

année 2019/2020

## **Thèse**

Pour le

### **DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État par

Anne Sophie ROY

Née le 06 février 1986 à Saint Briec (22000)

---

---

**Recours aux outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des connaissances et de la pratique des médecins généralistes d'Indre et Loire.**

---

---

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2020 devant un jury composé de :

**Présidente de jury** : Professeur Pauline SAINT MARTIN, médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine – TOURS

**Membres du jury** :

Professeur Nicolas BALLON, psychiatrie; addictologie, Faculté de Médecine – TOURS

Professeur Lobna OULDAMER, gynécologie obstétrique, Faculté de Médecine – TOURS

Docteur Camille REROLLE, médecine légale, MCU-PH, Faculté de Médecine – TOURS

**Directrice de thèse: Docteur Elisabeth BLIN, médecin généraliste, centre d'Orthogénie PH, CHU – TOURS**

## résumé

Recours aux outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des connaissances et de la pratique des médecins généralistes d'Indre et Loire.

**Introduction:** Chaque année 213 000 femmes sont victimes de violences commises par leur partenaire ou ex-partenaire. Le professionnel de santé est souvent le premier recours. Les violences sont fréquemment répétées, impactant la santé physique et mentale des victimes et engendrant des dépenses de santé importantes. Les médecins généralistes ont un rôle clé dans le dépistage et l'orientation précoce. L'objectif de cette thèse est de mesurer les connaissances et pratiques des médecins généralistes libéraux d'Indre et Loire sur ce sujet.

**Matériel et méthode:** Etude observationnelle descriptive par questionnaire en ligne envoyé aux praticiens. Les résultats ont été recueillis de décembre 2019 à juin 2020.

**Résultats:** 84% des médecins n'ont pas eu de formation sur les violences conjugales. 90% estiment mal connaître les structures. Les plus citées sont celles assurant des soins médicaux, une prise en charge sociale et juridique. Leur connaissance provient d'un confrère ou du "bouche à oreille". 30% travaillent en réseau avec une assistante sociale, l'institut médico légal, une psychologue. Les difficultés rencontrées au cours de l'orientation sont le refus de la patiente et la méconnaissance des structures. 86% des médecins n'utilisent pas d'outils d'aide. On note un besoin de formation et d'information avec: numéros de téléphone de structures, site internet dédié et plaquette informative.

**Conclusion:** Les structures et outils sont peu connus et sous utilisés par les praticiens, dont la formation et la sensibilisation sont à poursuivre, afin de permettre un travail en réseau et d'optimiser le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

mots clés: violence conjugale - médecin généraliste - connaissance - orientation - Indre et Loire

## Abstract

Use of tools, structures and stakeholders involved in the care of women victims of domestic violence: study of knowledge and practice of general practitioners in Indre et Loire

**Introduction:** Every year 213,000 women are victims of violence committed by their partner or former partner. Health professional is often the first resort. Violences are frequently repeated, impacting victim's physical and mental health and generating significant health costs. General practitioners have a main role in screening and early referral. The objective of this thesis is to measure the knowledge and practices of general practitioners in Indre et Loire.

**Material and method:** Descriptive observational study by online questionnaire sent to practitioners. Results have been collected from December 2019 to June 2020.

**Results:** 84% of doctors did not follow a specific training on domestic violences. 90% think they have a lack of knowledge about structures. The most frequently quoted are those providing medical care, social and legal support. Their knowledge comes from a colleague or from "word of mouth." 30% work in a network with a social worker, forensic medicine institute or psychologist. Difficulties encountered while orienting patient are patient's refusal and ignorance of the existing structures. 86% of doctors do not use helping tools. We observe a need for training and information with: telephone numbers of structures, dedicated website and information leaflet.

**Conclusion:** Structures and tools are insufficiently known and underused by general practitioners, whose training and awareness-raising are to be continued, in order to allow networking and optimize the screening and care of women victims of domestic violence.

keywords :domestic violence - general physician - knowledge - orientation - Indre et Loire

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Jacques CHANDENIER  
Pr Alain CHANTEPIE  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Dominique GOGA  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEU Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs || POTIER Alain ..... | Médecine Générale |
| ROBERT Jean ..... | Médecine Générale |

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais |

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric .....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **Remerciements**

### **A ma Présidente du jury, Madame le Professeur Pauline SAINT MARTIN**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse et de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

### **Aux membres du jury**

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury et d'apporter vos expertises à la critique de ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma respectueuse considération.

### **A ma directrice de thèse, Docteur BLIN Elisabeth**

Je vous remercie pour votre accompagnement au cours de ce travail ainsi que votre grande disponibilité. Votre vision éclairée du sujet a permis de l'améliorer. Veuillez recevoir ma sincère et chaleureuse gratitude.

### **Aux médecins généralistes participants**

Un grand merci à ceux qui ont bien voulu collaborer à ce travail ainsi qu'à tous ceux qui ont accepté de répondre à cette enquête.

### **A ma famille**

Un grand merci pour votre soutien inconditionnel, vos encouragements et votre présence qui m'ont permis de persévérer sur ce chemin et arriver là où je suis aujourd'hui.

### **A mon mari**

Merci pour ton soutien sans faille, ton optimisme et ton humour qui illuminent ma vie chaque jour.

### **A mes amis**

Pour tous ces bons moments de rigolades et de détente mais aussi pour les moments de travail nécessaires.

*Je dédie cette thèse à toutes les victimes de violences conjugales en espérant que ce travail contribue à une meilleure prise en charge.*

# Sommaire

I.INTRODUCTION.....	1
1. Contexte en France.....	1
2. Choix du sujet.....	2
II.LES VIOLENCES CONJUGALES.....	3
1. Origines.....	3
2. Définition.....	4
3. Différents types de violence.....	5
a. Psychologique.....	5
b. Verbale.....	5
c. Économique.....	6
d. Sexuelle.....	6
e. Physique.....	6
f. Cyberviolence.....	6
4. Escalade de la violence.....	7
5. Cycle de Walker.....	8
a. Climat de tension.....	8
b. Explosion de la violence.....	8
c. Justification de l'agresseur.....	8
d. Lune de miel.....	8
6. Pourquoi les victimes restent-elles soumises à ces violences?.....	9
a. La peur des représailles.....	9
b. L'isolement social.....	9
c. La peur du jugement.....	9
d. L'espoir constant que le conjoint va changer.....	10
e. L'emprise.....	10
f. Le phénomène dissociatif.....	10
7. Facteurs de risque.....	11
a. Facteurs individuels.....	11
b. Facteurs relationnels.....	11
c. Facteurs communautaires.....	11
d. Facteurs sociétaux.....	12
8. Profils de l'agresseur.....	12
9. Retentissement sur la santé des femmes.....	14
a. Conséquences physiques.....	14
b. Conséquences gynécologiques.....	14
c. Conséquences obstétricales.....	15
d. Conséquences psychologiques.....	15

e. Conduites addictives.....	16
f. Troubles psycho somatiques.....	16
g. Maladie chronique.....	16
10. Enjeu de santé publique.....	17
11. Moyens mis à disposition par le ministère.....	18
12. Focus sur les actions en Indre et Loire.....	20
13. Structures relais en Indre et Loire.....	22
14. Rôles du médecin généraliste.....	23
a. Dépister les violences.....	23
b. Accueillir et être à l'écoute.....	25
c. Informer des droits et des devoirs.....	25
d. Assurer les soins.....	25
e. Evaluer la gravité et mettre en place des mesures de protection.....	25
f. Signaler.....	26
g. Rédiger le certificat de coups et blessures.....	27
h. Orienter.....	28
i. Réseau partenarial.....	29
15. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste.....	29
16. Présentation du travail de thèse.....	30
III. MATERIEL ET METHODE.....	32
1. Méthode de l'étude.....	32
2. Elaboration du questionnaire.....	33
3. Evaluation de la distance entre le cabinet médical et les structures impliquées.....	34
IV. RESULTATS.....	35
1. Description de la population des médecins généralistes répondants.....	36
2. Connaissance des structures impliquées.....	37
A. Auto-évaluation des connaissances des structures.....	37
B. Connaissances réelles des structures.....	37
C. Connaissance des missions des structures.....	39
D. Distance cabinet médical-structure.....	40
3. Recours aux structures et intervenants impliqués et orientation des femmes.....	41
A. Nombre de patientes dépistées.....	41
B. Nombre de patientes ayant eu recours à des structures.....	41
C. Nombre de patientes orientées au cours des 12 derniers mois.....	42
D. Travail en réseau.....	42
E. Femme en péril imminent: intervenants qui seraient sollicités par les 109 médecins.....	43
a. Lors des horaires d'ouverture.....	43
b. En dehors des horaires d'ouverture.....	43
4. Support d'information.....	44

A. Détention d'un support.....	44
B. Type de support souhaité.....	45
V.DISCUSION.....	47
VI.CONCLUSION.....	54
VII.BIBLIOGRAPHIE.....	56
VIII.ANNEXES.....	64
Annexe 1 .....	64
Annexe 2.....	65
Annexe 3.....	66
Annexe 4.....	67
Annexe 5.....	68
Annexe 6.....	71
Annexe 7.....	75
Annexe 8.....	81
Annexe 9.....	83
Annexe 10.....	85
Annexe 11.....	90
Annexe 12.....	92
Annexe 13.....	93

## Liste des abréviations

**ADAVIP** : Association Départementale d' Aide aux Victimes d'Infractions Pénales

**ARS** : Agences Régionales de Santé

**ATHOBA** : Accueil Thérapeutique pour les HOMmes BAttants

**CASOUS** : Centre d'Accueil, de Santé et d'Orientation pour l'Urgence Sociale

**CAVAS** : Centre d'Accueil des Victimes d'Agressions Sexuelles

**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale

**CEGIDD** : CEntre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, hépatites virales et IST

**CIDFF** : Centre d'Information sur le Droit des Femmes et de la Famille

**CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familiale

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**CRIP** : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

**CSAPA** : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IML** : Institut Médico Légal

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**ITT** : Incapacité Temporaire de Travail

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MIPROF** : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONDRP** : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**TGD** : Téléphone Grave Danger

**UMJ** : Unité Médico Judiciaire

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humain

# I.INTRODUCTION

## 1. Contexte en France

Actuellement, chaque année en France, 213.000 femmes âgées de 18 à 75 ans, sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur partenaire actuel ou ex-partenaire cohabitant ou non. Ce chiffre est retrouvé partout mais n'est pas exhaustif, en effet la violence conjugale touche aussi des femmes plus jeunes et plus âgées qui s'avèrent être d'autant plus vulnérables<sup>83</sup>. 7 femmes sur 10 déclarent avoir subi des faits répétés<sup>81</sup>. Seulement 14% portent plainte<sup>82</sup>. La violence conjugale s'installe dans la sphère privée, ce qui permet aux auteurs d'asseoir leur contrôle en toute liberté.<sup>5 9</sup> Elle constitue la forme la plus fréquente de violence envers les femmes.

D'après les rapports successifs:

En 2016, plus de 85400 victimes ont déposé plainte pour violences physiques de la part de leur conjoint(e) ou ex-conjoint(e) selon la gendarmerie et la police nationale (+ 3% entre 2015 et 2016) 90% d'entre elles étaient des femmes. 109 femmes ont été tuées<sup>31</sup>, ce qui correspond à un décès tous les deux jours et demi suite à des violences conjugales<sup>14</sup>.

Plus de 2000 victimes de viols dans le couple ont déposé plainte (Rapport national 2017 de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP).<sup>5 0</sup>

En 2017, 130 femmes et 21 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire. 11 des 21 hommes tués avaient eux-mêmes exercé des violences sur leur meurtrière.

En 2018 ce sont 121 femmes qui ont été tuées par leur ex/partenaire dont 39% étaient déjà victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon.

