'absence de plainte de la victime (74).

Au-delà de l'enquête judiciaire menée à l'encontre de l'auteur, policiers et gendarmes veillent à la sécurité de la victime en assumant un rôle d'interface avec les associations et les acteurs sociaux.

Les services enquêteurs communiquent à la victime les coordonnées des associations conventionnées d'aide aux victimes, ainsi que le numéro de la plate-forme nationale « Violences femmes info 3919 ».

Il peut également lui être proposé l'aide et le conseil d'un psychologue au sein du commissariat et/ou d'un intervenant social en commissariat ou en unité de gendarmerie quand il(s) existe(nt) (22).

Les services de police et de gendarmerie sont formés, à l'école et en formation continue, à l'accueil et à la prise en charge des victimes de violences conjugales, incluant une formation à l'audition des mineurs.

Par ailleurs dans la gendarmerie, à l'échelon de chaque communauté de brigades et brigade autonome, un sous-officier référent « lutte contre les violences intrafamiliales » a pour mission principale de former l'ensemble des gendarmes de terrain sur la prise en compte et le traitement des cas de violences au sein du couple.

Afin d'améliorer l'accueil des victimes, des cellules d'enquête adaptées pour la prise en charge des violences intrafamiliales sont mises en place progressivement dans les services de police les plus importants.

Le 25 mai 2005, une convention a été signée entre le ministère de l'Intérieur et l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) avec pour objectif la mise en place de points d'accueil assurés par des associations d'aide aux victimes, dans les commissariats et brigades de gendarmerie. D'autres conventions ont été signées, en 2006, avec le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) et la Fédération nationale solidarité femmes (FNSF).

En 2016, 152 permanences d'associations ont été installées dans des commissariats de police et unités de gendarmerie.

Ces réseaux se complètent par la présence d'intervenants sociaux (intervenants sociaux en commissariat et en gendarmerie (ISCG)) qui s'implantent de plus en plus dans les commissariats et les groupements de gendarmerie et la contribution de psychologues, pour un meilleur traitement des violences conjugales. Les intervenants sociaux assurent le relais avec les différents services sociaux, orientent et conseillent les personnes pour les démarches ou les contacts avec les services d'aide, de soins ou de secours. La mission des psychologues consiste à intervenir tant à l'égard

des victimes que des auteurs de violences et à assurer des actions de formation au bénéfice des policiers.

Des brigades de protection de la famille (BPF) ont été créées par la police et la gendarmerie nationales pour apporter une réponse adaptée à la problématique des violences intrafamiliales. Ces unités ont également vocation à initier et à animer les actions de prévention et de répression liées à ce type de délinquance. Positionnées au sein de tous les services de sécurité publique et de chaque groupement de gendarmerie départementale, les BPF renforcent le dispositif mis en place en faveur des victimes de violences au sein du couple. À Paris, et en petite couronne, les brigades locales de protection de la famille (BLPF) interviennent également (22) (<https://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Ma-securite/Aide-aux-victimes/Aide-aux-victimes-presentation-des-differents-dispositifs>).

5.4 Par le système judiciaire

5.4.1 L'ordonnance de protection

Depuis le 1^{er} janvier 2005, la loi prévoit la possibilité, pour les hommes et femmes mariés victimes de violences conjugales, d'obtenir du juge aux affaires familiales l'éviction de leur conjoint violent du domicile conjugal (article 220-1 du Code civil modifié par la loi du 26 mai 2004 relative au divorce) (19).

Depuis la loi du 12 décembre 2005, complétée par la loi du 4 avril 2006 (20), cette mesure d'éviction est également possible à tous les stades de la procédure pénale, quel que soit le lien qui unit la victime à l'auteur des violences (mariage, concubinage, Pacs ou en cas de séparation).

La **loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010** a élargi les prérogatives du juge civil (en l'occurrence le juge aux affaires familiales) en introduisant dans le système juridique français l'ordonnance de protection (articles 515-9 et suivants du Code civil) (21).

L'objectif était de renforcer la protection de la victime de violences (physiques et psychologiques), « dans les meilleurs délais » (72 heures, dans l'esprit du législateur), indépendamment d'une procédure pénale en cours ou d'une procédure de divorce. Ces règles sont applicables à tous les couples (mariés, concubins, pacsés) et même aux personnes séparées, qui ont été mariées, concubines ou pacsées.

Selon la loi (art. 515-11), l'ordonnance de protection est délivrée par le juge aux affaires familiales, s'il estime, au vu des éléments produits devant lui et contradictoirement débattus, qu'il existe des raisons sérieuses de considérer comme **vraisemblables** la commission des faits de violences allégués et le **danger** auquel la victime est exposée.

Le recours à un avocat n'est pas nécessaire pour déposer le dossier devant le juge aux affaires familiales (JAF). La victime, en situation de danger et d'urgence, devra constituer une requête en vue de la délivrance d'une ordonnance de protection (OP), rassemblant des éléments tels que certificats médicaux, témoignages de l'entourage, attestations d'associations ou de services sociaux, etc. Le JAF ne pourra se prononcer que sur les mesures demandées par la victime.

S'il estime qu'il existe une situation de violences et que la victime est en danger, le juge aux affaires familiales rend une ordonnance de protection. Cette mesure peut être obtenue indépendamment du dépôt d'une plainte par la victime.

L'ordonnance de protection confère désormais au juge civil, en dehors de toute procédure pénale, le pouvoir d'accorder dans l'urgence :

- l'interdiction pour le conjoint violent d'entrer en contact avec la demanderesse ;
- que la résidence des enfants soit fixée à son domicile, et l'organisation du droit de visite de l'autre parent (qui pourra, si nécessaire, se dérouler dans un espace médiatisé) ;
- la jouissance exclusive du logement pour la victime ;

- l'autorité parentale exclusive à la mère ;
- l'aide juridictionnelle provisoire ;
- et la possibilité d'arrêter l'auteur présumé quand il enfreint les prescriptions de l'ordonnance (la violation des dispositions de l'ordonnance de protection est constitutive d'un délit).

L'ordonnance est prise pour une durée de 6 mois, renouvelable une fois (loi du 4 août 2014) (8).

Pour les victimes étrangères qui bénéficient de cette ordonnance de protection, un titre de séjour est délivré ou renouvelé automatiquement (10).

5.4.2 Le « Téléphone Grave Danger » (TGD)

Le dispositif de téléprotection Grave Danger a, dans un premier temps, été mis en place à titre expérimental en 2009 dans le département de la Seine-Saint-Denis. Il a ensuite été généralisé par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (8).

En cas de grave danger menaçant une personne victime de violences de la part de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le procureur de la République peut attribuer à la victime, pour une durée renouvelable de 6 mois et si elle y consent expressément, un dispositif de téléprotection lui permettant d'alerter les autorités publiques. Avec l'accord de la victime, ce dispositif peut, le cas échéant, permettre sa géolocalisation au moment où elle déclenche l'alerte.

Le dispositif de téléprotection ne peut être attribué qu'en l'absence de cohabitation entre la victime et l'auteur des violences et lorsque ce dernier a fait l'objet d'une interdiction judiciaire d'entrer en contact avec la victime dans le cadre d'une ordonnance de protection, d'une alternative aux poursuites, d'une composition pénale, d'un contrôle judiciaire, d'une assignation à résidence sous surveillance électronique, d'une condamnation, d'un aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté.

Depuis 2014, le TGD peut aussi être attribué aux femmes victimes de viol.

Le TGD repose sur un dispositif très structuré, il repose sur un maillage territorial coordonnant l'action de la police, d'un opérateur privé, des services du Conseil départemental, des magistrats et des associations, qui accompagnent la victime vers la sortie du dispositif (10).

5.4.3 Envers les auteurs

En pratique, la prise en charge d'un sujet violent suppose des obligations ou des injonctions de soins recommandés ou imposés lors des décisions de justice.

À cet égard, les dispositions de la loi récente sur la récidive, complétées par la proposition de loi sur la prévention et la répression des violences au sein du couple, instaurent le recours à une prise en charge sanitaire, sociale et psychologique dans les alternatives aux poursuites ainsi qu'au sein du contrôle judiciaire et dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve.

Sur le plan pénal, le **procureur de la République** peut :

- placer l'auteur en garde à vue ; dans ce cas, la procédure judiciaire peut être orientée vers la comparution immédiate en cas de violences importantes et d'antécédents du même type, le jugement ayant lieu à l'issue de la garde à vue ;
- convoquer l'auteur devant le tribunal correctionnel dans un délai de 2 mois au maximum dans le cadre d'une comparution par procès-verbal. Cette procédure peut être associée à un contrôle judiciaire socio-éducatif qui permet au juge, dans l'attente de l'audience, d'éloigner l'auteur du domicile et de le soumettre à une obligation de soins ;
- proposer un classement de l'affaire sous conditions. Dans une situation de premier épisode où les faits ne sont pas trop graves, c'est une alternative aux poursuites judiciaires. La procédure est alors adressée au délégué du procureur qui soumet le classement à la condition d'un suivi, notamment psychologique.

Au moment du jugement, **le tribunal correctionnel** peut :

- renvoyer l'audience de jugement à une date ultérieure, ce qui permet de prolonger le contrôle judiciaire et l'obligation de soins ;
- ajourner le prononcé de la peine pour un délai de 6 mois à un an, le sujet interpellé étant soumis à une série d'obligations, dont l'obligation de soins ;
- prononcer une condamnation, par exemple une peine d'emprisonnement ferme ou assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, ce qui permet de définir une période pendant laquelle le sujet condamné est astreint à une série de contraintes, dont l'obligation de soins.

D'une façon générale, les obligations sont suivies par les associations socio-judiciaires ou les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Le parquet a donc à sa disposition une panoplie de mesures qui peuvent s'adapter à la variété des situations de violences au sein du couple :

- procédures contraignantes dans les situations graves ;
- décisions ayant l'avantage de fonctionner comme une « épée de Damoclès » dans les autres cas.

En revanche, au moment de l'orientation pénale, l'enquête sociale rapide ne permet pas d'évaluer l'ensemble de la situation familiale. Il a pu paraître nécessaire de mettre en œuvre une enquête sociale rapide spécifique aux violences au sein du couple. Cette investigation permettrait d'éclairer le magistrat sur l'orientation pénale et l'obligation de soins la plus adaptée en fonction du comportement de l'auteur des violences et de l'ensemble de la situation familiale. Elle préconiserait les dispositions propres à la protection de la victime et, le cas échéant, des enfants.

Cette enquête spécifique serait réalisée par une association socio-judiciaire ou un SPIP, interface pertinente avec les dispositifs de prise en charge vers lesquels les auteurs seraient orientés.

En conclusion de cette partie, il faut dire avec force que le rappel à la loi de l'auteur de violences est le point de passage obligé de toute prise en charge véritable. C'est un préalable indispensable à la prise de conscience de l'auteur des violences et à la reconstruction de la victime. Pour mieux prévenir la récidive, il est pertinent que le rappel des obligations de la loi et du caractère intolérable de la violence soit réaffirmé solennellement par un magistrat (54).

5.5 Dispositifs mis en place au niveau national

5.5.1 Le « 3919 : Violences femmes info »

Depuis le 1^{er} janvier 2014, le 3919 est un numéro national de référence téléphonique et d'orientation, créé à destination des femmes victimes de violences, de leur entourage et des professionnels concernés.

Anonyme et gratuit depuis un poste fixe ou mobile en métropole, comme dans les départements d'outre-mer, ce numéro national garantit une écoute, une information et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Il est ouvert 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 9h à 22h, les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 18h.

Le fonctionnement de ce numéro, géré par la Fédération nationale solidarité femmes et soutenu par le ministère chargé des Droits des Femmes, s'appuie sur un partenariat avec les principales associations nationales agissant pour l'égalité femmes/hommes, pour les droits des femmes et luttant contre les violences sexistes et sexuelles qui leur sont faites (22).

5.5.2 Site « stop-violences-femmes.gouv.fr »

Depuis novembre 2013, accessible au grand public et aux professionnel(le)s concerné(e)s par cette problématique, ce site délivre des informations sur les différentes formes de violences commises à l'encontre des femmes, les démarches à initier et les modalités d'intervention des acteurs (repérage, ce que dit la loi, conseils, orientations, avec notamment une rubrique sur les structures associatives nationales et locales).

Des outils de sensibilisation et de formation à destination des professionnels sont mis à la disposition des intéressés (22).

5.5.3 Sites des fédérations associatives et de leurs réseaux

- du Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (**CNIDFF**) avec une page dédiée à la lutte contre les violences faites aux femmes et les liens vers les autres portails ;
- de la Fédération nationale solidarité femmes (**FNSF**) ;
- de France Victimes (ex-Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM)) ;
- du Collectif féministe contre le viol (**CFCV**) (22).

5.6 Par les associations

5.6.1 Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement

► Les accueils de jour pour les femmes victimes de violences

Primo-accueil, en individuel et en collectif, ce dispositif met à disposition des femmes concernées une structure de proximité ouverte sans rendez-vous durant la journée pour les accueillir, les informer et les orienter, notamment afin de préparer, d'éviter ou d'anticiper leur départ du domicile, le cas échéant, avec leurs enfants.

Ce dispositif favorise une prise en charge précoce. Il contribue à une plus grande fluidité dans le parcours des femmes pour sortir de la situation de violences. Le dispositif « accueil de jour » est actuellement déployé dans 94 départements et comporte 104 sites installés.

Les **lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation** assurent un accompagnement spécialisé, dans la durée, de ces femmes et le suivi de leur parcours afin de les aider à rompre le cycle de la violence et trouver les moyens de leur autonomie. Ils proposent une prise en charge globale (psychologique, juridique, sociale) vers la sortie de la violence à travers des entretiens individuels ou collectifs. Ils existent dans de nombreux départements et sont gérés principalement par les associations Solidarité Femmes ou les CIDFF.

► Les permanences d'information et d'accompagnement

En complément et dans la continuité de ces accueils de jour, des permanences peuvent être assurées par des associations locales qui offrent un accompagnement spécifique adapté aux besoins s'inscrivant dans la durée. Elles veillent au suivi du parcours de la victime et l'aide dans ses démarches.

► Les structures d'hébergement

Spécifiques ou non, ces structures accueillent en urgence (ou non) les femmes qui quittent leur domicile à la suite de violences. En 2017, 1 650 nouvelles solutions d'hébergement d'urgence dédiées et adaptées aux besoins des femmes victimes de violences, devaient être mises en place après un diagnostic territorial en cours de mise en œuvre.

Par ailleurs, le Département dispose de structures pour l'accueil des femmes enceintes et des mères isolées avec enfant de moins de trois ans, qui ont besoin d'un soutien matériel et

psychologique. Elles sont prises en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance dans une structure type centre maternel, sur décision du président du Conseil départemental, dès lors qu'elles sont confrontées à un danger ou un risque de danger (22).

5.6.2 De l'urgence au relogement

Bénéficier d'un logement, que ce soit dans l'urgence ou de façon plus pérenne, après un jugement, constitue une étape essentielle pour la victime.

La politique publique de lutte contre les violences conjugales a donc entièrement intégré l'objectif de maintenir les femmes victimes de violences à leur domicile, *a fortiori* quand il y a des enfants. Ce droit est devenu la règle en vertu de l'article 35 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes (8), qui pose le principe de l'éviction du conjoint violent du logement du couple et du maintien de la victime dans celui-ci (décidée par le procureur de la République).

Parallèlement, le gouvernement s'est engagé à accroître l'offre d'hébergement d'urgence pour les victimes préférant quitter le domicile du couple. Ces refuges doivent être spécifiquement adaptés aux difficultés propres aux femmes victimes de violences : problèmes relatifs à leur santé, leur sécurité, leur situation financière et au bien-être de leurs enfants. Ces refuges n'ont pas pour seule fonction d'offrir un hébergement sûr. Ils apportent également un soutien aux femmes et à leurs enfants, les aident à surmonter l'expérience traumatisante qu'ils ont vécue, à sortir d'une relation violente, à retrouver leur amour-propre et à construire une vie indépendante.

Ces hébergements spécifiques existent en France et, portés par des équipes pluridisciplinaires et impliquées, ils permettent aux femmes qui y sont accueillies d'initier un véritable parcours de reconstruction.

Sur le portail « stop-violences-femmes.gouv.fr », on trouve la liste des hébergements d'urgence par départements, tous hébergements confondus (associatifs, centres sociaux, Emmaüs, etc.) (10).

5.6.3 Rôle des associations

► Le réseau des associations de la FNSF

Les associations de la **FNSF** (Fédération nationale solidarité femmes) sont présentes dans de nombreux départements, ces associations proposent aux femmes victimes, principalement de violences conjugales, un accompagnement global vers la sortie de la violence et disposent de places d'hébergement, y compris pour une mise en sécurité dans l'urgence.

Assistants sociaux, psychologues, éducateurs, juristes, conseillers en économie sociale et familiale, chargées d'accueil écoutantes, etc., évaluent chaque situation, proposent des entretiens individuels de suivi et des accueils collectifs (entre autres des groupes de parole, des ateliers estime de soi).

Leurs activités s'exercent en lien avec les partenaires institutionnels (services sociaux, de protection de l'enfance, de santé, de police et de justice) ou associatifs. Professionnels du secteur sanitaire et social, ils tiennent des permanences au sein des commissariats, gendarmeries, hôpitaux, communes, points d'accès au droit, etc., et animent des actions de formation (initiale et continue), de sensibilisation des différents professionnels mais aussi de prévention des violences à l'encontre des femmes.

Les centres d'accueil et d'hébergement sont dédiés aux femmes victimes de violences avec ou sans enfants et visent l'accès aux droits, la sécurité et l'autonomie des femmes jusqu'au relogement (22).

► Le CNIDFF et les actions des CIDFF

Le **CNIDFF** (Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles), fondé en 1972 à l'initiative de l'État, est une association nationale signataire d'une convention d'objectifs et de moyens avec l'État, et un relais essentiel de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Les **CIDFF** (Centres d'information sur les droits des femmes et des familles) exercent une mission d'intérêt général confiée par l'État, dont l'objectif est de favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes.

Les CIDFF informent, orientent et accompagnent le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès au droit ; de la lutte contre les violences sexistes ; du soutien à la parentalité ; de l'emploi, de la formation professionnelle et de la création d'entreprise ; de la sexualité et de la santé.

Au quotidien, dans le cadre de services spécialisés, les CIDFF réalisent une prise en charge globale des victimes de violences sexistes, ils les informent, quelle que soit la nature des violences (violences au sein du couple, viols et agressions sexuelles, harcèlement sexuel, mutilations sexuelles, mariages forcés, etc.) et les accompagnent dans leurs démarches policières, judiciaires, médicales, sociales et professionnelles.

Les CIDFF forment les professionnels travaillant au contact des femmes victimes de violences : police, gendarmerie, travailleurs sociaux, médecins, magistrats, etc.

En intervenant au sein des établissements scolaires, en organisant des journées de sensibilisation en direction du grand public et des entreprises, les CIDFF participent activement à la prévention des violences faites aux femmes. Cette action quotidienne des CIDFF s'inscrit dans un partenariat local solide, associatif et institutionnel (22).

► Le réseau France Victimes (ex-INAEM)

France Victimes a développé une activité de téléphonie sociale, destinée à écouter et aider toutes personnes victimes d'infractions pénales, leurs proches mais aussi les professionnels.

Le **116006** (7J/7, appel et services gratuits, ou + 33 (0)1 80 52 33 76) s'appuie de 9h à 21h sur une équipe de dix écoutants experts qui offrent une écoute anonyme et confidentielle, une première information et un relais afin de proposer une mise en relation avec les associations d'aide aux victimes et/ou tout service partenaire susceptible d'y répondre.

Une messagerie interactive est mise à disposition des appelants en dehors des horaires d'ouverture ou dès que toutes les lignes sont occupées, donnant ainsi la possibilité de laisser ses coordonnées téléphoniques pour être rappelé dans les meilleurs délais.

Au-delà de cette fonction de passerelle vers les associations d'aide aux victimes (AAV) et autres structures ou services partenaires, la mission du **réseau France Victimes** consiste à fournir une information sur les droits, notamment à expliquer la différence entre la main courante et la plainte, à préciser les modalités du dépôt de plainte, de l'indemnisation des préjudices, etc., afin que la victime puisse faire un choix éclairé en fonction de l'infraction subie.

Par ailleurs, les psychologues des associations du réseau apportent une aide psychologique, accompagnent la victime au cours des différentes étapes de la procédure.

La prise en charge globale des AAV se traduit également par des réponses de nature sociale (en termes d'hébergement d'urgence, de garde d'enfants, de relogement, par exemple), médicale, administrative, financière, professionnelle, etc.

Plusieurs associations du réseau ont en leur sein un référent violences conjugales (22).

5.7 Prise en charge des enfants

Entre 2010 et 2015, en moyenne, chaque année, 1 % des enfants âgés de moins de 18 ans vivaient dans un ménage où une femme a été victime de violences conjugales l'année précédant l'enquête, soit près de 143 000 enfants (79).

En 2014, on comptait 35 enfants mineurs tués dans le cadre de violences dans le couple. La présence des enfants n'empêche pas le passage à l'acte de l'auteur, et les homicides au sein du couple ont des conséquences dramatiques sur les enfants : 11 enfants ont été témoins des scènes de crime ; 14 enfants (la plupart en bas âge) étaient présents au domicile mais non témoins visuels des faits. En raison des homicides commis par un partenaire de vie sur l'autre, 110 enfants mineurs sont devenus orphelins : 17 sont orphelins de mère et de père, 73 sont orphelins de mère et 20 orphelins de père (79).

Comparés aux enfants de moins de 18 ans vivant en France au sein d'un ménage ordinaire, les enfants exposés aux violences conjugales sont plus jeunes : 42 % ont moins de 6 ans, contre 33 % des enfants de la population de référence (79).

Ils vivent plus souvent dans des familles monoparentales : un tiers, contre 15 % de la population de référence.

Ils vivent plus fréquemment dans les ménages les moins aisés : 59 % d'entre eux vivent au sein d'un ménage faisant partie des 25 % des ménages les moins aisés, contre 40 % des enfants composant la population de référence (79).

Pour favoriser une prise en charge précoce, une approche « proactive » en matière de repérage est essentielle. Afficher une information et poser la question de la violence conjugale signalent que le professionnel manifeste un intérêt pour ce type de confiance et qu'il est compétent pour proposer une information et un recours ou pour orienter en ce sens. De ce fait, la victime peut se sentir « autorisée » à parler.

Contrairement aux craintes souvent formulées par les intervenants, le fait d'ouvrir un espace d'expression à l'enfant ne va pas raviver des souvenirs pénibles chez lui, mais va plutôt être rassurant et ainsi améliorer les conditions d'intervention, voire constituer une expérience positive pour lui. Il est en effet primordial que l'enfant soit lui aussi reconnu comme étant confronté à une expérience éprouvante, susceptible de générer du mal-être (51).

Pour aider l'enfant à s'exprimer, le fait de disposer de matériel (jouets, papier, crayons) peut s'avérer utile.

Par ailleurs, lors de l'entretien avec l'enfant, il est important de :

- se positionner vis-à-vis de l'enfant de manière à ce qu'il puisse accorder sa confiance ;
- valider ses émotions, y compris négatives (peur, colère), et/ou le fait qu'il s'exprime ;
- énoncer le fait que la violence est interdite et que lorsqu'elle se produit, elle nécessite de l'aide ;
- expliquer simplement à l'enfant l'aide apportée à sa mère et le rassurer sur le fait que la séparation d'avec elle sera temporaire, par exemple si sa mère est reçue seule par un médecin ou les services de police (51).

5.8 Démarches entreprises par les victimes

5.8.1 Démarches auprès des autorités

En se basant sur les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » (CVS) pour les années 2012 à 2017, parmi les victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du couple, près de 30 % se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie, 19 % ont déposé plainte et 8 % ont déposé une main courante (30).

Les victimes se rendent moins souvent à la gendarmerie ou au commissariat lorsqu'elles vivent toujours avec leur conjoint : c'est le cas de moins d'une femme sur cinq (18 %), contre près d'une sur deux (49 %) lorsqu'elles ne vivent plus avec l'auteur des faits (30).

Parmi les femmes victimes de viol et de tentative de viol, 16 % se sont rendues au commissariat, 9 % ont déposé plainte et 5 % une main courante (30).

5.8.2 Démarches auprès des professionnels de santé et des associations

En 2017, plus des deux tiers des victimes habitent toujours avec leur partenaire violent au moment de l'enquête. Parmi ces dernières, 24 % ont vu un médecin, 21 % ont parlé de leur situation aux services sociaux et 17 % ont consulté un psychiatre ou un psychologue. Une victime sur dix a appelé un numéro vert et la même proportion a rencontré une association d'aide aux victimes. Certaines victimes ont pu recourir à plusieurs de ces services. Enfin, un peu plus de la moitié des victimes n'a fait aucune des démarches citées ci-dessus (30).

En ce qui concerne les femmes victimes de viol et de tentative de viol, 32 % déclarent avoir consulté un médecin à la suite de cette agression et 27 % avoir consulté un psychiatre ou un psychologue. Le recours aux numéros verts (9 %) et aux associations (10 %) est en revanche moins fréquent (30).

Enfin, près de la moitié des femmes victimes de ce type de violences sexuelles n'ont effectué aucune de ces démarches (30).

5.8.3 Des différences territoriales

Une analyse territoriale des démarches entreprises par les victimes a été menée sur la base de l'enquête annuelle « Cadre de Vie et Sécurité » (CVS) et en compilant les données collectées en 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012 auprès d'un total de 66 925 personnes âgées de 18 ans à 75 ans (80).

Les principales conclusions qui se dégagent de cette analyse sont :

- la prévalence des violences au sein du couple subies par les femmes ne varie pas selon le type de communes où elles résident ;
- les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs auxquels s'adressent les femmes victimes de violences au sein du couple ;
- dans l'aire urbaine parisienne (Paris et sa banlieue), les femmes victimes de violences au sein du couple ont davantage recours au service de police que celles résidant dans d'autres territoires ;
- les femmes vivant en milieu rural ont moins recours aux associations et aux numéros d'écoute que celles résidant en ville ;
- lorsqu'elles entament des démarches, les femmes victimes de violences au sein du couple résidant dans l'aire urbaine parisienne bénéficient plus souvent d'un accompagnement pluri-professionnel (80).

Tableau – Démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales graves (conjoint actuel) selon leur lieu de résidence (%) d'après l'Observatoire national des violences faites aux femmes, 2014 (80)

	N'ont entrepris aucune démarche	Système de soins				Sont allées au commis- sariat ou à la gendarmerie	Ont contacté les ser- vices sociaux	Ont contacté un numéro vert d'aide aux victimes ou rencontré une associa- tion
		Ensemble	Ont consulté un méde- cin	Ont consulté un psy- chiatre ou un psycho- logue	Ont été hospitalisées			
Commune rurale	48,9	40,9	21,4	26,2	3,2	12,4	16,2	6,3
Unité urbaine de moins de 100 000 habitants	50,9	36,7	20,9	26,0	9,0	12,6	23,0	11,7
Unité urbaine de 100 000 habitants à 1 999 999 habitants	59,2	36,8	20,7	19,9	6,6	15,1	9,3	15,3
Unité urbaine de Paris	57,2	34,9	25,9	15,4	4,3	30,6	15,1	14,3
Ensemble du territoire métropolitain	53,5	37,6	21,8	22,7	5,9	16,2	16,2	11,5

Sources : CVS 2008-2012.

Champ : femmes de 18-75 ans victimes d'au moins une violence physique ou sexuelle par le conjoint cohabitant.

Lecture : 48,9 % des femmes victimes de plusieurs violences physiques ou au moins une violence sexuelle par leur conjoint, et vivant dans une commune rurale, n'ont entrepris aucune démarche ; 12,4 % se sont rendues dans un commissariat.

6. Le repérage des violences

6.1 Repérage systématique ou ciblé

Dans ses recommandations publiées en 2013 pour lutter contre la violence conjugale et la violence sexuelle, l'OMS ne préconise pas un repérage systématique de la violence conjugale, considérant que si les études avaient montré que le « dépistage » (le fait d'interroger toutes les femmes qui consultent pour des soins de santé) augmentait l'identification des femmes victimes de violences exercées par un partenaire intime, il ne réduisait pas la violence exercée par le partenaire et il n'avait pas d'influence favorable notable sur la santé des femmes (81).

Cependant, ce repérage doit être effectué lorsque certaines situations cliniques, considérées comme des situations à risque (voir chap. 7.3.1), sont constatées lors de l'examen. En particulier, en cas de trouble de la santé mentale chez la femme (dépression, anxiété, tentative de suicide, syndrome post-traumatique), en cas de recherche ou de diagnostic d'infections sexuellement transmissibles dont HIV, en cas de soins prénataux, la grossesse étant une période à risque de violences qui par ailleurs engage la santé de la mère et de l'enfant (81).

Selon les recommandations du NICE publiées en 2014, un débat est toujours en cours sur l'efficacité et l'opportunité d'un dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales (82).

Actuellement, les données probantes ne sont pas suffisantes pour recommander un dépistage systématique par les professionnels de santé. Néanmoins, chez les femmes enceintes, le dépistage systématique, sur la base d'éléments de preuve modérée, a montré une amélioration quant à l'identification des victimes et leur prise en charge.

Plusieurs revues systématiques conduites depuis début 2000 et évaluant l'intérêt d'un dépistage systématique, n'ont pas retrouvé d'éléments de preuve suffisants pour promouvoir un tel dépistage. Ainsi, les revues menées pour l'*UK National Screening Committee* (UKNSC) ont révélé que le dépistage conduisait à une augmentation des cas de violences identifiés et que cette démarche restait bien perçue par la plupart des femmes. Cependant, il n'a pas été retrouvé de preuves suffisantes permettant de justifier que ce dépistage améliorait la santé des femmes ou diminuait la fréquence des actes de violences (83, 84). Ces auteurs ont conclu qu'avant la mise en œuvre d'un programme de dépistage, des données supplémentaires étaient nécessaires concernant l'efficacité des interventions et l'absence d'effets négatifs du dépistage systématique chez les femmes.

La question n'est pas simplement de savoir si un dépistage doit être mis en place mais surtout quelles sont les questions les plus appropriées pour conduire ce dépistage et comment les professionnels de la santé doivent soutenir les femmes victimes de violences après la révélation de violences.

En général, peu d'effets indésirables du dépistage ont été rapportés dans les études, mais certaines femmes ont rapporté un impact négatif de cette démarche, comprenant notamment : une détresse émotionnelle et une sensation de malaise, la crainte de subir de nouveaux abus et la perception d'une intrusion dans leur vie privée (84, 85).

Du côté des professionnels de santé, nombre d'entre eux hésitent à interroger les femmes sur la violence conjugale parce qu'ils se sentent mal outillés pour les prendre en charge. Ces professionnels rapportent manquer souvent de temps, de formation et de connaissances sur les ressources disponibles et les interventions efficaces pour répondre à la violence conjugale (82, 86).

Une revue systématique sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales a été publiée en 2012 aux Etats-Unis (87). Les objectifs étaient d'évaluer l'efficacité du dépistage, des

outils utilisés et des interventions mises en œuvre et de rechercher les éventuels effets négatifs du dépistage.

En ce qui concerne l'efficacité du dépistage, la revue s'appuie sur un essai randomisé (88), portant sur 6 743 femmes réparties en un groupe dépistage (questionnaire sur la violence avant la consultation) et un groupe témoin (questionnaire sur la violence après la consultation). Lors de la visite initiale, la prévalence de violences conjugales (sur les 12 derniers mois) était de 13 % dans le groupe dépistage vs 12 % dans le groupe témoin. Au cours de la consultation, 44 % des femmes victimes de violences du groupe dépistage en ont parlé à leur médecin vs 8 % dans le groupe témoin.

Dans les deux groupes, il a été noté une réduction des épisodes de violences, des symptômes de stress post-traumatique, des addictions à l'alcool ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie, de la dépression et de la santé mentale, mais il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes. Cependant, la revue argumente que le *design* des études contrôlées randomisées semble moins adapté pour démontrer une efficacité dans le cadre de la problématique des violences (problèmes éthiques, nécessité de proposer une intervention si besoin au groupe témoin, absence de double aveugle, beaucoup de perdus de vue, etc.).

En ce qui concerne les effets indésirables du dépistage, peu d'études ont rapporté ce type d'effets. L'étude contrôlée randomisée (88) n'a pas retrouvé de différence d'effets négatifs entre les deux groupes.

En 2013, l'*U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) a ainsi recommandé un repérage auprès de toutes les femmes en âge de procréer, considérant qu'il existait un risque faible d'effet négatif de cette démarche (89).

En accord avec ces recommandations, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), en 2012, recommande un repérage des violences conjugales pour toutes les femmes. Pour les femmes qui ne sont pas enceintes, le dépistage est recommandé lors des visites gynécologiques de routine, lors des visites de planification et avant la conception (90).

En 2016, aux Etats-Unis, une revue de la littérature relative aux violences conjugales aborde la question du repérage systématique par les médecins (64). Elle reprend les recommandations émises par l'USPSTF en 2013 et lui oppose une revue de la *Cochrane* publiée en 2015 (91), qui allait à l'encontre de ses conclusions en argumentant que les preuves étaient insuffisantes pour démontrer un effet positif du repérage systématique. La *Cochrane* concluait à l'insuffisance de preuve démontrant l'innocuité d'un tel repérage et à l'insuffisance de sensibilité des outils de repérage risquant de sous-estimer le nombre de cas de violences.