En 2019, 146 femmes ont été tuées par leur ex/partenaire sur les 173 victimes dénombrées. L'auteur des faits est le plus souvent un homme (88 % des cas) et le recours à une arme s'est fait dans 68 % des cas. La dispute et le refus de la séparation demeurent les principaux mobiles du passage à l'acte (51 % des cas).<sup>91</sup>

Ces violences constituent des délits et des crimes dont beaucoup de femmes sont encore victimes et qui ont des répercussions très graves voire mortelles pour certaines. Comme toute autre forme de violence à l'encontre des personnes, la violence conjugale est punie par la loi (code pénal articles 222-7 à 222-16-3 pour les violences physiques<sup>53</sup>, 222-22 pour les violences sexuelles<sup>6 8</sup>, 222-23 à 222-26 pour

le viol, 222-33-2 à 222-33-2-2 pour le harcèlement moral<sup>6 9</sup>).

Du fait des nombreuses conséquences sur la santé des victimes, ce sujet est devenu un problème de santé publique. Le Grenelle contre les violences conjugales de septembre à novembre 2019 définit un ensemble de recommandations dans un livre blanc. Cf chapitre 11

## **2. Choix du sujet**

Durant les 6 mois de stage chez le praticien, prévus dans le cadre de l'internat en médecine générale, je me suis retrouvée confrontée à un certain nombre de femmes victimes de violences conjugales.

Les demandes de ces dernières étaient diverses : certificat de coups et blessures, soins, écoute... J'ai rencontré des difficultés du fait du peu de connaissances que je possédais sur le sujet: difficulté pour accueillir leurs propos, les prendre en charge et les orienter. N'ayant pas de conseils avisés à leur proposer, la prise en charge ne m'a pas paru satisfaisante.

Qui contacter? Qu'existe-t'il comme aide en place? Où orienter ces femmes?....

Autant de questions auxquelles je n'avais pas de réponse. Le recours au service des urgences ne paraît pas toujours l'endroit adéquat pour gérer cette problématique.

Après avoir fait une revue de dossiers avec mes maîtres de stage, je me suis rendu compte que les difficultés rencontrées étaient partagées avec d'autres praticiens. Au cours des échanges en groupe de pratique, j'ai découvert que d'autres internes étaient confrontés aux mêmes situations et avaient les mêmes interrogations.

Mes recherches m'ont conduite à de nombreuses sources d'information (site internet, fascicule) proposées, notamment par le gouvernement présentant des moyens de prise en charge pour les femmes victimes de violence. Il existe depuis de nombreuses années une liste des structures spécialisées (relais locaux) existant avec les coordonnées de leurs référents.

Il y a donc un décalage entre l'existence de ces ressources et leur utilisation en pratique courante de médecine générale.

Il existe d'ailleurs une documentation fournie concernant le dépistage de ces violences conjugales par les médecins généralistes.

De ces constats découle la question de l'orientation des victimes après dépistage. Les structures spécialisées sont-elles connues des médecins généralistes? Et dans l'affirmative, les utilisent-ils?

## II . LES VIOLENCES CONJUGALES

### 1.Origines

D'après la Déclaration sur "l'élimination de la Violence à l'égard des femmes", adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1993, celle-ci considère " que la violence à l'égard des femmes traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes, et qu'elle compte parmi les principaux mécanismes sociaux auxquels est due la subordination des femmes aux hommes"<sup>48</sup>.

La violence conjugale a donc des racines sociales et historiques profondes. La société et ses institutions véhiculent des valeurs qui favorisent son émergence. Même si la violence conjugale est une construction sociale, elle est toutefois exercée individuellement. Il existe une socialisation sexuée très différenciée dès le plus jeune âge avec une construction de la masculinité et de la féminité bien définie<sup>49</sup>.

- " Les garçons apprennent à être forts et autonomes, à recevoir les privilèges, à ne pas tolérer les frustrations, à préserver leur ego... Ils sont protecteurs, responsables, sérieux, intelligents, rationnels, logiques, maîtres de leurs émotions, décidés, capables, courageux, entreprenants, ambitieux, leaders".

- "Les filles apprennent à prendre soin des autres, à se dévouer, à se sentir responsables du bonheur d'autrui, à être compréhensives, à donner sans rien demander en retour... Elles sont faibles, émotives, sensibles, fragiles, belles, tendres, affectueuses, maternelles, dévouées, aimantes, dociles, passives, versatiles, futiles, coquettes, bavardes".

La société patriarcale, en attribuant aux hommes et aux femmes des fonctions et des positions sociales inégales, a engendré une violence spécifique à l'égard des femmes.

En France, la femme est restée longtemps sous l'autorité de l'homme et ce modèle a longtemps régi les comportements des uns et des autres. A cela s'ajoute la religion qui assignait la femme à un rôle reproducteur et maternel. Ce n'est qu'à partir des années 70, avec l'essor des mouvements féministes, que les premières avancées législatives ont eu lieu.

Dans les pays occidentaux, cette prise de conscience progresse et se concrétise dans les faits. La société évolue d'un système de domination masculine à un système de complémentarité femme/homme. Les rapports sociaux entre les sexes se transforment, mais il persiste malgré cela, des enjeux de pouvoir et de domination.<sup>35</sup>

## 2. Définitions

**L'assemblée générale des Nations Unies** de 1993, au cours de la quatrième conférence mondiale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) de Pékin en 1995, définit la violence conjugale comme "tout acte de violence dirigé contre des femmes en tant que telles 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."<sup>4 8</sup>

En 2010, **l'Organisation mondiale de la santé (OMS)** a défini la violence conjugale 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".<sup>9</sup>

La violence au sein du couple constitue la forme la plus fréquente de violence à l'encontre des femmes. Les études réalisées s'accordent pour démontrer qu'une femme risque davantage d'être blessée, violée et assassinée par l'homme qui est ou a été son partenaire que par toute autre personne<sup>2 8</sup>.

Le couple et la famille restent encore actuellement une zone de non-droit où un espace patriarcal peut persister et porter atteinte aux droits fondamentaux de la personne.<sup>5 5</sup>

Cependant il existe une "symétrie de genre" concernant la violence qui a été mise en évidence par une revue récente de la littérature américaine sur les violences conjugales. En effet, les violences familiales sont autant dues aux hommes qu'aux femmes<sup>3 6</sup>. Les femmes commettent des violences "mineures" et sont plus souvent violentes que les hommes. Cette notion de symétrie de genre ne signifie pas l'égalité de victimisation. La violence des hommes produit plus de blessures physiques, plus de conséquences psychologiques négatives et plus de peur.

Bien que les femmes agressent leur conjoint dans les mêmes proportions que les hommes, elles restent les principales victimes du fait de blessures physiques, financières et émotionnelles plus graves.

Les résultats de la majorité des études portant sur les violences conjugales doivent être pondérés car il existe un biais dans le recueil des données qui s'effectue dans les foyers pour femmes battues, où les violences sont souvent les plus graves et faites par l'homme.<sup>2 5</sup>

Cette violence n'est pas le résultat d'une dispute ou d'un conflit, ni un acte accidentel, pas plus que l'expression d'une difficulté au sein du couple, c'est un comportement de domination d'un des partenaires. On distingue:

**-La violence situationnelle** qui survient lors de conflits ou de différends ponctuels entre deux partenaires et résulte d'une réponse inadaptée au stress, à l'exaspération et à la colère. Elle s'inscrit plutôt dans une dynamique violente de gestion des conflits, peut être réciproque et risque peu de mener à une escalade et causer des blessures.<sup>33</sup>

**-La violence conjugale à proprement parler** lorsque ces comportements sont courants et font partie de la dynamique du couple. C'est un processus persistant dans le temps, au cours duquel un individu utilise la force ou la contrainte pour instaurer une relation de domination et de contrôle sur l'autre.

Ainsi la victime n'ose ni parler ni s'opposer ouvertement au conjoint par peur de ses réactions, des conséquences ou des représailles. La peur et l'impuissance sont des indices permettant de distinguer la violence conjugale de la dispute de couple.

Il existe un lien psycho affectif profond qui tient les partenaires dans une relation de pouvoir asymétrique où l'un porte atteinte à l'intégrité et/ou à la liberté de l'autre. Il s'agit d'une emprise dont il est difficile de sortir lorsqu'on en est victime.<sup>23</sup>

### 3. Différents types de violence

#### a. Psychologique :

Humiliation, propos culpabilisant et méprisant, dévalorisation, contrôle relationnel, absence de parole et de regard, négligence, pression permanente.... Souvent il s'agit de la première forme de violence à apparaître. Le partenaire violent renvoie à la victime une image d'incompétence et de nullité. L'utilisation du chantage et de menaces implicites ou explicites: de suicide, d'enlèvement ou meurtre des enfants est une pratique courante.

Progressivement la victime perd confiance en elle et en ses possibilités. C'est une forme de violence subtile, difficile à détecter par l'entourage et par la victime.

Peu à peu s'installent le désespoir et/ou une acceptation passive de cette violence.

La victime s'isole, s'enferme dans une honte, n'ose plus prendre d'initiative. Cette violence peut conduire à la dépression, à l'alcoolisme, au suicide.<sup>30</sup>

#### b. Verbale :

Insultes, cris, injures, sarcasmes, propos dégradant et humiliant, chantage, menace<sup>4</sup>  
<sup>23</sup>....La violence verbale s'entend, elle est difficile à départager de la violence

psychologique. Souvent banalisée, elle accompagne la plupart du temps les autres formes de violence. Utilisée pour intimider, humilier ou contrôler l'autre; certains partenaires violents vont élever le ton pour intimider, d'autres, au contraire, vont prendre une voix plus douce, laquelle sera reconnue par la victime comme une tonalité dangereuse.

#### c. Economique :

Contrôle du budget familial, entrave au travail extérieur... Souvent associée aux autres violences, elle est exercée différemment selon les milieux (revenus joués dans des jeux d'argent, dépensés au bar ou déposés sur un compte dont seul le partenaire détient la signature, subtilisation des papiers d'identité, carnet de chèques, carte bancaire, biens immobiliers dont la gestion et le contrôle sont rattachés à l'auteur des violences...). Cette violence, souvent sous estimée, a pour objet de déposséder la victime de toute possibilité d'autonomie financière.<sup>30</sup>

#### d. Sexuelle :

On y retrouve le viol conjugal, l'humiliation au cours des rapports sexuels, des actes dégradants non consentis, une contrainte à la sexualité voire l'exploitation sexuelle. La personne violente oblige la victime à avoir des rapports sexuels malgré elle, avec elle ou avec d'autres partenaires selon ses propres fantasmes; cela peut aller jusqu'à la prostitution. Répétitive et régulière, la violence sexuelle est peu explicitée car les victimes pensent être soumises aux obligations du mariage et du devoir conjugal.<sup>30</sup>

#### e. Physique :

Il s'agit d'agressions physiques : coups et blessures, bousculades, brûlures, morsures, crachats, séquestration, destruction de biens personnels...Ce sont les plus connues et les plus médiatisées.<sup>4</sup>La violence physique n'est pas toujours présente dans des situations de violence conjugale.<sup>30</sup> Elle est utilisée lorsque l'auteur a l'impression de ne pas avoir une emprise totale sur son partenaire. Les blessures sont souvent déguisées en accident. Ces violences peuvent aller jusqu'au meurtre.

#### f. Cyberviolence :

Elle s'est développée ces dernières années et s'exprime de différentes façons: <sup>63</sup>

- **le cybercontrôle** est une surveillance de la vie sociale et des déplacements.

L'agresseur appelle très souvent pour savoir où se trouve son partenaire, fait des reproches quand il n'est pas joignable en permanence par téléphone, demande de lire les sms, mails, voir les appels passés ou reçus.

- **le cyberharcèlement** consiste, quant à lui, à envoyer de nombreux messages menaçants, insultants, intimidants, dénigrants ou humiliants.

- **la cybersurveillance** est le suivi des déplacements du partenaire par des logiciels espions ou GPS.

- **la cyberviolence économique et/ou administrative** se traduit par des changements de mot de passe des comptes bancaires ou administratifs...dans un but de bloquer l'accès ou de les détourner pour un usage personnel (versements de remboursements de santé...).

- **la cyberviolence sexuelle** est l'utilisation contre le gré de l'autre de photos ou vidéos intimes à caractère sexuel diffusées à l'entourage dans un but d'humiliation.

Les agresseurs utilisent les outils numériques pour instaurer ou renforcer leur contrôle et leur domination dans leur relation de couple, mais aussi après leur séparation.

Des études menées notamment en Australie et en Grande-Bretagne<sup>64</sup> révèlent l'importance de prendre en compte ces nouveaux outils dans la prévention et la protection des victimes face aux violences conjugales.

L'Observatoire régional des violences faites aux femmes (Centre Hubertine Auclert) a lancé une étude en septembre 2017 visant à mieux comprendre les cyberviolences dans le couple et renforcer la protection contre ces nouveaux moyens numériques utilisés par l'agresseur<sup>63</sup>. Dans la population de femmes interrogées, 85% déclarent avoir subi des cyberviolences de la part de leur partenaire ou ex-partenaire sur les douze derniers mois, 29% déclarent avoir été espionnées à leur insu, 25% avoir été gênées par leur (ex)partenaire dans leurs démarches administratives ou dans l'accès aux ressources sur leurs comptes partagés en ligne et 1 répondante sur 10 déclare que son (ex)partenaire a diffusé ou menacé de diffuser des images à caractère sexuel sur les 12 derniers mois.<sup>63</sup>

Il existe des textes de loi dans le code pénal pouvant être utilisés pour protéger les victimes de ces violences même s'ils ne sont pas propres aux violences conjugales<sup>29</sup>.

L'utilisation de ces nouvelles technologies dans le cadre des violences conjugales ne doit pas être sous estimée et doit être intégrée dans la prise en charge globale des victimes.

#### **4.Escalade de la violence (Annexe 1)**

Quelles que soient les formes de violence utilisées, on note une escalade des violences dans le couple au cours du temps, ce qui permet à l'agresseur de maintenir la victime sous son emprise.<sup>4</sup>

La violence s'installe généralement de façon insidieuse et progressive et cette lente escalade la rend difficile à percevoir et détecter. Les premières manifestations ne sont pas brutales et peuvent être confondues avec des preuves d'amour comme la

jalousie, le repli sur le couple. De la part du partenaire violent, elle commence souvent par des agressions psychologiques, de l'isolement et du contrôle visant à réduire l'estime de soi de la victime. Apparaissent ensuite les agressions verbales, physiques, économiques et sexuelles. La fréquence et la gravité des agressions augmentent avec le temps pouvant mener jusqu'à l'homicide ou le suicide.

## **5.Cycle de Walker. (Annexe 2)**

Les violences conjugales évoluent selon un processus cyclique décrit par Lenore Walker en 1979.<sup>23</sup>

### *a.Climat de tension*

Au début, tout semble aller bien dans le couple puis progressivement s'installe une tension. L'agresseur a des accès de colère, menace le partenaire du regard et fait peser de lourds silences pour des prétextes futiles comme "une salière mal placée, les enfants le fatiguent, la victime a trois minutes de retard"...<sup>30</sup>

Le prétexte devient alors le déclencheur de l'incident et, pour éviter le conflit, la victime tente par tous les moyens d'apaiser la tension de son partenaire en anticipant et en se pliant à ses exigences. Elle ressent une peur pouvant aller jusqu'à la paralyser voire la tétaniser. La victime se sent responsable parce qu'elle le connaît bien: " il n'aime pas qu'elle s'habille comme ça, qu'elle travaille, qu'elle parle avec ses amis"...et se sent fautive. Elle en oublie sa propre colère et pense que c'est à elle de changer de comportement. La victime assume donc la responsabilité de l'épisode violent et l'auteur reprend rapidement son comportement habituel.<sup>30</sup>

### *b.Explosion de la violence*

Quelle que soit la forme de violence utilisée dans l'agression, l'auteur perd le contrôle de lui-même. Au cours de l'épisode violent, la victime se sent démunie, humiliée, triste et elle a le sentiment que la situation est injuste.

### *c.Justification de l'agresseur*

Immédiatement après l'explosion de violence, il trouve des excuses pour justifier son comportement. La victime, de son côté, tente de comprendre ses explications, l'aide à changer, doute de ses propres perceptions et se sent responsable de la situation.

### *d.Lune de miel*

L'auteur, qui craint de perdre sa partenaire, exprime ses regrets en minimisant les faits. Il veut se réconcilier, il demande pardon, supplie de tout recommencer "à zéro".

Il redevient très amoureux, achète des cadeaux, partage les tâches ménagères et l'éducation des enfants, il promet qu'il ne recommencera plus, qu'il se soignera si cela est nécessaire... De son côté la victime espère, pardonne, elle veut y croire, elle redécouvre la personne qu'elle a aimée. Elle lui donne une chance supplémentaire, lui apporte son aide et constate ses efforts. C'est pendant cette période, que, croyant que tout peut changer, la victime retire sa plainte, revient au domicile et peut rompre toute relation avec l'entourage.

Plus l'agresseur a d'emprise sur sa victime, plus les périodes de lune de miel s'amenuisent jusqu'à disparaître, l'auteur n'en ayant plus besoin pour la retenir. Les phases du cycle vont donc de plus en plus se rapprocher, l'intensité et la fréquence des violences vont conduire à la mise en danger de la victime.

## **6. Pourquoi les victimes restent-elles soumises à ces violences?**

Dans le rapport d'enquête "cadre de vie et sécurité" du ministère, on note que 71% des victimes de violences conjugales vivent sous le même toit que le conjoint violent.<sup>82</sup> Il a été mis en évidence plusieurs éléments expliquant le fait que les victimes ont des difficultés à briser le cycle de la violence conjugale et restent ou retournent auprès de leur agresseur. Ces éléments sont les suivants:

### *a. La peur des représailles*

La séparation ne met pas nécessairement un terme aux violences. Des études démontrent que la séparation peut être un des moments les plus dangereux pour les victimes car certains conjoints peuvent devenir très agressifs et mettre en danger la vie de leur partenaire<sup>31</sup>. Les victimes ont peur des menaces proférées par leur conjoint<sup>5 5</sup>, d'autant que leur violence augmente. Elles sont nombreuses à considérer que les institutions ne pourront pas, à la suite d'une éventuelle séparation, les protéger de façon satisfaisante.

### *b. L'isolement social*

L'agresseur empêche souvent sa victime d'entretenir des relations et des contacts avec ses parents et amis. Il dénigre les personnes qui pourraient lui venir en aide ou lui interdit de les fréquenter, la laissant ainsi isolée sans liens sociaux. Certaines victimes ne bénéficient pas de soutien de la part de leur famille et amis et/ou ne connaissent pas les ressources d'aide aux victimes.

### *c. La peur du jugement*

Les victimes éprouvent de la honte, de la culpabilité<sup>5 5</sup>, elles redoutent le jugement de leur famille, des amis et des intervenants et ne se sentent pas la force d'affronter

les commentaires. La peur de ne pas être écoutées et crues <sup>5 5</sup> les maintient dans cette situation.

#### d.L'espoir constant que le conjoint va changer

L'expérience de la violence dans le cadre d'une "relation d'amour" est une expérience traumatisante. <sup>5 5</sup> Il est difficile pour les victimes de remettre en question cette relation car les comportements violents sont accompagnés d'une justification et d'une responsabilisation de cette dernière qui devient alors la source du problème. Les victimes ont aussi l'espoir que les choses vont évoluer positivement, croient aux promesses de changement de leur partenaire, espèrent aussi que leur amour pour ce dernier arrivera à le changer. Elles pensent en effet qu'il peut changer si elles modifient leur propre comportement.

#### e.L'emprise

Lorsque la personne a le sentiment de ne pas avoir les moyens de fuir, elle peut rester longtemps piégée voir nier la gravité de la situation et ainsi combattre son sentiment d'impuissance et continuer à vivre malgré cette violence. Il s'agit de situations qui affectent l'estime de soi et qui s'accompagnent d'une perte de ses propres désirs et besoins personnels.

La personne dénigrée par son partenaire sur ses capacités intellectuelles, ses habiletés sociales et ses compétences peut se trouver désorientée et sa perception d'elle-même en est affectée.

#### f.Le phénomène dissociatif

Il s'agit d'un mécanisme par lequel la victime, subissant un stress très intense (un viol, une agression physique.....) se dissocie de la réalité. Ce phénomène est expliqué par la sécrétion, au cours de l'agression, d'endorphine et d'hormone kétamine-like, qui permettent à la victime de rester en vie en échappant à un risque vital intrinsèque par atteinte cardio-vasculaire et neurologique lié au stress extrême. Ces hormones agissent comme des drogues dures et donnent une impression de flottement, un arrêt de la douleur et une dépersonnalisation, l'impression (souvent rapportée par les victimes) d'être spectatrice de la scène. Lorsqu'on extrait cette victime du contexte de violence, elle n'a plus la possibilité de retrouver cet état de flottement, par conséquent il est moins difficile pour elle de retourner auprès de l'agresseur et reproduire ces moments dissociatifs, que de sortir des violences, où la douleur psychologique est très intense.

Ces moments dissociatifs peuvent être remplacés par des addictions (alcool, stupéfiants..) apaisant la douleur. <sup>5 4 5 5</sup>

## 7.Facteurs de risque

Il n'existe pas de profil type de victime de violence conjugale, toute personne peut un jour dans sa vie se retrouver sous l'emprise d'un(e) conjoint(e) ou ex-conjoint violent<sup>7 0</sup> indépendamment du contexte social, économique, culturel et religieux. Cependant il existe plusieurs facteurs de risque qui doivent attirer l'attention, ils sont classés en 4 catégories <sup>6 0</sup> :

### a.Facteurs individuels

- Jeune âge (entre 20 et 24 ans)
- Faible revenu/statut socioéconomique
- Faible niveau de scolarité
- Séparation ou divorce
- Grossesse
- Antécédent de violences familiales (témoins ou subies)
- Dépression
- Toxicomanie (3 victimes sur 10 rapportent que l'ex/conjoint était sous influence de l'alcool ou de la drogue au cours des violences<sup>8 2</sup>)
- Tolérance face à la violence
- Victimisation antérieure
- Handicap physique ou mental
- Orientation sexuelle (homosexualité)<sup>7 1</sup>

### b.Facteurs relationnels

- Écart de niveau d'instruction entre les conjoints
- Nombre d'enfants, enfants en bas âge, naissance
- Conflits conjugaux/insatisfaction conjugale
- Situation de perte d'emploi, d'échecs professionnels
- Démêlés avec la justice
- Immigration

### c.Facteurs communautaires

- Acceptation par la communauté de modèles traditionnels relatifs aux rôles des deux sexes

-Caractéristiques des quartiers:

- ♦pauvreté, chômage, faible niveau d’alphabétisation
- ♦tolérance à l’égard de la violence, grande proportion de ménages qui ont recours aux punitions corporelles
- ♦faible proportion de femmes autonomes ou ayant un niveau élevé de scolarité

#### d.Facteurs sociétaux

- Législation concernant la violence conjugale
- Normes sociales propices à la violence
- Normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes

Il existe deux moments bien identifiés à risque d’aggravation des violences: la grossesse et la séparation.

## **8.Profil de l’agresseur**

La violence conjugale n’est pas un héritage inéluctable. On ne naît pas violent, on le devient en fonction de son histoire collective et personnelle, de la construction sociale prédominante et de l’existence d’une culture patriarcale. Ce sont autant d’éléments qui peuvent conduire certains hommes à des comportements sexistes et violents envers les femmes.