Malgré tout, aux Etats-Unis, plusieurs organismes (*American Academy of Family Physicians*, *American Medical Association* et *American College of Obstetricians and Gynecologists*) recommandent un repérage systématique (64).

Ainsi, la revue systématique de la *Cochrane* de 2015 sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales ($n = 10\,074$) estime que, même si aucun effet néfaste n'a été détecté, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour implémenter le dépistage systématique dans les soins de santé (91).

En effet, les preuves restent modérées pour démontrer que le dépistage systématique des violences augmente le nombre de patientes identifiées, étant donné la faible « taille » des études considérées.

En outre, l'augmentation des cas enregistrés reste toutefois minime en regard du nombre estimé de femmes victimes fréquentant les services de soins de santé. Selon cette même revue *Cochrane*, le bénéfice escompté d'un dépistage systématique sur l'orientation des victimes est mineur.

Enfin, les données sont insuffisantes en ce qui concerne l'impact d'un dépistage systématique sur la réduction des violences ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie et de la santé physique et mentale des personnes victimes (symptômes de stress post-traumatique et de dépression, problèmes d'alcool et de drogue, qualité de vie).

Toutefois, le dépistage systématique chez la femme enceinte est largement préconisé dans les services en périnatalité, en raison de son meilleur rendement : en anténatal OR 4.53, 95 % CI 1.82 to 11.27, 2 études, n = 663, niveau de preuve modéré ; en maternité OR 2.36, 95 % CI 1.14 to 4.87, une étude, n = 829, niveau de preuve modéré (91).

Pour la Société scientifique de médecine générale (SSMG) belge, qui a publié un guide de pratique clinique en 2018 sur la détection des violences conjugales, le dépistage est bien accepté par les personnes concernées (50).

Il apparaît, dans le cadre d'études qualitatives, que pour les patientes interrogées, il s'agit d'un moyen d'augmenter leurs connaissances de la problématique, de lever la stigmatisation, de gagner en estime de soi et d'obtenir du soutien.

Ainsi, d'après la revue systématique de Feder *et al.* (2006) sur l'utilité d'un dépistage systématique auprès des femmes victimes de violence domestique (19 études), le taux d'acceptation chez les femmes concernées varie de 35 % à 99 %, avec 80 % en consultation de médecine générale. Cette acceptation du dépistage systématique est confirmée dans l'analyse de 13 études qualitatives réalisées auprès de la population concernée (1 393 participantes) (92).

Certains facteurs favoriseraient l'acceptabilité de ce dépistage : lorsque la raison du dépistage est avancée, qu'il est réalisé par un professionnel de confiance dans un environnement sécurisé et confidentiel, sans aucune pression à révéler la situation.

Certains désagréments sont toutefois cités par un petit nombre de patientes, comme le manque de temps, la rupture de la relation de confiance, l'intrusion dans la vie privée, la crainte de représailles, la peur d'être interpellée par les services d'aide ou de protection de la jeunesse.

Ainsi, la démarche de repérage recommandée par la SSMG consiste à reconnaître les tableaux cliniques associés aux violences conjugales et à interroger sous la forme de questions ciblées (voir annexe 4). Un dépistage « opportuniste » est donc plutôt préconisé au vu de l'insuffisance de données justifiant un dépistage systématique (50).

Afin de mieux comprendre les freins potentiels au repérage des violences conjugales, une enquête a été menée en 2014 auprès de 28 médecins généralistes d'Île-de-France (93). Les conclusions de cette enquête révèlent que bien que les médecins aient conscience de l'importance des violences conjugales en termes de fréquence et de leurs conséquences en matière de santé, la notion de dépistage systématique reste mal acceptée.

Vis-à-vis des situations de violences conjugales, un ressenti d'impuissance est largement exprimé par les médecins, ainsi que le manque de temps, de disponibilité et l'absence ou méconnaissance du réseau. Les médecins généralistes se sentent aussi insuffisamment formés et isolés dans le suivi et la prise en charge. La position de médecin de famille peut également être un frein en mettant en porte-à-faux le médecin vis-à-vis de la famille ou en engendrant une peur des représailles.

Les auteurs concluent sur l'importance d'obtenir des pouvoirs publics qu'ils favorisent et financent la création de réseaux de prise en charge des femmes victimes de violences pour soutenir l'action des médecins, les former, lever l'isolement des professionnels (93).

En France, depuis les années 2000 et la mobilisation des pouvoirs publics sur la violence conjugale, les plaquettes d'informations et de recommandations dans différents champs d'intervention invitent à poser explicitement et systématiquement, à toute personne accueillie, la question de l'existence d'une situation de violences conjugales. Le rapport Henrion recommandait, par exemple, d'inciter les médecins à faire un dépistage systématique des violences en posant quelques questions simples lors des consultations médicales (4).

La diffusion de ce type de recommandations vise à infléchir les réticences des professionnels qui éprouvent souvent la crainte d'une intrusion dans l'intimité des personnes. L'enjeu, crucial dans le domaine médical, est aussi d'éviter les diagnostics erronés et les prises en charge inadéquates et inefficaces.

Afficher une information et poser la question de la violence conjugale signalent que le professionnel manifeste un intérêt pour ce type de problématique, qu'il est en mesure de recevoir ce type de confiance et qu'il est compétent pour proposer une information et un recours ou pour orienter en ce sens (51).

À partir de 2004, dans le département de Seine-Saint-Denis, à la suite d'une campagne de sensibilisation aux violences faites aux femmes, plusieurs enquêtes de dépistage systématique ont été menées, à partir de trois questions :

« *Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?*

Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?

Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ? »

Toutes ces enquêtes montrent l'importance du nombre de patientes victimes de violences (plus de 50 %), la facilité du questionnement systématique (dans une étude, 90 % des femmes sont favorables à un dépistage actif des violences) et son intérêt pour le praticien pour ajuster sa prise en charge comme pour les femmes soulagées d'être entendues.

Les bénéfices du questionnement systématique sont nombreux. Les patientes peuvent enfin parler, être écoutées, reconnues comme victimes et mises en relation avec le réseau de soutien dont elles ont besoin. Le praticien peut faire le lien avec les tableaux cliniques présents, passés et futurs. Prendre conscience et analyser le processus d'emprise mis en œuvre par l'auteur des faits devient possible et la victime peut progressivement se libérer de son sentiment de culpabilité (94).

6.2 Les outils de repérage (*Woman Abuse Screening Tool, WAST*)

Une revue systématique (87) publiée en 2012 aux Etats-Unis a évalué les différents outils de dépistage. Treize outils ont été évalués, et parmi eux, six outils ont montré un haut niveau de précision (sensibilité et spécificité > 80 %) pour l'identification des femmes victimes de violences en cours ou récentes. Il s'agit des outils :

- HARK : *Humiliation, Afraid, Rape, Kick* ;
- HITS (english and spanish versions) : *Hurt, Insult, Threaten, Scream – self report or physician administered* ;
- modified CTQ – SF : *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* ;
- OVAT : *Ongoing Violence Assessment Tool* ;
- STaT : *Slapped, Threatened, and Throw – physician administered* ;
- WAST : *Woman Abuse Screening Tool – self report*.

La revue systématique du NICE (sept études dont trois études randomisées et contrôlées) montre que la longueur et le type d'outils utilisés (WAST, HITS, PVS, CAS2) et le type de questions posées (fréquence des violences *versus* questions oui/non) induisent des différences dans l'identification des violences tant au niveau du nombre de femmes dépistées qu'en termes de formes de violences répertoriées et de groupes de population concernés (82).

Les importantes variations observées entre les sept études ne permettent pas de se prononcer en faveur de tel ou tel instrument. Le niveau de preuve est modéré, ce qui induit une démarche diagnostique au départ de questions pertinentes, favorisant la révélation de violences actuelles ou passées (50, 82).

7. Rôle du médecin

Le médecin est le plus souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violences. Il a un rôle clé dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte. Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances.

Trois catégories de médecins sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de violences : les médecins généralistes en médecine libérale, les urgentistes dans les hôpitaux, et les gynécologues-obstétriciens, soit à l'occasion des visites de contrôle, soit lors de la grossesse qui est, par excellence, le moment où la femme consulte à de nombreuses reprises, les médecins et les sages-femmes dans un climat de confiance (4).

Le médecin traitant a un rôle de prévention et d'identification précoce des violences conjugales. Son objectif est aussi d'apporter des éléments de réponse à une patiente qui révèle des situations de violences, ainsi qu'un soutien et un suivi pour elle-même et ses enfants (36).

Le rôle d'un médecin peut donc être résumé en trois « R » : Repérer, Relater et Référer (45).

7.1 Les attentes des victimes vis-à-vis des professionnels de santé

D'une façon générale, les patientes sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par leur médecin (36).

Dans une étude conduite en 2003 aux Pays-Bas, 36 femmes qui venaient de dévoiler des violences conjugales à leur médecin ont été interviewées sur les circonstances de ce dévoilement (95). La plupart de ces femmes avaient consulté initialement pour une plainte médicale, et seulement trois femmes avaient prévu de parler des violences qu'elles subissaient. Malgré tout, la majorité des patientes ont apprécié que, face à ces plaintes somatiques, le médecin leur pose des questions sur leur situation personnelle et aborde la question de violences.

Pour la plupart de ces femmes, le plus important était le besoin de parler de ces violences subies à un professionnel. À cet égard, le rôle du médecin en tant que confident a été fréquemment mentionné comme essentiel :

« Le plus important était qu'il m'écoute, me prenne au sérieux et que je pouvais dire tout ce que je voulais... »

Pour 25 patientes, le plus important était l'attitude empathique et valorisante du médecin. Neuf autres patientes ont préférées l'approche « instrumentale » (avec un test) mais huit d'entre elles souhaitaient qu'y soit associée une attitude empathique.

Malgré le bouleversement émotionnel lié à ces questions, toutes les femmes, sans exception, ont souligné qu'il était important que le médecin ait posé ces questions afin qu'elles n'aient plus besoin de le cacher (95).

Le fait que le médecin soit une femme ou un homme n'a pas d'incidence sur la révélation si les conditions de l'entretien sont bienveillantes.

Pour les victimes, les principaux freins à la révélation sont (96) :

- le fait que la patiente n'identifie pas l'acte qu'elle a subi comme un acte de violence ou un crime ;
- le fait qu'elle pense ne pas pouvoir être crue ;
- la crainte de la façon avec laquelle ses déclarations vont être traitées par le médecin ou les représentants judiciaires ;

- la crainte de représailles de l'auteur ;
- le fait que la victime n'a pas conscience que les actes de violences ont des conséquences délétères sur son bien-être physique et mental et sur celui de ses enfants.

Elles considèrent qu'elles pourront gérer elles-mêmes la situation et ne veulent pas que leur famille et leurs amis soient informés, à cause de l'humiliation et de la honte.

Elles ont souvent tendance à minimiser ou normaliser la violence et, si l'abus est essentiellement psychologique, elles peuvent le considérer comme n'étant pas assez sérieux.

Ainsi, les révélations peuvent ne pas être immédiates et être sporadiques (36, 92).

Dans une étude française publiée en 2015 (97), les freins à l'expression des violences conjugales par la victime pouvaient être liés à la patiente (la peur d'être jugée, la peur de ne pas être crue, la croyance que ce n'est pas le rôle du médecin), ou être liés au contexte de la consultation médicale, comme le manque d'attention, le manque d'informations dispensées ou encore la présence du conjoint lors des consultations. Dans cette étude, les victimes recherchaient un médecin qui sait être à l'écoute ainsi qu'un médecin qui sait faire : questionner, informer, orienter.

Pour divulguer les violences subies, la victime doit dépasser ses peurs (peur des conséquences, peur de l'intervention des services sociaux, peur de ne pas être crue, sentiment de honte, désarroi face aux responsabilités parentales, etc.), démarche d'autant plus difficile lorsqu'elle se trouve en situation de vulnérabilité psychologique ou économique.

Il s'agit ainsi pour les professionnels de mettre en place des conditions favorisant la divulgation des violences, de connaître, reconnaître et évaluer les signes d'alerte de la violence au sein du couple, et d'apporter un soutien de première intention adapté en cas de révélation (57).

Dans le cadre de relations entre le même sexe, d'autres obstacles à la révélation peuvent exister (36) :

- la crainte d'attitudes et de considérations négatives vis-à-vis de l'homosexualité ;
- la peur de dévoiler son homosexualité vis-à-vis d'amis, de la famille ou de collègues ;
- pour un homme victime d'un autre homme, la notion de perte de virilité ;
- la crainte que le système judiciaire ou la société ne reconnaisse pas la notion de violences conjugales dans un cadre homosexuel.

7.2 Comment repérer une situation de violences

7.2.1 Environnement favorisant l'échange

En 2018 en Belgique, un guide de pratique clinique sur le thème « Détection des violences conjugales » a été publié par la Société scientifique de médecine générale, dont l'objectif était d'actualiser la recommandation SSMG-Domus Medica de 2009, elle-même réalisée dans le cadre du plan d'action national belge contre les violences intrafamiliales (PAN). Plusieurs recommandations de ce guide sont mentionnées dans ce document (50).

Ainsi selon la SSMG belge, les critères liés à l'environnement du cabinet médical sont essentiels pour favoriser la démarche de révélation (50) :

- la présence de supports d'information dans les cabinets médicaux. Ces supports constituent un signal de l'attention portée à la problématique par le praticien. Ils peuvent être mis à disposition dans des formats et versions les plus divers (affiche, carte de visite, vidéo) ;
- la configuration du lieu de consultation permettant de garantir la confidentialité des échanges : l'accueil des consultations doit permettre que les échanges ne soient pas entendus par autrui.

Il est essentiel que l'entretien se tienne en privé, entre la patiente et le médecin. Aucun ami ni membre de la famille ne doit être présent et, de préférence, aucun enfant de plus de 2 ans. Si une situation de violences est révélée, l'évaluation des risques doit également avoir lieu en privé. Si un

interprète est nécessaire, il faut faire appel à un professionnel et non pas à un enfant ou un autre membre de la famille (98).

7.2.2 Poser des questions appropriées (voir annexe 3)

En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins français. Cela suppose donc de poser quelques questions simples (voir annexe 3) (4).

Pour la SSMG belge (50), la démarche diagnostique consiste à interroger à partir de questions ouvertes. Les portes d'entrée de ce questionnement progressif – en entonnoir – sont diverses et varient en fonction du contexte. Mais cette démarche de questionnement doit se faire en privé, sans personne d'autre, dans un environnement sécurisant et d'une manière appropriée.

Le questionnement progressif, même lorsque la violence n'est pas reconnue, favorise la révélation lors de consultations ultérieures et ouvre la porte à une aide éventuelle. La révélation est avant tout un acte volontaire.

Aux Etats-Unis, le guidelines publié par l'*U.S. Preventive Services Task Force* sur les violences domestiques recommande un repérage systématique, en débutant par expliquer à la patiente pourquoi il aborde ce sujet puis en évitant des questions directes. Il préconise de s'appuyer plutôt sur des questions ouvertes, comme lui demander si tout va bien ou si elle se sent en sécurité et valorisée dans sa relation avec son conjoint (99).

Il est essentiel que lors de cet entretien le conjoint ou les enfants de plus de 3 ans ne soient pas présents, en expliquant à la patiente et à ses accompagnateurs que la procédure du cabinet est de conduire des consultations seules avec le patient (64).

De même, les recommandations néo-zélandaises (98) proposent d'introduire les questions en expliquant à la patiente que le questionnement sur des violences subies fait partie de l'évaluation psychosocial d'un examen médical standard. Ce peut être :

« Nous savons que la violence entre partenaires affecte beaucoup la santé des femmes, c'est pourquoi nous questionnons toutes nos patientes à ce sujet. »

« Parce que la violence affecte la santé des personnes, j'interroge systématiquement toutes mes patientes sur les violences qu'elles ont pu subir. »

« Beaucoup de patientes sont victimes de violences à la maison et cela peut avoir des effets graves sur leur santé, c'est pourquoi je leur pose systématiquement la question. »

« Nous savons que la violence familiale est fréquente et affecte la santé des femmes et des enfants, c'est pourquoi nous questionnons systématiquement sur la violence à la maison. » (98)

Bien que ces questions soient destinées à rechercher une situation de violences de la part d'un partenaire, elles peuvent initialement et de façon plus générale s'enquérir du sentiment de sécurité de la patiente dans ses relations interpersonnelles, sans préciser le contexte.

Ainsi, une question générale sur la notion de « peur » peut être un outil efficace pour inciter les révélations. Le clinicien peut demander : *« Quelqu'un vous fait-il peur ? »* Cette question simple et ouverte offre à la patiente le choix d'en parler lorsqu'elle se sent prête.

Cela témoigne de la volonté du clinicien de discuter de cette question et de son respect pour le droit de la patiente de choisir d'en discuter ou non.

Les cliniciens ont aussi le devoir de prendre en considération les enfants du cercle familial (*« Avez-vous peur pour vos enfants ? »*). Ce type de question a une influence importante pour les révélations (45).

Pour les Australiens, les preuves sont insuffisantes pour recommander un dépistage systématique (hormis en situation anténatale). Cependant, la question de violences doit être abordée au moindre doute. Des exemples de questions figurent dans l'annexe 3 (36).

L'OMS, dans le manuel clinique « Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle », publié en 2015 (100), recommande de soulever la question des violences uniquement en tête-à-tête avec la patiente et de poser la question avec empathie, sans porter de jugement et en utilisant un langage adapté à la culture de la patiente. Pour amener le sujet, des remarques généralistes peuvent être formulées :

« Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent » ;

« J'ai vu des femmes avec des problèmes comme les vôtres qui traversent des difficultés à la maison. » (100)

Pour les Néo-Zélandais, un dépistage systématique sur la violence entre partenaires intimes est préconisé auprès de toutes les femmes âgées de 16 ans et plus, à la recherche de violences physiques, sexuelles ou psychologiques récentes. Mais, si besoin, selon le contexte, la question de violences plus anciennes peut aussi être soulevée (98).

Les femmes plus âgées peuvent également être victimes de violences conjugales. Il n'y a donc aucune raison de les exclure du dépistage. D'autant que ces femmes âgées, plus vulnérables, peuvent également être victimes de violence de la part d'autres personnes (non partenaires, enfants adultes, prestataires de soins, par exemple) (98).

7.3 Recueil des informations, attitude, climat, informations à transmettre

7.3.1 Les situations à risque de violences

Selon l'OMS, la constatation chez une patiente de situations à risque de violences justifie de procéder à un repérage d'actes de violences chez cette patiente lors d'une consultation médicale.

Des exemples de ces situations à risques sont détaillés dans le rapport de l'OMS (81) :

Exemples de situations cliniques associées à la violence entre partenaires intimes d'après l'OMS, 2013 (81)

- Symptômes de dépression, d'anxiété, de trouble de stress post-traumatique, de troubles du sommeil ;
- Conduites suicidaires ou autodestructrices ;
- Consommation d'alcool et d'autres drogues ;
- Symptômes gastro-intestinaux chroniques inexpliqués ;
- Symptômes gynécologiques inexpliqués, et notamment douleurs pelviennes et troubles sexuels ;
- Complications obstétricales, et notamment grossesses non planifiées à répétition et/ou fausses couches, recours tardif aux soins prénataux, complications lors de la naissance
- Symptômes génito-urinaires inexpliqués, et notamment infections urinaires à répétition ou infection des reins
- Saignements vaginaux répétés et infections sexuellement transmissibles
- Douleurs chroniques (inexpliquées)
- Blessures traumatiques, en particulier si répétées et justifiées par des explications vagues ou peu plausibles
- Problèmes liés au système nerveux central (céphalées, problèmes cognitifs, perte auditive) ;
- Consultations de santé répétées sans diagnostic clair ;
- Ingérence du partenaire ou de l'époux pendant les consultations.

La présence et l'accumulation des facteurs de risque liés au profil de la patiente devraient éveiller l'attention du médecin généraliste sur l'éventualité d'une violence conjugale.

Les principaux facteurs de risque liés aux violences conjugales sont :

- le genre : les femmes sont plus souvent victimes, que les hommes, de formes de violences plus graves, plus fréquentes et sur de plus longues périodes ;
- le jeune âge : entre 16-24 ans pour une femme et 16-19 ans pour un homme ;
- la grossesse et la période autour de la naissance ;
- les maladies de longue durée et les handicaps, qui doublent le risque de violences ;
- les problèmes de santé mentale : le risque de subir des violences de la part de son partenaire est plus élevé chez les femmes présentant des symptômes dépressifs et/ou d'anxiété que chez les femmes ne présentant aucun de ces problèmes ;
- le contexte de séparation où le risque de violences augmente pour la femme, au moment même de la rupture ;
- la consommation problématique d'alcool : l'association entre violences et consommation d'alcool est clairement démontrée ;
- les antécédents de maltraitances ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance qui augmenteraient le risque d'être victime ou auteur de violences dans ses futures relations intimes (50).

Dans le même sens, selon le rapport Henrion, certains facteurs sont reconnus comme pouvant déclencher des actes de violences au sein du couple (4) :

- la jalousie et l'infidélité, le refus de rapports sexuels ;
- la séparation, le divorce ;

- la grossesse, la naissance d'un enfant, les disputes à propos des enfants, le droit de visite ;
- la mise au chômage récente du partenaire, la précarité.

Certaines situations de la patiente augmentent aussi le risque d'être victime de violences conjugales. Il s'agit des femmes ayant subi des sévices durant leur enfance ainsi que le jeune âge de la femme, une séparation récente, une instance de divorce, une instabilité du couple.

L'alcoolisme du conjoint ou un conjoint connu pour être violent, aimant commander, intimider, le conjoint sans emploi ou encore un état de précarité du ménage sont également des facteurs aggravants (4).

Pour les Australiens, les principaux facteurs de risque de violences familiales comprennent (36) :

- un conjoint ayant des antécédents de violences à l'intérieur et à l'extérieur du ménage ;
- l'accès par le conjoint à des armes potentiellement létales ;
- l'abus d'alcool et de drogues par le conjoint ;
- une séparation ou un divorce récent ;
- la survenue de facteurs de stress pour le conjoint tels que le chômage ou une perte récente ;
- un conjoint ayant subi des violences intrafamiliales durant l'enfance ou ayant été témoin de violences familiales ;
- un conjoint porteur d'une maladie mentale ou de troubles de la personnalité ;
- la résistance du conjoint au changement et le manque de motivation pour la prise en charge thérapeutique ;
- l'attitude du conjoint qui cautionne les actes de violences envers les femmes.

Indépendamment des facteurs de risque ou du tableau clinique, certains éléments de contexte peuvent aussi alerter le praticien sur un possible risque de violences conjugales sous-jacentes (36) :

- un retard dans la recherche d'un traitement ;
- une explication confuse des blessures ;
- des consultations médicales très fréquentes ;
- le non-respect des traitements ou de la prise en charge ;
- un partenaire accompagnant trop impliqué ;
- un isolement social évident.

7.3.2 Quelles attitudes des soignants aident les femmes victimes de violences à parler ?

La révélation est un moment clé qui peut être le point de départ d'un changement et nécessite au minimum un soutien thérapeutique approprié (par le médecin lui-même ou par un service adapté).

L'écoute active, le soutien et le non-jugement guideront l'intervention. Ces attitudes relationnelles seront d'autant plus importantes que la honte, la culpabilité, l'ambivalence sont caractéristiques de ces situations, de même que la faible estime de soi liée au vécu de violences.

La reconnaissance de la révélation et la validation de l'expérience consistent à :

- accueillir la révélation en respectant le rythme de la personne :

« Vous n'êtes pas seule (d'autres sont dans le cas), vous n'êtes pas à critiquer, vos réactions sont une réponse normale à ce type de situation » ;

- reconnaître le courage qui lui a été nécessaire pour dévoiler la situation de violences ;
- indiquer clairement à la personne que la situation qu'elle vit n'est pas acceptable :

« Tout le monde mérite de se sentir en sécurité chez soi »,

« le comportement violent n'est pas acceptable, ce n'est pas de votre faute », « l'auteur peut être aidé s'il souhaite changer son comportement. La violence n'est jamais justifiée » ;

- faire part de ses inquiétudes et faire le lien avec les symptômes ou plaintes que la personne décrit à son propos ou chez son enfant :

« *Votre état de santé me préoccupe. Vivre une situation de ce genre n'est pas sans conséquences sur votre santé et celle de vos enfants.* » (36, 45, 50).

Accueillir et être à l'écoute : il s'agit, pour les médecins et les professionnels de santé, d'être disponibles, de savoir engager le dialogue et de poser quelques questions simples qui mettent la femme en confiance et lui donnent l'opportunité de raconter son histoire.

Le médecin doit s'efforcer de lui faire exprimer son désarroi. Il doit comprendre son sentiment de vulnérabilité, son désespoir, sa tendance à nier les faits, à les minimiser, voire à défendre son oppresseur. Il doit accepter que la femme soit confuse, effrayée, honteuse ou agressive (4).

Les nord-américains conseillent de conduire un entretien relatif aux violences conjugales avec la patiente en suivant les règles suivantes :

- respecter la confidentialité de l'entretien ;
- discuter de la violence conjugale avec les patientes en privé et expliquer à la patiente ce que la confidentialité médecin-patient signifie ;
- faire confiance au témoignage de la patiente et montrer son adhésion ;
- écouter respectueusement et faire savoir à la patiente que la violence conjugale est une situation fréquemment rapportée ;
- reconnaître l'injustice, expliquer à la patiente que l'abus n'est pas de sa faute et qu'elle ne le mérite pas ;
- respecter l'autonomie et le droit de la patiente de décider quoi faire et quand ;
- évaluer le risque élevé de violences physiques, y compris l'homicide ;
- aider la patiente à anticiper une organisation qui lui permettra de se mettre en sécurité rapidement si besoin ; vérifier que la patiente dispose d'un endroit sûr où aller ; si besoin, fournir des ressources ;
- fournir les coordonnées des associations qui pourront aider la patiente, sous un format qu'elle peut avoir sur elle, sans la mettre en danger (par exemple, imprimés sur une carte de visite, enregistrés dans le téléphone sous un nom de code) (36, 64).

Les Néo-Zélandais ont défini cinq principes à mettre en œuvre lorsqu'une patiente révèle des violences (98) :

- dites-lui que vous la croyez ;
- dites-lui que vous appréciez qu'elle vous parle ;
- dites-lui que vous êtes désolé de ce qu'il lui arrive ;
- dites-lui que ce n'est pas de sa faute ;
- dites-lui que vous allez l'aider.

7.3.3 Si la patiente ne souhaite pas en parler

En cas de soupçons de violences, mais si la patiente ne souhaite pas les révéler, il ne faut pas insister mais lui laisser le temps de décider ce qu'elle veut vous dire. Cependant, il peut être utile dans ce cas de figure, d'indiquer les services existants au cas où la patiente déciderait d'y avoir recours, de communiquer des informations sur les effets de la violence sur la santé des femmes et de leurs enfants et de proposer une visite de contrôle ultérieure (100).

Une des périodes les plus dangereuses pour les victimes de violences conjugales, est quand la victime est sur le point de quitter l'auteur et durant les 6 mois qui suivent. Exhorter la victime à quitter l'auteur dans l'urgence peut conduire à des événements catastrophiques (101).

7.3.4 Face à quels signes ou symptômes y penser ?

En plus de l'identification des facteurs de risque, la démarche de repérage consiste à reconnaître les symptômes cliniques associés aux violences conjugales.

Ces symptômes relèvent des conséquences de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des victimes de violences conjugales.

Santé physique :

- lésions traumatiques surtout si elles sont répétées avec explications vagues et incohérentes ;
- troubles du système nerveux central (céphalées, troubles cognitifs, perte d'audition, troubles du sommeil) ;
- douleurs chroniques d'origine inexpiquée ;
- troubles gastro-intestinaux chroniques et inexpiqués ;
- consultations répétées avec un diagnostic peu défini.

Santé mentale :

- symptômes de dépression, anxiété, *Post-traumatic stress disorder* (PTSD), troubles du sommeil ;
- tentatives de suicide ou idées suicidaires ou automutilation ;
- addictions (alcool, substances psychotropes licites ou non).

Sphère sexuelle :

- troubles de la sphère gynécologique, y compris les douleurs pelviennes et les dysfonctions sexuelles ;
- symptômes génito-urinaires inexpiqués, incluant les infections urinaires à répétition ;
- saignements gynécologiques ou infections sexuellement transmissibles ;
- problèmes de santé liés à la reproduction tels que grossesses non désirées ou avortements multiples, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, fausses couches, prématurité, petit poids à la naissance ou mort de l'enfant.

Aucun de ces symptômes n'est spécifique d'un acte de violence ; penser à la violence dans les hypothèses diagnostiques est une condition indispensable à l'identification des personnes concernées (50).

Parfois, c'est le comportement de la femme et/ou de l'homme lors de la consultation qui éveille l'attention. La patiente tantôt craintive et apathique, tantôt irritée et agressive, sursaute au moindre bruit, à la moindre stimulation. Ses déclarations peuvent être confuses ou incohérentes.

L'homme est trop prévenant, répond à la place de sa femme ou lui suggère ses réponses, la contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes. Mieux vaut alors faire sortir l'accompagnateur sous un prétexte quelconque (4).

7.4 Examen, évaluation de la gravité, évaluation de l'impact sur les enfants

7.4.1 Évaluation de la gravité

On doit se garder de sous-estimer le caractère très destructeur qu'un climat de violences à long terme exerce sur la femme, quelle que soit la gravité de signes cliniques apparents.

Il convient d'évaluer, outre la gravité des lésions, des indicateurs de risque (4, 36) :

- l'augmentation de la fréquence des actes de violences et leur aggravation qui, en se répétant, peuvent atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial ;
- le contexte d'alcoolisme chronique du partenaire ;

- le retentissement sur les enfants au sein du foyer, très souvent témoins des actes de violences ;
- la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que la grossesse ;
- l'existence de menaces de mort ou l'usage d'armes, très inquiétantes ;
- des situations de stress pour le partenaire telles que le chômage ou une perte récente d'emploi ;
- des antécédents de maltraitements du partenaire dans l'enfance, ou le fait qu'il ait été témoin de violences familiales ;
- la présence de troubles psychiatriques ou de troubles de la personnalité chez le partenaire ;
- un partenaire résistant au changement, ayant une absence de motivation pour un traitement et qui soutient la notion de violence envers les femmes.

L'évaluation de la gravité doit être faite au moment de la révélation et, par la suite, lors de chaque visite. Cette évaluation peut s'appuyer sur les questions suivantes. Si la patiente répond « oui » à au moins trois questions, le risque de gravité est élevé :

- « *les actes de violence physique ont-ils augmenté ces 6 derniers mois ?* »
- « *votre conjoint a-t-il utilisé une arme ou vous a-t-il menacée avec une arme ?* »
- « *pensez-vous que votre partenaire soit capable de vous tuer ?* »
- « *avez-vous été battue pendant votre grossesse ?* »
- « *votre partenaire est-il violent et constamment jaloux de vous ?* » (64, 100)

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de l'analyse rétrospective d'une étude conduite aux Etats-Unis de 2002 à 2004 (102). Cette étude consistait à interroger des femmes victimes récentes de violences conjugales initialement, puis 9 mois après. Six cent soixante-six femmes ont été incluses dans l'analyse initiale dont 400 participèrent au suivi (60,1 %). Parmi elles, 58 femmes (14,9 %) ont subi des actes de violences sévères ou avec mis en jeu du pronostic vital. L'analyse a permis d'identifier un questionnaire court de cinq questions le plus prédictif de violences sévères ou à risque léthal avec une sensibilité à 83 % (95 % intervalle de confiance = 70,6 % à 91,4 %) en cas de réponse positive à au moins trois *items*.

Des outils ont été développés pour aider les médecins généralistes à évaluer le niveau de gravité de la violence conjugale. Il existe, par exemple, le *Danger assessment scale* (<https://www.dangerassessment.org/DA.aspx>) avec une version canadienne/française : <https://www.dangerassessment.org/uploads/pdf/DAfrenchcanadian.pdf> (36).

7.4.2 Examen

► Conduite de l'entretien

Lorsque la patiente accepte de se confier, elle attend du professionnel de santé de (36) :

- être à l'écoute et consacrer suffisamment de temps à l'entretien ;
- ne pas porter de jugement, faire preuve d'empathie, de soutien et reconnaître la validité du récit de la femme ;
- légitimer la situation de victime, confirmer qu'elle est dans son droit de demander de l'aide, l'encourager dans cette démarche ;
- reconnaître la complexité du problème, respecter les préoccupations et les décisions de la patiente ;
- identifier les besoins de la patiente sans oublier les besoins sociaux et psychologiques ;
- se préoccuper des besoins de la patiente en termes de sécurité ;
- fournir des informations pratiques, proposer d'orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée ;
- aider la patiente dans sa prise de décision ;
- respecter les souhaits de la patiente et ne pas la presser à prendre une décision ;
- comprendre le caractère chronique de la démarche et continuer de suivre la patiente et de la soutenir durant sa période de réflexion ;

- ne pas porter de jugement si la patiente choisit de ne pas aller plus loin dans sa démarche pour le moment (36).

Selon l'OMS, après une révélation, la première mission du praticien consiste à dispenser des soins pratiques et à répondre aux besoins émotionnels et physiques d'une femme, ainsi qu'à ses besoins en matière de sécurité et de soutien, sans faire intrusion dans sa vie privée, ce qui est nommé « appui de première ligne » dans le manuel clinique de l'OMS (100).