Beaucoup d’agresseurs ont subi ou ont été témoins de violence dans leur enfance<sup>72</sup>. La violence est alors intégrée comme un mode de résolution des conflits dans un modèle de couple binaire avec un statut de victime ou d’agresseur. Ils font ce choix au sein de leur propre couple, ce qui influence leur comportement.

Les conséquences des violences sur les enfants sont multiples avec notamment: des atteintes du développement psychomoteur, des troubles de la socialisation et de la scolarisation, une atteinte de la vie affective et le développement de conduites à risques (délinquance, agressivité<sup>73</sup>). Certains individus développent par la suite des personnalités pathologiques comme: une perversion narcissique, une immaturité, une impulsivité, une difficulté de gestion de la colère et une hostilité. Cela pouvant mener à une altération de la communication et de l’interaction sociale.

L'organisme statistique National du Canada<sup>37</sup> a sorti, d'après plusieurs enquêtes populationnelles, 3 profils d'agresseur violent physiquement envers leur partenaire:

### 1. Les hommes exerçant la violence uniquement dans leur famille

Leur comportements violents se manifesteraient peu fréquemment et leurs répercussions seraient de faible gravité. On retrouve dans cette population une faible prévalence de problèmes de santé mentale, peu de mauvais traitements vécus dans l'enfance et une faible implication dans des activités criminelles. Leurs principales difficultés résideraient dans leur manque d'aisance sociale, leur difficulté à gérer le stress et leur faible capacité à la gestion de conflits.

### 2. Les hommes avec état-limite

Ils présenteraient un niveau de violence élevé envers leur partenaire avec une plus grande fréquence d'agression physique. Ils auraient des attitudes hostiles envers les femmes, une tolérance modérée à la violence et une humeur imprévisible. Les hommes de ce groupe présentent des modèles d'attachement insécurisant, induisant des comportements de dépendance à leur partenaire et des préoccupations de rejet et d'abandon. Ils consommeraient davantage d'alcool et de drogue et seraient plus susceptibles d'adopter des comportements déviants ou criminels. Dans leur enfance, ces hommes seraient plus nombreux à avoir vécu des mauvais traitements, dont l'agression sexuelle, et à avoir été témoins de violences conjugales.

### 3. Les hommes antisociaux

Ils présenteraient les niveaux les plus élevés de violence physique, sexuelle et psychologique envers leur partenaire. Pour ces hommes, la violence constitue un mode de fonctionnement dans toutes les sphères de leur vie, ce qui expliquerait qu'ils soient davantage impliqués dans des crimes violents. Ces hommes présentent peu d'empathie et ont tendance à attribuer leurs émotions négatives et leurs réactions aux autres. Ils présenteraient aussi des modèles d'attachement insécurisant qui se manifestent entre autres par des difficultés à faire confiance et un besoin de contrôle de leur environnement. Enfin, les hommes de ce groupe présentent des attitudes d'approbation de la violence et sont plus nombreux à avoir vécu des niveaux élevés de violence dans leur famille d'origine.

## 9.Retentissement sur la santé des femmes

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé<sup>22</sup>. Les conséquences de ces violences en terme de morbidité et de mortalité sont lourdes. (Annexe 3)

Les effets néfastes sur la santé sont expliqués par des mécanismes biologiques qui sont bien documentés dans la littérature scientifique<sup>51</sup>. Il s'agit de la réponse du corps à l'exposition à un stress. Pour se protéger différents moyens sont mis en oeuvre comme la modification de connexions neuronales, de sécrétions neuroendocrines et la mobilisation du système immunitaire.

Lors d'une exposition à un stress aigu ou chronique, des aires cérébrales comme le cortex préfrontal, l'hippocampe et l'amygdale subissent des remaniements structurels qui peuvent entraîner des troubles cognitifs, mentaux ou encore somatoformes.

Le système immunitaire peut aussi être atteint expliquant l'augmentation du nombre de cancer, de maladies infectieuses et de maladies chroniques<sup>51</sup>.

### a.Conséquences physiques

Elles sont caractérisées par des lésions traumatiques telles qu'ecchymose, hématome, plaie, brûlure, morsure, fracture, décollement rétinien, perforation tympanique ou hématome sous dural.

Le décès par suicide, homicide ou secondaire à une lésion traumatique grave est l'issue ultime de ces violences. Selon l'Enveff: entre 3 et 5% des femmes victimes de violences conjugales ont fait une tentative de suicide contre 0,2% chez les femmes n'ayant pas subi de violence<sup>52</sup>.

En France, en 2019 ce sont 146 femmes qui ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire<sup>91</sup>. Les violences peuvent aussi entraîner du handicap et des incapacités suite à des blessures graves aussi bien physiques que psychiques.

### b.Conséquences gynécologiques

De nombreuses plaintes gynécologiques sont retrouvées comme les dyspareunies, douleur pelvienne chronique, vaginisme, anorgasmie, dysménorrhée, gêne à l'examen gynécologique.<sup>13</sup>On constate également des pathologies gynécologiques répétitives ou mal contrôlées, des maladies sexuellement transmissibles, des lésions des muqueuses traumatiques. Les femmes ont 1,5 fois plus de risques de contracter

le VIH par rapport à des femmes qui n'ont pas subi de violences de la part de leur partenaire<sup>51</sup>.

### c. Conséquences obstétricales

Les femmes subissant des violences utilisent moins de moyens contraceptifs, elles sont plus à risque de fausses couches spontanées (risque multiplié par 1,9)<sup>40</sup>, de grossesses non désirées et ont recours à plus d'interruptions volontaires de grossesse<sup>38</sup>.

La grossesse est marquée par une aggravation des violences. Ces dernières peuvent se traduire par des accouchements prématurés (augmentation de 17%)<sup>40</sup>, des retards de croissance in utero (risque d'hypotrophie significativement augmenté jusqu'à 21%)<sup>5 6</sup> ou morts fœtales in utero. Le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance est majoré de 16%<sup>51</sup>. D'autres complications augmentent au cours de la grossesse: jusqu'à plus de 90% pour les métrorragies, plus de 60% pour les ruptures prématurées des membranes, les infections urinaires et les vomissements incoercibles, plus de 48% pour le diabète et plus de 40% pour l'hypertension artérielle<sup>5 6</sup>. Ces femmes présentent plus fréquemment une dépression du post partum.

Ces tendances sont retrouvées dans l'enquête conduite en Seine-Saint-Denis qui a étudié rétrospectivement les grossesses chez des femmes victimes de violences conjugales et indique un taux d'accouchements prématurés de 23 % (contre 7 % sur le département étudié). Toutes les femmes participant à l'enquête rapportent avoir subi des coups pendant leur grossesse, 82 % d'entre elles des violences sexuelles et 28 % des coups sur le ventre.<sup>5 7</sup>

### d. Conséquences psychologiques

Il s'agit de dépression réactionnelle, anxiété, trouble panique, trouble du sommeil (insomnie, cauchemars), trouble alimentaire (anorexie, boulimie), stress post traumatique... On distingue aussi des troubles cognitifs (difficulté de concentration, perte de mémoire) et des troubles émotionnels (colère, honte, tristesse, culpabilité, impuissance, perte de l'estime de soi)<sup>4</sup>. Toutes ces réactions sont une réponse au stress quotidien dans lequel se trouvent les victimes.

L'Enveff réalisée en 2000 montre que 36,8% des femmes vivant en couple et se déclarant victimes de violences conjugales graves sont dans un état de détresse psychologique élevée contre 8,1% pour celles qui n'ont pas subi de violences

conjugales et entre 3 et 5% des femmes victimes de ces violences ont fait une tentative de suicide contre 0,2% chez les femmes n'ayant pas subi de violence<sup>40</sup>.

#### e. Conduites addictives

Ces conduites découlent des troubles psychologiques engendrés par les violences. Pour gérer les conséquences néfastes des violences subies, certaines femmes consomment différents types de substances, de façon isolée ou associées: alcool, tabac, drogues psychoactives, médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques<sup>51</sup>.

Une enquête menée par le centre national d'information sur la famille au Canada auprès de 2099 femmes vient confirmer ces faits. Elle révèle que les femmes victimes de mauvais traitements prennent plus souvent des somnifères ou des anxiolytiques. La prise de somnifère est augmentée de 40% et la prise de sédatif de 74% chez les femmes victimes de violence<sup>44</sup>.

#### f. Troubles psycho-somatiques

Ils se traduisent par des douleurs chroniques pelviennes ou abdominales, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissement ou de fourmillement, tachycardie, sensation d'oppression....<sup>13</sup>

#### g. Maladies chroniques

On retrouve des pathologies chroniques telles que l'asthme, le cancer, l'atteinte hépatique ou rénale, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, l'hypertension. Ces dernières nécessitent un suivi régulier et sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées par les violences<sup>43</sup>. Il peut être également difficile pour la femme de suivre son traitement (asthénie, contrôle par le conjoint, dépression).

## 10.Enjeu de santé publique

“Là où la violence perdure, la santé est sérieusement compromise.”  
(rapport mondial sur la violence et la santé de l’Organisation Mondiale de la santé 2002.<sup>8 8</sup>)

Les violences conjugales ont un effet délétère sur la santé des victimes. Elles ont aussi des conséquences sociales<sup>49</sup> et professionnelles: absences répétées, manque de concentration, arrêts maladies, perte de mémoire, refus de créer des relations. Les violences conjugales entrent dans le champ de la santé publique à partir de 1990<sup>7 5</sup>. L’OMS a évalué que le coût global des soins médicaux des femmes victimes de violences conjugales est 2 fois et demi plus élevé que celui des femmes non victimes de violences<sup>4</sup>.

Le coût total des violences conjugales faites aux femmes en France estimé en 2014 pour l’année 2012 en matière de morbi-mortalité s’élève à 2,5 milliards d’euros<sup>61</sup> dont 21,5% de coûts directs et 66,8% de coûts indirects<sup>27</sup>.

**Les coûts directs** regroupent: hospitalisations, consultations, médicaments, dépenses d’accueil (hébergement, aide au logement) et d’accompagnement des victimes et des auteurs, intervention policière, services juridiques et correctionnels (police/gendarmerie, justice).

**Les coûts indirects** représentent les pertes de gains secondaires aux arrêts de travail, absentéisme, baisse de productivité, incarcérations, préjudices ITT, invalidité et décès.

La répartition des dépenses<sup>61</sup> se résume ainsi:

- Aides sociales: 120 millions d’euros
- Perte de production: 1099 millions d’euros
- Coût humain (diminution qualité de vie, bien être social des victimes et des proches): 535 millions d’euros
- Police/justice: 235 millions d’euros
- Soins en santé: 483 millions d’euros

Ces chiffres ont été tirés d’un travail réalisé dans le cadre du programme européen DAPHNE III (2007-2013) de la Direction Générale Justice Liberté et Sécurité de l’Union Européenne qui vise à répondre à la violence envers les femmes. Le but est de soutenir le travail des organisations et des autorités publiques locales qui sont impliquées dans la protection des femmes et des enfants ainsi que dans la prévention de la violence à leur égard.<sup>61</sup>

Cette problématique fréquente qui engendre des conséquences graves et des

répercussions importantes dans la société est accessible à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire<sup>6 6</sup>.

## **11.Moyens mis à disposition par le ministère**

En France, la lutte contre les violences faites aux femmes fait l'objet d'une politique publique à part entière depuis de nombreuses années.

Le 24 novembre 2004 le ministère a lancé un Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier les violences exercées dans le cadre conjugal. Depuis, se sont succédés différents plans d'actions interministériels triennaux.

Le 4ème plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) a contribué à améliorer le repérage et la prise en charge des victimes. Si l'accompagnement et la mise à l'abri des victimes a progressé, en revanche, les faits de violences et le nombre de victimes n'ont pas diminué<sup>14</sup>.

En 2015 deux dispositifs supplémentaires ont été mis en place dans le but de faciliter et de fluidifier le parcours de sortie des violences:

-des conventions régionales santé/police/justice coordonnées par les agences régionales de santé (ARS).

-la mise en place de référents « violences faites aux femmes » au sein des services d'urgences des établissements de santé, chargés de sensibiliser les professionnels des urgences<sup>40</sup>.

Le 5ème plan de lutte (2017-2019) est construit autour de trois priorités:

1.Aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse.

2.Protéger les victimes, via le renforcement de l'ordonnance de protection, la mise en place du téléphone d'alerte pour les femmes victimes d'un grave danger et l'organisation de la réponse pénale.

3.Mobiliser l'ensemble de la société, des services publics et des professionnels<sup>16</sup>.

Il renforce des dispositifs ayant fait leurs preuves:

- le 3919 (violences femmes info) qui écoute et oriente les victimes (50 000 appels par an en moyenne)

- le développement de 327 lieux d'écoute de proximité

- la création de 1550 places d'hébergement dédiées aux femmes victimes dont des hébergements d'urgence.

- le déploiement de 530 téléphones grave danger (TGD) dans les territoires.

- le développement de stages de responsabilisation des auteurs de violences conjugales (actuellement au nombre de 84 sur le territoire).

La formation des professionnels est un des axes phare de ce plan<sup>49</sup>. Plus de 300 000 professionnels ont été formés<sup>14</sup>, ils opèrent dans les champs de la justice, de l'action sociale<sup>32</sup>, des entreprises, de l'espace public et de la santé.

En parallèle s'est créée la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

Elle a pour but:

- de définir un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes et de créer des outils de formation adaptés (le kit « Anna » sur les violences au sein du couple (annexe 12), le kit « Tom et Léna » sur l'impact des violences dans le couple sur les enfants (annexe 13) et le kit sur l'ordonnance de protection).
- d'observer sur le plan national les violences faites aux femmes à travers le rassemblement, l'analyse et la diffusion des informations et données relatives aux violences faites aux femmes.
- coordonner la lutte contre la traite des êtres humains.

Le lancement, le 3 septembre 2019, du Grenelle contre les violences conjugales a eu pour finalité de permettre de faire le point sur les dispositifs existants, d'intensifier les efforts et d'améliorer les pratiques pour combler les lacunes existantes. Afin d'agir ensemble contre les violences conjugales, ce Grenelle rassemble pour la première fois: gouvernement, administrations, associations, membres des forces de l'ordre, magistrats, professionnels de santé et du droit<sup>77</sup>.

Un Livre Blanc est rédigé et propose des solutions d'ordre législatif et réglementaire. 200 recommandations y sont inscrites traitant des cinq étapes clefs couvrant l'ensemble du champ des violences conjugales: la prévention, la détection des situations de violences, la sécurisation des urgences, l'accompagnement des victimes et la prise en charge des auteurs.<sup>77</sup>

Le bilan du Grenelle<sup>92</sup> à 1 an a été publié par la Fondation des femmes le 3 septembre 2020, il est mitigé. Il rapporte que 29,3% des mesures énoncées ont été réalisées, 34,1% sont en cours de réalisation et il n'existe aucune donnée actuelle pour les 36,6% restantes. Les entretiens avec les associations mettent en évidence le décalage entre les mesures annoncées et les moyens déployés pour leur mise en oeuvre. Aucun crédit supplémentaire n'a été alloué à la formation. Les mesures du ministère du travail et de l'éducation nationale sont encore en attente, par contre celles du ministère de la justice ont été rapidement mises en oeuvre ainsi que la grille d'évaluation du danger (annexe 4) instaurée dans les commissariats et gendarmeries. Le Grenelle a permis une sensibilisation plus importante du grand public à cette problématique. Même si l'exclusion de l'auteur des violences du

domicile est la règle, il persiste un manque d'hébergements spécialisés qui s'est fait particulièrement sentir pendant la période de confinement.

Au cours du confinement 2020, de nombreuses mesures ont été prises par le gouvernement pour lutter contre les violences conjugales:

- un numéro de téléphone a été mis en place à l'intention des auteurs de violence pour permettre un suivi et prévenir d'éventuels actes (100 appels le 06/04/2020).
- un fond d'un million d'euros a été débloqué pour soutenir les associations d'aide aux femmes victimes de violences conjugales.
- les plateformes téléphoniques ont été maintenues (3919). On a noté une augmentation du nombre d'appels.
- le nombre d'hébergements d'urgence a été augmenté.
- les services des tribunaux traitant les affaires de violences conjugales ont été maintenus.
- un système d'alerte en pharmacie a été mis en place permettant d'accueillir les victimes et avertir les forces de l'ordre<sup>8 9</sup>.

## **12.Focus sur les actions en Indre et Loire**

Le département d'Indre et Loire est également concerné par la problématique des violences conjugales. En 2019, 2300 plaintes ont été déposées pour violences conjugales faites aux femmes, ce qui est supérieur à 2018 (1950).

Des protocoles départementaux sont mis en place depuis 2007 et évoluent avec le temps et les différentes gouvernances.

Actuellement Mme Nadine LORIN, déléguée départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité est en charge de ce protocole qui anime un réseau rassemblant tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des victimes et des auteurs. Il réunit les engagements de plus d'une cinquantaine de partenaires sur la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes et contribue à mieux coordonner les différentes réponses apportées.

Les objectifs de ce protocole sont multiples:

- agir et mettre en lien les différents partenaires, les plans nationaux de prévention et de lutte et les innovations sociales.
- développer la communication entre les différents acteurs du système par divers moyens (numérique, portes ouvertes, groupes de travail, cartographie des différentes structures...).

Il assure ainsi la promotion des dispositifs antérieurs et développe des outils adaptés pour les faire connaître. La prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes est promue auprès de tous les professionnels et du grand public:

- formation des acteurs et étudiants
- 8000 plaquettes départementales distribuées aux victimes par an<sup>10</sup>
- 86 manifestations publiques de sensibilisation et d'actions de communication dans les médias<sup>16</sup>.

Par an, en moyenne 70 femmes sont relogées, avec des délais entre une semaine et deux mois.<sup>16</sup>

60 femmes et 50 enfants sont accueillis en hébergement d'urgence par an<sup>16</sup>.

50 auteurs de violences conjugales ont été suivis sur le dispositif thérapeutique: Accueil Thérapeutique des hommes auteurs de violences conjugales (ATHOBA)<sup>16</sup> car il convient d'apporter une réponse appropriée aux auteurs des violences. La réponse judiciaire nécessaire, n'est pas suffisante. Elle doit s'accompagner d'une prise de conscience, qui peut intervenir au sein de groupes de parole et de responsabilisation, sur la base du volontariat.

Il ne faut pas oublier que les enfants sont aussi victimes de ces faits de violence, et que leur prise en charge est indispensable. Le dispositif d'accompagnement des enfants témoins de ces violences suit près de 150 enfants par an<sup>16</sup>.

Les acteurs sur le terrain sont indispensables pour une prise en charge optimale des victimes, des auteurs et des témoins. Les victimes ont besoin d'un soutien psychologique, ainsi que d'un accompagnement social lorsqu'elles doivent être relogées, trouver un emploi ou suivre une formation.

Depuis 2019 le site internet du département d'Indre et Loire s'est doté de nouveaux outils comme une cartographie des différentes structures départementales engagées dans la prise en charge des violences conjugales, avec leurs coordonnées et les différentes actions réalisées ainsi qu'un accès facilité sur les dépliants violences et les contacts dans le 37. (annexe 5)

Début 2020, la période de confinement a fait craindre une montée en puissance des violences conjugales. Toute une réorganisation a été réalisée. Le département d'Indre et Loire a diffusé au public à cette occasion une liste de contacts disponibles avec leurs coordonnées en cas de nécessité.

En Indre et Loire le nombre de cas de violences conjugales déclarés pendant la stricte période du confinement a baissé de 11%, mais le nombre d'appels et de demandes d'aides a fortement augmenté.

### **13 Structures relais en Indre et Loire (Annexe 6)**

Les structures relais sont primordiales dans la prise en charge des victimes de violence. Elles sont actuellement encore peu connues malgré les moyens déployés sur le plan national. Elles donnent l'occasion d'une rencontre essentielle pour les victimes et ne se limitent pas à un 'simple' soutien psychologique.<sup>25</sup>

Elles sont animées par des intervenants aux qualités humaines qui ont un rôle de référent qui centralise, dirige et organise la prise en charge des victimes (l'hébergement d'urgence, le retour à l'emploi, le relogement).

C'est une interface avec l'ensemble des pouvoirs publics. Elle optimise la prise en charge globale. En particulier en ce qui concerne l'action judiciaire avec des experts juridiques formés à l'aide aux victimes (choix d'un avocat, demande de réparations, constitution du dossier...)<sup>25</sup>. Ces structures regroupent sur un seul site des experts de l'aide aux victimes:

- des juristes qui formalisent, expliquent et préparent la phase judiciaire
- des psychologues formés à la victimologie
- des conseillers en réinsertion professionnelle et démarches administratives...

Elles assurent une communication d'informations indispensables pour les victimes, en favorisant la compréhension et l'appropriation. Elles permettent une orientation adaptée en fonction des besoins vers d'autres associations et professionnels.

Ces structures offrent aussi l'occasion de construire une relation de confiance grâce à des personnalités bienveillantes, engagées et compétentes. Elles apportent alors aux victimes le sentiment d'être accompagnée, une écoute éclairée, rassurante et une aide au quotidien permettant de créer des liens qui aident à reprendre confiance.<sup>25</sup>

L'Indre et Loire bénéficie d'un grand nombre de structures relais qui figurent dans le protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2016-2018 avec leurs coordonnées actualisées.

Très récemment, le 25 avril 2019 s'est ouvert à Tours un espace d'accueil et d'orientation des femmes victimes de violences dans les locaux de SOS médecin rue de la Dolve. Il s'agit d'un espace d'accueil et d'orientation, un numéro dédié a été créé.

## 14. Rôles du médecin généraliste

D'après l'observatoire national des violences faites aux femmes (lettre de novembre 2015), parmi les femmes victimes de violence conjugales vivant avec le conjoint au moment des faits: 24% ont consulté un médecin, 17% ont vu un psychiatre ou psychologue, 21% se sont rendues dans des services sociaux et 17% dans un commissariat ou une gendarmerie; 54% n'ont fait aucune démarche.

On remarque donc que les professionnels de santé sont le premier recours.<sup>39</sup>

Les différents rôles des médecins consistent à dépister la violence, évaluer les situations de chaque patiente et organiser leur prise en charge.<sup>4</sup>

### a. Dépister les violences

Il est important de savoir reconnaître les signes d'alerte pouvant faire évoquer des violences subies: plaintes mal définies, consultations itératives sans motif clair, anxiété, stress, manque d'estime de soi, dépréciation, oublis de rendez-vous à répétition.

On retrouve:

- des lésions traumatiques "accidentelles" visibles à l'examen clinique avec des topographies suggestives (crâne, cou, points de préhension).
- des troubles psychologiques qui se traduisent par des plaintes somatiques chroniques et psycho-somatiques (céphalées, palpitations, troubles de l'alimentation et du sommeil, difficulté de concentration et d'attention, asthénie, troubles digestifs).
- des pathologies psychiatriques telles que la dépression, les comportements suicidaires, les états d'anxiété et de panique, l'automutilation ou l'abus de substances psycho actives (tabac, alcool, anxiolytique).
- des atteintes gynécologiques comme des infections sexuellement transmissibles, infections génitales ou urinaires à répétition, des douleurs pelviennes chroniques, des grossesses non désirées.
- des atteintes obstétricales: retard de croissance in utero, mort foetale, retard d'accès aux soins périnataux.