Cet « appui de première ligne » implique cinq tâches :

Écouter	Écoutez attentivement, avec empathie et sans porter de jugement.
S'informer des besoins et des préoccupations	Évaluez les différents besoins et préoccupations – émotionnels, physiques, sociaux et pratiques (par exemple, garde des enfants) – et répondez-y.
Valider	Montrez à la patiente que vous la comprenez et que vous la croyez. Assurez-la qu'elle n'est pas responsable.
Améliorer la sécurité	Étudiez un plan pour la protéger contre des dommages supplémentaires si la violence se manifeste à nouveau.
Soutenir	Soutenez-la en l'aidant à accéder à des informations, à des services et à l'appui social.

Tableau issu du manuel clinique « Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle » d'après l'OMS, 2015 (100)

► Examen physique

Les victimes de violences peuvent oublier de mentionner des traces physiques ou minimiser la sévérité ou l'étendue des lésions consécutives à des actes violents. Un examen physique complet (en expliquant chaque étape de l'examen à la patiente et en lui demandant son accord au préalable, pour redonner à la victime un sentiment de contrôle sur son corps), si besoin accompagné d'examens radiologiques, permet d'identifier toutes les lésions récentes ou plus anciennes.

Cette information documentée dans le dossier médical pourra être utile pour d'éventuelles démarches judiciaires ultérieures (64, 73, 98).

► Constitution du dossier médical

Tous les éléments recueillis à l'interrogatoire et à l'examen doivent être consignés dans un dossier, tant les faits objectifs que subjectifs : début des violences, fréquence, type des violences, contexte déclenchant, conduite addictive du mari, son origine ethnique, lésions constatées, retentissement sur le psychisme, violences à l'encontre d'autres membres de la famille (4).

Pour les Britanniques, les principaux points à faire figurer dans le dossier médical doivent concerner (103) :

- la suspicion de violence au sein du couple, qu'elle soit révélée ou pas ;
- si un repérage systématique ou orienté a été effectué et quelle a été la réponse de la patiente ;
- la relation de la victime avec l'auteur ;
- si la victime est enceinte ;
- rechercher la présence d'enfants au domicile conjugal et préciser leurs âges ;
- préciser le type de violences subies (psychologique/physique), les lésions qui en découlent et autres incidents spécifiques ;
- fréquence des épisodes de violences, préciser si c'est le premier épisode ;
- s'il est noté une aggravation des facteurs de risque ;
- les informations transmises par le praticien concernant les aides locales vers lesquelles orienter la victime ;
- les actions mise en œuvre par le praticien.

Selon les recommandations australiennes, lors de la constitution du dossier médical, il est important de documenter deux choses (36) :

- l'information transmise par la patiente, de façon factuelle et la plus précise possible ;
- les observations du praticien concernant les blessures physiques, le retentissement psychologique, les autres troubles observés et toute information qui pourrait être utile.

Ces informations doivent être détaillées, les propos de la patiente peuvent être rapportés mais dans ce cas notés entre guillemets, ainsi que l'attitude de la patiente au cours de l'entretien.

Ces détails sont essentiels pour une prise en charge adaptée et pourront être utiles à une éventuelle procédure judiciaire secondaire.

Enfin, il est essentiel de s'assurer de la complète confidentialité du dossier médical de la patiente (36).

Pour l'OMS, il est nécessaire de garder une trace écrite dans le dossier médical afin d'assurer au mieux le suivi de la patiente (100). Une description des blessures peut s'avérer importante si la femme décide d'aller porter plainte :

- dites à la patiente ce que vous souhaiteriez noter et pourquoi. Demandez-lui si elle est d'accord. Suivez ses désirs. S'il y a quelque chose qu'elle ne veut pas voir écrit, ne le consignez pas ;
- notez dans le dossier médical tout problème de santé, symptôme ou signe, avec une description des blessures. Il peut être utile de noter la cause réelle ou présumée de ces blessures ou autres problèmes de santé ;
- n'écrivez rien là où des personnes qui n'ont pas à savoir ont accès, par exemple sur une radiographie ou une pancarte de lit ;
- soyez conscients des situations où la confidentialité peut être brisée. Faites attention à ce que vous écrivez, quand et où vous laissez les dossiers ;
- pour améliorer le respect de la confidentialité, certains établissements utilisent un code ou un signe spécial pour indiquer les cas de maltraitance réelle ou présumée (100).

7.4.3 Évaluation de l'impact sur les enfants

En 2017, la plateforme téléphonique « 3919⁶ – Violences femmes info » a pris en charge 46 449 appels. Parmi eux, 76 % concernaient des violences faites aux femmes. À partir des données recueillies par cette plateforme, il s'avère que plus de 8 femmes victimes de violences au sein du couple sur 10 ayant appelé le 3919 en 2017 avaient des enfants, ce qui représente plus de 13 000 enfants co-victimes de violences conjugales (31, 44).

Dans la quasi-totalité des cas, les enfants sont témoins des violences et dans un quart des situations, ils sont eux-mêmes maltraités.

Ces mères rapportent les conséquences de cette violence sur la santé de leurs enfants : pour 97 % d'entre elles, sont citées la peur, l'anxiété, l'angoisse et le stress et pour 19 % une perte d'estime de soi et un sentiment de culpabilité. Pour 10 % des mères, leurs enfants manifestent également des signes de dépression, de lassitude et de fatigue.

Par ailleurs, les impacts des agressions sur le comportement des enfants, rapportés par les mères, comprennent l'isolement, le repli sur soi, la violence mais aussi l'impulsivité et les accès de colère. Ces conséquences sont l'expression des souffrances vécues par les enfants victimes (31, 44).

Les retentissements sur l'enfant peuvent être multiples avec notamment des conséquences pour sa santé et des conséquences socio-comportementales :

⁶ Le « 3919 » est le numéro national d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violences (violences conjugales, violences sexuelles, violences au travail, mutilations sexuelles féminines, mariages forcés), ainsi que de leur entourage et des professionnels concernés.

- troubles somatiques, troubles émotionnels et psychologiques : anxiété, angoisse, dépression, troubles du sommeil, de l'alimentation, syndrome de stress post-traumatique ;
- troubles du comportement : agressivité, violence, baisse des performances scolaires, désintérêt ou surinvestissement scolaire, fugue, délinquance, idées suicidaires, toxicomanie ;
- troubles de l'apprentissage, symptômes physiques (énurésie, par exemple) et cognitifs ;
- une faible estime de soi, une image négative font également partie des conséquences qui entacheront les relations adultes.

Ces violences impactent aussi leur scolarité et par conséquent leur future situation socioprofessionnelle. Enfin, à l'âge adulte, il existe un risque aggravé de reproduction des violences ou de victimation, même si une telle reproduction de situations vécues dans l'enfance en tant que témoin ou victime n'a rien d'inéluctable, ni pour les garçons, ni pour les filles.

Ces conséquences touchent les enfants qui sont ciblés par les violences, ainsi que les enfants qui assistent aux violences subies par l'un de leurs parents.

L'impact est d'autant plus fort que l'enfant est jeune, car il ne dispose pas des mécanismes de défense psychique pour y faire face. L'enfant prend appui sur ces figures asymétriques comme modèle d'identification : les deux figures d'attachement de l'enfant, le père comme la mère, ne sont pas sécurisantes.

Les violences présentes dans la sphère conjugale contaminent aussi la sphère parentale. Ainsi, les enfants exposés aux violences conjugales sont souvent en grande souffrance et pleinement victimes de violences psychologiques (104).

L'évaluation des effets de la violence chez l'enfant doit s'attacher à mettre l'enfant, son état, ses besoins, les risques qu'il encourt, au centre de la démarche visant à construire une réponse à sa situation (105).

Sortir d'une situation de violences conjugales relève d'un processus qui s'inscrit dans la durée. C'est un processus de « maturation », alliant chez la victime prise de conscience de la violence subie et élaboration de pistes dessinant des issues.

Il s'agit donc d'un long cheminement, marqué par des avancées et des retours. Or, en présence d'enfants, cet enjeu du temps de la maturation des adultes revêt une acuité particulière. Le fait que le développement de l'enfant nécessite des conditions de vie suffisamment protégées oblige en effet à une vigilance quant à la durée de son exposition à une situation de risque et *a fortiori* de danger.

En l'absence d'enquête, si l'intervenant (quel qu'il soit) peut constater les effets de la violence conjugale sur la victime adulte, il n'est pas toujours en mesure d'en évaluer les effets sur les mineurs, ni assuré que la victime rencontre un professionnel compétent pour le faire. La situation de violences conjugales étant une situation à risque pour la victime et pour les enfants qui y sont exposés, elle entre dans le cadre des contextes familiaux « préoccupants devant faire l'objet d'une évaluation par des travailleurs sociaux ». Le rapport ONED/SDFE de 2008 invitait donc l'intervenant à transmettre une information préoccupante de mineur en danger ou en risque de l'être à la Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil général (105).

7.5 Prise en charge

Les femmes qui font état d'une agression sexuelle, quel qu'en soit l'auteur, ou d'un acte de violence, de quelque forme que ce soit, commis par un partenaire intime ou un autre membre de la famille, doivent se voir proposer un soutien immédiat. Les professionnels de soins doivent proposer au minimum un soutien de première intention lorsqu'une femme déclare qu'elle a été victime de violences.

Les interventions proposées doivent répondre aux caractéristiques suivantes :

- reposer sur le principe « ne causer aucun tort » ;
- préserver le caractère privé et confidentiel de la consultation, et des documents inclus dans le dossier médical ;
- expliquer les options et aider les femmes à prendre des décisions ;
- dans certaines structures, comme les services de soins d'urgence, le maximum devra être fait lors du premier contact, dans l'éventualité où la femme ne se représenterait pas : proposer un appui ultérieur et des soins, et trouver des moyens sûrs et accessibles pour une consultation de contrôle (81).

7.5.1 En cas de situation jugée grave

La notion d'un risque élevé peut justifier soit de conseiller une hospitalisation en urgence, soit d'inciter la femme à un éloignement immédiat même temporaire, soit de porter plainte.

Cependant, il n'est pas rare que la femme soit réticente. C'est le rôle des soignants, du médecin et des associations d'aider la femme dans sa décision et de lui apporter un éclairage extérieur (4).

► Établissement d'un plan de sécurité

Lorsqu'une situation à risque élevé est identifiée, l'objectif pour le praticien est de donner des conseils d'organisation à la patiente pour qu'elle puisse se mettre en sécurité rapidement si besoin. Cette organisation anticipée (plan de sécurité) pourra aider la patiente à quitter le domicile conjugal si la situation de violence s'aggrave.

Elle consiste à faire une liste des numéros d'urgence, faire des copies des documents personnels et les mettre en lieu sûr, faire des doubles des clés, mettre de l'argent de côté et préparer un sac contenant des effets de première nécessité. La patiente doit aussi identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association) et convenir avec la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent (36, 64).

L'OMS a proposé une liste de questions à poser à la patiente pour l'aider à établir un plan de sécurité (100) :

Lieu sûr où aller	Si vous deviez quitter votre maison à la hâte, où pourriez-vous aller ?
Plan pour les enfants	Partiriez-vous seule ou emmèneriez-vous vos enfants ?
Transport	Comment gagnerez-vous ce lieu sûr ?
Objets à emporter	Aurez-vous besoin d'emporter des documents, des clés, de l'argent, des vêtements ou d'autres objets quand vous partirez ? Qu'est-ce qui est essentiel ? Pouvez-vous rassembler ces objets dans un lieu sûr ou les laisser à quelqu'un, au cas où ?
Finances	S'il vous faut partir, avez-vous accès à de l'argent ? Où cet argent est-il rangé ? Pouvez-vous le prendre en cas d'urgence ?
Soutien dans le voisinage	Y a-t-il un voisin à qui vous pouvez parler de la violence et qui pourrait appeler la police ou venir avec de l'aide s'il entend des bruits de dispute chez vous ?

7.5.2 Information et orientation

► Quelle information transmettre ?

L'information des victimes est primordiale, face aux violences, un certain nombre de personnes peuvent être dans la banalisation, la minimisation, voire le déni.

Parler avec elles des différentes formes de violences, du cycle de la violence ainsi que de l'impact négatif sur leur santé et sur celle de leurs enfants sont autant de leviers pour augmenter la prise de conscience de la gravité de la situation et de sa chronicité (50).

7.5.3 Vers quels référents orienter ?

L'orientation est une des missions essentielles du médecin et des professionnels de santé en général.

► Pour un soutien immédiat

Face à une situation jugée grave, le médecin peut :

- décider une hospitalisation immédiate ;
- conseiller de porter plainte auprès de la police ou de la gendarmerie ;
- l'informer de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la police (main courante) ou à la gendarmerie (procès-verbal de renseignement judiciaire) ;
- conseiller de s'adresser aux associations d'aide aux victimes qui lui fourniront conseils et assistance.

Si le médecin estime ne pas avoir la compétence voulue, il peut adresser la patiente dans un service médico-judiciaire (4).

► Pour un soutien sur le long terme

Si la patiente ne souhaite pas entamer de démarches dans l'immédiat, le médecin doit garder un rôle de soutien :

- rester patient et encourageant afin de permettre à la patiente de progresser dans sa démarche à son rythme ;
- comprendre la chronicité du problème et assurer un suivi et un soutien continu ;
- respecter les souhaits de la patiente et ne pas la contraindre à prendre des décisions ;
- ne pas porter de jugement si la patiente ne fait pas de démarches immédiatement (36).

► En présence d'enfants

En matière de violences conjugales et de prise en charge des enfants, les interventions les plus précoces possible sont essentielles : ouverture du système familial sur l'extérieur, possibilité d'être écouté et soutenu par un tiers, mobilisation protectrice de chaque membre de la famille et de l'environnement.

Les situations de violence conjugale peuvent aussi être associées à des maltraitances ou des négligences envers l'enfant de l'un ou des deux parents.

Ainsi, la violence conjugale fait partie des quatre problématiques les plus associées aux mauvais traitements envers les enfants, qui sont en ordre décroissant :

- la toxicomanie ;
- les problèmes de santé mentale ;
- la violence conjugale ;
- les déficits cognitifs.

La violence conjugale, lorsqu'elle est intense et durable, doit être considérée comme un signe d'une situation possible de maltraitance directe de l'enfant. Et inversement, les professionnels exerçant en protection de l'enfance doivent tenir compte de l'existence de violences conjugales dans leur intervention (51).

L'exposition des enfants (témoin et/ou victime) aux violences conjugales est une forme de maltraitance infantile et constitue un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance, elle est *a minima* une « situation préoccupante » requérant vigilance de la part des professionnels concernés.

La prise en compte de la situation des enfants exposés aux violences conjugales relève du champ de la protection de l'enfance, en particulier des services sociaux départementaux sous l'autorité du Conseil Départemental:

- l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la protection maternelle et infantile (PMI) ;
- la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) présente au sein de chaque Conseil Départemental qui vise à renforcer le repérage des enfants en danger, l'évaluation de leur situation et améliorer la coordination entre tous les acteurs œuvrant en matière de protection de l'enfance (106).

Il a été établi que les violences au sein du couple continuent de s'exercer en cas de séparation des conjoints dans le seul domaine restant en commun : la parentalité.

L'ex-conjoint violent utilisera la coparentalité pour continuer de contrôler la vie de la mère et de l'enfant, de la disqualifier et/ou commettre des violences psychologiques.

De surcroît, les rencontres entre les anciens partenaires liées au droit de visite et d'hébergement sont souvent l'occasion de nouveaux passages à l'acte violents ayant parfois des conséquences fatales.

L'aide apportée à la mère dans l'exercice de son rôle parental procure des bénéfices immédiats à l'enfant et contribue également à rehausser son estime d'elle-même et son sentiment de compétence parentale (73).

7.6 Prévoir la continuité des soins

Assurer un suivi de qualité, d'un point de vue tant somatique que psychologique, dans la durée, est un élément essentiel de la prise en charge d'une patiente victime de violences.

Ce suivi comprend une évaluation régulière de la disposition (motivation) de la personne à faire évoluer sa situation. En effet, sortir de la violence dans le couple relève d'un processus qui s'inscrit dans la durée et bon nombre de personnes concernées se montrent ambivalentes dans leurs démarches, notamment judiciaires (dépôt de plaintes). Le parcours se caractérise par une série d'allers et retours.

Cette ambivalence doit se comprendre au vu du poids des différents obstacles tels que la peur de représailles ou de l'écclatement familial, l'espoir d'un changement, le manque de soutien et de ressources, la méconnaissance de ses droits.

Par ailleurs, chaque fois que les circonstances le permettent ou le nécessitent, il peut être nécessaire de réenvisager les mesures de protection pour la personne elle-même et pour ses enfants (50).

7.7 Difficultés rencontrées par les médecins

Beaucoup de médecins sont inconscients de l'ampleur du problème et ne sont pas préparés à identifier des situations de violences envers les femmes :

- beaucoup pensent que le phénomène est réservé à des couches de population défavorisée et ne peut atteindre leur patientèle ;
- ils pensent que toute enquête est une intrusion dans la vie privée du couple et craignent d'offenser la patiente en posant certaines questions ;
- ils ont l'impression de ne pas pouvoir contrôler la situation, ils sont découragés par la complexité du problème ;
- d'autres ont tout simplement peur d'un scandale qui serait préjudiciable à la relation de confiance avec leur clientèle ;
- enfin, beaucoup se disent « mal formés », ils ne savent pas comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions.

Parfois aussi les médecins ont une histoire personnelle de violence dont ils ont été les témoins ou les victimes dans leur enfance, ou de sévices sexuels subis dans l'enfance (4).

Une revue systématique (22 articles provenant majoritairement du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni), publiée en 2012, et relative aux difficultés de repérage des violences conjugales par les professionnels de santé, a identifié les différentes barrières au repérage rapportées par les professionnels de santé (107) :

Les barrières personnelles : citées dans plus de 50 % des cas, elles consistaient dans le fait d'être mal à l'aise avec le sujet, une inquiétude concernant la sécurité et une crainte de diagnostic erroné. La notion d'antécédent d'abus personnel et le manque d'information pour orienter la patiente ont aussi été mentionnés dans deux études.

Les barrières liées aux ressources : le manque de temps, le manque de connaissances et de formation concernant le repérage et les orientations à proposer aux victimes.

Les barrières liées aux préjugés et aux idées préconçues ont aussi été évoqués: la plus fréquente étant que le repérage ne relève pas du rôle d'un soignant, que le soignant avait des problèmes plus urgents à prendre en charge, ou encore la responsabilité des victimes ou la rareté de ces situations.

Les barrières liées à la crainte : crainte de s'immiscer dans l'intimité de la patiente ou crainte d'offenser une patiente non victime. Ont été aussi rapportées, la crainte de la réaction de l'auteur vis-à-vis de la victime mais aussi la crainte d'une judiciarisation ou que la patiente ne souhaite plus consulter le soignant.

Les barrières liées aux patientes : la plus fréquente étant la barrière de la langue, suivie par la perception de difficultés psychosociales de la patiente qui rendraient la démarche de repérage difficile (107).

8. Le certificat médical

8.1 À quoi sert le certificat médical ?

Le certificat médical circonstancié est un outil précieux en termes de preuve dans les dossiers de violences dans le couple, car les preuves y sont rares et l'auteur des faits reconnaissant rarement ceux-ci, c'est la parole de la victime contre celle de l'auteur.

Dans le cadre d'un dépôt de plainte, l'établissement de ce certificat, bien que souhaitable, n'est pas un préalable obligatoire.

Cependant, le certificat médical initial atteste les violences subies par une personne et peut être utilisé pour faire valoir ses droits et obtenir une mesure de protection (notamment une ordonnance de protection, l'attribution d'un Téléphone Grave Danger). L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin.

Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier (108, 109).

8.2 Contexte juridique

Le CNOM précise dans son Code de déontologie que tout médecin, quelle que soit sa forme d'activité professionnelle, est amené à remettre aux personnes qu'il a examinées un certificat. Ce document signé engage sa responsabilité. Le médecin doit donc consacrer à sa rédaction toute l'attention et la rigueur nécessaires.

Selon l'article 76 du Code de déontologie médicale (art. R. 4127-76 du CSP), « *l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.*

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci ».

Selon l'article 28 (art. R. 4127-28 du CSP) : « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.* »

Selon l'article 51 (art. R. 4127-51 du CSP) : « *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* »

La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (110) dispose désormais que les professionnels de santé ne peuvent pas voir leur responsabilité pénale, civile ou disciplinaire engagée en cas de signalement, sauf si leur mauvaise foi est avérée, y compris en cas d'atteintes sur « *une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* ».

En ce qui concerne la profession de sage-femme, l'**article R. 4127-316 du Code de la santé publique** précise que « *lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.*

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

Et l'article R. 4127-333 du Code de la santé publique dispose : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci. »

8.3 Règles de rédaction et de délivrance

Les règles d'établissement d'un certificat médical ont été détaillées dans les recommandations HAS (2011) « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences » (108). Les points essentiels à retenir sont :

Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation, mais il doit reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ». Les doléances sont notées de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, ainsi que les symptômes exprimés par la victime, en utilisant ses propres mots.

Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. Il ne détermine pas non plus si les violences sont volontaires ou non.

Le certificat médical s'appuie sur un examen clinique et sur des antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques. À travers cet examen, il décrit avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés.

La mention d'éléments cliniques négatifs peut s'avérer utile ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datés et identifiés, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.

Cet examen clinique comprend aussi la description de l'état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation et plus particulièrement en cas de symptômes fréquents et/ou spécifiques de violences, notamment : des troubles anxio-dépressifs (des idées suicidaires), des troubles alimentaires et de la sexualité, des conduites addictives et à risque, des troubles somatiques liés au stress, des symptômes d'hyperactivation neurovégétative (hypervigilance, sursauts, insomnies, palpitations, irritabilité, troubles de la concentration, etc.), des symptômes dissociatifs (déconnexion émotionnelle, être spectateur détaché des événements, dépersonnalisation, désorientation, confusion, amnésie) une détresse émotionnelle péri-traumatique (reviviscences sensorielles et émotionnelles des violences, flash-back, cauchemars).

Le certificat doit être signé et daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs. Le médecin doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée ou au représentant légal (si la victime est un mineur ou fait l'objet d'une mesure de protection), dans la mesure où le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits ; il ne doit jamais être remis à un tiers, le conjoint devant être considéré comme un tiers (voir exemple en annexe 6) (108, 109).

8.4 Détermination d'une ITT (Incapacité totale de travail)

Le certificat médical peut aussi contenir une durée d'ITT (Incapacité totale de travail). La détermination de l'ITT peut être difficile et n'est pas obligatoire. Si le médecin est dans l'impossibilité de déterminer la durée de l'ITT, il lui est recommandé de se limiter à la rédaction du certificat médical initial descriptif sans préciser cette durée. Elle pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime, notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant).

L'ITT est une notion pénale qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. Les violences intrafamiliales sont des délits, quelle que soit la durée de l'ITT (art. 222-13 du Code pénal) en raison de la qualité de l'auteur.

Les violences ayant entraîné une ITT pendant plus de huit jours constituent un délit passible d'une peine de trois ans d'emprisonnement ainsi que d'une amende de 45 000 euros (article 222-11 du Code pénal).

Les violences ayant conduit à une ITT d'une durée inférieure ou égale à huit jours relèvent de la simple contravention, réprimée d'une amende (articles R. 624-1 et R. 625-1 du Code pénal), sauf si les violences entrent dans le cadre de la vie conjugale (conjoint, concubins ou « ex »). Elles sont alors considérées comme un délit (article 222-13 du Code pénal) et punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

L'ITT diffère de l'Incapacité temporaire totale (ITT civile) ou Déficit fonctionnel temporaire total (DFTT) qui, au civil, correspond à la période, indemnisable, pendant laquelle la victime va se trouver empêchée de jouir de ses pleines capacités (périodes d'hospitalisation en règle).

En cas de détermination d'ITT, il est recommandé :

- d'écrire en toutes lettres, en la justifiant par une description précise des troubles fonctionnels ;
- pour les violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques mais qui n'entraînent pas de gênes fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, il peut être utile de préciser néanmoins en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne ;
- de préciser systématiquement « Sous réserve de complications ultérieures » ;
- d'expliquer à la victime le sens de l'ITT et de lui dire que cette évaluation ne remet pas en cause la durée de l'arrêt de travail éventuellement prescrit, qui constitue une incapacité professionnelle (108, 109).

8.5 Freins à la rédaction du certificat médical

Une étude qualitative, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, a été réalisée auprès de onze médecins généralistes français, en cabinet ou urgentistes, afin de rechercher quels sont les freins des médecins généralistes à la rédaction d'un certificat de coups et blessures dans les situations de violences conjugales (111).

Dans cette enquête, plusieurs freins ont été identifiés :

- la crainte de sanction disciplinaire ou judiciaire reste l'obstacle principal ;
- le manque de connaissances et de formation du médecin généraliste pour faire un certificat de qualité et la considération que d'autres médecins (médecins légistes, urgentistes, hospitaliers) sont plus à même de faire un certificat de qualité ;
- mauvaise connaissance de l'ITT et de ses conséquences ;

- difficultés du repérage : caractère tabou et caché des violences, l'absence de profil type et de symptômes spécifiques, l'ambivalence des victimes qui cachent la situation ou refusent de porter plainte ;
- la charge émotionnelle de ces prises en charge : crainte d'être trop intrusif, crainte de l'agresseur (souvent connu du médecin) ;
- la minimisation des faits ainsi que de l'enjeu du certificat médical (considéré comme simple pièce du dossier) ;
- les conditions d'exercice : contrainte de temps, caractère chronophage de cette prise en charge.

Cependant, dans cette enquête, quelques circonstances facilitant la rédaction d'un certificat médical ont aussi été observées (111) :

- lorsque la demande de certificat émane de la patiente ou d'une autorité judiciaire ; elle revêt alors un caractère obligatoire ;
si le médecin est convaincu de la culpabilité de l'auteur : situation clairement présentée par la victime, en cas d'intime conviction du médecin, si le médecin est témoin direct, en cas de lésions physiques ou en cas de violences envers les enfants associées.

9. Le signalement

Selon le Guide de l'action publique élaboré par la direction des Affaires criminelles et des Grâces sur le thème des « violences au sein du couple », en 2011, le rôle du médecin ne saurait se limiter à la rédaction d'un certificat, au traitement d'une plaie ou à la prescription de médicaments (42).

Évaluer la gravité de la situation de violences et la dangerosité de l'agresseur fait partie de la mission du praticien. Si la victime semble en péril imminent ou dans un état de vulnérabilité tel qu'elle semble dans l'incapacité d'agir elle-même, le médecin doit se manifester auprès des autorités judiciaires, administratives ou hospitalières selon les cas, afin de mettre la victime à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais.

De la même manière, il veillera à interroger la victime sur la répercussion des violences sur les enfants du couple et le fait qu'ils puissent en être directement victimes (42).

Le signalement est un terme juridique, il s'agit d'une dérogation légale au secret médical.

L'article 226-14 précise dans quels cas et sous quelles conditions, un professionnel transmettant une information à caractère secret à une autorité sera exempté de la peine prévue par l'article 226-13 du Code pénal.

Art. 226-14 : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

*2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, **les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.** Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;*

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

*Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article **ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur**, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »*

L'article 226-14 du Code pénal a été modifié par la loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 (tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé). Conformément aux dispositions de cet article, le médecin peut faire un signalement au procureur de la République sans qu'il soit besoin de recueillir l'accord de la victime majeure hors d'état de se protéger.

Il ne doit pas mettre lui-même un tiers en cause et doit rapporter les dires et confidences de la personne entre guillemets. Dans ce cas, le médecin ne peut voir sa responsabilité engagée devant les juridictions disciplinaires, civiles ou pénales s'il agit de bonne foi (112).

La question du signalement peut se poser devant toute victime de violences. La rédaction du certificat attestant des lésions physiques ou des troubles psychiques ne se substitue pas au signalement. Le signalement est d'autant plus important que la seule rédaction de ce certificat ne garantit ni que ce certificat sera utilisé, ni de quelle façon, ni la mise à l'abri de la victime.

En cas de constatation de violences ou de blessures sur des mineurs ou des personnes vulnérables, le médecin doit agir dans l'intérêt de la victime et peut faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. C'est une dérogation légale au secret professionnel (article 226-14 du Code pénal) et une obligation déontologique (article R. 4127-44 du Code de la santé publique). En cas de « danger avéré », il convient de saisir le procureur de la République. En cas d'« information préoccupante », il faut s'adresser au Conseil Départemental, et plus spécifiquement à la Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (113)).

La loi prévoit que le médecin doit recueillir l'accord de la victime pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique. Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (article 226-14 du Code pénal) (108).

De même, la sage-femme peut lever le secret professionnel afin de porter à la connaissance des autorités judiciaires, médicales ou administratives, les sévices ou privations dont elle a eu connaissance.

Lorsque ces violences sont commises à l'égard d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, le recueil préalable du consentement de ces derniers à cette divulgation n'est pas obligatoire (article 226-14 1° du Code pénal).

Il est à noter, par ailleurs, que quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique **ou d'un état de grossesse**, est dans l'obligation d'informer les autorités judiciaires ou administratives (article 434-3 du Code pénal).

De la même manière, la loi punit quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril imminent nécessitant une intervention immédiate l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours (article 226-3 du Code pénal).

L'ensemble des dispositions précitées, auxquelles s'ajoutent les obligations prévues par le Code de déontologie (article R. 4127-316 du Code de la santé publique), exigent pour la sage-femme, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives lorsqu'elle a connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un enfant ou à une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

Il convient d'ailleurs de préciser que ce signalement aux autorités compétentes effectué dans ces conditions ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire à l'égard de la sage-femme (114).

10. Prévention et lutte contre les violences

10.1 Les différentes approches de prévention et de lutte

Un grand nombre de revues internationales ont fait la synthèse des données existantes sur les approches efficaces, ou du moins prometteuses, en matière de prévention et de lutte contre la violence à l'égard des femmes.

Ces revues ont permis de dégager un ensemble de stratégies bien spécifiques qui ont démontré leur intérêt ou leur efficacité :

- réformer les cadres de la justice civile et pénale ;
- organiser des campagnes médiatiques et des actions de sensibilisation pour mobiliser l'attention sur la législation en vigueur ;
- renforcer les droits civils des femmes relatifs au divorce, à la propriété, aux pensions alimentaires pour enfants et à la garde et au droit de visite des enfants ;
- favoriser une collaboration entre les institutions gouvernementales et la société civile ;
- favoriser une sensibilisation et une prise de conscience de l'opinion publique ;
- développer une communication incitant aux changements de comportement, afin de favoriser le changement social : des stratégies ludo-éducatives s'appuyant sur les médias (par exemple, des programmes qui utilisent des multimédias tels que télévision, radio et presse écrite) pour faire évoluer les normes sociales et produire des changements à l'échelle de la communauté, ont permis d'influencer favorablement les normes régissant les relations entre les sexes ;
- encourager l'autonomisation sociale et économique des femmes et des filles ;
- définir un ensemble complet de services à offrir aux victimes de la VPI dans les communautés ;
- concevoir des programmes de prévention de la violence à destination des jeunes ;
- impliquer les hommes et les garçons dans la promotion de la non-violence et de l'égalité des sexes ;
- proposer des services d'intervention précoce pour les familles à risque, notamment des visites à domicile et des actions éducatives (55).

10.2 Les réseaux de prévention et de lutte contre les violences

Déjà en 2006, un rapport sur les auteurs de violences recommandait de développer un travail en réseau des différents acteurs (Intérieur, Justice, Police, Santé, associations), notamment au sein des commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes.

Selon le groupe de travail, chaque commission devrait instituer un groupe de travail sur la question des hommes violents et intégrer celle-ci dans les protocoles de prévention et de répression des violences au sein du couple, qu'elle est amenée à signer dans l'ensemble des départements (54).

En 2016, un rapport d'information, publié par le Sénat, sur « l'évaluation des dispositifs de lutte contre les violences au sein des couples » insiste sur l'importance de la mise en place d'un dispositif partenarial pour lutter contre les violences conjugales et prendre en charge les victimes sur l'ensemble du territoire. Les rapporteurs citent en exemple le département de Seine-Saint-Denis qui, sous l'impulsion et la coordination de l'Observatoire départemental des violences envers les femmes, a mis en place un ensemble de mesures de protection pour les femmes victimes de violences afin de proposer une prise en charge globale, adaptée à la diversité des situations et des besoins et d'accompagner durablement les victimes (10).

Cette nécessité de mettre en place des réseaux pour améliorer la prise en charge a aussi été rapportée par l'IGAS en 2017 dans un rapport sur « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences » (2).

Pour une prise en charge complète et efficace, la mission a identifié trois compétences essentielles, des compétences médicales, des compétences de travail social et des compétences relatives au travail de coordination, qu'elle recommande de réunir soit au sein d'un cadre hospitalier, soit à un niveau territorial adapté (par exemple, les groupements hospitaliers de territoire (GHT)).

Et la mission insiste sur l'importance d'une prise en charge partenariale, avec les UMJ, mais aussi avec les autres acteurs territoriaux : collectivités, autres professionnels de santé, associations d'aide aux victimes, etc. (2)

11. Prise en charge des auteurs

11.1 Axes thérapeutiques

Selon le rapport du Docteur Coutanceau (2006) sur les « auteurs de violences », certains auteurs de violences relèvent de la thérapie individuelle, notamment quand le délai judiciaire est très court, d'autres relèvent plutôt des techniques de groupe (54).

Selon ce rapport, l'outil essentiel pour la prise en charge des sujets violents est la technique de groupe, qui permet de favoriser l'écoute mutuelle, de sortir de sa problématique égotiste, d'écouter la différence. Il y a souvent un effet fort de la dynamique de groupe.

L'esprit de ces dynamiques de groupe est de permettre un accompagnement pour faire évoluer le sujet (dans une logique psychothérapique), mais aussi de prévenir toute récurrence dans une logique sociale de prévention, ou encore de permettre de mieux vivre le couple sur un modèle égalitaire.

Cependant, très peu d'auteurs de violences consultent d'eux-mêmes, la plupart ne s'inscrivant pas dans une logique d'accompagnement. La prise en charge d'un sujet violent suppose donc des obligations ou des injonctions de soins recommandés ou imposés lors des décisions de justice.

Se pose également la question de l'entretien de couple, parfois demandé par l'agresseur et la victime. Dans la plupart des cas, il convient de différer cette rencontre et d'attendre que la victime ait retrouvé son statut de sujet et que l'auteur de violences ait progressé suffisamment dans la conscience de ses actes, afin de permettre un véritable travail d'échange dans l'espace du couple (54).

11.2 Le stage de responsabilisation des auteurs de violences conjugales institué par la loi de 2014

L'article 50 de la loi du 4 août 2014 a étendu les stages de sensibilisation, déjà prévus, par exemple, pour les auteurs de violence parentale, les auteurs d'infractions au Code de la route et les toxicomanes, aux auteurs de violences conjugales (8).

Elle a donné un fondement législatif à des stages qui existaient déjà et auxquels elle a conféré la dénomination officielle de « stages de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple ».

Ces stages peuvent être une alternative aux poursuites. Ils sont décidés par le procureur de la République et effectués aux frais de l'auteur des faits.

Ces stages ont pour objectifs :

- la sensibilisation des auteurs de violences aux conséquences concrètes de leurs actes : implications judiciaires, conséquences au niveau familial ;
- la responsabilisation, en analysant les origines et les mécanismes de la violence et du passage à l'acte ;
- l'accompagnement des participants, par des pistes de travail et de réflexion sur leur problématique.

Cependant, ces stages n'ont pas de vocation thérapeutique, même s'ils pourraient éventuellement s'ouvrir sur cette dimension. Ils restent limités à une sensibilisation aux conséquences concrètes de la violence conjugale.

Conformément à l'article R. 131-36 du Code pénal, le stage a une durée de 12 heures, et la durée journalière de formation ne peut excéder six heures. Le stage accueille un groupe de six à huit personnes.

12. Cas particuliers en cas de grossesse

La période de la grossesse constitue une situation à risque notable de violences conjugales. Selon les données australiennes, cela concerne 4 à 9 % des femmes enceintes (36). Lors des consultations prénatales, il apparaît donc indispensable de rechercher des situations de violences au même titre qu'est recherchée la prise d'alcool ou de drogue, qui constituent aussi des facteurs de risque.

Les périodes de grossesse et du *post-partum* peuvent induire une exacerbation de la violence du partenaire, voire parfois la déclencher.

Souvent, les violences débutent avec la première grossesse et conduisent la patiente à éviter les examens prénataux. Il est recommandé d'être particulièrement vigilant chez les patientes qui ne suivent pas les consultations prénatales (36, 115).

12.1 Données épidémiologiques

Dans près de 30 % des cas de violence conjugale, le premier acte de violence survient pendant la grossesse.

La prévalence de la violence physique au cours de la grossesse varie selon les pays (116) : au Canada, la prévalence rapportée varie de 1,0 % à 10,9 % ; aux États-Unis, de 0,9 % à 20,1 % ; au Royaume-Uni, de 1,8 % lors de la première consultation, à 5,8 % à 34 semaines de gestation et 5,0 %, 10 jours après l'accouchement ; en Suède, la prévalence s'élève à 4,3 % ; en Afrique du Sud, à 6,8 % ; et des taux élevés de violence ont été rapportés en Inde.

La prévalence de violences psychologiques et sexuelles des femmes pendant la grossesse a également été rapportée dans des études, entre 13 % et 60 % (116).

En 2013, une méta-analyse (92 études) a été conduite afin de déterminer la prévalence des violences conjugales chez les femmes enceintes ainsi que les facteurs de risque de violences dans le contexte de grossesse (117).

Les taux de prévalence ont pu être estimés à partir de données émanant de 23 pays. La prévalence moyenne rapportée de violences conjugales au cours de la grossesse était de 19,8 %. Selon les types de violences, il était retrouvé : 28,4 % (prévalence de violences psychologiques), 13,8 % (prévalence de violences physiques) et 8 % (prévalence de violences sexuelles).

Le taux de prévalence a aussi été calculé en fonction du niveau socio-économique du pays. Pour les pays développés, il s'élevait à 13,3 % *versus* 27,7 % pour les pays en développement (117).

Si tous les types de violences peuvent être observés au cours de la grossesse, une forme particulière de violences, liée au contexte, est aussi rapportée. Il s'agit de la « coercition reproductive » qui se manifeste par des comportements destinés à maintenir le pouvoir et le contrôle sur la capacité de reproduction de la femme. Elle peut avoir lieu en l'absence de violences physiques ou sexuelles. Dans ce type de violences, le partenaire peut saboter la contraception de sa femme afin que celle-ci tombe enceinte, refuser d'avoir des rapports protégés, exposer intentionnellement sa conjointe à des maladies sexuellement transmissibles, imposer son contrôle sur le choix d'évolution de la grossesse (obliger la femme à continuer la grossesse, ou avorter ou la brutaliser afin de provoquer une fausse couche), interdire la pratique d'une stérilisation ou l'accès à d'autres modes contraceptifs.

Approximativement, 20 % des femmes consultant un planning familial pour des faits de violences conjugales, rapportent des situations de coercition reproductive et 15 % rapportent des cas de sabotage de la contraception (90, 118).

12.2 Facteurs de risque de violences au cours de la grossesse

Une méta-analyse de 2013 a recherché les facteurs de risque de violences conjugales au cours de la grossesse en se basant sur 55 études internationales (117). Neuf facteurs ont été identifiés, sept en lien avec la victime et deux relatifs à l'auteur :

Concernant les facteurs de risque liés à la victime :

- antécédents de violences conjugales avant la grossesse : OR (4,00) le plus élevé, ce qui signifie qu'une femme victime de violences conjugales a quatre fois plus de risque d'en être victime durant sa grossesse, comparé à une femme non victime ;
- faible niveau d'éducation : multiplie le risque par deux ;
- statut non marital : augmente le risque de 73 % ;
- faible niveau socio-économique : augmente le risque de 66 % ;
- grossesse non planifiée ou non désirée par la patiente ;
- patiente abusant de l'alcool ou de drogues ;
- antécédents d'exposition à la violence au cours de sa vie.

Les facteurs de risque liés au partenaire :

- partenaire abusant de l'alcool : risque augmenté de 73 % ;
- grossesse non planifiée ou non désirée par le partenaire (117).

Dans le cadre d'une enquête cas-témoin sur la prématurité réalisée dans 16 pays différents (*European Programme of Occupational Risks and Pregnancy Outcome* (EUROPOP)), des données ont pu être collectées sur la survenue de violences familiales pendant la grossesse (119).

Les femmes jeunes, en particulier celles âgées de moins de 20 ans, sont plus souvent victimes de violences pendant la grossesse. Bien que de façon moins systématique, un risque plus élevé pour les femmes de faible niveau d'études est également décrit.

La situation familiale des femmes est très associée au risque de violences : les femmes ne vivant pas en couple, les femmes divorcées ou séparées sont beaucoup plus souvent victimes de violences. Dans les données présentées dans cette enquête, les séparations du couple pendant la grossesse constituent un événement très associé aux violences, ou bien celles-ci sont à l'origine de la séparation, ou bien la séparation et les conflits qu'elle entraîne occasionnent des violences (119).

12.3 Conséquences des violences au cours de la grossesse

Les actes de violences envers les femmes au cours de la grossesse affectent directement et indirectement la mortalité et la morbidité de l'enfant et de la mère.

Plusieurs études ont mis en évidence que la violence physique avant, pendant et après la grossesse a des conséquences sur la santé de la femme : maladies sexuellement transmissibles, infection des voies urinaires, dépression, abus de substances et autres troubles de santé mentale.

La violence conjugale est aussi associée, avec une incidence plus élevée, à des grossesses non désirées et des avortements provoqués.

De nombreuses complications en lien avec des actes de violences ont été documentées dans les études :

- décès maternel ;
- mort fœtale ;
- faible poids à la naissance ;
- décollement placentaire pendant le travail et accouchement prématuré ;
- hémorragie fœto-maternelle ;

- retard de croissance intra-utérin ;
- complications de la grossesse liées à un traumatisme ;
- fausses couches ;
- infections maternelles.

Par ailleurs, les violences conjugales affectent négativement les comportements des femmes enceintes vis-à-vis de leur santé :

- retard d'accès aux soins prénataux ;
- absence d'accès aux soins prénataux ;
- comportements à risques (consommation de tabac, d'alcool, de drogues illicites et mauvaise nutrition maternelle).

Des blessures physiques infligées aux fœtus ou aux nourrissons, telles que des ecchymoses, des fractures, des blessures par arme blanche, voire l'infanticide, ont également été décrites.

Après la grossesse, le risque de maltraitance des enfants est également signalé comme plus fréquent en cas de violences conjugales (116, 120).

Il est à noter que la gravité des violences infligées peut parfois s'accroître au cours de la grossesse et dans la période du *post-partum*. Les homicides ont été rapportés comme une cause majeure de mortalité maternelle, la majorité étant perpétrée par un conjoint (90).

De même, l'association entre le fait d'être victime de violence conjugale, quel qu'en soit le type, psychologique, physique ou sexuel, et des manifestations de dépression anténatale ou en *post-partum* a été retrouvée dans des études, les violences conjugales apparaissant comme un des plus forts facteurs prédictifs de dépression durant la période périnatale, en particulier lorsque ces actes de violences surviennent en cours de grossesse (121).

Selon un rapport de l'OMS de 2013 portant sur des données mondiales, la violence conjugale pendant une grossesse augmente la probabilité de fausse couche, de naissance d'enfant mort-né, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance. Cette étude a montré que les femmes subissant la violence de leur partenaire intime ont un risque accru de fausse couche (16 %) et d'accouchement prématuré (41 %) (33).

En 2012, une étude qualitative menée en Seine-Saint-Denis par les docteurs Piet et Joudrier auprès des femmes prises en charge par l'association SOS Femmes 93 a permis d'observer une prévalence très importante des fausses couches chez ces femmes. Sur une période de trois mois, 28 femmes victimes de violences conjugales, ayant vécu 61 grossesses, ont été prises en charge. Onze de ces grossesses (soit 18 %) se sont terminées par une fausse couche et 10 (soit 16,5 %) par un accouchement prématuré (59).

12.4 Exemples d'interventions proposées pour réduire le risque de violences au cours de la grossesse

En 2014, une revue systématique a été conduite par la *Cochrane* pour analyser les interventions susceptibles de prévenir ou de réduire la violence conjugale durant la grossesse. Cette revue portait sur 10 essais randomisés impliquant au total 3 417 femmes, dont huit essais concernaient des femmes enceintes qui étaient à risque élevé de subir des violences par le partenaire (116).

Les interventions examinées dans ces études incluaient :

- une intervention unique comprenant une évaluation informatique interactive et des conseils personnalisés destinés à encourager les femmes à rechercher de l'aide, et les professionnels de santé étaient alertés du statut à haut risque de la patiente ;
- une séance de conseils par des travailleurs sociaux ;
- des conseils vidéo et une prise en charge individualisée par une infirmière associée à un référent si besoin ;

- des séances de psychothérapie multiples durant la grossesse et des séances de rappel en *post-partum* : soit des séances de thérapie cognitivo-comportementale, soit une intervention se basant sur la théorie relative à la psychothérapie interpersonnelle ;
- des conseils associés à des visites à domicile ;
- une visite à domicile associée à des séances prénatales et postnatales.

Cette revue a conclu à une insuffisance de preuves pour évaluer l'efficacité de ces interventions sur l'évolution de la grossesse (116).

Compte tenu du manque de données et de la grande variété des critères de jugement choisis, il n'a pas été possible de regrouper les informations afin d'identifier des interventions plus efficaces que d'autres.

Les preuves étaient insuffisantes pour évaluer les critères principaux relatifs à la réduction des épisodes de violences (physiques, sexuelles et/ou psychologiques) et à la prévention de la violence pendant la grossesse et jusqu'à un an après (tel que défini par les auteurs d'essais).

Dans une étude (intervention par psychothérapie), les femmes ayant reçu l'intervention ont rapporté moins d'épisodes de violences conjugales pendant la grossesse et la période du *post-partum* (risque relatif (RR) 0,62, intervalle de confiance (IC) à 95 % de 0,43 à 0,88, 306 femmes).

Concernant le risque de dépression du *post-partum*, les différences statistiques restaient très faibles entre le groupe contrôle et le groupe intervention (122).

Dans ce contexte de périnatalité, il est essentiel d'intervenir pour rompre l'isolement des victimes. Cela peut consister à réduire les délais entre les consultations, à organiser un suivi par plusieurs sages-femmes grâce à une collaboration entre les secteurs hospitaliers, territoriaux et libéraux. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), une association de soutien aux victimes ou, au contraire, une structure où la victime pourra parler d'autres sujets si elle le souhaite peuvent lui permettre de rencontrer du soutien et de se recréer un entourage social, par exemple.

La PNP est un véritable outil pour aider les femmes à prendre confiance en leurs compétences parentales. Elle doit leur être, plus que jamais, invariablement proposée et conseillée (123).

12.5 Rôle des professionnels de santé

Les sages-femmes ont un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences. La grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences passées ou actuelles, subies par une femme. En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre la sage-femme et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que, jusque-là, la femme n'a pu évoquer (123, 124).

Le repérage de violences chez toutes les patientes consultant un professionnel de la reproduction est essentiel. Il doit être effectué périodiquement, lors de visites annuelles par exemple, car dans certains cas la révélation n'a pas lieu dès la première visite.

Des signes de dépression ou des problèmes de santé mentale, l'abus de substances, une demande répétée de test de grossesse alors que la patiente ne souhaite pas être enceinte, des infections sexuellement transmissibles à répétition ou des demandes de tests, l'expression de la crainte chez la patiente quand il lui est demandé d'utiliser un préservatif avec son partenaire, sont autant d'éléments justifiant la recherche d'une situation de violences.

Le repérage durant une grossesse doit débuter lors de la première visite prénatale et se poursuivre au moins une fois par trimestre et lors de la visite du *post-partum*. Il doit avoir lieu avec la patiente seule afin de respecter la confidentialité de l'échange, et lors de cet entretien il est recommandé d'éviter l'utilisation de termes trop « bruts » tels que « viol », « violence », « battue » « agression » et de ne pas porter de jugement.

La notion de repérage doit être présentée à la patiente comme une pratique systématique de l'entretien clinique, et dès le début, elle doit être informée du caractère confidentiel de cet échange, imposé par la loi.

Même si la patiente ne révèle pas des actes de violences à son encontre, le simple fait d'en discuter dans un contexte de soins et d'avoir à disposition des documents d'information peut être d'une aide considérable. Proposer à toutes les patientes des documents d'information constitue une stratégie efficace pour aborder le sujet des violences conjugales sans craindre de stigmatisation.

En ce qui concerne la prise en charge des victimes, elle doit nécessairement être globale et être organisée afin de préserver la continuité des soins. Elle doit s'appuyer sur un réseau pluridisciplinaire pour un accompagnement médico-psycho-social. Ce réseau peut comprendre des structures hospitalières, territoriales, libérales, les Unités de psychiatrie périnatale (UPP), les Centres médico-psychologiques (CMP), les structures de soutien à la parentalité de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et, bien sûr, les associations (123).

12.6 Question du repérage au cours de la grossesse

Indépendamment du statut de grossesse, l'*U.S. Preventive Services Task Force* a recommandé en 2013 de procéder au repérage de violences conjugales chez toutes les femmes en âge de procréer et de leur proposer une prise en charge adaptée (89). Ces recommandations portant sur le repérage concernent les femmes asymptomatiques.

Plusieurs outils de repérage, ayant les niveaux les plus élevés de sensibilité et de spécificité, sont recommandés par l'USPSTF (89) :

- *HITS : Hurt, Insult, Threaten, Scream* (en versions anglaise et espagnole, ce questionnaire comprend quatre questions et peut être utilisé en soins primaires) ;
- *OAS/OVAT : Ongoing Abuse Screen/Ongoing Violence Assessment Tool* ;
- *STaT : Slapped, Threatened, and Throw* ;
- *HARK : Humiliation, Afraid, Rape, Kick* ;
- *modified CTQ – SF : Modified Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* ;
- *WAST : Woman Abuse Screening Tool*.

En accord avec ces recommandations, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), en 2012, recommande un repérage des violences conjugales pour toutes les femmes. Pour les femmes qui ne sont pas enceintes, le dépistage est recommandé lors des visites gynécologiques de routine, lors des visites de planification et avant la conception (90).

Pour les femmes enceintes, le repérage est recommandé tout au long de la grossesse, y compris lors de la première visite prénatale, au moins une fois par trimestre, et lors de l'examen *post-partum* (125).

Globalement, la plupart des institutions internationales recommandent un repérage systématique au cours de la grossesse. L'OMS, bien que non favorable à un repérage systématique chez toutes les femmes, rappelle que la période prénatale constitue une opportunité pour effectuer ce repérage, considérant que cette période est propice à des consultations à répétition et qu'elle se caractérise par une plus grande vulnérabilité de la patiente et de son enfant (81, 126, 127).

Selon l'*American Medical Association*, les médecins devraient systématiquement rechercher lors de l'entretien médical des situations de violences physiques, sexuelles et psychologiques (89, 125).

D'autres organisations, telles que l'*American Academy of Family Physicians*, l'*American College of Emergency Physicians*, l'*American Academy of Pediatrics* et l'*Emergency Nurses Association*, encouragent les praticiens à s'impliquer dans la recherche de violences conjugales auprès de

leurs patientes et à se former afin de pouvoir leur répondre de manière appropriée et de pouvoir les orienter vers les ressources disponibles (89, 125).

En France, le consensus semble aussi en faveur du repérage systématique des violences au cours de la grossesse. La Haute Autorité de Santé a ainsi publié des recommandations professionnelles en 2005 sur le thème, « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (2005) » dont l'objectif était d'accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007 (128). Ces recommandations proposaient aux professionnels de santé impliqués en périnatalité une démarche qui visait, entre autres, à repérer les situations de vulnérabilité, dont les violences conjugales, en prévention des troubles de la relation parents-enfants. Ces recommandations ont ensuite été reprises dans le document « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (MAJ 2016), publié aussi par la HAS (129).

De façon globale, tout suivi d'une femme dans le cadre obstétrical et gynécologique doit débiter par un temps de rencontre, tant sur le plan humain que médical. Il est indispensable que ce temps contienne notamment des questions sur les éventuels traumatismes subis.

Le repérage systématique permet de briser la loi du silence qui n'est jamais un choix de la victime mais toujours imposé par l'agresseur. Il permet aussi de rompre la solitude dans laquelle une majorité de victimes se trouvent et leur donne l'opportunité de comprendre que parler de violences est possible au sein d'une consultation médicale.

Poser une question est en soi un acte thérapeutique, une porte que l'on ouvre et par laquelle la victime entrera lorsqu'elle se sentira prête (123).

13. Prise en charge par les chirurgiens-dentistes

13.1 Implication des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes font partie des professionnels de santé consultés en première ligne et de façon régulière par les patients. Dans leur activité, ils peuvent être confrontés à des situations de maltraitance et sont donc concernés par le repérage et la prise en charge de ces victimes.

« Reconnaître les signes d'abus, maltraitance et abandon envers les patients et en informer les instances légales compétentes » fait partie des compétences professionnelles des chirurgiens-dentistes (130).

Cependant, l'implication des professionnels reste dépendante de leur perception du rôle qu'ils peuvent jouer face à ces violences et de leurs connaissances sur ce sujet.

Une étude nord-américaine, publiée en 2018 et conduite auprès d'un panel représentatif de chirurgiens-dentistes, a cherché à évaluer si le repérage des violences était effectivement pratiqué auprès des patients et si le chirurgien-dentiste considérait cette démarche comme faisant partie de son rôle de soignant (131).

Plusieurs barrières au repérage de violences ont été identifiées, dont le manque de formation et de références sur le sujet et leurs réticences à considérer le repérage des violences comme faisant partie du champ de leur pratique.

Selon cette étude, moins de la moitié des chirurgiens-dentistes (43 %) considèrent que le repérage des violences s'inscrit dans leurs missions de santé et seulement 12 % abordent la question des violences en pratique médicale.

De plus, 53 % des participants à cette étude n'avaient reçu aucune formation sur les violences conjugales, ce qui n'est guère différent du taux rapporté (57 %) lors d'une précédente étude conduite de 1997 à 1998 (131).

De même, dans une étude menée au Canada, des obstacles au dépistage ont aussi été décrits (132). Au niveau des patientes, ces obstacles comprennent la peur des représailles du partenaire envers la victime et ses enfants, la honte et l'humiliation, le déni de la gravité de la situation, le manque de confiance dans le professionnel de santé et des craintes relatives à la confidentialité.

En ce qui concerne les professionnels de santé, les obstacles rapportés sont la peur d'offenser la patiente, le manque de temps et de ressources pour régler le problème, l'épuisement professionnel et la fatigue, la frustration liée à la réticence des patients à changer la situation et le sentiment d'impuissance. Dans une étude analysant les attitudes et le comportement des dentistes vis-à-vis des violences, les obstacles au repérage les plus fréquemment signalés étaient le fait que la patiente soit accompagnée par un partenaire ou des enfants (77 %), le manque de formation (68 %) et la crainte d'offenser la patiente (66 %) (132).

Les professionnels de santé citent souvent le manque de formation et de ressources comme un obstacle au dépistage des violences. La formation sur cette thématique accroît la probabilité que les cliniciens se posent la question du risque de violences, procèdent à un repérage et proposent une intervention. Une étude réalisée dans un service d'urgences a montré que l'identification des femmes victimes de violences est passée de 5,6 % à 30 % grâce à la formation du personnel et à la mise en place d'un protocole de prise en charge des violences (132).

Les lésions de la région oro-faciale sont fréquentes lors de violences conjugales, le rôle des dentistes est donc essentiel pour identifier et aider ces victimes.

13.2 Types de lésions observées

Les lésions à la tête, au cou et au visage sont de loin les blessures les plus fréquentes résultant de violences conjugales. Ainsi, les patientes atteintes de ce type de lésions sont 11,8 fois plus susceptibles d'avoir été blessées dans le cadre de violences conjugales plutôt que d'autres causes.

Une étude a identifié les types de blessures les plus fréquentes chez les femmes maltraitées et présentant une spécificité élevée et une valeur prédictive négative élevée (132, 133). Les femmes victimes de violences sont 18 fois plus susceptibles de présenter des abrasions ou des contusions faciales que la population témoin ; 16 fois plus susceptibles d'avoir des abrasions ou des contusions au cou ; environ 10 fois plus susceptibles d'avoir une fracture de l'orbite, de l'os zygomatique ou nasal ou de présenter une perte de dent ou une dent fracturée ; et près de 6 fois plus susceptibles d'avoir une lacération de la face.

Par ailleurs, dans une étude conduite chez des femmes victimes de violences, la région maxillo-faciale était le site le plus fréquent de lésions des tissus mous, et les fractures nasales étaient les fractures les plus fréquentes (132, 133).

Dans une enquête américaine, les blessures les plus fréquentes se situaient au niveau de la lèvre (29 %), puis au niveau de la face (21 %), du cou (14 %) et de la langue (5 %). D'autres types de lésions étaient aussi observés : des dents cassées (15 %) ou perdues (5 %), la mâchoire fracturée (7 %) (134).

Les violences physiques peuvent être la cause de pathologies bucco-dentaires. Cette hypothèse doit donc être incluse dans l'approche diagnostique du praticien.

Comme lors de tout examen dentaire, il convient de distinguer les observations exobuccales et endobuccales.

À l'examen exobuccal, on peut par exemple distinguer : des ecchymoses, une asymétrie du visage, un trismus, des bruits et/ou douleurs à l'ouverture buccale, la présence de ganglions, une limitation des mouvements en effectuant une palpation de la tête et du cou.

À l'examen endobuccal, on peut déterminer :

- si l'ouverture buccale est spontanée ou non par incapacité physique ou psychologique. En effet, certaines victimes, en fonction des violences subies, peuvent refuser l'intrusion d'instruments en bouche, ou d'être examinées par un homme ou par une femme ;
- les plaies ouvertes, blessures et œdèmes de la face interne de la lèvre ou de la joue ;
- les morsures, coupures, brûlures du palais et de la langue, les lésions d'origine virale liées à certaines violences sexuelles ;
- l'état dentaire : remplir le schéma dentaire, ou odontogramme, en notant tout ce qu'on peut voir (restaurations, caries, fractures, etc.) sans faire directement le lien avec les violences décrites.

Des radiographies panoramiques et rétroalvéolaires, ainsi que des photos doivent être prises.

Si l'examen clinique du chirurgien-dentiste lui est spécifique, le reste de la prise en charge (entretien, soutien, orientation, certificat médical, etc.) reste identique pour tous les professionnels de santé (66).

14. Version soumise aux parties prenantes

Objectifs

Cette recommandation concerne le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, par les professionnels de santé, ainsi que la prise en charge initiale et l'orientation des victimes.

Les objectifs sont de :

- Renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes
- Favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
- Faciliter la coordination entre professionnels

Cibles professionnelles

Ces recommandations s'adressent plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention: médecins généralistes, médecin urgentistes, pédiatres, gynécologues, gynécologues obstétriciens psychiatres, médecins du travail, sages-femmes, infirmiers des urgences et libéraux, chirurgiens-dentistes, masseur kinésithérapeutes,

Cependant tous les professionnels de santé peuvent être concernés dans leur pratique.

Autres professionnels concernés par le thème et partenaires associés aux professionnels de santé : psychologues, conseillères conjugales des CPEF, travailleurs sociaux et professionnels travaillant en lien avec les professionnels sus nommés (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, secrétaire médicale ...).

1 Qu'est-ce que la violence conjugale ?

Les violences conjugales sont à distinguer des « conflits conjugaux » :

On parle de "violence conjugale" si :

- le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler sa partenaire et de la maintenir sous emprise,

Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent.

On parle de "conflit conjugal" si :

- le positionnement est égalitaire dans les interactions.
- deux points de vue s'opposent,

Le plus souvent les faits de violences sont récurrents et cumulatifs. Ils s'aggravent et s'accroissent avec le temps d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce.

La violence conjugale est définie comme des actes de violence entre partenaires intimes. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie.

La violence entre partenaires intimes constitue une circonstance aggravante dans la qualification des infractions au niveau juridique.

La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées.

La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique.

2 Informations générales à savoir sur la violence conjugale

2.1 Eléments épidémiologiques

Les violences conjugales sont des situations fréquentes qui représentent un problème de santé publique majeur.

En moyenne en France, 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année. (soit plus de 25 victimes par heure)

Il faut rajouter à ces chiffres les violences psychologiques et verbales (non comptabilisées dans cette étude) qui ont aussi des conséquences graves sur la santé physique et psychique et le vécu de la victime.

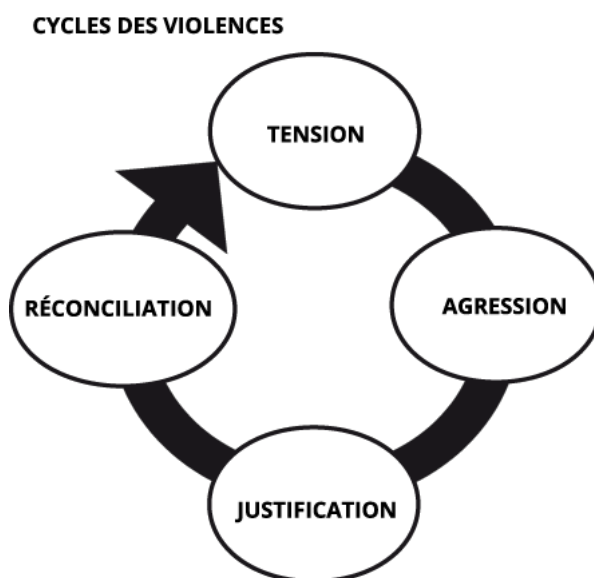
Parmi ces femmes victimes, seulement 19 % déclarent avoir déposé une plainte auprès de l'autorité (gendarmerie ou commissariat de police) suite à ces violences.⁷

En 2016, 123 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime "officiel" (conjoint, concubin, pacsé ou « ex ») ou non « officiel » (petits-amis, amants, relations épisodiques...), soit plus d'une femme tous les trois jours

25 enfants mineurs sont décédés cette même année, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences dans le couple.⁸

Toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine ethnique, leur religion, leur état de santé peuvent être concernées.⁹

2.2 Cycle de la violence



Site internet déclic-violence¹⁰

La violence évolue par cycle : phase de montée en tension dans le couple, épisodes de violences lors de la phase d'agression, culpabilisation de la victime par l'auteur lors de la phase de justification puis réconciliation lors de la phase d'accalmie (appelée de façon inappropriée « lune de miel », au cours de laquelle l'auteur promet que cela ne se reproduira plus).

En l'absence d'intervention, le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence et une diminution de la durée et de l'intensité des phases d'accalmie.

La connaissance du caractère cyclique de la violence conjugale est essentielle pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aides et dans leurs démarches.

2.3 Facteurs précipitants (Annexe 1)

⁷ Enquête CVS 2012-2017

⁸ DAV Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016

⁹ Enquête Enveff 2001

¹⁰ <http://declicviolence.fr/essential-a2.html>

Ces facteurs ne sont pas directement la cause de survenues de violences conjugales mais leur présence voire leur association augmentent le risque d'être victime ou d'exercer de la violence dans un contexte conjugal.

Ces facteurs sont multiples et se situent à différents niveaux, le plus souvent il s'agit d'une combinaison de facteurs sociétaux, communautaires, relationnels et individuels.

Ils ne sont cependant ni spécifiques ni systématiques et aucun facteur à lui seul ne peut expliquer la violence conjugale exercée ou subie.

2.4 Conséquences des violences (Annexe 2)

La violence au sein du couple, qu'elle soit physique, sexuelle ou psychologique, a une incidence majeure sur la santé des femmes. L'état de tension, de peur et d'anxiété dans lequel elles sont maintenues par leur agresseur, de même que les coups et les blessures directes ont de graves conséquences sur la santé et sont à l'origine de troubles très variés.

Cette violence entraîne à court, moyen et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive pour les femmes et affecte aussi de façon très grave leurs enfants. On considère désormais que les enfants ne doivent plus être considérés comme témoins mais bien comme victimes de ces violences.

Ces conséquences sur la santé sont aggravées par la proximité avec l'agresseur, la combinaison de plusieurs formes de violences (physique, psychologique, sexuelle, attitudes de contrôle...) et la durée d'exposition à celles-ci.

3 Comment repérer la violence conjugale?

3.1 Créer un environnement favorable

Il est recommandé de mettre en évidence des affiches¹¹ sur le thème de la violence au sein du couple ainsi que des brochures à disposition des patients, dans la salle d'attente voire dans la salle de consultation. (Annexe 3)

Cela permet de sensibiliser les patients à cette problématique et témoigne de l'implication du praticien dans l'écoute et la prise en charge. Cela peut faciliter la démarche de repérage.

La configuration du lieu de consultation doit permettre de garantir la confidentialité des échanges y compris lors d'une téléconsultation. Il est recommandé que l'entretien se tienne avec la femme seule. Il est important d'expliquer à la patiente, que l'échange restera confidentiel, sauf dérogation légale au secret professionnel.

Si le partenaire ou l'entourage insiste pour participer à l'entretien, les formulations suivantes peuvent être utilisées vis-à-vis de l'accompagnant, afin que la confidentialité de l'entretien puisse être respectée :

« Monsieur, je conduis toujours mon examen en tête à tête avec la patiente »

« Merci de bien vouloir attendre dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels »

Si la présence d'un interprète est nécessaire, il est recommandé qu'il ne soit pas issu de l'entourage de la patiente.

L'entretien doit être basé sur une approche globale en favorisant un climat de confiance.

3.2 Questionner sans signes d'alerte pendant l'anamnèse

La plupart des femmes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent.

La démarche de repérage des violences au sein du couple est globalement bien acceptée par les patientes qui sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par le professionnel de santé. Le groupe de travail s'accorde sur le fait que le questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes.

Cette démarche de repérage de la violence constitue une première étape dans la prise en charge et contribue à rompre le silence et à protéger la victime. Il est recommandé de l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), a fortiori chez la femme enceinte.

¹¹ Disponibles sur le site <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

Il est recommandé de débiter l'entretien par des questions de préférence ouvertes, avec lesquelles le professionnel de santé se sent à l'aise, et adaptées à la patiente.

Bien que ces questions soient destinées à rechercher une situation de violence conjugale, elles peuvent initialement et de façon plus générale s'enquérir du sentiment de sécurité de la patiente.