Il s'agit de penser aux violences devant des comportements inadaptés tel qu'un conjoint trop impliqué, qui répond à la place de sa partenaire ou qui minimise les symptômes, des enfants en rupture scolaire, qui présentent un repli sur eux même

ou une hyperactivité, des troubles alimentaires et/ou du sommeil, des douleurs répétées.

Comme il est décrit dans la thèse de médecine d'Arnaud Poyet-Poullet<sup>20</sup>. "Il faut être plus perspicace pour détecter des attitudes évocatrices de violence surtout chez les femmes craintives, apathiques et irritables. C'est, par exemple, cette patiente agressive qui recherche désespérément le clash, ou toutes celles qui sont trop timides, trop effacées, autoritaires, exaspérantes, toujours en retard et dont le téléphone sonne en consultation et qui vous disent: "désolée, c'est mon mari qui s'inquiète"."

Il existe des questions types<sup>1</sup> pouvant aider le médecin, comme par exemple:

- *parfois les femmes qui ont des problèmes comme les vôtres ont des difficultés à la maison. Est-ce votre cas ?*
- *comment ça se passe quand vous n'êtes pas d'accord avec votre conjoint ? Quand vous vous disputez ?*
- *nous savons que la violence touche de nombreuses femmes, quelqu'un vous a-t-il déjà fait du mal ?*
- *est-ce que votre conjoint essaie de vous contrôler?*<sup>1</sup>

La HAS a publié des recommandations 2019 concernant le repérage de violences. Il est clairement explicité de repérer **systematiquement**, même en l'absence de signe d'alerte.<sup>7 8</sup> Elle précise bien que le sujet doit être abordé avec toutes les patientes au vu de la fréquence du risque. Elle donne aux professionnels de santé une liste de questions à poser en fonction du contexte de la consultation. (Annexe 7)

Le violentomètre (Annexe 8) est un outil simple et utile permettant de mesurer la violence dans le couple. Conçu et diffusé en 2018 par les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et de Paris, l'association "En avant Toute(s)" et la Mairie de Paris, il s'agit d'une auto-évaluation permettant aux femmes d'estimer si leur relation est saine ou dangereuse. Cette échelle comporte 24 graduations classées en 3 couleurs:

- vert = "profite, ta relation est saine"
- orange = "vigilance, dis stop, il y a de la violence"
- rouge = "protège toi demande de l'aide, tu es en danger".

En reprenant des situations courantes, il permet une prise de conscience de la part des femmes sur les événements qu'elles vivent.

### b. Accueillir et être à l'écoute

Le médecin doit aborder le sujet des violences car les victimes n'en parlent que très rarement spontanément. Pour cela il est indispensable d'instaurer une relation de confiance où règne une atmosphère de confidentialité, de sécurité et de respect en dehors de la présence du conjoint. <sup>1</sup>

L'écoute empathique et le soutien des victimes de violences sont deux éléments fondamentaux. L'écoute se fait avec bienveillance sans minimiser ni banaliser la situation. Pour la victime, raconter, c'est mettre des mots sur ce qu'elle vit, c'est identifier les faits et les nommer, voir sortir de la négation. La parole permet aussi de sortir de la honte et de l'isolement.

### c. Informer des droits et des devoirs

L'information fait partie du rôle du médecin vis-à-vis des victimes notamment concernant les ressources possibles et leurs droits. Quelle que soit sa situation, il est utile de lui rappeler ses droits, que les violences conjugales sont inacceptables et punies par la loi <sup>5 8</sup>. Les explications données doivent exprimer clairement que les victimes ne sont en aucun cas responsables. L'information porte aussi sur les liens entre les violences subies et les symptômes, le risque d'escalade de la violence et le cycle des violences.

Il est important de réitérer l'assurance de la confidentialité de l'entretien.

### d. Assurer les soins

S'il y a besoin le médecin se doit d'apporter les soins médicaux immédiats nécessaires. Le bilan des lésions peut nécessiter des avis spécialisés ou des examens complémentaires.

### e. Evaluer la gravité et mettre en place des mesures de protection

L'évaluation de la sécurité des victimes et les mesures de protection immédiates pour elles mêmes et leurs enfants (hébergement chez un proche, écartement des enfants, suppression d'une arme, hébergement d'urgence) font partie du rôle du médecin.

Le médecin doit évaluer la gravité des actes de violences en interrogeant la victime sur la fréquence, l'intensité, le contexte (grossesse, enfants) et les conséquences des violences (risque suicidaire, hématomes, fractures). Il doit également prendre en compte la dangerosité de l'agresseur (menaces de morts, tentatives de passages à l'acte) et la vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, handicap).<sup>7 8</sup>

*En cas de situation à risque élevé*, l'établissement de scénario de protection pour les victimes est à réaliser dans l'éventualité d'un accès de violence (avoir une valise prête, photocopie de documents personnels, de l'argent de côté, avertissement des voisins, numéro de téléphone de police enregistré, convenir d'un mode de communication avec une personne de confiance).<sup>23</sup>

*En cas de situation jugée grave*, l'hospitalisation sans délai est à réaliser après appel du 15 ou en centre d'hébergement d'urgence pour la victime et les enfants s'ils sont en danger. Le médecin doit également réaliser un signalement auprès du Procureur de la République et une information préoccupante à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour mettre en place une mesure de protection des enfants.<sup>7 8</sup>

En dehors d'un péril imminent, l'accompagnement se fait selon le choix et le rythme de la victime. Les aider à comprendre les raisons de leur ambivalence et prendre conscience de ce qui les maintient sous l'emprise de leur partenaire nécessite un soutien dans la durée.<sup>23</sup>

### f. Signaler

Il n'existait jusqu'alors que quelques situations bien définies dans lesquelles le médecin se devait de faire un signalement aux autorités sans avoir l'accord de la victime: les personnes mineures et les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de leur âge ou de leur incapacité physique ou psychique (article 226-14 alinéa 2 du code pénal).

Suite aux préconisations du groupe de travail du Grenelle contre les violences conjugales de 2019, la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 autorise les professionnels de santé à signaler au procureur de la République les violences conjugales lorsqu'il estime en conscience que ces dernières mettent la vie de la victime majeure en **danger immédiat** et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de **l'emprise** exercée par l'auteur des violences. Il doit s'efforcer d'obtenir son

consentement ou l'informer de sa démarche si elle s'y oppose (article 226-14 alinéa 3 du code pénal).

g. Rédiger le certificat de coups et blessures (annexe 9)

Il s'agit d'un document médico légal, une obligation si la victime le demande à un médecin. Le médecin se doit de proposer un certificat de coups et blessures sans attendre que la patiente ne le réclame.

Il est à dater du jour et de l'heure de l'examen. Dans un premier temps le médecin rapporte les doléances de la victime de façon exhaustive et sur un mode déclaratif entre guillemets « la victime déclare avoir été victime le 'date et heure', lieu, de ...'nature des violences', topographie des coups ».

Ne pas nommer le tiers responsable et ne pas oublier de signaler si la patiente est enceinte ou tout état de vulnérabilité (syndrome dépressif, handicap physique ou psychique, mineur, maladie) qui sont des facteurs aggravants.

Puis il doit contenir la description objective et précise des lésions retrouvées au cours de l'examen clinique, les signes psycho comportementaux constatés (état de stress aigu, trouble humeur, sommeil) mais aussi les signes négatifs (zones douloureuses sans lésions observées). Essayer de préciser l'âge des lésions, les soins pratiqués ou prévoir les conclusions détaillées des avis spécialisés.

Le certificat est à remettre en main propre à la victime ou à son représentant légal, s'il n'est pas impliqué dans les violences, et une copie est à garder dans le dossier médical.

Il est possible de joindre des photos et radiographies avec l'accord de la victime en réalisant un certificat complémentaire ultérieurement.

Il faut préciser si l'entretien a été réalisé en présence d'une tierce personne et si il a nécessité un interprète (indiquer son nom, prénom et adresse).

L'évaluation de l'incapacité totale de travail (ITT) par le médecin est **facultative**.

C'est une évaluation difficile et qui peut être fixée ultérieurement par un médecin légiste, excepté s'il s'agit d'une réquisition judiciaire auquel cas l'ITT doit obligatoirement être fixée.

Lorsqu'elle n'est pas fixée, il est impératif d'indiquer la mention: « sous réserve de complications ultérieures », cette dernière sera alors évaluée ultérieurement.

L'ITT est fixée par un médecin et se définit comme la durée en jours pendant laquelle une personne n'est plus en mesure d'effectuer normalement les gestes courants de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver, se coiffer, conduire une voiture, faire ses courses).

L'ITT détermine la qualification de l'infraction et le tribunal compétent: contravention (tribunal de police quand l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours, sans circonstances aggravantes) ou délit (tribunal correctionnel quand l'ITT est supérieure à 8 jours ou inférieure ou égale à 8 jours avec circonstances aggravantes)<sup>2, 6</sup>.

L'évaluation de l'ITT s'applique aussi aux troubles psychiques.

Elle est fixée à la date des faits (exemple de formulation: "ITT de cinq jours à dater des faits, sous réserve de complications").<sup>6</sup>

### *h. Orienter*

Il est important d'informer des structures associatives judiciaires et sanitaires existantes et de rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou se présenter aux urgences 24h/24, 7J/7, l'inciter à déposer plainte dès que possible et lui conseiller d'appeler le 3919 et/ou le 116 006.<sup>7 8</sup> Le médecin se doit d'orienter la victime vers des ressources adaptées à chaque situation: numéro d'urgence, associations spécialisées dans la lutte contre la violence et l'aide aux victimes, services de police ou gendarmerie, services sociaux, psychologue, unité médico judiciaire...

Dans l'étude de C. Morvant<sup>4</sup>, les médecins ont orienté principalement leur patiente vers la police ou la gendarmerie (56.3%) et vers un psychologue (51.7%). Trois quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels susceptibles d'aider ces femmes.

En 2011, A. Cornilleau<sup>21</sup> a réalisé une thèse en médecine montrant l'évolution des pratiques des médecins généralistes concernant les violences conjugales sur 10 ans en partant de l'étude de C. Morvant de 2000. Elle constate que deux fois plus de victimes ont été orientées vers des associations spécialisées. En 10 ans, le pourcentage de médecins ayant été en contact avec un autre intervenant est passé de 24 à 32%. L'évolution de l'orientation vers un réseau passe de 39.2% des médecins interrogés en 2000 à 75% en 2011. Il ressort que les médecins généralistes restent toutefois assez isolés dans le suivi et la prise en charge de ces patientes.

### i. Réseau partenarial

Différents acteurs peuvent intervenir dans le parcours de prise en charge de la femme victime de violences conjugales, sans qu'il y ait, à proprement parler, de chronologie prédéfinie.

Le rôle de chacun est important tant dans le repérage que l'accompagnement de la victime et de ses enfants, chacun pouvant leur apporter une solution dans son domaine de compétence.

Les besoins et demandes des victimes étant multiples (sociaux, médicaux, juridiques, psychologiques...), il est donc essentiel que chaque professionnel inscrive son action au sein d'un réseau partenarial, de manière à favoriser une prise en charge globale adaptée et décloisonnée.

Cet accompagnement pluridisciplinaire lui permettra de sortir du cycle de la violence et reprendre sa vie en main<sup>49</sup>.

## **15- Difficultés rencontrées par le médecin généraliste**

Il n'est pas évident d'aborder la question des violences. Cette notion nous renvoie notamment à notre propre représentation des victimes de violence, nos émotions, notre préoccupation d'être trop intrusif.<sup>1</sup>

D'après la thèse en médecine de Marie Barosso Debel en 2013 de nombreux freins ont été exprimés par les médecins interrogés<sup>22</sup>. Ils rapportent des difficultés venant d'une part du sujet même des violences conjugales qui fait encore partie, dans les esprits, de la sphère privée, et d'autre part des comportements des femmes victimes difficiles à cerner, ambivalentes, soulevant parfois l'incompréhension des médecins.

Le statut de « médecin de famille » n'est pas toujours facilitateur du fait des relations entretenues avec le partenaire et la famille.

Pour certains médecins, la prise en charge de violences conjugales peut s'avérer délicate du fait de deux fondements juridiques: le secret médical et la «non-assistance à personne en danger».

Dans la thèse de Boismain A. et Gaudin M.<sup>6 5</sup> sur l'identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes, il ressort un certain nombre de freins:

- les problèmes de temps et de disponibilité.
- la peur des représailles du conjoint envers le médecin et des retombées judiciaires.
- la patiente est connue depuis longtemps.
- la peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas.

- la peur de la réaction de la patiente.
- la peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes.
- l'obstacle supposé lié au sexe du médecin (les médecins masculins moins sollicités).
- le manque d'outils pour la prise en charge
- l'histoire personnelle du médecin.
- les problèmes liés à la formation médicale initiale et continue.
- le sentiment supposé d'impuissance et d'échec.
- la méconnaissance du réseau d'intervenants et/ou son absence.
- le manque de moyens et d'aide des pouvoirs publics.

## **16- Présentation du travail de thèse**

D'après un rapport d'étude qualitative de la politique publique, basée sur de nombreux témoignages de victimes de violences conjugales, en 2017, des "incohérences" de prises en charge sont retrouvées malgré les moyens mis en oeuvre <sup>25</sup>.

Les femmes interrogées expriment diverses difficultés, notamment dans le cas de violences répétées, sur de longues durées elles se retrouvent désorientées et enracinées dans une autodévalorisation qui ne leur permet pas de faire valoir leurs droits.

Leur sentiment, durant leur parcours, est de ne pas être considérée comme victime, elles rapportent un manque d'information et de communication à différents niveaux de leur suivi, leur prise en charge ne leur paraît ni structurée ni adaptée à leur situation.<sup>2</sup> Elles considèrent que l'accompagnement et la prise en charge proposés, lorsqu'ils existent, interviennent au gré des opportunités et sans suivi.<sup>25</sup>

Cependant, il en ressort que les associations d'aides aux victimes jouent un rôle essentiel de coordination, elles centralisent, dirigent et organisent la prise en charge. C'est la porte d'entrée vers un réseau territorial d'acteurs d'aide aux victimes riche et diversifié, et jusqu'alors invisible pour les victimes elles-mêmes ainsi que les médecins généralistes, leurs actions étant très largement méconnues. D'où l'importance d'orienter les femmes rapidement vers ces structures spécialisées<sup>25</sup>.

La complexité de ces situations nécessite une approche multidisciplinaire concertée avec un réseau médico-psycho-socio-juridique. Au sein de ce réseau, le médecin généraliste a un rôle important à jouer pour accueillir, écouter, reconnaître les violences, informer les patientes sur leurs droits et les moyens de les faire appliquer,

prévenir les risques immédiats et orienter selon son évaluation et les besoins des victimes vers le réseau qui l'entoure.<sup>6 7</sup>

Les secteurs de soins les plus concernés sont la médecine générale, les services d'urgence et les services de gynécologie-obstétrique (médecins, sage-femmes).

“Si une femme sur cinq sera confrontée à la violence domestique au cours de sa vie, seule une sur vingt sera dépistée et prise en charge par son médecin. Et ceci quand bien même elle dit préférer se confier à son médecin, bien avant la police, la justice ou les associations spécialisées. Le médecin généraliste a donc un rôle primordial dans la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales<sup>6 6”</sup>.

Et c'est dans ce contexte, qu'il m'a paru nécessaire de mener une étude par questionnaire auprès des médecins généralistes exerçant une activité libérale dans le département d'Indre et Loire.

Son objectif est de mesurer l'état des connaissances ainsi que le recours par ces médecins aux outils, intervenants et structures impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

## II.MATERIEL ET METHODE

### 1.Méthode de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive rétrospective ayant pour but d'analyser les pratiques des médecins généralistes du département d'Indre et Loire dans la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales.

Elle concerne plusieurs domaines:

- la connaissance et le recours, par les médecins généralistes, aux structures et intervenants impliqués dans la prise en charge de ces victimes.
- la recherche des freins pouvant exister et gêner les praticiens à l'orientation
- les outils utilisés et la demande d'information

L'étude porte sur les médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins d'Indre et Loire installés et exerçant une activité libérale dans le 37 quelle que soit la proportion du temps de travail consacrée à leur activité libérale, leur secteur d'activité et leur mode d'exercice particulier. Étaient exclus tous ceux qui ne répondaient pas à ces critères.

J'ai utilisé deux sources de données:

- Avec l'aide de l'Agence Régionale de Santé du Centre Val de Loire, une mailing list de 160 médecins a pu être exploitée.
- L'Ordre des médecins d'Indre et Loire m'a fourni la liste des noms et adresses des 570 médecins généralistes inscrits à l'Ordre en 2018. Une recherche sur internet a été réalisée pour retrouver les numéros de téléphone.

Dans un second temps, l'ensemble des médecins (liste de l'Ordre) a été contacté par téléphone. Le sujet de thèse et l'objectif étaient présentés oralement puis leur adresse mail leur était demandée s'ils acceptaient de participer.

Lorsqu'un secrétariat répondait, un message était laissé aux médecins généralistes avec mes coordonnées, ceux qui étaient intéressés pouvaient me recontacter ou laissaient leur adresse mail au secrétariat. Je rappelais le secrétariat de façon hebdomadaire sur 3 semaines pour récupérer les adresses mails.

Un lien vers un questionnaire en ligne a été alors envoyé aux médecins avec un courriel comprenant une note explicative sur le sujet de ma thèse et ses objectifs.

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de 5 médecins généralistes afin de s'assurer de sa faisabilité ainsi que le temps nécessaire pour le compléter. Ce temps a été estimé à 6 minutes.

Le questionnaire est déclaratif et fait appel aux souvenirs des médecins au cours des 12 derniers mois.

La période de recueil s'est réalisée sur 2 créneaux:

-Le 23/12/2019 un envoi a été réalisé aux 160 médecins présents sur la liste de l'ARS avec rappels mensuels jusqu'en mars 2020.

-Du 05/04/2020 au 05/06/2020 j'ai appelé les médecins présents sur la liste fournie par l'Ordre.

Par conséquent le recueil de données a débuté le 23/12/2019 pour finir le 15/06/2020, soit une durée de 6 mois.

La base de données a été extraite sur Google Sheet pour l'analyse. Les résultats issus des deux périodes d'envoi ont été analysés ensemble en éliminant les doublons.

## **2. Elaboration du questionnaire (annexe 10)**

Le questionnaire en ligne a été réalisé au moyen du logiciel Google Form. Le questionnaire comporte plusieurs parties :

-Description de la population des médecins généralistes inclus

Sexe, âge, nombre d'années d'installation, mode d'exercice (seul, en groupe) ainsi que l'existence d'autres activités professionnelles.

Une question traite du nombre de femmes victimes de violences conjugales dépistées par les médecins au cours des 12 derniers mois, une autre de la formation concernant les violences conjugales.

-Connaissance des structures impliquées:

Les questions portaient sur le degré de connaissance des médecins généralistes des structures existantes, la nature des structures connues, leurs missions, leur localisation ainsi que leur mode de découverte.

-Utilisation des structures spécialisées et orientation des victimes:

Des questions portaient sur leur utilisation au cours des douze derniers mois, les freins rencontrés et les résultats obtenus. Une question portait sur les différents intervenants sollicités et sur l'orientation en cas de péril imminent.

-Support d'information:

Il s'agit de savoir si les médecins possèdent un outil d'aide à la prise en charge des victimes, le type de support utilisé et si ce dernier leur donnait satisfaction. Enfin une question explorait les outils dont les médecins aimeraient disposer.

Une question ouverte a été posée en fin de questionnaire.

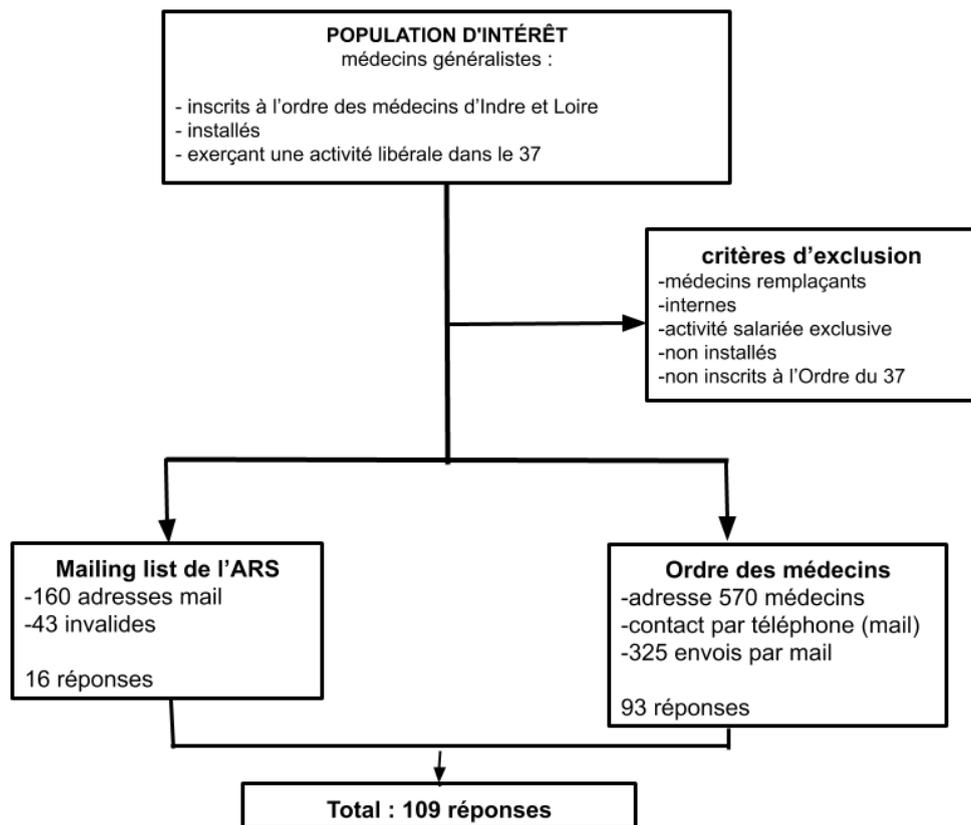
### **3.Evaluation de la distance entre le cabinet médical et les structures impliquées.**

Une évaluation des distances séparant les cabinets de médecins généralistes et ces structures engagées dans la lutte contre les violences faites aux femmes a été réalisée. Pour cela nous avons utilisé la cartographie des structures mise à disposition par le département d'Indre et Loire.

Les adresses des médecins ont été prises dans la liste de l'Ordre du 37, les calculs de distances ont alors pu être réalisés.

### III.RESULTATS

Flow chart de l'étude



109 questionnaires ont été remplis au total.

-Dans la liste fournie par l'ARS Centre Val de Loire, 43 adresses mails n'étaient plus valides. Le nombre de réponses s'est élevé à 16 (pourcentage de répondants: 18%).

-Pour ce qui est de la liste fournie par l'Ordre des médecins, l'envoi a été réalisé à 325 médecins pour 93 réponses reçues ( 28,6% de répondants).