« Comment vous sentez-vous à la maison ? »

« Comment votre conjoint se comporte t'il avec vous ? »

« En cas de dispute cela se passe comment ? »

« Comment se passent vos rapports intimes ? et en cas de désaccord ? »

« Avez-vous peur pour vos enfants ? »

« Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »

« Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? »

« Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »

« Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »

« Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

Il est recommandé de préciser à la patiente que ces questions sont abordées avec toutes les patientes.

Il est recommandé au praticien d'expliquer à la patiente pourquoi il pose des questions sur les violences.

« La violence est très courante au sein des familles. Je questionne régulièrement mes patientes à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé. Personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire. »

Il est recommandé de prendre en considération les enfants du cercle familial, «Avez-vous peur pour vos enfants? » Ce type de question a une influence importante sur les révélations.

3.3 Questionner devant des signes d'alerte

Aucune symptomatologie n'est spécifique des violences conjugales.

Il est recommandé de penser systématiquement à un risque de violences au sein du couple face à des signes d'alerte qui peuvent être :

- Des symptômes pouvant être la conséquence de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des victimes de violences conjugales.
- Des comportements inhabituels ou inadaptés de la patiente et/ou de son conjoint et/ou de ses enfants
- L'identification de facteurs de risque d'être victime

Symptômes relevant des conséquences de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des victimes de violences conjugales (liste non exhaustive):

Santé physique	Signes fonctionnels : - consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées - symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs (lombaires, abdominales, pelviennes, céphalées...), asthénie, gastro-intestinaux, neurologiques... - mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques par exemple) Signes cliniques : - lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué, - maladie chronique déséquilibrée
Santé mentale	- dépression, - anxiété, - symptômes évocateurs d'un stress post traumatique¹² (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement - tentatives de suicide ou idées suicidaires, automutilations - addictions et/ou abus de substances (...)
Sphère sexuelle et reproductive	- comportement sexuel à risque - douleurs pelviennes et troubles sexuels (dyspareunie,...) - infections gynécologiques et infections sexuellement transmissibles (IST) a fortiori si elles sont répétées - grossesses non désirées et Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) - suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, maladie chronique associée non équilibrée, fausses couches, prématurité, petit poids de naissance ou mort in utero

Comportements de la patiente, du conjoint, des enfants :

Pour la patiente	Comportement craintif, manque de confiance en elle et d'estime de soi, manque d'autonomie discordant avec le niveau socio- éducatif, isolement social, retard dans le traitement, explication confuse et fluctuante des blessures, non observance des traitements ou de la prise en charge, refus d'être examinée... Les victimes de violences peuvent avoir un comportement déstabilisant (contre transfert négatif) pour le praticien, induisant une forme de rejet à son encontre et pouvant mettre en échec la relation d'aide.
Pour le conjoint	Un partenaire accompagnant trop impliqué qui répond à la place de sa partenaire, qui minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants ...
Pour les enfants	Rupture dans le comportement, rupture scolaire Repli sur soi ou hyperactivité, Régression des acquisitions ou maturité précoce Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées Actes délictueux, mise en péril de soi

Facteurs de risque d'être victime :

Le groupe de travail tient à rappeler que les facteurs de risque ne sont pas des facteurs prédictifs. Tous les milieux sociaux sont concernés, avec un repérage potentiellement plus difficile dans les milieux favorisés.

Dans tous les groupes sociaux on peut retrouver :

- Le jeune âge
- Une différence d'âge importante dans le couple
- Des pathologies associées (troubles mentaux, maladie chronique, handicap)
- Des conduites addictives (alcool, drogues)
- Un contexte de séparation dans le couple
- Des antécédents de maltraitances durant l'enfance y compris les violences conjugales parentales subies
- La grossesse (en particulier la première grossesse) et la période périnatale
- Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal
- Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique

En présence de signes d'alerte on peut alors s'appuyer sur ces symptômes pour ouvrir le dialogue :

« Il arrive que des patientes qui présentent les mêmes symptômes que vous, soient victimes de violences. Est-ce votre cas ? »

« Parfois ces symptômes sont liés à du stress, des tensions ou de la violence à la maison. Est-ce votre cas ? »

« Lorsque vous étiez enceinte, avez-vous été maltraitée, frappée, giflée, blessée par votre partenaire ? »

3.4 Que faire en cas de doute et si la patiente ne souhaite pas faire de révélation ?

La révélation de la violence conjugale par la patiente peut ne pas être immédiate et se faire par étape lors de consultations ultérieures. Les victimes ont en effet souvent tendance à minimiser ou banaliser ce phénomène, du fait du processus d'emprise, d'un sentiment de honte ou de culpabilité, ou du fait d'une prise en charge inadaptée lors de précédente révélation.

En outre, si la violence est essentiellement psychologique, la victime peut la considérer comme n'étant pas assez grave pour en parler voire douter de son caractère violent, lorsque cela s'inscrit dans un trouble dissociatif.

Même si la prise de conscience des violences n'est pas immédiate, cette démarche de questionnement favorise la prise de conscience puis la révélation lors de consultations ultérieures. La révélation est avant tout un acte volontaire.

En cas de doute sur une situation de violence et si la patiente ne souhaite pas parler, il est recommandé :

- de ne pas insister mais de lui laisser le temps de décider.
- d'indiquer les aides existantes, pour que la patiente puisse y avoir recours.

Il est recommandé de se préoccuper systématiquement de la présence d'enfant au domicile afin d'informer les femmes victimes des conséquences des violences sur la santé et la sécurité de leurs enfants y compris en l'absence de violence directe et d'orienter la prise en charge.

4 Comment accompagner la victime en cas de révélation ?

4.1 Quelles attitudes à avoir ?

La révélation est un moment clé qui nécessite une écoute empathique et active, un soutien et une absence de jugement.

Pour aider la victime à se confier, il est recommandé que le professionnel adapte ses attitudes à la situation :

- Être à l'écoute et consacrer suffisamment de temps à l'entretien,
- Ne pas porter de jugement, faire preuve d'empathie, de soutien
- Reconnaître la validité du récit de la femme,

- Légitimer la situation de victime, confirmer qu'elle est dans son droit de demander de l'aide, l'encourager dans cette démarche,
- Rappeler à la patiente le respect de la confidentialité de cet entretien sauf dérogation au secret professionnel.

4.2 Considérer l'impact sur les enfants

La nécessaire protection de l'enfant au cœur des violences conjugales est un ressort de la consultation.

Toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés.

Dans ces situations, les enfants sont plus fréquemment victimes de violences directes, de violences physiques ou psychologiques à leur encontre ou de négligences.

Il est nécessaire de les considérer comme des victimes à part entière qu'il convient d'aider le plus rapidement.

Il est recommandé de questionner la patiente sur sa perception de la sécurité et du bien-être de ses enfants.

4.3 Quelles informations transmettre ?

En cas de révélation par la victime, il est recommandé :

- De reformuler les propos de la patiente pour qu'elle se les réapproprie
- d'expliquer à la patiente ce que sont les violences conjugales,
- de lui proposer de l'orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée
- de lui transmettre des informations concernant les aides associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider à se protéger et à protéger ses enfants.

Informations sur les violences conjugales :

- Rappeler que les faits de violence sont interdits et punis par la loi et préciser à la victime qu'elle est en droit de déposer plainte
- Expliquer à la patiente qu'elle n'est pas seule dans cette situation, que la violence conjugale est une situation fréquemment vécue,
- Expliquer ce qu'est la violence conjugale, qu'elle évolue par cycles au cours du temps en augmentant en intensité et en fréquence et qu'elle a un impact négatif sur la santé de la femme et celle de ses enfants,
- Prendre en compte le sentiment de culpabilité et de honte et réattribuer l'unique responsabilité des violences à l'agresseur

Informations sur les aides associatives, judiciaires et sanitaires:

- Fournir des informations pratiques, proposer d'orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée :
 - Rappeler à la patiente qu'elle peut se présenter aux urgences 24H/24 7j/7.
 - L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire.
 - Lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences femmes info) numéro national d'aide aux femmes victimes de violence ou le 116 006 numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales.
 - Solliciter l'aide des services du Conseil Départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux
- Utiliser le réseau de proximité
 - Orienter ou remettre les coordonnées de professionnels de proximité qui pourront lui apporter une aide : assistante sociale, travailleurs sociaux, psychologue, pédiatre, PMI, associations spécialisées sur les violences conjugales

Il est recommandé de préciser à la patiente qu'elle reste libre d'agir quand et comme elle le souhaite.

Une consultation de suivi lui sera alors proposée systématiquement afin qu'elle puisse bénéficier d'un soutien durant toute sa période de réflexion.

Informations sur le fait que la patiente reste libre d'agir quand et comme elle le souhaite :

Il est fondamental pour la patiente de retrouver l'autonomie qu'elle a perdue face à son agresseur, il est donc impératif de respecter ses choix.

Il est conseillé de :

- Aider la patiente dans sa prise de décision, en respectant ses souhaits sans la presser à prendre une décision immédiate,
- Ne pas porter de jugement si la patiente choisit de ne pas aller plus loin dans sa démarche pour le moment,
- Expliquer à la patiente que, même si elle ne porte pas plainte, elle continuera de profiter d'un suivi et d'un soutien lors de consultations ultérieures durant toute sa période de réflexion et lui proposer systématiquement une consultation de suivi (post soin)
- L'informer des conséquences sur les enfants et expliquer à la patiente qu'elle peut faire ce choix pour elle-même mais que la présence des enfants au cœur de ces violences est une situation qui autorise le praticien à se délier du secret professionnel (Art 226-14 CP) pour en prendre soin et mettre en œuvre des mesures de protection adaptées.

4.4 Comment constituer un dossier médical exploitable ?

Tous les éléments recueillis lors de l'entretien avec la patiente et à l'examen doivent être consignés dans un dossier afin d'assurer au mieux le suivi de la patiente.

Il est recommandé que le dossier médical documente :

- l'information transmise par la patiente, de façon la plus factuelle et la plus précise possible,
- la réalité des blessures physiques par la prise de photos datées : Il peut être utile de prendre des photographies (avec l'accord de la patiente) avec un repère métrique et de renseigner des schémas corporels,
- les observations factuelles du praticien concernant les blessures physiques, le retentissement psychologique, les autres troubles observés et toute information qui pourrait être utile.

Ces informations doivent être détaillées, les propos de la patiente peuvent être rapportés mais dans ce cas notés entre guillemets, ainsi que l'attitude de la patiente au cours de l'entretien. (« X dit avoir été victime de... », «la victime déclare... », «selon les dires de la victime... ».)

Ces éléments pourront être utilisés pour la rédaction d'un certificat médical initial (pour les professions médicales) ou d'une attestation (pour les professions para médicales).

Ces détails sont essentiels pour une prise en charge adaptée et pourront être utiles à une éventuelle procédure judiciaire secondaire.

Il est essentiel de s'assurer de la complète confidentialité du dossier médical de la patiente.

4.5 Quels sont les signes de gravité à rechercher ?

Il est recommandé d'effectuer :

- une évaluation de la gravité au moment de la révélation et par la suite lors de chaque visite. Cette évaluation doit porter sur la fréquence, l'intensité, le contexte (grossesse, enfants, .projet de séparation.), et les conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures,...)
- une évaluation de la dangerosité liée à l'auteur des violences

Cette évaluation peut s'appuyer sur les questions suivantes, si la patiente répond « oui » à plusieurs de ces questions, le risque de gravité est élevé :

- « *Les actes de violence physique ont-ils augmenté ces six derniers mois ?* »
- « *Votre conjoint a-t-il utilisé une arme ou vous a-t-il menacé avec une arme ?* »
- « *Pensez-vous que votre partenaire soit capable de vous tuer ?* »
- « *Avez-vous été frappée pendant votre grossesse ?* »
- « *Votre partenaire est-il violent et constamment jaloux de vous ?* »

Ainsi, certains indicateurs peuvent orienter vers un risque de gravité élevé voire un risque vital:

Les indicateurs de gravité liés à l'agresseur – l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation qui, en se répétant, peuvent atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial ; – le contexte d'addiction (alcool stupéfiants); – présence d'armes à la maison ou utilisation des objets de la vie courante comme arme par destination – l'existence de menaces de mort, de tentatives de passage à l'acte (par exemple strangulation); – la présence de troubles de la personnalité chez le partenaire ; – un partenaire réfutant tout acte de violence, résistant au changement, ayant une absence de motivation pour un traitement et qui soutient la notion de violence envers les femmes.
Les indicateurs liés à la victime – la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé – les troubles psycho-traumatiques pouvant engendrer une dissociation chez la victime, ce qui peut induire un diagnostic erroné
Les indicateurs liés à la présence d'enfant – le retentissement sur les enfants du foyer, très souvent témoins des actes de violence et pouvant être des victimes de violences directs ou de négligences.

4.6 Mesures de protection en cas de situation jugée grave ou à risque élevé

Face à une **situation jugée grave**, il est recommandé d'envisager des mesures de protection en urgence suivantes:

- Décider une hospitalisation immédiate, appeler le 15 ou une mise en sécurité (appeler le 115 ou une association locale qui dispose d'hébergements d'urgence)
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie, ou d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services
- Informer la patiente de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la police (main courante) ou à la gendarmerie

Si le médecin estime ne pas avoir la compétence voulue, il peut adresser la patiente au médecin référent pour la prise en charge des femmes victimes de violences de son centre hospitalier de secteur ou à une association FVV ou d'aide aux victimes la plus proche possible du domicile de la victime.

Lorsqu'une **situation à risque élevé** est identifiée, il est recommandé de conseiller à la patiente de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence.

L'objectif pour le praticien est de donner à la patiente des conseils d'organisation anticipée, sous la forme d'un **Plan de sécurité (ou Scénario de protection)** pour faciliter son départ du domicile conjugal lorsqu'elle l'estimera nécessaire.

Informez la patiente qu'elle peut saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une **ordonnance de protection** et l'éviction de son conjoint violent,

En cas de grave danger menaçant une personne victime de violences de la part de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le procureur de la République peut attribuer à la victime, pour une durée renouvelable de six mois et si elle y consent expressément, un dispositif de téléprotection (**Téléphone Grave Danger (TGD)**) lui permettant d'alerter les autorités publiques et d'être géolocaliser.

Ce dispositif peut être mis en place dans les suites d'une ordonnance de protection ou autre mesure d'éloignement. Il faut noter que la victime doit résider de façon séparée de son conjoint violent pour en obtenir l'attribution.

Le **Plan de sécurité** consiste à faire une liste des numéros d'urgence, photocopier les documents personnels faire des doubles des clés, mettre de l'argent de côté et préparer un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr). La patiente doit aussi identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association) et convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent.

4.7 Etablir un certificat médical (Annexe 4) , une attestation professionnelle (Annexe 5)

Le certificat médical est un document établi sur un papier à entête du professionnel de santé dont l'objet est de consigner les constatations médicales que le professionnel a été en mesure de faire lors de l'examen ou d'une série d'examens, ou d'attester de soins que celui-ci a pratiqué . Il peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection (notamment une ordonnance de protection, l'attribution d'un téléphone grave danger).

Cependant, dans le cadre d'un dépôt de plainte, l'établissement de ce certificat médical, n'est pas un préalable indispensable.

Le certificat médical doit être établi selon des règles précises : [\(Annexe 6\)](#)

- La consultation et l'examen clinique de la patiente est un préalable indispensable à la rédaction du certificat.
- N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation : le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers ni sur l'imputabilité.
- Il ne désigne pas nommément le tiers responsable.
- Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ».
- Les doléances sont notées de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Le certificat décrit avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.
- Les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) ne figureront qu'avec l'autorisation expresse de la patiente.
- Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne: les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée
- Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schéma anatomique datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.
- Le certificat médical peut préciser les éléments « d'incapacité » observés qui aideront à déterminer l'ITT (Incapacité totale de travail). L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités de la vie courante de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant).

Le certificat doit être signé et daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.

La date de constatation des faits doit figurer sur le certificat si elle est différente de la date de rédaction.

Le médecin doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée, ou au représentant légal, si la victime est une mineure.

Si la victime est mineure un signalement judiciaire s'impose (Art 226-14 du Code Pénal) afin de pouvoir organiser avec les instances administrative et judiciaire la protection de la victime.

Le certificat ne doit jamais être remis à un tiers, le conjoint devant être considéré comme un tiers.

Si le praticien n'a pas de compétences spécifiques pour la détermination d'une ITT (Incapacité totale de travail), il est recommandé de ne pas fixer d'ITT sur le Certificat médical initial.

Le praticien peut alors faire figurer sur le certificat médical initial: « l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents ».

L'ITT (Incapacité totale de travail), est une notion pénale qui évalue le retentissement global (physique et psychique) des violences. Même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, sa détermination permettra au juge d'apprécier la gravité des violences subies.

En raison de la qualité de l'auteur les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT (Art. 222-13 Code Pénal).

Néanmoins, une ITT de plus de 8 jours devient une circonstance aggravante en droit pénal dans le contexte précis de violences conjugales. Afin de préserver la défense des intérêts de la victime il est nécessaire de rester très vigilant quant à la durée d'ITT fixée.

L'ITT est majorée lorsque l'auteur a connaissance de l'état antérieur (état de faiblesse) de la victime.

Certains professionnels para médicaux, tels que les masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, peuvent établir une attestation professionnelle des éléments qu'ils ont constatés dans le cadre de la relation de soins, à la demande du patient.

Cette attestation suit les mêmes règles déontologiques que le certificat médical et engage la responsabilité de leur auteur.

4.8 Dans quels cas signaler ? Dans quel cas transmettre la situation aux autorités compétentes

Le **signalement** est une dérogation légale au secret médical. La rédaction du certificat médical ne se substitue pas au signalement.

Si la victime semble en péril imminent ou dans un état de vulnérabilité tel qu'elle semble dans l'incapacité d'agir elle-même, le médecin doit se manifester auprès des autorités judiciaires, administratives ou hospitalières selon les cas, afin de mettre la victime à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais.

La loi prévoit que le médecin doit recueillir l'accord de la victime pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique. Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ou d'une grossesse (Art 226-14 du Code Pénal).

Le signalement est obligatoire pour une personne placée sous le régime de la tutelle.

En présence d'enfants au sein du foyer, chaque situation doit faire poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ) (Art 226-14 du Code Pénal) y compris lorsqu'il ne voit pas les enfants en consultation. ([Annexe 7](#))

Les règles de rédaction du certificat médical s'appliquent aussi au signalement. Ainsi, Il ne doit pas mettre en cause un tiers, ne doit pas se prononcer sur la mécanique traumatique ou l'imputabilité et il doit mentionner les dires et confidences de la personne entre guillemets. Les constats médicaux sont rédigés au présent et les circonstances au conditionnel.

5 Vers qui orienter la victime : les différentes ressources

5.1 S'entourer d'un réseau multi disciplinaire (Annexe 8)

Pour la prise en charge des victimes de violence et de leurs enfants il est recommandé de mettre en place un réseau avec les autres partenaires concernés : médecins hospitaliers référents des violences faites aux femmes et des enfants victimes de violence, des psychologues, les autorités judiciaires, mais aussi avec les autres acteurs territoriaux ; conseils départementaux, les collectivités, autres professionnels de santé, associations spécialisées FVV (Femmes Victimes de Violences) et associations d'aide aux victimes, UMJ,...

Il est recommandé que le praticien dispose d'une liste de coordonnées des principaux partenaires de son secteur, concernés par les situations de violence.

5.2 Les référents vers qui adresser la victime

5.2.1 Le système judiciaire

Dans les commissariats et les gendarmeries un officier de police judiciaire (OPJ) référent violence est désigné pour accueillir ces victimes de violences conjugales.

Avant d'orienter la patiente vers un commissariat il est recommandé de prendre attache préalablement avec l'une de ces personnes ressources.

L'accueil du public dans les commissariats et les brigades de gendarmerie s'exerce sept jours sur sept, de jour comme de nuit. Tout service de police ou unité de gendarmerie est tenu de recevoir la plainte d'une personne victime qui se présente dans ses locaux.

La plainte est recevable même en l'absence de certificat médical préalable.

Au-delà de l'enquête judiciaire menée à l'encontre de l'auteur, policiers et gendarmes veillent à la sécurité de la victime en assumant un rôle d'interface avec les associations et les acteurs sociaux.

Afin d'améliorer l'accueil des victimes, des intervenants sociaux et des psychologues sont implantés en commissariat et en gendarmerie (ISCG). Les intervenants sociaux assurent le relais avec les différents services sociaux, orientent et conseillent les personnes pour les démarches ou les contacts avec les services d'aide, de soins ou de secours. La mission de ces psychologues consiste à intervenir tant à l'égard des victimes que des auteurs de violences et à assurer des actions de formation au bénéfice des policiers.

Par ailleurs, des permanences d'associations d'aide aux victimes sont progressivement mises en place dans les commissariats et brigades de gendarmerie.

La victime, **en situation de danger et d'urgence**, peut déposer une requête auprès du Juge aux Affaires Familiales (JAF) en vue de la délivrance d'une Ordonnance de Protection (OP). Cette ordonnance permet d'obtenir du juge aux affaires familiales l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal.

Cette mesure peut être obtenue indépendamment du dépôt d'une plainte par la victime et le recours à un avocat n'est pas obligatoire.

5.2.2 Les associations d'aides aux victimes

La **Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF)** regroupe sur l'ensemble du territoire français des associations spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violence, principalement conjugales.

Ces associations proposent un accompagnement spécifique et un hébergement adapté aux femmes et à leurs enfants, y compris pour des mises en sécurité en urgence. Certaines de ces associations ont des permanences en milieu hospitalier.

Les **associations du réseau France Victimes INAVEM** sont conventionnées par le Ministère de la Justice et travaillent en étroite collaboration avec le Procureur de la République.

Elles accompagnent les victimes de la commission de l'infraction jusqu'à la réparation de la victime en saisissant s'il le faut les fonds de garantie. Elles accompagnent les victimes lors des audiences. Chaque département, au sein du Tribunal de Grande Instance dispose d'au moins une association d'aide aux victimes.. La cartographie des associations se retrouve sur le site internet de **France Victimes**.

Le **Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF)** est un réseau d'associations départementales des droits des Femmes et des Familles qui permet d'informer les femmes sur leurs droits.

Les associations de ces trois réseaux proposent des entretiens gratuits et confidentiels avec leurs juristes, psychologues et travailleurs sociaux. Elles peuvent permettre d'actionner les dispositifs d'accompagnement et de protection des victimes ainsi que les mesures d'éloignement des conjoints violents. Elles sont souvent porteuses du **téléphone grave danger**. ([Annexe 9](#))

Leurs activités s'exercent en lien avec leurs partenaires institutionnels (service sociaux, de protection de l'enfance, de santé, de police et de justice) ou associatifs.

5.2.3 Dispositifs au niveau national

Le **39 19 (Violences Femmes Info)** est un numéro national, anonyme et gratuit est dédié aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés.

Ce numéro national, géré par la **FNSF**, garantit une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Il est ouvert 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 9h à 22h, les samedis, dimanche et jours fériés de 9h à 18h.

Le **116 006** est le numéro international de l'aide aux victimes et il est porté, au niveau national sous délégation du Ministère de la justice, par **France Victimes**. L'appel sera relayé à l'association d'aide aux victimes la plus proche. Ces associations ont un socle d'intervention de professionnels communs : juristes, psychologues et travailleurs sociaux. Les entretiens sont confidentiels, gratuits.

Le site « **stop violences-femmes.gouv.fr** », destiné au grand public et aux professionnels concernés, délivre des informations sur les différentes formes de violences, les démarches à initier et les modalités d'intervention des acteurs (repérage, ce que dit la loi, conseils, orientations), avec notamment une rubrique sur les structures associatives nationales et locales.

Les **numéros d'appel d'urgence** : Ces numéros gratuits sont à appeler en cas d'urgence 17 (police ou gendarmerie), 112 (numéro d'urgence européen), 15 (Service d'Aide Médicale Urgente, SAMU), 18 (pompiers), 114 (pour les personnes sourdes ou malentendantes).

6 Cas particulier de la périnatalité

Le repérage de violence est recommandé chez toutes les patientes enceintes et en post partum, consultant un professionnel de santé. Durant la grossesse il est recommandé lors de la première visite prénatale puis au moins une fois par trimestre et lors de la visite du post partum.

La période de la grossesse et la période périnatale constitue une situation à risque notable de violence conjugale.

Les femmes exposées à des violences pendant leur grossesse représentent environ 10 pour cent des femmes en âge de procréer.

Au cours de la grossesse le futur enfant est perçu comme celui qui rompt le lien exclusif de l'homme avec la femme, La toute-puissance de l'homme et son emprise sont alors ressenties comme minimisée et son pouvoir diminue. De plus la grossesse réactive parfois le vécu de sa propre enfance.

La femme est exposée aux yeux de tous et suscite de l'intérêt, ce qui peut être insupportable et réactive ses pulsions violentes qui peuvent être exacerbées.

Les actes de violence envers les femmes au cours de la grossesse affectent directement et indirectement la mortalité et la morbidité de l'enfant et de la mère.

Les professionnels de la santé périnatale ont un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences. En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que, jusque-là, la femme n'a pu évoquer.

La communication entre les équipes de néonatalogie, de pédiatrie, de maternité, la PMI, les professionnels libéraux (médecin généraliste, sage-femme) et plus globalement les réseaux périnatalité améliore le repérage précoce des violences.

7 Repérage aux urgences hospitalières

Des postes de référents « violence faites aux femmes » ont été créés dans chaque hôpital.

Ils ont pour principale mission d'assurer la sensibilisation et l'information de l'ensemble du personnel des urgences et de faciliter la prise en charge en identifiant les partenaires utiles, hospitaliers, institutionnels et associatifs. Ils peuvent, entre autres, proposer l'élaboration de protocole entre les services pour améliorer la prise en charge, l'hospitalisation et l'accompagnement des patientes victimes de violences.

L'hôpital est un lieu-clé pour la prise en charge des femmes victimes de violence, en premier lieu dans les services d'urgences, les services de gynécologie obstétrique, le service social hospitalier, le service de psychiatrie

Par ailleurs, au sein de l'hôpital d'autres services hospitaliers tels que les Unités Médico-judiciaires (UMJ) ou les unités en convention avec une UMJ, participent à cette prise en charge afin de garantir la qualité des orientations de patientes et de permettre le dépôt de plainte le cas échéant.

Le repérage peut aussi avoir lieu aux urgences pédiatriques à l'occasion de la prise en charge d'un enfant.

8 Spécificité du repérage en cabinet dentaire

Le chirurgien dentiste, en tant que professionnel de premier recours, a un rôle déterminant à jouer dans le repérage et l'accueil des victimes de violences.

En cas de suspicion de violences chez une patiente consultant pour des soins dentaires, certains signes peuvent alerter le praticien :

- Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, ...
- Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes,... ;
- Asymétrie du visage, affaissement facial,
- Troubles de l'occlusion
- Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire
- Attitude « trop » résistante à la douleur
- Attitude très docile voire figée
- Troubles somatiques
- Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche
- Réflexion lors de l'examen clinique comme « j'ai l'impression qu'on me viole »

Aucun de ces signes d'alerte n'est caractéristique d'une violence, mais ils sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, se répètent, s'inscrivent dans la durée et qu'ils ne trouvent pas d'explication rationnelle.

9 Repérage par les professionnels para médicaux

Le lien qui se crée avec le professionnel paramédical (que ce soit en terme de temps plus important pour chaque séance ou pour les masseurs kinésithérapeutes en terme de toucher qui favorise le contact) permet parfois à la patiente de se confier plus facilement.

Certains soins nécessitant que la patiente se dénude permettent un repérage facilité des traces de violence sur le corps.

Dans ce contexte, il est recommandé pour le repérage de prendre en compte les points d'appels suivants :

- le conjoint refuse que sa partenaire reste seule avec un professionnel du sexe opposé
- le conjoint fait preuve d'ingérence dans les soins apportés de sa partenaire.

Ce sont des signes d'alerte non négligeables, qui ne sont pas forcément repérés par un professionnel non averti et qui peuvent passer inaperçues dans le cabinet paramédical.

Si la patiente en fait la demande, il est recommandé de rédiger une attestation professionnelle en respectant les mêmes règles de rédaction que le certificat médical. ([voir chap 4.7](#))

Des éléments tels que les traces physiques, des hématomes, peuvent être notés dans l'attestation. Cette attestation peut contenir des éléments que la patiente ne révélera plus à un autre professionnel. Cette attestation professionnelle a une valeur juridique.

15. Avis des parties prenantes

Le texte des recommandations et le rapport d'élaboration ont été soumis à la consultation des parties prenantes. Une grille de lecture/questionnaire a permis aux parties prenantes le désirant d'apporter des remarques sur la forme des documents ainsi que sur le fond.

À la fin de la phase de consultation, l'ensemble des commentaires (voir tableau ci-après) a été transmis au groupe de travail qui en a tenu compte pour finaliser le texte des recommandations.

Liste des institutions, organismes professionnels et associations d'utilisateurs ayant relu les fiches et rendu un avis.

- Association nationale des sages-femmes libérales
- CNAM
- Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique
- Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale (Société française de médecine légale)
- Collège de la masso-kinésithérapie
- Collège de la médecine générale
- Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire
- Collège national des sages-femmes de France
- Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)
- Conseil national professionnel de pédiatrie
- Conseil national professionnel de psychiatrie
- DGS
- Fédération nationale Solidarité femmes (FNSF)
- France Victimes
- MIPROF
- Société française de psychologie
- Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes

Le tableau suivant rassemble les différentes réponses des parties prenantes en fonction des différentes parties du texte des recommandations.

COMMENTAIRES SUR LA FORME DU DOCUMENT SOUMIS POUR AVIS		
Parties prenantes	Éléments positifs	Éléments négatifs
CNP de Pédiatrie	Présentation très claire et très didactique	Pas de description des troubles psychopathologiques : syndrome de stress post-traumatique juste cité et non décrit Pas de syndrome de stress aigu (ni cité ni décrit) Cf DSM V Pas de présentation spécifique pour les jeunes filles mineures
Société française de psychologie	Présentation claire Peut-être adapter des chapitres de façon différenciée suivant les cibles ?	
Collège de Médecine Générale	Visuellement, les points clés ne sont pas assez visibles,	

	notamment le fait que la violence conjugale est une forme avérée de maltraitance infantile qui nécessite d'être prise en charge systématiquement.	
Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)	Déroulement de l'exposé est clair Résumé des facteurs associés et des conséquences des actes de violence sous forme de tableau clair et précis avec lecture rapide.	
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)	Données épidémiologiques nationales et internationales détaillées. Sur le fond; ce document nous semble globalement très satisfaisant - la structuration est très pédagogique - le contenu exhaustif à une remarque près, j'aurais bien rajouté un chapitre spécifique sur les mineures victimes de violences et les spécificités de cette prise en charge. Cette situation n'est pas oubliée mais l'information est un peu diluée (exemple p 17 au sujet du certificat médical) alors qu'elle est correctement individualisée pour ce qui est de la question de l'impact sur les enfants. Présentation dense mais exhaustive.	Sur la forme, quelques fautes d'orthographe mais qui j'imagine seront repérées par des lectures attentives en interne Bien que la majorité des victimes soient des femmes, il conviendrait d'élargir le repérage aux hommes également. Une fiche mémo sur le repérage de toutes les formes de violence pourraient être développées et seraient complémentaires (violence sexuelle sur mineure actuelle ou passée, ...). La sage-femme devrait être associée systématiquement « au médecin » dans les parties se référant au dépistage / orientation / rédaction de certificat / ... Il serait donc possible de placer « médecin ou SF » en-tête puis d'alléger le texte en ne citant que le mot « praticien » tout du long. Concernant les enfants : le discours est inconfortable dans la mesure où la situation de violences est maltraitante pour les enfants Exemple p12 « et d'orienter la PEC » : c'est-à-dire ? Exemple p13 : « Il est recommandé de préciser à la patiente qu'elle reste libre d'agir quand et comme elle le Souhaite » : difficile à dire et à gérer si des enfants sont présents. p.19 : « Avant d'orienter la patiente vers un commissariat il est recommandé de prendre attache » : à noircir et préciser qui sont « ces » personnes-ressource. p19 : « Cette mesure peut être obtenue indépendamment du dépôt d'une plainte par la victime et le recours à un avocat n'est pas obligatoire » = à surligner, car dans la pratique les commissariats ne l'appliquent pas toujours.
CNOM	Le document est bien conçu et la mise en page rend sa lecture aisée.	

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes		Manque la partie neurologique (le psychotrauma) capitale pour comprendre les conséquences physique et psychologique de la violence qu'en est-il des traitements medico-psychologiques ? 10 centres en France traitent le psychotrauma
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNP GO)	Document exhaustif, très explicite, complet.... Les différents points sont bien abordés. La définition est claire, les premiers chapitres sont indispensables pour tous professionnels de santé	Pour une fiche mémo, c'est trop long, compliquée dans les derniers chapitres, entre toutes les associations ; les différents numéros de tél ; quand s'adresser à la justice, à la gendarmerie....
Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire	Parfaitement présenté Plan très logique	
FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes		si possible féminiser les professions (ex une ou un secrétaire médical, assistantes/assistants sociaux) Et patientes et patients
France Victimes	Document très complet et rédigé de façon pédagogique et adaptée pour les professionnels de santé	Peut-on vraiment parler de « fiche mémo », eu égard à la longueur du document ? Il serait peut-être intéressant de découper le document en plusieurs fiches thématiques.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

CNP de Médecine Légale et Expertise Médicale

La lecture de la **fiche mémo** intitulée : repérage des femmes victimes de violences au sein du couple appelle de la part des professionnels médecins légistes de la société Française de médecine légale les commentaires suivants :

Il est dommage que les Unités Médico-Judiciaires (UMJ) des services de médecine légale ne soit pas individualisées dans la partie réservée aux référents vers qui adresser la victime (§ 5.2).