## 1. Description de la population des médecins généralistes répondants

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants et des médecins généralistes d'Indre et Loire ( au 1er janvier 2019, source: Observatoire régional de santé)

Caractéristiques	population de l'étude	médecins généralistes du 37 (chiffres ORS 2019)
<b>sexe</b> hommes femmes	61 (56%) 48 (44%)	498 (54,5%) 415 (45,4%)
<b>âge</b> moins de 40 ans / - de 35 ans 40 à 49 ans / 35-44 ans 50-59 ans / 45-64 ans + de 60 ans/ 65 ans et +	30 (27,5%) 19 (17,4%) 39 (35,8%) 21(19,3%)	171 (18,7%) 169 (18,5%) 480 (52,5%) 93 (10,18%)
<b>mode d'exercice</b> en groupe seul	82 (75%) 27 (25%)	
<b>lieu d'exercice</b> urbain/péri urbain zone de revitalisation rurale	88 ( 80,7%) 21 (19,3%)	
<b>Durée d'exercice</b> moins de 5 ans entre 5 et 20 ans + de 20 ans	22 (20%) 37 (34%) 50 (46%)	
<b>Type d'exercice</b> médecine générale exclusive + gynécologie + maternité Autres* (ex: enseignement, gériatrie, sport...)	68 (62,4%) 15 (13,8%) 6 (5,5%) 32 ( 29,3%)	
<b>Formation violences conjugales</b> oui non	17 (15,6%) 92 (84,4%)	

\*Autres activités: enseignants, gériatrie, médecine du sport, crèche, médecin pompier, foyer d'accueil médicalisé, CEGIDD, CSAPA, addictologie, centre de planification familiale, externat médico éducatif polyhandicap, sophrologie, médecin plongée, aéronautique, coordonnateur d'EHPAD, activité d'échographie, médecine légale.

Sur les 109 médecins répondants 56% (n= 61) étaient des hommes et 44% (n=48) des femmes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50 à 59 ans (35,8%). La plupart des médecins travaillent en groupe (75%) et depuis plus de 20 ans (46%). 19,3% ( n=21) exercent dans une zone de revitalisation rurale<sup>8 7</sup>. 62,4% d'entre eux ont une activité de médecine générale exclusive.

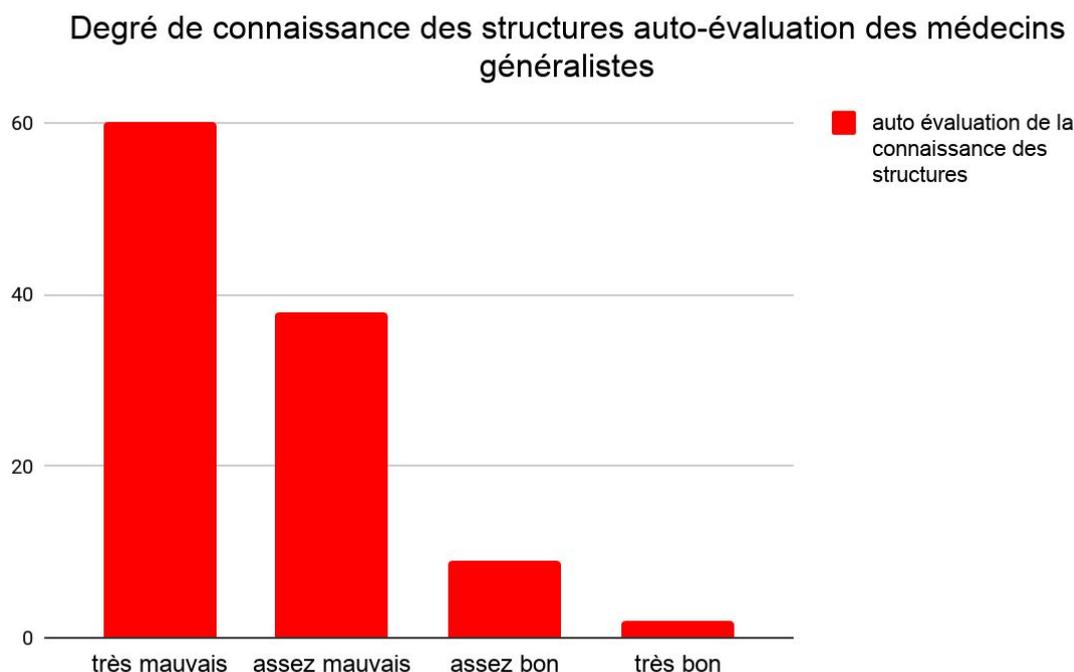
Enfin, 84% des médecins n'ont pas suivi de formation sur les violences conjugales.

## 2. Connaissance des structures impliquées

### A. Auto-évaluation des connaissances

Les médecins évaluent leur degré de connaissance des structures comme étant très mauvais pour 55% ( n=60) d'entre eux, assez mauvais pour 34,9% (n=38), assez bon pour 8.3 % (n=8) puis bon pour 1.8% (n=2).

Au total **90% des médecins considèrent avoir une mauvaise connaissance des structures.**



### B. Connaissance réelle des structures

64 médecins (59%) affirment ne pas en connaître.

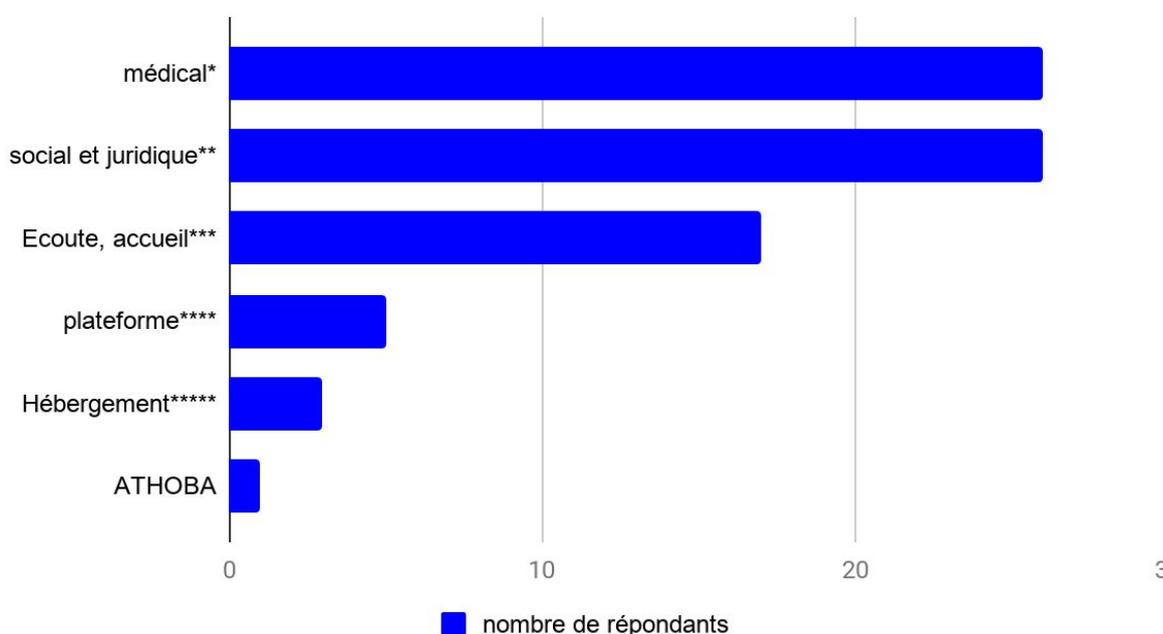
**45 médecins (41%) affirment connaître des structures.** Soit 2 médecins sur 5.

Au chapitre précédent, nous avons vu que 17 médecins sur les 109 ont été formés sur les violences conjugales. Lorsque l'on croise cette donnée avec le nombre de médecins connaissant les structures spécialisées, on retrouve 13 médecins connaissant les structures parmi les 17 formés (soit 76,5%).

Types de structures connues parmi ces 45 médecins:

Les médecins citent en premier lieu les structures se rattachant aux soins médicaux et celles assurant un accompagnement social et juridique (57,7%). Ensuite les structures proposant une écoute et un accueil (37,7%), les plateformes (11%), les centres d'hébergements (6,6%) et l'ATHOBA (2,2%).

Types de structures connues par les 45 médecins



-\*:institut médico légal (17,7%), CHU, CAVAS, PMI, urgences gynécologiques, Orthogénie, psychiatre, psychologue

-\*\* :CIDFF (26,6%),CASOUS, procureur, maison de la solidarité, ADAVIP, France victime 37

-\*\*\*: Médipôle (13,3%), Dire et Guérir, Secours catholique, planning familial, le Nid

-\*\*\*\*: 3919, Stop violence sexuelle 37

-\*\*\*\*\*: Anne de Beaujeu, La Nuitée

### Sources d'information parmi ces 45 médecins:

Dans l'échantillon des médecins ayant cité des structures, on note que 40% d'entre eux les ont découvertes grâce à un confrère, 29% par le "bouche à oreille", 20% par leur formation médicale continue, 18% par la presse écrite et 16% par internet. 13% ne se rappellent plus d'où proviennent leurs informations.

Sources d'information ayant permis aux médecins généralistes de connaître les structures.

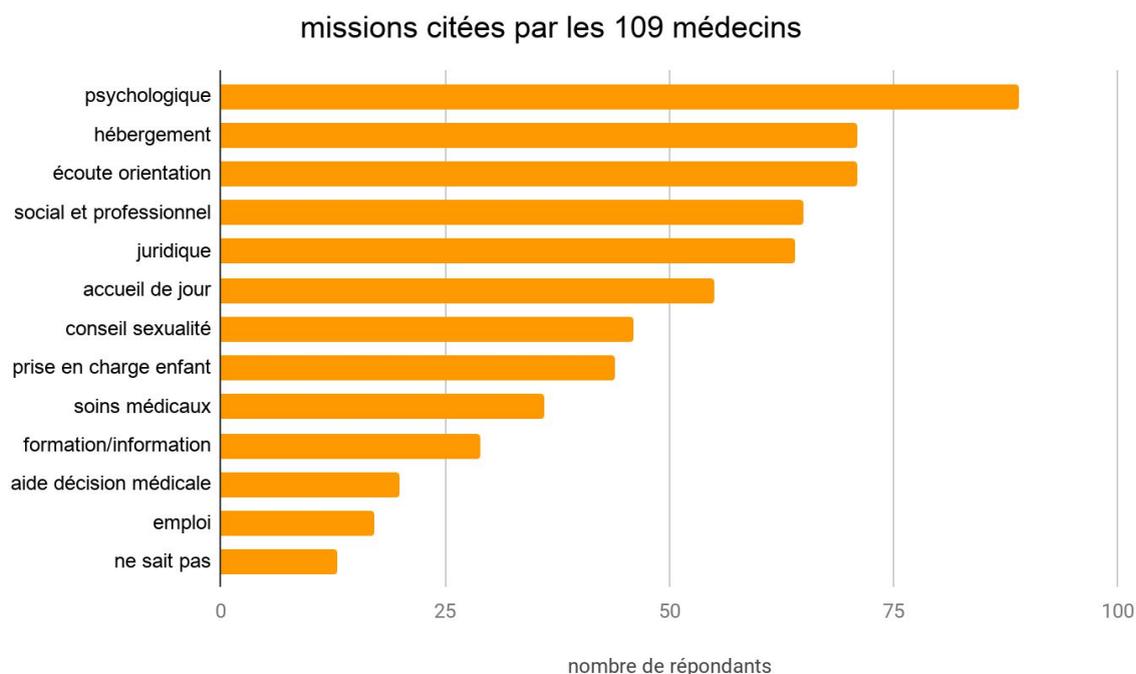
Sources d'information	Nombre de médecins ayant connu les structures par ce moyen (%)
confrère	40%
Bouche à oreille	29%
formation médicale continue	20%
presse écrite, magazine	18%
internet	16%
formation médicale initiale, flyer, affichage	11%
recommandation de bonnes pratiques	7%
CPTS, ARS, Ordre des médecins	4%
Consensus, conférence