En effet les Unités Médico-Judiciaires, structurées depuis 2011 à la suite des circulaires du 27/12/2010 et 28/12/2010 relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale participent au quotidien à la prise en charge hospitalière les femmes victimes de violences et en particulier au sein du couple.

La plupart des UMJ est aussi un lieu d'accueil, de recours, de soins et d'orientation des victimes.

A ce titre, la réforme de la médecine légale prévoit la présence d'infirmières et de psychologues au sein même des UMJ.

Pour cela, au travers d'organisations hospitalières locales et en lien avec le réseau institutionnel (associations d'aide aux victimes, préfecture, justice et.), elles contribuent activement, au-delà de l'examen expertal des victimes, à leur prise en charge médicale pluri disciplinaire initiale et secondaire.

La plupart d'entre-elles fonctionnent avec ou sans rendez-vous.

De plus, les UMJ assurent très souvent, dans le cadre d'astreinte 24h00/24h00, le dispositif de permanence de prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Les UMJ semblent donc représenter aujourd'hui une des porte d'entrée dans le repérage et la prise en charge initiale et secondaire de ces victimes.

Les liens de ces unités avec le monde judiciaire, la police et la gendarmerie constitue un atout important permettant d'améliorer le parcours médico judiciaire des femmes victimes de violences. De plus les UMJ constituent souvent des centres pivot soins psychologiques de référence au niveau zonal, voire régional. Il apparaît donc important et sans doute légitime que ces unités apparaissent clairement dans le document comme des référents vers qui adresser la victime.

D'autre part, la lecture de ce document met en évidence une ambiguïté sur l'ITT (page 18 4ème ligne). L'ITT

n'a pas à être majorée lorsque l'auteur supposé des faits a connaissance d'un état antérieur ou d'un état de faiblesse la victime (par exemple : une grossesse connue ou visible).
En effet, si ces derniers doivent être rapportés par le médecin, leur prise en compte au titre de circonstance(s) aggravante(s) est totalement indépendante de l'ITT et sa prise en compte relève exclusivement de la procédure pénale.

La lecture du **rapport d'élaboration** retrouve des d'inexactitudes, des imprécisions dont certaines méritent d'être corrigées si ce document devait être diffusé.

Le chapitre concernant les Unités Médico-Judiciaires (page 37) doit être actualisé en terme de date de circulaires (27/12/2010 et 28/12/2010) ainsi qu'en précisant que ces unités sont dotées de psychologues spécialistes en victimologie financés par l'assurance-maladie.

Il en est également du tableau de la page 40 mentionnant les ressources vers lesquelles orienter une femme victime de violences, issu d'une thèse de médecine générale qui note notamment de manière assez erronée que les prélèvements en cas de viol sont réalisés par les services de gynécologie.

À la page 72 il apparaît inopportun de lier, d'après un travail portant sur 11 médecins généralistes, la rédaction du certificat médical au fait que le médecin puisse être convaincu de la culpabilité de l'auteur. Les règles de bonnes pratiques nationales (HAS, 2011) et internationales de rédaction des certificats de coups et blessures imposent que le rédacteur ne décrive que ce qu'il constate de manière objective, et non en fonction d'une conviction. Il ne paraît pas inutile de rappeler que le non-respect de cette règle peut constituer un risque potentiel d'engagement de la responsabilité pénale ou disciplinaire.

La notion de psycho trauma tend actuellement à s'élargir, et englobe une variété de symptômes qui va croissant mais perd en spécificité. On rappelle que le stress post traumatique répond à des critères cliniques (symptômes précis) et contextuels (circonstances de l'évènement) bien spécifiques ne pouvant reposer que sur des définitions validées par la communauté scientifique.

Conseil National Professionnel de psychiatrie

Très bon travail, complet, pratique, et hiérarchisant bien les éléments disponibles, tant pour le document court que le document long.

Association nationale des sages-femmes libérales

Pas de commentaires à faire sur le travail produit.

CNAM

Fiche Mémo « Repérage des femmes victimes de violence au sein du couple »

Commentaires CNAM Document Version parties prenantes nov 2018

Ce document clair est porteur de nombreuses informations utiles aux cibles professionnelles envisagées (ajouter infirmière de PMI dès la p 5). Il pourrait être complété par une version plus compacte habituelle pour les fiche mémos HAS avec en particulier une mise en relief des messages clés. A cet égard, préciser aux professionnels visés en les regroupant, les circonstances de dérogations légales au SP obligatoires ou autorisées avec consentement de la victime ou non.

On peut suggérer :

- d'harmoniser le texte et les annexes et de parler de violence conjugale tout au long du document (titre 2.4, tableau p 10, tableau annexe 1, annexe 2
- de préciser dérogation légale au secret professionnel p 12 § 4.1
- de donner un contenu à la note de bas de page n°6 (renvoi vers le glossaire)
- de préciser le cas échéant le sens et l'importance de la différence d'âge au sein du couple mentionnée p 11 annexe 1 p 26
- d'utiliser en annexe 2 tableau Principale conséquence les termes : période de la grossesse et du post partum (plutôt que le trop limitatif au cours de la grossesse)
- préférer les termes troubles du comportement alimentaire à désordres alimentaires p25 annexe 2

DGS

Remarques sur le rapport « argumentaire » relatif au projet de fiche memo « Repérage des femmes

victimes de violences au sein du couple » élaboré par la HAS
Propositions pour améliorer la lisibilité du document :

- a) Sur la couverture du rapport d'élaboration, il faudrait faire apparaître le titre complet à savoir, rajouter « au sein du couple »
- b) Dans le chapitre 1 « données épidémiologiques », il faudrait faire apparaître dans un même chapitre une synthèse des données issues des différentes enquêtes plutôt que de l'évoquer au dernier paragraphe du chapitre 1.1.4 (page 16) ;
- c) Au chapitre 2 « définitions et types de violences », sous chapitre 2. 1.1 page 23, Il serait nécessaire de supprimer ou déplacer les données issues des enquêtes pour les inscrire dans le chapitre épidémiologique. Elles ne participent pas à la définition des violences ;
- d) Au chapitre 2 « définitions et types de violences », le sous chapitre 2. 1.2 page 24 devrait être placé à un autre endroit car ne correspond pas à des définitions ;
- e) Au chapitre 4 « conséquences des violences », le sous chapitre 4.2 « conséquence des violences sexuelles » semble ne pas être du même niveau que les autres sous chapitres. Il correspond plutôt à un sous ensemble du sous-chapitre 4.1. Ce sous chapitre 4.1 ne pourrait-il pas être subdiviser en deux points « violence générale » « violence sexuelle » ?
- f) Au chapitre 5 « prise en charge des violences en France », il faudrait déplacer les données épidémiologiques qui sont rédigées en début du sous chapitre 5.7.

Propositions de reformulation :
Au chapitre 12 :

- g) Au paragraphe 12.3 : il faudrait reformuler la phrase indiquant que les homicides sont une cause majeure de mortalité maternelle. Les causes non obstétricales ne sont pas abordées dans les enquêtes sur les morts maternelles dans de nombreux pays. Cependant, à partir des rares études épidémiologiques faites sur ce sujet, le risque relatif de mourir d'un suicide, d'un accident de la voie publique ou d'un homicide, s'il n'est pas négligeable en valeur absolue, semble moins important qu'attendu pour la tranche d'âge pendant la grossesse et similaire mais pas plus élevé dans la période du post-partum. Les chiffres communiqués sont inférieurs aux décès par cause obstétricale.
- h) Au paragraphe 12.5, il faudrait étendre le repérage de violence chez toutes les patientes à tous les professionnels en charge du suivi gynécologique et pas seulement au professionnels de la reproduction. En effet les médecins généralistes peuvent également pratiquer une activité de suivi gynécologique.

Au paragraphe 12.5 : Pendant le suivi de grossesse, il faudrait préciser à quelles consultations les violences doivent être repérées, si la situation le permet. En effet comme le suivi n'est généralement pas réalisé par le même professionnel à chaque consultation, il existe un risque que le repérage ne soit pas effectué.

COMMENTAIRES CHAPITRES « OBJECTIFS - CIBLES »
CNP de Pédiatrie

Dans les professionnels : il faudrait rajouter les avocats notamment spécialisés dans le droit des familles

Collège de Médecine Générale

Il est indispensable d'ajouter aux objectifs le point suivant :

- associer systématiquement la prise en charge des enfants victimes de la violence conjugale a celle de la mère

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)

Quid de la diffusion de cette information : par quel canal ?

Diffusion simple par courrier ou expliquée par réunion d'information ?

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Préciser que la fiche mémo ne traite pas de la question de la violence directe sur enfants notamment l'inceste, ni des mutilations sexuelles ni des mariages forcés

CNOM

Dans les objectifs :

Après « faciliter la coordination entre professionnels », il faudrait rajouter « dans les limites des textes et des règles déontologiques auxquels sont soumis les professionnels »

Dans les cibles professionnelles :

Après « autres professionnels concernés par le thème », il faudrait supprimer « ~~et partenaires associés aux professionnels de santé.~~ »

MIPROF

Je propose de rajouter dans :

- « objectifs : poser un diagnostic adapte et ainsi améliorer la prise en charge de la victime et son orientation »
- cibles professionnelles : pharmaciens, aides-soignants, puériculteur et auxiliaires de puériculture et ambulanciers, infirmier scolaire, médecins UMJistes

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

objectifs : ras

cibles prof. : ...gynécologues médicaux ; gynécologues obstétriciens...

COMMENTAIRES TEXTE FICHE MÉMO

1. Qu'est-ce que la violence conjugale ?

CNP de Pédiatrie

Rajouter comme situation spécifique (fréquente en pédiatrie) :

La violence conjugale dans un contexte de divorce conflictuel où le but est d'obtenir la résidence alternée contre l'avis de la mère – les enfants sont alors souvent impliqués, utilisés comme moyen de pression sur la mère.

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Très bien

L'intégration des évolutions législatives est un plus.

Le détail des différentes formes de violence est important et bien documenté.

Notion de mariage forcé à décrire ici = rapport de force asymétrique au sein du couple

Importance de préciser enfants du foyer = co-victime

MIPROF

Rajouter :

- Après deux points de vie s'opposent : « Le conflit est autorisé, la violence est interdite par la loi »
- Après amoureuse : « pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation ». couper la phrase et dans une nouvelle phrase reprendre :
- Elle peut être vécue à tous les âges de la vie et dans tous les milieux
- sur les formes de violences : « violences sur la parentalité et notamment par la dévalorisation dans son rôle de mère)

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

J'inverserais : je parlerais d'abord de conflit et ensuite de violences.

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Ras : Bonne définition l'importance du « dominant/dominé »

France Victimes

Il faudrait rajouter dans la définition qu'en cas de conflit conjugal (rapport égalitaire entre les 2 membres du couple), dès lors qu'il y a des violences, ces actes peuvent tomber sous le coup de la loi et être aussi qualifiés de violences conjugales.

2 Informations générales à savoir sur la violence conjugale

2.1 Eléments épidémiologiques

CNP de Pédiatrie

Il serait intéressant de rajouter le nombre de divorce conflictuel (en général 10%) avec violence.

Société française de psychologie

tous les chapitres qui suivent sont très complets et clairs

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Eléments nécessaires et suffisants pour appréhender la question de la violence conjugale.

Données aiguillant bien le dépistage ciblé au-delà d'un dépistage systématique conseillé

Le profil des auteurs en parallèle du profil des victimes, tout en présentant les moyens d'aider autant les victimes (prioritairement) que les auteurs et la présentation de leur prise en charge possible est appréciable.

MIPROF

Des chiffres plus récents existent : à mettre à jour :

« En 2017, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans... » la source est à actualisé : Enquête CVS 2012 – 1018

(PI - les données sur le nombre de femme et d'enfants tué.e.s n'ont pas encore été publiées pour 2017, mais ne devraient pas tarder, donc en fonction de la date de publication de cette fiche mémo, ces chiffres pourraient être actualisés)

A rajouter : « En 2017, 94 000 femmes déclarent avoir été victimes de viols et/ou tentatives de viol sur une année. 9/10 connaissent l'agresseur. Dans 47% des cas l'agresseur est conjoint ou ex-conjoint de la victime. » = ou tourné autrement : « près de la moitié des viols déclarés sont commis par le conjoint ou l'ex-conjoint » (Source INSEE – ONDRP – SSMI – SI ; cf. lettre n° 13 de novembre 2018 de l'observatoire national des violences faites aux femmes sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr)

A rajouter dans la dernière phrase après « leur état de santé », « leur handicap peuvent être concernées »

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Ras Importance de toujours se rappeler ces chiffres « inhumains »

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

Tout me semble très clair

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Ajouter les violences économiques et administratives.

Les données du 3919 (voir extrait) analysées par l'observatoire de la FNSF sur les violences conjugales indiquent que des différences significatives entre victimes et auteurs des violences en comparaison à la population générale.

2.2 Cycle de la violence

CNP de Pédiatrie TB
Collège de la masso-kinésithérapie (CMK) Schéma explicite
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) Clairement décrit
CNOM Il conviendrait d'ajouter « <u>CULPABILISATION</u> » dans la bulle 3 avec « JUSTIFICATION ».
MIPROF Dans le schéma choisir plutôt « rémission ou accalmie » que « réconciliation » Plutôt que « phase de montée en tension dans le couple » - « phase de montée en tension chez/pour l'agresseur » « En l'absence d'intervention, le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence et une diminution de la durée et de l'intensité des phases d'accalmie » « La connaissance du caractère cyclique de la violence conjugale est essentielle pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aides et dans leurs démarches. <u>Mais également pour situer son action en fonction des phases du cycle de la violence afin d'adapter sa communication et ses propositions. La victime sera plus réceptive et pourra plus facilement engager des démarches pendant les phases de tension et d'agression que pendant les phases de justification et de rémission</u> »
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) Intéressant, mais le mot « culpabilisation » devrait être en marge de « justification » mais la représentation est compréhensible.
2.3 Facteurs précipitants
CNP de Pédiatrie Dans les facteurs associés chez la femme : La dépendance financière Le nombre important d'enfants Dans les facteurs associés chez l'homme : Appartenance à une culture qui dénigre la femme Besoin de reconnaissance sociale Dans les facteurs relationnels : Contexte de séparation conflictuelle
CNOM Les violences au sein du couple sont présentes quel que soit le niveau d'instruction et le niveau social. Le niveau social et /ou intellectuel élevés de la victime rend plus difficile encore le recours à des plaintes ou à des signalements. Il faut insister sur les facteurs de trouble du comportement ou de la personnalité de l'agresseur. La manipulation mentale et l'emprise mentale est l'apanage des pervers narcissiques que l'on rencontre de plus en plus fréquemment.
MIPROF

Le fait de présenter les « facteurs précipitants » p.7 ne risque-t-il pas de contredire le message relatif la recommandation du questionnement systématique ?

Pourquoi faire référence en 2.3 aux facteurs précipitants alors qu'ils sont répétés dans le dernier paragraphe en 3.3 ? Ce qui me paraît pour le coup plus pertinent. Par conséquent je propose de supprimer également l'annexe 1.

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

Tous les milieux sont touchés

Ce tableau semble montrer que ce serait dû à un faible niveau d'instruction

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Ras Bien joindre l'annexe 1

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Pour l'annexe

Enlever le faible niveau d'instruction pour les victimes et les agresseurs

Mettre au lieu de l'acceptation de la violence, la banalisation et l'impossibilité d'acter sa protection ou celle de ses enfants

Les femmes victimes de violences sont de tout milieu socio économique même si la précarité administrative et économique le faible niveau d'instruction sont des facteurs aggravants. Ex des 2 conjoints sans emploi et de tout âge (voir données du 3919 à 54% sont des femmes entre 20 et 39 ans) mais les plus jeunes sont les plus exposées

Pour les auteurs de violences : des considérations stéréotypées sur les droits des femmes (les données du 3919 indiquent que l'apparition ou l'aggravation des violences est dû pour les femmes à 63% par le caractère autoritaire de leur conjoint)

France Victimes

La liste en annexe est un peu « stigmatisante », mais nous comprenons bien qu'il s'agit de donner quelques « pistes » aux professionnels et qu'elle n'est par ailleurs pas exhaustive.

2.4 Conséquences des violences

CNP de Pédiatrie

Il faudrait décrire les troubles psychopathologiques qui en découlent : (cf DSM V)

Syndrome de stress aigu

Syndrome de stress post-traumatique

Risques chez l'enfant :

Etre pris dans des conflits de loyauté avec les risques de :

- Rompre toute relation avec l'autre parent

- De s'impliquer dans le conflit juridique en prenant fait et cause en dehors de toute réalité pour le père qui menace de les abandonner en cas de refus.

Troubles psychopathologiques : syndrome anxieux / syndrome dépressif

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Les mécanismes biologiques et neuro sont bien développés.

Les conséquences sur les enfants sont bien abordés.

Définir et décrire le SPT pour une meilleure compréhension de certaines attitudes et comportements des victimes

+ conséquences sociales : isolement progressif et possibles difficultés au niveau relationnel, familial, professionnel, judiciaire

MIPROF

Rajouter la violence peut être « verbale »

Au lieu de « On considère désormais que les enfants ne doivent » dire « La loi considère... »

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

Troubles physiques

Lésions neurologiques visibles à l'IRM

Plutôt que de détailler des troubles psychosomatiques insister sur les lésions traumatiques : perte d'audition, de la vue, des dents .. (qui servent quand même à manger parler sourire)

Aggravation des pathologies chroniques initiales (diabète etc)

Risque accru de cancer par addiction tabac alcool

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNP GO)

Mettre l'accent de façon importante sur les conséquences sur les ENFANTS +++

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Elargir à la santé globale. Les violences précarisent les femmes victimes de violences avec un impact sur l'emploi, les ressources, l'hébergement et le logement et les procédures judiciaires

France Victimes

Dans les annexes, au niveau des « troubles psychologiques », tous les exemples donnés peuvent en réalité correspondre à un syndrome de stress post-traumatique. On pourrait par ailleurs ajouter à ces exemples la reviviscence de l'événement (flashs back).

De plus, toujours dans les annexes concernant cette fois-ci les conséquences chez les enfants, nous proposons d'ajouter, dans les symptômes : jeux répétitifs (« rejouer la scène ») / perte de confiance envers les adultes / plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales) / difficultés à se séparer de l'adulte.

3 Comment repérer la violence conjugale?

3.1 Créer un environnement favorable

CNP de Pédiatrie

Lorsqu'un enfant évoque des situations de violence conjugale : en parler avec chacun des parents si c'est possible et aborder comment protéger l'enfant.

Société française de psychologie

est-ce bien nécessaire ? Les professionnels concernés sont censés tous le créer?oui

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

«Si le partenaire ou l'entourage insiste pour participer à l'entretien, les formulations suivantes peuvent être utilisées vis-à-vis de l'accompagnant, afin que la confidentialité de l'entretien puisse être respectée :

« Monsieur, je conduis toujours mon examen en tête à tête avec la patiente »

« Merci de bien vouloir attendre dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels ».... »

Outre la proposition des 2 phrases supra, si l'accompagnant insiste, proposer d'éloigner la femme de l'accompagnant lors de l'examen clinique (le faire sortir pendant ce temps ou emmener la femme dans une autre pièce)

MIPROF

Une nouvelle affiche est disponible sur le site stop-violences, vous la trouverez en PJ de ce mail pour la rajouter dans l'annexe

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNP GO)

Les affiches dans les salles d'attente, c'est bien...

3.2 Questionner sans signes d'alerte pendant l'anamnèse

CNP de Pédiatrie

Noter dans le dossier les réponses telles qu'elles sont dites avec les manifestations non verbales qui les accompagnent (pleurs, tensions, mouvements compulsifs ..)

Collège de Médecine Générale

Mettre en évidence, visuellement, la phrase suivante « Le groupe de travail s'accorde sur le fait que le questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes. »

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)

Aides à la formulation des questions pertinentes

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Chapitre 7 / Rôle du médecin :

Il conviendrait d'y ajouter « et de la sage-femme ».

En effet, le développement décrit les situations de suivi non seulement dans le cadre périnatal mais également dans le cadre du suivi génésique. La sage-femme est d'ailleurs citée dans le texte au côté du généraliste et du gynécologue obstétricien.

Dans le cadre de ses missions dans le suivi génésique des femmes tout au long de leur vie, la sage-femme doit donc être parfaitement identifiée et identifiable comme ressource tant pour les victimes que pour les professionnels de santé et du champ médico-psycho-social.

Ainsi tout au long du texte il conviendrait d'ajouter « ou la sage-femme » à la suite de « le médecin ».

Page 9 : « Questionner sans signes d'alerte lors de l'anamnèse » les 5 premières questions peuvent paraître non vraisemblables dans la vraie vie d'un praticien en consultation.

Il serait possible de faire remonter les autres questions qui sont les plus diffusées en formation initiale et continue.

CNOM

Page 8 : « Le questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes ».

Cette affirmation est loin d'être probante :

- Ce questionnement sans aucun signe d'appel peut à juste titre être ressenti comme une immixtion dans la vie privée ;
- Il peut faire naître une suspicion sur le comportement du conjoint dont le professionnel aurait eu écho ;
- Il peut dans certains cas aboutir à une rupture de la relation de confiance de la patiente avec le professionnel de santé.

Page 9 : « Il est recommandé de l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique »...

Proposition de rédaction : « S'il existe au moins un signe d'appel, il est recommandé d'intégrer la démarche de repérage dans la démarche diagnostique ».

MIPROF

3 phrases à mettre en GRAS

« **La démarche de repérage des violences au sein du couple est globalement bien acceptée** »

« **questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes** »

« **Il est recommandé de l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique médicale** »

« *Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, psychiques, verbales, sexuelles) au cours de votre vie ?* »

Je questionne régulièrement mes patientes à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites par la loi

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

Insister sur le questionnement systématique

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Il suffit d'insérer (surtout pour toute nouvelle patiente) dans un interrogatoire global (motif de la consultation, antécédents personnels -médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux -, familiaux) 2 ou 3 de ces questions en question ouverte....

3.3 Questionner devant des signes d'alerte

CNP de Pédiatrie

Dans santé mentale :

Le chiffre 6 est mis après le syndrome de stress post-traumatique mais je n'ai pas compris à quoi il renvoyait.

Comportement des enfants :

Témoignage par écrit ou lors d'enquête sociale pour un parent contre l'autre

Syndrome anxieux

Syndrome dépressif

Phobie scolaire

Facteurs de risque :

En cas de divorce conflictuel, avec demande de résidence alternée (quand les enfants sont amenés à témoigner pour le père contre la mère (fréquent dans les cas de demande de résidence alternée de la part du père).

Appartenance à une culture qui dénigre la place de la femme dans la famille et la société

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Le développement des questions et les check-lists sont d'une aide précieuse.

MIPROF

- addictions et/ou abus de substances (...) – PROBLEME DE POLICE

Syndicat des Femmes Chirurghiens-Dentistes

Oser poser la question directement : avez-vous subi des violences ?

Reposer la question plusieurs fois

Comportement de la victime :

Rajouter : résistance excessive à la douleur

3.4 Que faire en cas de doute et si la patiente ne souhaite pas faire de révélation ?

Commentaires :

CNP de Pédiatrie

Il est indiqué ...

- de noter dans le dossier médical les éléments de doute et les réactions observées

Collège de Médecine Générale

Il est indispensable d'ajouter la possibilité de contacter et d'échanger autour de la situation avec le médecin référent en protection de l'enfance du Conseil Départemental.

En effet chaque Conseil Départemental en est doté et sa mission principale est justement d'aider, de conseiller, d'accompagner les médecins (libéraux, hospitalier, scolaire...) lorsqu'ils suspectent une maltraitance (cf. loi de protection de l'enfance de 2016).

Société française de psychologie

plusieurs entretiens sont parfois nécessaires oui

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Le détail des conseils et informations à transmettre est primordial et aideront fortement les professionnels de santé.

«Il est recommandé de se préoccuper systématiquement de la présence d'enfant au domicile afin d'informer les femmes victimes des conséquences des violences sur la santé et la sécurité de leurs enfants y compris en l'absence de violence directe et d'orienter la prise en charge..... »

→ Evoquer clairement la CRIP

MIPROF

Coquille : « lors de précédentes révélations. »

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Insister +++ sur le fait que la REVELATION est et doit être VOLONTAIRE...

4 Comment accompagner la victime en cas de révélation ?

4.1 Quelles attitudes à avoir ?

CNP de Pédiatrie

- Noter tous les éléments (observations de lésions, dires, manifestations non verbales ..) dans le dossier médical

Société française de psychologie

tout ce qui suit est ok

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Complet

Mais idem : « ou la sage-femme » se devrait d'être adjoint systématiquement à côté du « médecin »

MIPROF

Coquille dans le titre « quelles attitudes avoir »

Préférer « à parler des violences qu'elle subit » à « à se confier » qui induit une idée de secret

Je propose de clarifier ces points « Reconnaître la validité du récit de la femme,

- Légitimer la situation de victime, confirmer qu'elle est dans son droit de demander de l'aide, l'encourager dans cette démarche, »

en remplaçant par

-« Croire la femme, ne pas banaliser ou minimiser les faits »

-« Affirmer l'interdiction des violences par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur »

- « Délivrer un message de soutien et de valorisation de sa démarche »

- « Affirmer qu'elle a bien fait de vous en parler »

4.2 Considérer l'impact sur les enfants

CNP de Pédiatrie

Noter dans le dossier médical le nom des enfants, leur âge et les éléments qui peuvent faire penser qu'ils sont en souffrance.

Proposer de les rencontrer rapidement.

Noter dans le dossier médical les éléments de protection et les éléments d'inquiétude retrouvés.

Collège de Médecine Générale

Rappeler que dans la loi française, l'intérêt de l'enfant prime sur l'intérêt de l'adulte.

Remettre ici la possibilité d'en échanger avec le médecin référent en protection de l'enfance du conseil

départemental (cf. commentaire supra)
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) Important que cela soit abordé
MIPROF Remplacer « Il est nécessaire de les considérer comme » par « <u>Ils sont</u> des victimes... »
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) Très important +++
4.3 Quelles informations transmettre ?
CNP de Pédiatrie Noter tous les éléments dans le dossier médical et proposer de rédiger un certificat initial – Avec la possibilité de le faire dans un 2° temps à partir des éléments colligés.
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) Très bien.
CNOM Page 13 : Il convient d'opérer une distinction entre la phase d'entretien et la phase de rédaction du certificat Proposition de rédaction : « En cas de révélation par la victime, il est recommandé <u>au moment de l'entretien</u> : - De reformuler les propos de la patiente pour qu'elle se les réapproprie [...] ». Pour la phase de l'entretien : Il faut recommander de la prudence dans la reformulation des propos : ne pas les dénaturer ou les interpréter. Phase de rédaction du certificat : Les propos de la patiente devront être cités et entre guillemets dans le certificat (cf. modèle de certificat médical pour personne majeure en cas de violences, CNOM 2016).
MIPROF Le suivi de la femme est nécessaire peu importe les démarches qu'elle souhaite entreprendre. Parler de « période de réflexion » laisse à penser qu'il s'agit d'un « choix avisé » sans prendre en compte l'impact des violences, de l'emprise et du psycho-trauma qui peuvent empêcher une « réflexion raisonnée ». « Une consultation de suivi lui sera alors proposée systématiquement afin qu'elle puisse bénéficier d'un soutien durant toute sa période de réflexion. » Dans l'encadré : « Expliquer à la patiente que, même si elle ne porte pas plainte, elle continuera de profiter d'être un suivi et d'un <u>soutenue</u> lors de consultations ultérieures durant toute sa période de réflexion et lui proposer systématiquement une consultation de suivi (post soin » toujours dans l'encadré : au lieu de « pour en prendre soin et mettre » plutôt « <u>pour les prendre en charge</u> » qui est moins culpabilisant pour la mère que peut savoir prendre soin de ses enfants.
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) Parfait pour le 1 ^{er} rectangle. Disposer d'un fichier avec les différentes aides de proximité sur le bureau de consultation Importance de laisser à la patiente la liberté d'agir et de l'assurer de consultation de suivi.

4.4 Comment constituer un dossier médical exploitable ?

CNP de Pédiatrie

Il faut noter dans le dossier avec le nom de la patiente, son adresse et son numéro de téléphone pour pouvoir la joindre en cas d'urgence.

Société française de psychologie

je laisse les professionnels médicaux et judiciaires s'exprimer pour la suite

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Le médecin OU LA SAGE-FEMME

En cas de dossier médical informatisé au sein d'un établissement de santé (ou d'un cabinet libéral ou des centres de santé territoriaux comme la PMI), informer la patiente de l'accès des autres professionnels de santé la prenant en charge par la suite dans l'établissement des informations inscrites avec l'obligation de secret professionnel.

+ Envisager l'inscription dans le DMP éventuellement (?)

CNOM

Ce point tient compte de l'ensemble des recommandations adressées aux médecins pour la tenue du dossier médical.

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Ces informations doivent décrire le comportement de la victime durant l'entretien « elle pleure » « elle indique avoir peur »...

4.5 Quels sont les signes de gravité à rechercher ?

CNP de Pédiatrie

Lié à l'agresseur

Des situations décrites de manipulation faisant évoquées une structure psychique de type pervers narcissique

Lié à la victime

Une perte d'estime de soi avec dévaluation de ses actes notamment vis-à-vis de ses enfants

Lié aux enfants :

Implication des enfants dans la procédure judiciaire de divorce ou de séparation parentale

MIPROF

.projet de séparation.), coquilles avec des points

Dans l'encadré rajouter : « un seuil mettant en danger ~~de mort~~ »

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Ajouter les menaces de mort (voir extrait de l'analyse des données du 3919)

et les violences sexuelles qui sont aussi un facteur de gravité (voir l'analyse des données sur les Mises en sécurité):

« Les enfants ont-ils été maltraités ?

Lorsque les enfants sont victimes directes, nous considérons que c'est un facteur de gravité

Indicateur de gravité

La recherche de la victime par tous les moyens pour l'agresseur

Ceci en lien avec la séparation (période à risque) et les ex-conjoints. Indiquer la période de séparation dans

les indicateurs liés aux victimes
4.6 Mesures de protection en cas de situation jugée grave ou à risque élevé
CNP de Pédiatrie TB
Collège de Médecine Générale Aux « Face à une situation jugée grave, il est recommandé d'envisager des mesures de protection en urgence suivantes : » il est indispensable d'ajouter : - De réaliser un signalement auprès du juge des enfants pour obtenir une OPP (ordonnance de placement provisoire) permettant de protéger les enfants
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) Toutefois il est peu réaliste qu'un praticien suite à la consultation puisse penser à tout. La formalisation d'un arbre décisionnel, et ciblé sur les ressources du territoire serait une bonne idée et rassurante pour le praticien.
MIPROF peut adresser la <u>patiente au médecin référent</u> [de quoi s'agit-il ?] pour la prise en charge des femmes victimes de violences de son centre hospitalier de secteur ou à <u>une association FVV</u> – à mettre en toutes lettres En cas de grave danger menaçant une personne victime de violences de la part de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité <u>ou ex conjoint, ex-concubain ou ex-partenaire...</u> géolocaliser. Faute d'accord
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) Bien pour information
FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes Pour l'obtention de l'ordonnance de protection, comme pour le TGD, une évaluation et un accompagnement en amont et après sont importants et nécessaires. On note que lorsque les femmes bénéficient d'un ou d'une avocate et /ou sont accompagnées par des associations spécialisées FVV ou d'aide aux victimes le nombre d'OP obtenues est plus important.
4.7 Etablir un certificat médical, une attestation professionnelle
CNP de Pédiatrie Il faut impérativement noter l'adresse de la personne et son numéro de téléphone pour qu'elle puisse être jointe en cas d'urgence.
Collège de Médecine Générale Dans l'encadré sur le certificat, il ne faut pas exclure tout élément d'imputabilité. En effet, le médecin peut émettre un avis sur la correspondance entre les signes cliniques qu'il constate et les éléments de l'anamnèse. Par exemple, face à une ecchymose ayant la forme d'une main enserrant un bras, le médecin devrait décrire la lésion précisément et préciser que cette lésion est évocatrice/compatible/pathognomonique avec un enserrement du bras par une main d'adulte.
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) Le médecin « OU LA SAGE-FEMME » peut être précisé dans l'ensemble de cette partie en dehors du cas de l'ITT qui est du seul ressort du médecin – de préférence appartenant à une UMJ.

Vous citez d'ailleurs les positionnements du CNOSF autant que ceux du CNOM dans cette partie.
Ce constat est valable aussi pour les chirurgiens-dentistes qui devraient être mieux identifiés également tout au long du texte.

- Bien préciser certificat médical de constatation peut être établi par MEDECIN ou SAGE FEMME ou DENTISTE

Exemple (Point 4.7 page 17) mais cela est vrai tout au long du texte.

Le médecin **ou la sage-femme ou dentiste** doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée ou au représentant légal, si la victime est une mineure.

Ou bien encore :

Le **praticien** doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée, ou au représentant légal, si la victime est une mineure.

Si le **praticien-médecin (seul professionnel de santé habilité à déterminer ITT)** n'a pas de compétences spécifiques pour la détermination d'une ITT

(Incapacité totale de travail), il est recommandé de ne pas fixer d'ITT sur le Certificat médical initial.

Préciser dans le texte que le praticien ne peut se soustraire à la demande d'établissement d'un certificat médical de constatation que la demande provienne de la patiente victime ou d'une réquisition judiciaire.

Distinguer le certificat médical (rédigé par un médecin une SF ou un dentiste) de l'attestation professionnelle qui est possible par les professionnelles paramédicaux ou du secteur social. Noter cependant leur valeur juridique équivalente dans l'appui aux victimes auprès des autorités judiciaires.

CNOM

Page 17 : « Le médecin doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée, ~~ou à son représentant légal, si la victime est mineure~~ ».

Si dans le cadre de l'examen médical d'un mineur, le médecin est amené à constater des signes de sévices sur le plan physique ou psychique et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises, il doit procéder directement à un signalement au procureur de la République et ne pas établir de certificat.

Page 18 : A remarquer le distinguo opportun entre le « certificat » du médecin ou de la sage-femme et « l'attestation » des para-médicaux.

MIPROF

« Le médecin doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée, ou au représentant légal, si la victime est une mineure. » RAJOUTER « Si la victime estime dangereux d'avoir une copie du certificat, le médecin conserve les 2 exemplaires dans le dossier afin de pouvoir le lui remettre ultérieurement, lorsqu'elle se sentira prête ou plus en danger ».

« En raison de la qualité de l'auteur les violences intra-familiales au sein du couple sont des délits quelle que soit

la durée de l'ITT (Art. 222-13 Code Pénal). »

« Néanmoins, ~~une ITT de plus de 8 jours devient une circonstance aggravante en droit pénal dans le contexte précis de violences conjugales.~~ » la peine encourue varie en fonction du nombre de jours d'ITT fixé »

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

Manque le certificat initial des chirurgiens-dentistes

Il en existe un fourni par l'ordre très complexe et un autre plus simple et plus adapté pour tous valide par les experts:

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Les exemples sont utiles

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Doléances et comportement de la victime lors de l'entretien (à ajouter)

4.8 Dans quels cas signaler ? Dans quel cas transmettre la situation aux autorités compétentes

CNP de Pédiatrie

Bien préciser d'emblée que le signalement se fait auprès du Procureur de la République (cadre juridique pénal, opposé à l'information préoccupante qui se fait auprès de la CRIP et qui s'inscrit dans un cadre administratif de protection et de prévention) .

Il est impératif de préciser les coordonnées de la personne (adresse et numéro de téléphone) pour que la mise sous protection soit réalisable rapidement.

La phrase du 2° paragraphe peut introduire un doute chez le lecteur :

En cas de péril imminent ou de viol, le recours au signalement s'impose en précisant les mesures de protection que le médecin met en place comme une hospitalisation en urgence.

L'autorité administrative est saisie en dehors du contexte d'urgence (viol et risque de mort) afin que la situation soit évaluée par une équipe pluridisciplinaire qui proposera des mesures de protection et d'accompagnement.

Il s'agit alors d'une information préoccupante.

Je pense que ce paragraphe n'est pas assez clair même si le schéma en annexe décrit bien les deux cas de figure.

Collège de Médecine Générale

Rappeler dans la partie concernant les enfants que le médecin peut contacter le médecin référent en protection de l'enfance du conseil départemental pour être accompagné dans cette démarche (cf commentaires sur ce point supra).

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Dans cette partie vous citez « le praticien » en lieu et place du médecin dans certaine partie du texte.

Il serait donc possible de placer « médecin ou SF » en-tête puis d'alléger le texte en ne citant que le mot « praticien » tout du long.

Les sages-femmes de par leur champ de compétences sont en 1^{ère} ligne face au repérage des VFF et en sachant que 40% des violences conjugales débutent au moment de la 1^{ère} grossesse avec les conséquences graves de morbidité materno-fœtales déjà évoquées, il semble important de préciser :

→ « Le médecin ou la sage-femme » dans ce point 4.8

CNOM

Page 18 : « ~~Le signalement est obligatoire pour une personne placée sous tutelle~~ ».

L'article 226-14 du code pénal n'impose pas d'obligation de signalement.

Proposition de rédaction : « Le signalement effectué pour une personne sous tutelle ne requiert pas son consentement, ni celui de son tuteur ».

Page 18 : « En présence d'enfants au sein du foyer, chaque situation doit faire poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ) (Art 226-14 du Code Pénal) ~~y compris lorsqu'il ne voit pas les enfants en consultation~~ ».

L'article 226-14 du code pénal indique : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable : [...]

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou

de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; [...] ».

Seuls les sévices constatés par le médecin devraient faire l'objet d'un signalement au procureur.

Le médecin qui, compte tenu des seuls dires de sa patiente, estime que des enfants pourraient être en danger ou en risque de l'être pourrait faire une information préoccupante à la CRIP.

La CRIP peut, à la réception de l'information préoccupante du médecin, estimer opportun de faire un signalement au procureur.

Proposition : « En présence d'enfants au sein du foyer, chaque situation doit faire poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ) (Art 226-14 du Code Pénal). Lorsqu'il n'a pas vu les enfants en consultation, le médecin qui estime que les enfants pourraient être en danger ou en risque de l'être pourrait faire une information préoccupante à la CRIP ».

Il serait opportun de faire référence aux modèles de signalement pour les sévices sur mineur ou personne hors d'état de se protéger établis par le CNOM et de les mettre en annexe.

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Bien pour information....

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Il serait important d'ajouter qu'une évaluation avec les partenaires via les cadres de leurs structures qui suivent la femme est essentielle pour connaître leur analyse de la situation (associations spécialisées, responsable des services sociaux de secteur...)

Pour l'annexe ajout de liens avec les partenaires en contact avec la victime avant le signalement

5 Vers qui orienter la victime : les différentes ressources

5.1 S'entourer d'un réseau multi disciplinaire

CNP de Pédiatrie

Le médecin doit connaître les coordonnées (numéros de téléphone, fax, mails) :

- Du Procureur de la République
- De la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes et nom du médecin référent de la CRIP
- Du médecin référent au sein de l'hôpital d'enfant en cas de maltraitance
- Du médecin référent au sein de l'hôpital des Violences faites aux Femmes
- Du médecin de l'Unité Médico-Judiciaire, du médecin du CAVAS (centres d'accueil des victimes d'agression sexuelle).

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)

Quel est le réseau à alerter pour les professionnels en activité libérale isolée sur le territoire de la métropole et des territoires Dom-Tom ?

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Le tableau des différents niveaux est de présentation claire.

Au 3° niveau : nombre de sages-femmes sont spécifiquement formées (intégration au cursus initial et nombreuses formations complémentaires). Les citer à côté du médecin généraliste peut permettre une meilleure visibilité de ce rôle qui tient à cœur notre profession.

En ce sens, les sages-femmes présentent une avance de formation quant à ces problématiques comparativement à d'autres professionnels de santé.

Cela ne s'invente pas.

Pour qu'un praticien se sente à l'aise, il faut une formation généraliste sur le sujet, une réflexion sur le réseau local disponible

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Connaître les réseaux de proximité, tous les référents possibles, concernés par « la violence »
Ou du moins avoir sur un fichier les coordonnés utiles....

5.2 Les référents vers qui adresser la victime

5.2.1 Le système judiciaire

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Les ressources judiciaires détaillées sont importantes pour aider les pro de santé dans l'information et l'orientation des victimes.

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

Très bons documents

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Le recours à un ou une avocate n'est pas obligatoire mais recommandé de même qu'un accompagnement par une association spécialisée FVV ou d'aide aux victimes

5.2.2 Les associations d'aides aux victimes

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Le détail des réseaux existants est une aide précieuse pour les professionnels de santé qui s'estiment souvent désarmés une fois la violence dépistée.

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Pour information

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

Listing intéressant

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Les associations de la FNSF sont souvent impliquées avec les réseaux de santé dans le cadre d'une prise en charge globale. La liste se trouve sur www.solidaritefemmes.org

France Victimes

Dans la partie « Associations du réseau France Victimes INAVEM » => supprimer INAVEM, notre nouveau nom est France Victimes.

À la place de « Elles accompagnent les victimes », préférer « Les professionnels de ces associations accueillent et aident toutes les victimes » etc.

Préciser également dans ce paragraphe que Les associations France Victimes sont porteuses du dispositif Téléphones Grave Danger dans de nombreux départements.

5.2.3 Dispositifs au niveau national

MIPROF

Le site « stop-violences-femmes.gouv.fr », destiné au grand public aux victimes et aux professionnels concernés,

avec notamment une ~~rubrique~~ cartographie des ~~sur les~~ structures associatives nationales et locales

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Pour information

6 Cas particulier de la périnatalité

CNP de Pédiatrie

Le rôle de la PMI n'est pas assez mis en avant alors que c'est l'acteur majeur dans cette situation.

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Vous citez notre rôle primordial dans ce cadre et nous vous en remercions.

Toutefois comme dit tout au long de nos commentaires, depuis 2009, les compétences et rôles des sages-femmes ne sont plus limités exclusivement aux situations périnatales mais bien à l'ensemble du suivi génésique tout au long de la vie des femmes.

C'est donc bien dans l'ensemble du texte qu'il convient de positionner la sage-femme au côté des médecins généralistes et gynécologues obstétriciens.

«Le repérage de violence est recommandé chez toutes les patientes enceintes et en post partum, consultant un professionnel de santé. Durant la grossesse il est recommandé lors de la première visite prénatale puis au moins une fois par trimestre, dans les suites de la naissance et lors de la visite du post-partum.... »

Il faut obtenir l'adhésion de la patiente à une information de la situation auprès du praticien qui la suit, afin de mettre en place si elle adhère un accompagnement par la PMI

MIPROF

10 pour cent

Plutôt **10%**

A rajouter : « La communication entre les équipes de néonatalogie, de pédiatrie, de maternité, la PMI, les professionnels libéraux (médecin généraliste, gynécologue sage-femme) et plus globalement les réseaux périnatalité améliore le repérage précoce des violences »

CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)

Période très particulière et pleine de confiance entre la patiente et le médecin la prenant en charge...

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

La communication : et avec les associations spécialisées qui accueillent et hébergent les femmes victimes de violences en particulier lorsqu'elles assurent des permanences en milieu hospitalier. Idem urgence

7 Repérage aux urgences hospitalières

CNP de Pédiatrie

Chaque hôpital doit avoir un pédiatre référent maltraitance qui peut être joint pour toute suspicion dans le service des urgences de l'hôpital mais aussi dans n'importe quel service

Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)

Si les référents hospitaliers ont été nommés, il en existe très peu en activité. Donc, la notion de référent ciblé sur un médecin est pauvre et inopérante. Mieux vaut penser cette question sous la forme d'un protocole travaillé au niveau des urgences

MIPROF

Des postes de référents « violence faites aux femmes » ont été créés dans chaque hôpital. Chaque hôpital autorisé à la médecine d'urgence

8 Spécificité du repérage en cabinet dentaire

MIPROF

Rajouter :

« Des chirurgiens-dentistes, référents violences ont été désignés dans chaque département. Ils ont pour mission d'organiser, pour leurs pairs, des temps de sensibilisation/information sur les violences au sein du couple et d'identifier les acteurs locaux institutionnels et associatifs vers qui les victimes pourraient être orientées. Pour connaître leur coordonnées il convient de se rapprocher du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes »

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

Des signaux d'alarmes importants semblent manquer :

- Rendez-vous manqués : révélateurs du cycle de la violence soit « lune de miel », soit coups visibles, soit impossibilité de se rendre aux RDV
- Habillement : foulards, vestes manches longues que l'on n'enlève pas, pouvant masquer des coups
- Addictions : antidépresseurs alcool tabac pris pour rechercher une dissociation
- Etat dentaire délabré marquant le non suivi médical

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

Toutes les pathologies ont été décrites et nos deux niveaux d'interventions :

- Repérage et alerte
- Constat des lésions bucco-dentaires et certificats très clairs

9 Repérage par les professionnels para médicaux

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)

Lors de constatations de violences conjugales lors de soins à domicile sans possibilité d'isoler la victime, est-il du ressort des praticiens d'alerter les autorités judiciaires ?

MIPROF

Rajouter les infirmiers ?

Autres commentaires

Avez-vous des commentaires généraux à formuler concernant le texte de cette Fiche mémo ?

CNP de Pédiatrie

Le texte est globalement très clair ainsi que le déroulé.

Il est bien dit qu'en dehors de toute urgence vitale le médecin ne peut pas se substituer à la patiente.

CNOM

Cette fiche mémo représente un excellent travail, et le texte de la fiche mémo est didactique et pratique.

La fiche mémo, dans le texte et les annexes, ne fait pas référence aux modèles de signalement pour les sévices sur mineur ou personne hors d'état de se protéger établis par le CNOM.

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes

Il manque toute la partie neurologique /impact sur le cerveau visible à l'IRM

cela s'adresse à des professionnels de santé il y a le cycle de la violence mais rien sur le psycho trauma avec le mécanisme de la mémoire traumatique qui explique toutes les conséquences physiques et psychologiques.
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNP GO) Cette fiche mémo est très explicite, très compréhensible mais trop longue pour être regardée pendant une consultation en ce qui concerne surtout les différentes aides C'est un travail de très grande qualité , très en lien avec le terrain pour les professionnels.
FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes Comme indiqué il manque les éléments portant sur la situation socio économique des femmes et leur précarisation due aux violences. Des facteurs aggravants comme la situation économique ou administrative pourraient être ajoutés
La présentation est-elle claire et adaptée aux pratiques professionnelles ?
CNP de Pédiatrie Il faudrait peut-être inclure d'avantage les médecins de PMI qui ont un rôle fondamental dans le suivi des grossesses à risque.
Société française de psychologie présentation claire on peut peut être scinder le dossier suivant les cibles ?
Collège de Médecine Générale Longue donc sera peu lu. Si un travail de synthèse/ciblage des messages clé peut être fait, ça augmentera le taux de lecture.
Collège de la masso-kinésithérapie (CMK) Outre que l'établissement d'un certificat ou d'une attestation médical, existe-t'il un cadre juridique d'accompagnement à la déclaration des violences ?
Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) Oui Toutefois, bien que claire, elle est très dense et nécessite une appropriation : formation, arbre décisionnel, connaissance du réseau local. Les professionnels ne peuvent se l'approprier qu'au travers de travaux (formation, identification du réseau, connaissance éprouvée des personnes ressources, travaux en commun des professionnels sur un territoire, mise à jour des informations sur un site internet par exemple celui de la mairie)
CNOM La présentation est claire et adaptée aux différentes pratiques professionnelles.
MIPROF Toutes ces mesures et tous ces messages me semblent parfaitement applicables, avec une forte acceptabilité et lisibilité.
CNP de Gynécologie et Obstétrique (CNP GO) La présentation n'est pas totalement adaptée pour la rationalité de l'entreprise. Important : <u>Questions clés</u> à chaque consultation de nouvelles patientes – <u>Repérer</u> certains comportements de la patiente, pendant l'interrogatoire et pendant l'examen, et surtout pendant la grossesse. Examen attentif 1 fiche contenant personnes ressources
FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes Oui
Avez-vous des commentaires généraux à formuler concernant le rapport d'élaboration ?
CNP de Pédiatrie Il faut vraiment parler des divorces ou séparations conflictuelles pour lesquels l'enjeu de la résidence alternée est tel que des enfants sont sommés de témoigner contre leur mère. Ils sont pris dans des conflits de loyauté dramatiques quand la violence conjugale « s'exporte » sur l'enfant qui veut s'en échapper.
CNOM

Page 7 : - abréviations et acronymes, le CNOM n'y figure pas.

Page 40 : dans le Tableau, 3° cadre à droite, en partant du haut. « Repérer les violences, amener progressivement la femme vers le soin, qui inclut le fait de se soustraire aux violences, le cas échéant signaler au procureur les violences les plus graves ». Il faut préciser avec « l'accord de l'intéressée » si celle-ci n'est pas mineure ou pas hors d'état de se protéger.

La dérogation au secret prévue par l'article 226-14 du code pénal ne s'applique que si la personne majeure, en état de se protéger, a donné au médecin son consentement pour que ce dernier procède à un signalement au procureur.

Si la victime refuse que le médecin effectue un signalement au procureur et que le médecin passe outre ce refus, il est dans une situation de transgression du secret et non dans une situation de dérogation prévue par la loi. Il ne pourra donc pas bénéficier de la clause d'irresponsabilité prévue par le dernier alinéa de l'article 226-14 du code pénal.

Page 42, 1^{ère} ligne : « et aient accès ».

Page 64, 1^{ère} ligne : remplacer « compassion » par « empathie »

Page 65 : « Pour l'OMS, il est nécessaire de garder une trace écrite afin d'assurer au mieux le suivi de la patiente. Une description des blessures peut s'avérer importante si la femme décide d'aller porter plainte [...] Il peut être utile de noter la cause réelle ou présumée de ces blessures ou autres problèmes de santé, y compris de signaler qui en est l'auteur ».

Le médecin ne doit pas mettre lui-même un tiers en cause et rapporter les dires et confidences de la personne entre guillemets.

La fiche mémo le rappelle en page 16 : « le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers ni sur l'imputabilité ».

Page 69 : il faut supprimer la phrase « Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire. (Article 226-14 du code Pénal) ».

La clause d'irresponsabilité prévue par le dernier alinéa de l'article 226-14 ne concerne que les signalements adressés au procureur et les informations préoccupantes adressées à la CRIP, et n'est pas applicable pour les certificats médicaux établis par les médecins.

Page 70 : « Le médecin doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée, ou au représentant légal (si la victime est un mineur ou fait l'objet d'une mesure de protection) dans la mesure où le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits, il ne doit jamais être remis à un tiers, le conjoint devant être considéré comme un tiers ».

Si dans le cadre de l'examen médical d'un mineur, le médecin est amené à constater des signes de sévices sur le plan physique ou psychique et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises, il doit procéder directement à un signalement au procureur de la République et ne pas établir de certificat.

Page 92 : préciser que le certificat présenté page 92 est le modèle de certificat établi par le CNOM.

MIPROF

Plusieurs commentaires sur le point 5.2.4

Concernant la formation des professionnels, des modifications législatives et réglementaires, ont rendu la formation des professionnels aux violences faites aux femmes obligatoire ~~est une priorité nationale~~. Pour les médecins, en avril 2013, un arrêté a modifié et intégré dans les programmes des examens universitaires des médecins (l'examen classant national de fin de 2e cycle) un item intitulé «Violences sexuelles».

Pour les sages-femmes, le diplôme d'état de sage-femme, modifié par arrêté (11 mars 2013), prévoit dans les objectifs la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes.

La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes crée dans son article 51 une obligation de formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique tant dans la formation initiale que continue

La convention d'Istanbul, ratifiée par la France et entrée en vigueur le 1er novembre 2014, impose dans son article 15, la mise en place et le développement des formations sur la prévention, la détection de ces violences et la prise en charge des victimes.

Mais, le plus souvent, les professionnels de santé sont démunis d'autant que leur formation initiale

et continue aborde peu cette problématique. Répondre à une femme victime de violences, ne peut se résumer à la rédaction d'un certificat descriptif avec ITT.

Le 3^e plan (2011-2014) national de lutte contre les violences faites aux femmes crée une Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) dont un des objectifs est l'élaboration d'un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes. (2)

Les enquêtes réalisées sous l'égide de la MIPROF ont montré que les étudiants en médecine et sages-femmes veulent être formés, et estiment qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes victimes de violences. Les sages-femmes en activité n'ont pas été formées aux violences faites aux femmes, 9 sages-femmes sur 10 estiment avoir un rôle à jouer dans le repérage des violences faites aux femmes, la prise en charge médicale des victimes. L'obstacle reste donc le manque de formation.

Pour assurer l'effectivité de la politique publique et donner une impulsion nationale à la formation des professionnels, le gouvernement a confié à la MIPROF la mission de mettre en place un cahier des charges de la formation initiale et continue et des outils pédagogiques.

Les objectifs de la formation sont d'améliorer le repérage des violences, de mieux accompagner la victime dans son parcours et ses démarches, de faciliter le partenariat des professionnels grâce à une culture commune :

La connaissance de l'emprise, du cycle des violences, du psychotraumatisme, des conséquences physiques, psychologiques et somatiques permet d'adapter sa pratique. La singularité de ces situations exige une adaptation de sa pratique professionnelle courante.

Face aux résultats des enquêtes de victimation, au nouveau cadre juridique, la MIPROF a commencé par la formation des médecins. D'autant que les forces de sécurité avaient déjà initié depuis les années 80 90 des modules de formation tant en initiale que continue et que des états généraux commençaient sur les professions du social.

L'ordre des sages-femmes avec la MIPROF a réalisé un modèle de certificat médical, lequel a été diffusé avec une note explicative.

En outre, la MIPROF a engagé un travail avec l'ordre national des médecins, SOS médecins, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, avec le conseil de l'ordre des pharmaciens ,

Il est nécessaire que tous les praticiens et praticiennes soient formés et est accès à des outils de formation.

La formation de tous les professionnels de la santé est une urgence de santé publique C'est par la mobilisation de toutes et tous les acteurs de la santé que les violences faites aux femmes reculeront. (75)

5.2.5 Outils à disposition des professionnels de santé

L'article 51 de la loi du 4 août 2014 fixe l'objectif de former tous les professionnels en lien avec les violences.

Plusieurs guides d'information pédagogiques ont été réalisés et la plupart de ces outils sont disponibles gratuitement sur le site de la MIPROF :

Deux kits pédagogiques composés chacun d'un court métrage « ANNA » ET « ELISA » (15 minutes) et d'un livret d'accompagnement pédagogiques très concrets et complémentaires ont été créés par des équipes pluridisciplinaire de professionnels de santé, d'experts et d'enseignants universitaires, des collèges et conseils de l'ordre et des associations professionnelles.

Ils peuvent être visionnés en ligne sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr rubrique « *je suis un Professionnel* » et être demandés à la MIPROF en écrivant à .

Ils traitent des mécanismes de la violence, de ses conséquences, de son repérage, de la prise en charge de la femme victime par les professionnels. Ils portent également sur l'impact du questionnement systématique sur la femme victime.

Le kit de formation « Elisa », destiné aux sages-femmes, porte sur l'impact du questionnement systématique sur la femme victime de violences sexuelles. Cette pratique professionnelle améliore le diagnostic, la prise en charge et l'orientation par le professionnel.

Le kit de formation « Anna » réalisé avec le soutien de la commission européenne, en 2013, à l'initiative de la MIPROF, se découpe en 3 parties illustrant successivement, les mécanismes de la violence, le repérage par un ou une professionnelle de santé, la prise en charge et l'orientation de la victime. C'est un guide d'information pédagogique de base sur les violences au sein du couple et leurs incidences

sur les enfants (comment repérer et prendre en charge les violences).

Un troisième kit a été élaboré plus récemment, constitué d'un court métrage « Tom et Lena » et de

son livret d'accompagnement, il illustre les conséquences des violences au sein du couple sur l'enfant, le repérage systématique ainsi que la prise en charge de la mère et de l'enfant victimes par les professionnels. (10, 75)

L'efficacité des programmes de formation est de plus en plus démontrée.

La revue systématique de Zaher rapporte de manière unanime des effets bénéfiques de la formation (9 études). Ces effets varient en fonction des modalités d'intervention de formation. Les deux études randomisées et contrôlées de haute qualité, relatives à des programmes de formation à multiples facettes (contenus théoriques sur les différents aspects de la problématique, techniques interactives, ..), à destination de médecins généralistes attestent d'une amélioration significative de l'identification des femmes victimes voire aussi de leur orientation vers des structures ad-hoc, pour une d'entre elles. Aucun effet indésirable n'a été signalé (50).

p.64 : alcoolisme et/ou origine ethnique ? je ne comprends pas le lien entre les 2 informations et je propose de remplacer alcoolisme par « conduite addictive du conjoint »

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Abréviation

Indiquer Fédération Nationale Solidarité Femmes (cf. nationale)

P 48 il manque les lieux d'accueil et d'écoute (LEAO) à mettre en même temps que les accueils de jour. Les LEAO proposent une prise en charge globale (psychologique, juridique, sociale) vers la sortie de la violence à travers des entretiens individuels ou collectifs. Ils existent dans de nombreux départements et gérés principalement par les associations Solidarité Femmes ou les CIDFF.

France Victimes

Il faudrait **remplacer INAVEM par France Victimes** (pages 7, 49 et 50), également **remplacer le 08Victimes par le 116006** (7J/7 - appel et services gratuits OU + 33 (0)1 80 52 33 76 - victimes@france-victimes.fr), en pages 35 et 49.

Par ailleurs dans l'annexe 2 sur l'évolution de la législation, il faudrait ajouter la loi Schiappa du 3 août 2018 (notamment allongement du délai de prescription pour les crimes sexuels commis sur mineurs, création d'une nouvelle circonstance aggravante, concernant des faits de violences, dont les violences conjugales, si un mineur est présent lors des faits et a assisté à la commission de l'infraction).

D'autres informations seraient elles utiles ? (Si oui, préciser lesquelles)

CNP de Pédiatrie

On insiste bcp dans les signalements ou informations préoccupantes concernant les enfants de bien décrire la situation familiale (le nom des enfants) mais aussi les éléments qui permettront à la brigade des mineurs d'intervenir rapidement comme l'adresse et les numéros de téléphone des parents.

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)

Information sur la formation des professionnels de santé sur cette thématique

MIPROF

Je propose de rajouter le modèle d'attestation clinique infirmière réalisé par le CNOI en 2017 que je vous envoie en PJ.

ATTENTION l'adresse du site stop-violences est erronée p.26 stop-violences-femmes.gouv.fr

Le conseil de l'ordre des médecins a rédigé une notice explicative du modèle de certificat médical qui pourrait être rajoutée.

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

LE DOCUMENT EST TRES COMPLET, PARTICULIEREMENT BIEN DOCUMENTÉ POUR LES ANNEXES.

La recommandation est parfaite pour les chirurgiens-dentistes.

FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Toute action doit être pensée pour assurer la sécurité et éviter la victimisation secondaire des femmes victimes de violences y compris à long terme d'où l'importance du travail en réseau.

A titre d'exemple un dépôt de plainte peut s'effectuer après une mise en sécurité dans un centre d'hébergement avec les enfants pour éviter de nouvelles violences post plainte. Les enfants vont mieux lorsque les violences contre leur mère cessent d'où l'importance de proposer un accompagnement hors hébergement ou un hébergement spécialisé pour éviter une victimisation secondaire (ex d'un placement

d'enfant prononcé si les violences se poursuivent au domicile conjugal).

Les femmes victimes de violences peuvent être surveillées et suivies via leur téléphone portable et internet.

16. Validation

16.1 Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 12 juin 2019, le Collège de la HAS a adopté la recommandation de bonne pratique.

Annexe 1. Méthode de travail

► Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture) et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origines géographiques ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Phase de lecture auprès des parties prenantes

La phase de lecture est organisée sous forme de consultations des parties prenantes (organisations professionnelles, associations de patients ou d'usagers, institutionnels, etc., concernés par le thème), celui-ci ayant une composante organisationnelle. Les parties prenantes à solliciter sont définies lors de la phase de cadrage ; la liste des parties prenantes peut être complétée au cours du projet.

Un questionnaire ouvert portant sur le texte des recommandations et l'argumentaire scientifique est envoyé à chaque partie prenante. La réponse transmise par chaque partie prenante représente l'avis officiel de l'organisation, association ou institution interrogée. Les réponses des parties prenantes sont mises en ligne dans un document annexe.

Version finale des recommandations

Les citations et commentaires des parties prenantes sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. tableau 1).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

► **Gestion des conflits d'intérêts**

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables [sur le site unique DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home](https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home).

► **Actualisation**

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise, française, espagnole et italienne.

Elle a porté sur la période de janvier 1990 à août 2018.

Sources

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : Medline ;
- pour la littérature francophone : Lissa, La Documentation française ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations.

Ci-dessous, la liste des sites consultés :

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<https://www.ahrq.gov/>

American Medical Association (AMA)

<https://www.ama-assn.org/>

Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/>

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)

<https://canadiantaskforce.ca/>

Catalogue et index des sites médicaux francophones (CISMeF)

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

<https://www.cdc.gov/>

Défenseur des droits

<https://defenseurdesdroits.fr/>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

European Commission

https://ec.europa.eu/commission/index_en

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE)

<http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/>

Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

<https://www.hcsp.fr/>

Haute Autorité de Santé (HAS)

<https://www.has-sante.fr/>

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
<http://www.igas.gouv.fr/>

Institut de recherche en santé publique (IReSP)
<http://www.iresp.net/>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
<https://www.inspq.qc.ca/>

Ministère de l'Intérieur
<https://www.interieur.gouv.fr/>

Ministère des Solidarités et de la Santé
<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

National Guideline Clearinghouse (NGC)
<http://www.guideline.gov>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
<https://www.nice.org.uk/>

Organisation mondiale de la santé (OMS)
<http://www.who.int/fr/>

Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)
<https://www.racgp.org.au/>

Santé publique France
<http://www.santepubliquefrance.fr/>

Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/>

Sénat
<http://www.senat.fr/>

Société française de médecine générale (SFMG)
<http://www.sfmq.org/accueil/>

Société scientifique de médecine générale (SSMG)
<https://www.ssmg.be/>

Stop Violences Femmes
<https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline.

Type d'étude / Sujet		Période de recherche	Nombre de références trouvées
	Termes utilisés		
Recommandations, Conférences de consensus		Janv. 90 Août 18	94
Étape 1	((violence* OR violent OR abuse* OR abused OR abuser* OR brutality OR brutal OR brutalize OR brutalized OR aggression* OR aggressor* OR aggressive* OR aggressiveness OR aggressed OR harassment OR harass OR harasser* OR beat OR beaten OR battered OR molest OR molester*)/ti OR (partner violence* OR domestic violence* OR couple violence* OR conjugal violence*)/ti,ab OR (Intimate Partner Violence OR Physical Abuse OR Exposure to Violence OR Harassment, Non-Sexual)/de OR (rape* OR raped OR raper* OR sex offense* OR sexual harassment* OR sexual assault*)/ti OR (Rape OR Sex Offenses OR Sexual Harassment)/de) AND ((woman OR women OR spouse* OR wife OR wives)/ti OR (women OR Women's Rights)/de)		
OR			
Étape 2	(Battered Women OR Spouse Abuse)/de		
AND			
Étape 3	(guidance OR guideline*)/ti OR guideline/pt OR health planning guidelines/de OR (practice guideline OR Consensus Development Conference, NIH OR Consensus Development Conference)/pt OR (consensus OR position paper OR recommendation* OR statement*)/ti		
Méta-analyses, Revues systématiques		Janv. 90 Fév. 18	174
(Étape 1 OR Étape 2)			
AND			
Étape 4	(meta analysis OR meta analyses OR metaanalys* OR meta-analys*)/ti,ab OR meta-analysis/pt OR (systematic literature review* OR systematic literature search* OR systematic overview* OR systematic review* OR systematical literature review* OR systematical overview* OR systematical review* OR systematically review* OR systematically search* OR systematically research*)/ti,ab OR (cochrane database syst rev OR Health Technol Assess)/source		
Revue générale		Janv. 90 Fév. 18	373
(Étape 1 OR Étape 2)			
AND			
Étape 5	Review/pt		

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Veille

Une veille a été menée sur ce sujet jusqu'en décembre 2018.

► Critères de sélection des articles

Ont été incluses dans la revue systématique de la littérature, les publications suivantes, en français ou anglais :

- recommandations de bonne pratique (revue systématique + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'usagers) publiées;
- revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais;
- essais contrôlés randomisés ou non, publiés et dont la publication est postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;
- études de cohorte ou études comparatives publiées et dont la publication est postérieure aux revues systématiques répondant à la même question.

► Résultats

Nombre références identifiées : 674

Nombres de références analysées : 223

Nombre de références retenues : 135

Annexe 3. Évolution de la législation

Textes de loi	
Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992	Portant réforme des dispositions du Code pénal : • les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente constituent des crimes ; • création du délit spécifique de violences conjugales : ainsi, si des violences sont commises par le conjoint ou le concubin et même si elles n'ont pas entraîné de jours d'ITT (Incapacité totale de travail), elles sont passibles du tribunal correctionnel ; • circonstance aggravante du fait de la qualité de conjoint ou de concubin ; • introduction du délit de harcèlement sexuel au travail.
Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004	Relative au divorce : mise en place au civil, pour les couples mariés, de mesures d'éloignement du conjoint violent ; avant l'engagement d'une procédure de divorce, l'époux victime de violences conjugales peut saisir en urgence le juge aux affaires familiales pour demander l'éviction de son conjoint : obtention de la résidence séparée et attribution du domicile conjugal.
Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005	Relative au traitement de la récidive : permet de faciliter l'éloignement de l'auteur des violences (conjoint ou concubin) du domicile de la victime à tous les stades de la procédure devant les juridictions répressives, tout en prévoyant, si nécessaire, la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.
Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006	Renforce la prévention et la répression des violences commises au sein du couple et contre les mineurs étend le bénéfice de cette mesure aux victimes vivant sous le régime du Pacte civil de solidarité (PACS). Elle peut également concerner les anciens conjoints, anciens concubins et anciens partenaires liés par un PACS, auteurs de violences, ayant agi en raison des relations entretenues avec la victime. Cette loi prévoit également des mesures destinées à renforcer la lutte et la prévention des mariages forcés et des mutilations sexuelles féminines.
Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007	Relative à la <u>prévention de la délinquance</u> : prévoit l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple ou à l'encontre des mineurs. En outre, cette loi clarifie les hypothèses de levée du secret médical en cas de violences commises sur un mineur ou une personne vulnérable. Réformant la <u>protection de l'enfance</u> : permet au juge aux affaires familiales d'organiser le droit de visite dans un lieu de rencontre désigné à cet effet, dans des conditions garantissant la sécurité des enfants et de la mère victime de violences.
Loi n° 2007-1631 du 20 novembre 2007	Relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile : étend les dispositions prévues s'agissant de la protection des conjoints victimes de violences au sein du couple (par exemple, protection pour les conjoints de Français titulaires d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » et victimes de violences au sein du couple, qui ne se voient plus retirer leur titre de séjour, que la rupture de la vie com-

Textes de loi	
	mune soit prise à l'initiative de la victime ou de l'auteur).
Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009	De mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion : reconnaît les victimes de violences conjugales comme étant un public prioritaire à l'accès au logement social.
Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010	Relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants : • Crée l'ordonnance de protection pour les victimes de violences conjugales en cas de péril imminent ou les personnes menacées de mariage forcé, et la sanction de sa violation • Possible <u>retrait de l'autorité parentale</u> pour les personnes condamnées comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime sur la personne de l'autre parent (art 378 du Code civil) • Toute décision portant sur l'exercice de l'autorité parentale doit prendre en compte les pressions ou violences, à caractère physique ou psychologique, exercées par l'un des parents sur l'autre (art 373-2-11 Code civil) • Un conjoint, concubin, partenaire de PACS ou « ex » (conjoint, concubin, partenaire de PACS) violent, mis en examen, peut être assigné à résidence avec surveillance électronique • Crée le <u>délit de harcèlement moral</u> au sein du couple (violence psychologique) à l'article 222-33-2-1 du Code pénal • Etablit le <u>mariage forcé</u> comme circonstance aggravante en cas de violences exercées contre une femme qui refuserait l'union qu'on lui impose • Délivrance ou renouvellement de titres de séjour pour certaines femmes étrangères victimes de violences, notamment en cas d'ordonnance de protection en raison de violences au sein du couple.
Loi n° 2014-873 du 4 août 2014	Pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, institue notamment : • le renforcement de l'ordonnance de protection ; • la généralisation du dispositif « Téléphone Grave/Grand Danger », pour les femmes en grand danger ; • la priorité au maintien à domicile de la victime ; • en cas de violences au sein du couple ou par les « ex », la médiation pénale n'est possible qu'en cas de demande expresse de la victime (art. 41-1, 5° du Code de procédure pénale) ; • en cas de condamnation pour un crime ou un délit (atteintes à la vie, à l'intégrité physique ou psychique) commis par un parent sur la personne de son enfant ou de l'autre parent, la juridiction pénale se prononce sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale (art. 221-5-5 du Code pénal) ; • l'envoi de messages malveillants réitérés émis par la voie des communications électroniques est un délit (art. 222-16 du Code pénal) ; • une obligation de formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels concernés ; • un stage de responsabilisation pour les auteurs de violences.
Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016	Relative à la protection de l'enfant : l'autorité parentale d'un parent peut être totalement retirée en dehors de toute condamnation pénale, lorsque l'enfant est témoin des vio-

Textes de loi	
	lences qu'il exerce à l'encontre de l'autre parent, qu'elles aient un caractère physique ou psychique (art. 378-1 du Code civil).
Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016	Crée un délit d'atteinte à la vie privée à caractère sexuel (art. 226-2-1 du Code pénal) : le fait de capter, enregistrer, transmettre, conserver ou utiliser de quelque façon que ce soit, sans le consentement des personnes intéressées, des paroles ou des images présentant un caractère sexuel est désormais pénalisé, qu'elles aient eu lieu dans un lieu privé ou public. Même lorsque les images ou les paroles à caractère sexuel ont été obtenues avec le consentement exprès de la personne ou par elle-même, leur diffusion sans le consentement de l'intéressée est pénalisée.
Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016	De modernisation de la Justice du XXe siècle : • les juges aux affaires familiales ne peuvent plus enjoindre les parents à rencontrer un médiateur afin que l'intérêt et le déroulement d'une telle procédure leur soit expliqué, en cas de violences au sein du couple ou sur les enfants (une mesure de médiation peut toujours être proposée, art 373-2-10 du Code civil) • permet aux couples mariés de divorcer par consentement mutuel sans passer devant un juge, par acte sous signature privée contresigné par avocats après dépôt auprès d'un notaire (y compris en cas de violences conjugales et si les époux ont un ou des enfants).
Loi n° 2017-242 du 27 février 2017	Portant réforme de la prescription en matière pénale : • Allongement des délais de prescription en matière de délits : 6 ans. Sont par exemple concernés les violences (y compris psychologiques), avec ou sans ITT, par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS ; les agressions sexuelles autres que le viol (attouchements, baisers forcés...) ; le harcèlement moral ; menaces de meurtre, de viol ou d'agression sexuelle. • Allongement des délais de prescription en matière de crimes : 20 ans. Sont par exemple concernés les viols ; les violences d'un conjoint, concubin ou partenaire de PACS ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ; les meurtres ; les enlèvements et séquestrations.

Annexe 4. Repérage : Exemples de questions

Différentes questions ouvertes peuvent être utilisées lors de la consultation médicale. Ce tableau reprend des exemples issus de différents documents publiés :

Sources	Année	Exemples de questions
SSMG Guide de pratique clinique Belgique (50)	2018	« Y a-t-il des tensions particulières dans votre couple ou votre entourage ? Quand il y a des désaccords, des disputes, comment cela se règle-t-il ? » « Avez-vous déjà été menacé(e), bousculé(e), frappé(e) ? » « Avez-vous encore le droit de voir votre famille, vos ami(e)s ? » « Avez-vous peur ou avez-vous déjà eu peur de votre partenaire ? »
TOP DOVE CPG Working Group Guide de pratique clinique Canada (45)	2015	Extrait du PVS (<i>Partner Violence Screen</i>) : « Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle ? » « Y a-t-il un partenaire issu d'une relation antérieure qui vous fait vous sentir en danger maintenant ? » « Avez-vous été frappée, cognée, poussée ou blessée par quelqu'un au cours de la dernière année ? »
Rapport Henrion France (4)	2001	Par exemple, sur la vie conjugale : « Vous entendez-vous bien avec votre mari ? » « Vous vous disputez avec lui ? Que se passe-t-il alors ? » « Qu'est-ce qui vous rend triste ? » Ou en rapport avec le climat actuel de violence : « On parle beaucoup en ce moment de mécontentement dans les familles, de violence dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? Quelqu'un vous a-t-il maltraité ? » « De nombreuses patientes nous ont dit avoir été plus ou moins maltraitées par quelqu'un de proche. Est-ce que cela vous est arrivé ? » ; « Êtes-vous effrayée par le comportement de quelqu'un à votre domicile ? »
RACGP Guidelines Australie (36)	2014	« Votre partenaire vous a-t-il déjà menacé ou blessé physiquement ? » « Y a-t-il beaucoup de tensions dans votre relation ? Comment résolvez-vous les conflits ? » « Parfois, les partenaires réagissent fortement lors de conflits et utilisent la force physique. Cela vous est-il déjà arrivé ? » « Avez-vous peur de votre partenaire ? Avez-vous déjà eu peur d'un partenaire ? » « Vous êtes-vous déjà senti en danger par le passé ? » « La violence est très courante à la maison. Je questionne régulièrement mes patientes à ce sujet car personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire. »

Sources	Année	Exemples de questions
OMS Manuel clinique (100)	2015	• « Avez-vous peur de votre mari (ou de votre partenaire) ? » • « Votre mari (ou votre partenaire) ou quelqu'un d'autre à la maison a-t-il déjà menacé de vous blesser ou de vous faire du mal physiquement d'une façon ou d'une autre ? Si oui, quand cela s'est-il produit ? » • « Est-ce que votre mari (ou votre partenaire) ou quelqu'un d'autre à la maison vous brutalise ou vous insulte ? » • « Votre mari (ou votre partenaire) essaie-t-il de vous contrôler, par exemple en ne vous permettant pas d'avoir de l'argent ou en ne vous laissant pas sortir de la maison ? » • « Votre mari (ou votre partenaire) vous a-t-il forcé à avoir des relations sexuelles ou tout contact sexuel que vous ne vouliez pas ? » • « Votre mari (ou votre partenaire) a-t-il menacé de vous tuer ? »

Annexe 5. Exemples de formes de violences intraconjugales

Ce tableau n'est bien sûr pas exhaustif, il donne des exemples de formes de violences issus de différents guidelines internationaux : *Guidelines* australien *Abuse and violence* (2014) (36), OMS « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes » (2012) (55).

Violences physiques	
Pousser, frapper, gifler, bousculer	
Lancer des objets en direction de la victime	
Tirer les cheveux, tordre des membres	
Tenter d'étouffer	
Menacer ou blesser avec une arme	
Tentative d'homicide	
Menacer ou blesser un proche, enfant, animal de compagnie	
Violences sexuelles	
Viol ou agression sexuelle	L'abus sexuel est rarement isolé. Dans la plupart des cas, il a lieu en association avec des actes de violences physiques et psychologiques.
Rapports sexuels forcés et d'autres formes de coercition sexuelle	
Violences psychologiques	
Menaces verbales	
Chantage au suicide	
Harcèlement par téléphone, par courriel ou sur le lieu de travail	
Privation de finances et des besoins fondamentaux (accès à la nourriture, au sommeil, soins médicaux)	
Érosion de l'estime de soi par l'humiliation et la violence verbale	
Isolement social par le refus de contacts extérieurs avec des amis ou des parents	
L'envoi de textos pornographiques (« sextos »)	
Des insultes, le rabaissement, l'humiliation constante, des actes d'intimidation (par ex., destruction d'objets), des menaces de sévices, des menaces de retrait des enfants	

Annexe 6. Modèle de certificat médical initial

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE d'après le Conseil national de l'Ordre des médecins, 2016 (135)

Téléchargeable à : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf

Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____ heure _____, à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS :

La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu), de _____ ».

DOLÉANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de « _____ »

ÉTAT ANTÉRIEUR *(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)*

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :
- sur le plan psychique :
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). À titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres), sous réserve de complications.

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL SUR DEMANDE SPONTANÉE DE LA VICTIME d'après la Haute Autorité de Santé, 2011 (108)

Téléchargeable à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120337/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-recommandations

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'Ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL SUR DEMANDE DE LA PATIENTE d'après le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, 2015 (114)

Téléchargeable à : www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/CNOSF_notice_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes_nov_2015.pdf

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

Ce certificat doit être remis à la patiente uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'Ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame _____ (Nom, Prénom,) ¹ née le _____,

domiciliée à _____,

le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur
_____ (Nom, Prénom) _____³

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur (Nom, Prénom) _____.

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de »⁴ _____,
le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

- État gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant)

: _____

- Sur le plan physique

- Sur le plan psychique

: _____

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer...., et être né(e) le.... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, de l'heure et du lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif... En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) susnommé, le préciser.

Depuis, elle dit « se plaindre de ⁵ _____ ».

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

Comment constater les faits dans le certificat ?

La sage-femme est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif :

- l'ensemble des lésions et des symptômes constatés doivent être décrits : le certificat ne doit pas comporter d'omissions et la sage-femme se doit d'éviter toute description dénaturant les faits ;
- il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux ;
- il ne faut pas affirmer ce qui n'est que probable et ne pas interpréter les faits : le certificat doit se borner aux constatations de la sage-femme sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales ;
- la sage-femme rapporte les dires de la patiente sur le mode déclaratif et entre guillemets (« *madame X dit avoir été victime de...* »).

Il ne faut pas employer des mots connotés, tels que « harcèlement », sauf s'il s'agit de propos tenus par la patiente, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets.

En pratique, la sage-femme est tenue de constater objectivement les lésions et signes qui témoignent de violences avant de rédiger le certificat : elle doit consigner avec précision ses constatations et ne peut présenter comme faits avérés des agressions sur la seule foi de déclarations. Elle doit décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques de toutes les lésions : nature, dimensions, forme, couleur, etc.

5 Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime.

Références

1. Ministère des droits des femmes. 4^e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. Paris: Ministère des droits des femmes; 2013.
https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
2. Inspection générale des affaires sociales, Branchu C, Vanackere S. La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation. Rapport. Paris: IGAS; 2017.
www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-001R.pdf
3. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés 2001;(364).
4. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre chargé de la santé. Paris: La Documentation française; 2001.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292_22.pdf
5. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013. Paris: Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2011.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_de_LUTTE_contre_les_VIOLENCES_v12avr2011_vp.pdf
6. Décret n° 2013-8 du 3 janvier 2013 portant création du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Journal Officiel;5 janvier 2013:407.
7. Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Journal Officiel;5 janvier 2013:406.
8. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Journal Officiel;5 août 2014:12949.
9. Fontanel M, Pelloux P, Soussy A. Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences. Rapport remis le 5 novembre 2014 à Madame Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et Madame Pascale Boistard, Secrétaire d'Etat chargée des droits des femmes. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000664/index.shtml>
10. Sénat, Bouchoux C, Cohen L, Courteau R, Jouanno C, Kammermann C, *et al.* Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'évaluation des dispositifs de lutte contre les violences au sein des couples. Paris: Sénat; 2016.
<https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4251.pdf>
11. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5^e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019. Paris: Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes; 2016.
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
12. Haut-commissariat des nations unies aux droits de l'homme. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Genève: HCDH; 1979.
<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
13. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Organisation des nations unies. Recommandation générale No 19 (onzième session, 1992). New York: CEDEF; 1992.
<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm>
14. Conseil de l'Europe. La protection des femmes contre la violence. Recommandation Rec (2002) 5 du Comité des Ministres et exposé des motifs. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.
http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/Rec_2002_5_F.pdf
15. Conseil de l'Union européenne. Nouveau pacte européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes couvrant la période 2011-2020. Conseil de l'Union européenne: Bruxelles; 2011.
https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lsa/119631.pdf
16. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 11.V.2011. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2011.
<https://rm.coe.int/1680084840>
17. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE. Les résultats en bref. Vienne: FRA; 2014.
https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_fr.pdf
18. Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. Journal Officiel;23 juillet 1992:9857.
19. Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce. Journal Officiel;27 mai 2004:9319.

20. 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. Journal Officiel;5 avril 2006:5097.
21. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Journal Officiel;10 juillet 2010:12762.
22. Comité interministériel de prévention de la délinquance. Femmes victimes de violences au sein du couple. Dans: Boîte à outils « Aide aux victimes et accès au droit ». Paris: CIPD; 2014. p. 11-21.
<https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/02/boi%CC%82te-a%CC%80-outils-aide-aux-victimes-et-acces-au-droit.pdf>
23. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal Officiel;15 mars 2016.
24. Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle. Journal Officiel;19 novembre 2016.
25. Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Journal Officiel;5 août 2018.
26. Jaspard M, Saurel-Cubizolles MJ. Violences envers les femmes et effets sur la santé. Présentation de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff). Dans: Jaspard M, ed. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris: La Documentation française; 2003. p. 229-66.
27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports, Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, Beck F, Cavalin C, *et al.* Violences et santé en France. Etat des lieux. Paris: La Documentation française; 2010.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violence_sante_2010.pdf
28. Institut national d'études démographiques, Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, *et al.* Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail 2017;(229).
29. Institut national de la statistique et des études économiques, Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale, Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2017. Paris: SSMSI; 2017.
<https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2017>
30. Observatoire national des violences faites aux femmes, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : les principales données disponibles pour l'année 2016. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes 2017;(12).
31. Observatoire national des violences faites aux femmes, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017. Indicateurs annuels. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes 2018;(13).
32. Délégation aide aux victimes, Ministère de l'intérieur, Direction générale de la police nationale, Direction générale de la gendarmerie nationale. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2017. Paris: Ministère de l'intérieur; 2018.
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/11/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2017.pdf>
33. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
34. Institut national de santé publique du Québec. Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal: INSPQ; 2018.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
35. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 state report. Atlanta: CDC; 2017.
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NISVS-StateReportBook.pdf>
36. Royal Australian College of General Practitioners. Abuse and violence. Working with our patients in general practice (4th edition). Melbourne: RACGP; 2014.
<https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Whitebook/Abuse-and-violence-working-with-our-patients-in-general-practice.pdf>
37. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. Lancet 2013;382(9895):859-65.
38. Guillaum MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Bull Epidémiol Hebdo 2016;(22-23):385-9.
39. Psytel. « Estimation de la mortalité par violences conjugales en Europe ». IPV EU_Mortality. Programme

Daphné III - année 2007. Synthèse du rapport scientifique. Paris: Psytel; 2010.

www.ecvf.fr/wp-content/uploads/IPV_EU_Mortality_Synthese_Fr_10052_9_1_-1.pdf

40. Organisation des nations unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993. New York: ONU; 1993.

<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

41. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002.

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

42. Direction des affaires criminelles et des grâces. Les violences au sein du couple. Guide de l'action publique. Guide méthodologique. Paris: Ministère de la justice et des libertés; 2011.

www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf

43. Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur. Guide destiné aux médecins libéraux face aux violences faites aux femmes. Marseille: URPS-ML PACA; 2016.

<http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2016/06/Guide-maltraitance-femmes-1.pdf>

44. Fédération nationale solidarité femmes. Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info ». Année 2017. Paris: FNSF; 2018.

<http://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffre%C3%A9es-3919-2017.pdf>

45. Toward Optimized Practice. Doctors opposing violence everywhere (DOVE). Clinical practice guideline. Edmonton: TOP; 2015.

http://www.topalbertadoctors.org/download/1583/DOVE_CPG.pdf?_20150527120452

46. Assemblée nationale, Auconie S, Rixain MP. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur le viol. Paris: Assemblée nationale; 2018.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0721.asp>

47. Organisation mondiale de la santé. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Rapport succinct. Genève: OMS; 2005.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43366/9/242593516_fre.pdf?sequence=1

48. Violences conjugales. Reconnaître et accompagner les victimes. Rev Prescrire 2018;38(413):192-200.

49. van der Schueren T. Violences conjugales. Rev Méd Gén 2009;(260).

50. Société scientifique de médecine générale, Agence pour une vie de qualité, Offermans AM, Vanhalewyn M, van der Schueren T, Roland M, *et al.* Détection des violences conjugales. Guide de pratique clinique. Bruxelles: SSMG; 2018.

https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/2012/01/VF_RBP_ViolencesConjugales.pdf

51. Observatoire national de l'enfance en danger, Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques. Rapport d'étude. Paris: ONED; 2012.

https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/oned_eevc_1.pdf

52. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, Rizk C. Éléments de profil des hommes et des femmes de 18 à 75 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles sur deux ans par conjoint cohabitant. Etude croisée de certaines caractéristiques de la victime déclarée et de son conjoint, lorsque celui-ci habite dans le même logement, d'après les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » Insee-ONDRP de 2008 à 2014. Repères 2016;(31).

53. Santé publique France. Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Etat des connaissances. Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016. Saint-Maurice: SPF; 2018.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Epidemiologie-des-violences-conjugales-en-France-et-dans-les-pays-occidentaux>

54. Coutanceau R. Auteurs de violences au sein du couple. Prise en charge et prévention. Paris: Ministère de la cohésion sociale et de la parité; 2006.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000270/index.shtml>

55. Organisation mondiale de la santé, Organisation panaméricaine de la santé. La violence exercée par un partenaire intime. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Genève: OMS; 2012.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86232/1/WHO_RHR_12.36_fre.pdf

56. Commission contre la violence au sein du couple et ses impacts sur la famille, Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille. Lutte contre la violence au sein du couple. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s du canton de Fribourg. Fribourg: BEF; 2018.

https://www.fr.ch/sites/default/files/2018-09/Dotip_francc%CC%A7ais.pdf

57. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2872955/en/reperage-et-accompagnement-en-centre-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-chrs-des-victimes-et-des-auteurs-de-violences-au-sein-du-couple

58. Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Social Health Illn* 2011;33(5):694-709.

59. Observatoire national des violences faites aux femmes, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Secrétariat d'Etat chargé des droits des femmes. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes 2015;(6).

60. Sprague S, Bhandari M, Della Rocca GJ, Goslings JC, Poolman RW, Madden K, *et al.* Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet* 2013;382(9895):866-76.

61. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, *et al.* Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013;10(5):e1001439.

62. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012;75(6):959-75.

63. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med* 2009;169(18):1692-7.

64. Dicola D, Spaar E. Intimate partner violence. *Am Fam Physician* 2016;94(8):646-51.

65. Walker LE. The battered woman syndrome. Fourth edition. New York: Springer Publishing Company; 2017.

66. Ordre régional des chirurgiens dentistes Midi-Pyrénées, Prioul P. Violences faites aux femmes. Résumé de la journée de formation du 07 décembre 2016 organisée par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains). Toulouse: ORCDMP; 2017. <https://www.orcdmp.org/uploads/actualites/2017/Violences-faites-aux-femmes.pdf>

67. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012;32(8):677-89.

68. Salmona M. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'oeuvre. Dans: Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Dellucci H, Iracane M, Rydberg JA, Silvestre M, *et al.*, ed. Pratique de la psychothérapie EMDR. Paris: Dunod; 2017. p. 207-18. <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017-Aide-memoire-Dunod-Impact-des-violences-sexuelles-la-memoire-traumatique-a-l-C5%93uvre.pdf>

69. Comité interministériel de prévention de la délinquance. Enfants exposés aux violences au sein du couple. Dans: Boîte à outils « Aide aux victimes et accès au droit ». Paris: CIPD; 2014. p. 35-41. <https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/02/boi%CC%82te-a-a%CC%80-outils-aide-aux-victimes-et-acces-au-droit.pdf>

70. Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003;6(3):151-60.

71. Institut national de santé publique du Québec, Lessard G, Lampron C, Paradis F. Les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale. Recension des écrits. Québec: INSPQ; 2003. <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/278-StrategiesEnfantsExposesViolence.pdf>

72. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008;32(8):797-810.

73. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. L'impact des violences au sein du couple sur les enfants. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation Tom et Léna. Paris: MIPROF; 2017. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/17-livret-tom-et-lena-nov-2017.pdf>

74. Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. Lutter contre la violence au sein du couple. Le rôle des professionnels. Paris: Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité; 2008. https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Violence_48_pages_20_10-2.pdf

75. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Les violences faites aux femmes : une urgence de santé publique. Intervention de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Paris: MIPROF; 2015. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_mars_2015_miprof_cnnse.pdf

76. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite

des êtres humains. ELISA des outils pédagogiques à destination des professionnel-le-s. Paris: MIPROF; 2017.

https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_kit_elisa_vf.pdf

77. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. ANNA un outil pédagogique à destination des professionnel-le-s. Paris: MIPROF; 2017.

https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_kit_anna.pdf

78. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training. Systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2014;60(7):618-24.

79. Observatoire national des violences faites aux femmes, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Secrétariat d'Etat chargé des droits des femmes. Violences faites aux femmes : les principales données. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes 2015;(8).

80. Observatoire national des violences faites aux femmes, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Secrétariat d'Etat chargé des droits des femmes. Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes 2014;(4).

81. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf

82. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Public health guideline. London: NICE; 2014.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/resources/domestic-violence-and-abuse-multiagency-working-pdf-1996411687621>

83. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, *et al.* How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess* 2009;13(16).

84. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002;325(7359):314.

85. Valpied J, Cini A, O'Doherty L, Taket A, Hegarty K. "Sometimes cathartic. Sometimes quite raw": benefit and harm in an intimate partner violence trial. *Aggress Violent Behav* 2014;19(6):673-85.

86. Mørk T, Tanggaard Andersen P, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2014;14:74.

87. U.S. Preventive Services Task Force, Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med* 2012;156(11):796-808, W-279, W-80, W-81, W-82.

88. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, *et al.* Screening for intimate partner violence in health care settings. A randomized trial. *JAMA* 2009;302(5):493-501.

89. U.S. Preventive Services Task Force, Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;158(6):478-86.

90. American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate partner violence. ACOG committee opinion N° 518. *Obstet Gynecol* 2012;119(2 Pt 1):412-7.

91. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;Issue 7:CD007007.

92. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med* 2006;166(1):22-37.

93. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, de Beco A, Chastaing J, *et al.* Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine* 2014;10(9):423-8.

94. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. *Cah Santé Publique Protection Sociale* 2011;Septembre:9-18.

95. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns* 2008;70(3):386-94.

96. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2014;28(1):3-11.

97. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Ethique et Santé* 2015;12(4):244-9.
98. New Zealand Ministry of Health, Fanslow JL, Kelly P. Family violence assessment and intervention guideline: child abuse and intimate partner violence. 2nd ed. Wellington: Ministry of Health; 2016.
https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-assessment-intervention-guideline-jun16_0.pdf
99. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004;140(5):382-6.
100. Organisation mondiale de la santé, ONU-femmes, Fonds des nations unies pour la population. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique. Genève: OMS; 2015.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf
101. Irish College of General Practitioners. Domestic violence: a guide for general practice. Dublin: ICGP; 2014.
<https://www.icgp.ie/speck/properties/asset/asset.cfm?ty=LibraryAsset&id=2C56608F%2DCA68%2D6E0F%2D6759108AE097057B&property=asset&revision=tip&disposition=attachment&app=icgp&filename=ICGP%5FDomestic%5FViolence%5FONLINE%2Epdf>
102. Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. *Acad Emerg Med* 2009;16(11):1208-16.
103. Department of Health. Responding to domestic abuse. A resource for health professionals. London: DOH; 2017.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/597435/DomesticAbuseGuidance.pdf
104. Observatoire régional des violences faites aux femmes. Mieux protéger et accompagner les enfants co-victimes des violences conjugales. Les préconisations du groupe de travail réuni par l'Observatoire régional des violences faites aux femmes du Centre Hubertine Auclert. Rapport. Paris: ORVF; 2017.
<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/rapport-enfants-co-victimes.pdf>
105. Observatoire national de l'enfance en danger, Service des droits des femmes et de l'égalité, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ? Paris: ONED; 2008.
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/cahier_preconisations_sdfe08_5.pdf
106. Comité interministériel de prévention de la délinquance. Boîte à outils « aide aux victimes et accès au droit ». Paris: CIPD; 2014.
<https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/02/boi%CC%82te-a%CC%80-outils-aide-aux-victimes-et-acces-au-droit.pdf>
107. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, *et al.* Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health* 2012;52(6):587-605.
108. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Texte des recommandations. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf
109. Conseil national de l'ordre des médecins. Notice explicative du certificat médical établi sur demande du de la - patient - e. Paris: CNOM; 2016.
https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/notice_certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf
110. Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. *Journal Officiel*; 6 novembre 2015:20706.
111. Le Brusq E. Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales [Thèse : médecine générale]. Nantes: Faculté de médecine; 2017.
<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=6ca0c99d-fc62-47da-bdde-ac9628cedae9>
112. Conseil national de l'ordre des médecins, Kahn-Bensaude I, Faroudja JM. Signalement et information préoccupante. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de février 2016
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/signalement_et_information_preoccupante.pdf
113. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. *Journal Officiel*; 6 mars 2007:4215.
114. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences. Fiche établie par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Paris: CNOSF; 2015.
https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/CNOSF_notice_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes_nov_2015.pdf
115. Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. J

Gynécol Obstet Biol Reprod 2005;34(1 Suppl):2S62-2S7.

116. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; Issue 11:CD009414.

117. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. Violence Vict 2013;28(3):359-80.

118. American College of Obstetricians and Gynecologists. Reproductive and sexual coercion. ACOG Committee opinion n° 554. Obstet Gynecol 2013;121(2 Pt 1):411-5.

119. Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2005;34(1 Suppl):2S47-2S53.

120. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. Int J Gynaecol Obstet 2016;133(3):269-76.

121. Alvarez-Segura M, Garcia-Esteve L, Torres A, Plaza A, Imaz ML, Hermida-Barros L, *et al.* Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. Arch Womens Ment Health 2014;17(5):343-57.

122. van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. PLoS One 2014;9(1):e85084.

123. Delespine M. Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences. Vocation Sage-femme 2014;13(111):24-8.

124. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. Paris: MIPROF; 2015.
<http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Enqu%C3%AAt-nationale-aupr%C3%A8s-des-sages-femmes-en-activit%C3%A9-MIPROF-2015.pdf>

125. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. Am J Obstet Gynecol 2017;217(2):145-9.

126. O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy

care: a systematic review. Trauma Violence Abuse 2010;11(4):190-201.

127. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2010;115(2 Pt 1):273-83.

128. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

129. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour mai 2016. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/en/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

130. Drigeard C. Détection et prise en charge des maltraitances : enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme [Thèse : chirurgie dentaire]. Clermont-Ferrand: Université d'Auvergne Clermont-Ferrand; 2008.

131. Parish CL, Pereyra MR, Abel SN, Siegel K, Pollack HA, Metsch LR. Intimate partner violence screening in the dental setting. Results of a nationally representative survey. J Am Dent Assoc 2018;149(2):112-21.

132. Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic violence and its relation to dentistry: a call for change in Canadian dental practice. J Can Dent Assoc 2007;73(7):617.

133. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime, Littel K. Family violence: an intervention model for dental professionals. OVC Bull 2004;(December).

134. Nelms AP, Gutmann ME, Solomon ES, DeWald JP, Campbell PR. What victims of domestic violence need from the dental profession. J Dent Educ 2009;73(4):490-8.

135. Conseil national de l'ordre des médecins. Modèle de certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure. Paris: CNOM; 2016.
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf

Participants

Les organismes professionnels et associations de victimes suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail :

Association dentaire française (ADF)*	Conseil national professionnel de Médecine d'urgence*
Association nationale des assistants de service social (Anas)*	Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)*
Association nationale des sages-femmes libérales*	Conseil national de la pédiatrie (CNPP)*
Collège de la médecine générale*	Conseil national professionnel de psychiatrie*
Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale*	Collège national des sages-femmes de France*
Collège infirmier français (CIF)	Société française de psychologie*
Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO)*	Fédération nationale Solidarité femmes (FNSF)*
	France VICTIME*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Dr Christine Revel-Delhom, Chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Baarir Zohra, psychiatre, Argenteuil	Mme Lefebvre Sandrine, psychologue, Sotteville-lès-Rouen
Dr Balencon Martine, pédiatre - médecin légiste, Rennes	Dr Malhanche Pauline, médecin généraliste, Châtel-Guyon
Dr Brousse Benoît, urgentiste, Elbeuf Louviers	Mme Merceron Nelly, assistante sociale Avignon
Dr De-Fremerville Humbert, médecin généraliste, Arnas	M. Moreau Jérôme, association aide aux victimes, Imphy
Mme Delespine Mathilde, sage-femme, Saint-Denis	Mme Moyroud Madeleine, sage-femme, Roanne
Dr Fohet Catherine, gynécologue médicale, La Farlede	Mme Pipet Anne, masseur kinésithérapeute, Landry
Pr Gromb-Monnoyeur Sophie, médecin légiste, Bordeaux	Mme Toutain Françoise, directrice centre Flora Tristan - association femmes Alternatives, Châtillon
Mme Guillard Suzanne, psychologue, La Charité-sur-Loire	Dr Vergne Muriel, urgentiste, Toulon
Dr Hatem Ghada, gynécologue-obstétrique, Saint-Denis	Dr Vicard-Olagne Mathilde, médecin généraliste, Clermont-Ferrand
Dr Largy Jean-François, chirurgien-dentiste, Dijon	

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis :

- Association dentaire française (ADF)*
- Association nationale des assistants de service social (Anas)
- Association nationale des sages-femmes libérales*
- Collège de médecine générale (CMG)*
- Collège infirmier français (Cif)
- Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)*
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)*
- Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)*
- Collège national des sages-femmes de France*
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP)*
- Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO)*
- Conseil national professionnel de médecine d'urgence
- Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale*
- Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP)*
- Fédération nationale solidarité femmes (FNSF)*
- France Victimes*
- Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE)*
- Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)*
- Société française de psychologie (SFP)*
- Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes*

(*) Cette partie prenante a répondu à la phase de lecture.

► Institutionnels

- ANSM
- CNAMTS, RSA, RSI
- DGS
- DGOS

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
Méthode de travail	RBP avec parties prenantes
Objectif(s)	Renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes Favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Faciliter la coordination entre professionnels concernés
Patients ou usagers concernés	Toutes les femmes, quel que soit leur âge
Professionnel(s) concerné(s)	Plus particulièrement les professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médicale, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute. Cependant tous les professionnels de santé peuvent être concernés dans leur pratique. Autres professionnels de santé concernés par le thème et partenaires d'autres secteurs associés aux professionnels de santé : médecin en UMJ, médecin des Conseils départementaux et en particulier médecin de PMI et référent protection de l'enfance, psychologue, pharmacien(ne), conseiller(e) conjugal(e) des CPEF, assistant(e) social(e), travailleur social et professionnel travaillant en lien avec les professionnels susnommés (aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, secrétaire médicale, etc.).
Demandeur	Ministère des Solidarités et de la Santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chefs de service : Dr Michel Laurence et Dr Pierre Gabach) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De janvier 1990 à août 2018 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1) Réalisée par : Documentaliste Mme Mireille Cecchin, avec l'aide de Assistante documentaliste Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs du rapport d'élaboration	Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur les sites www.has-sante.fr et DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en Juin 2019
Actualisation	L'actualisation de cette recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr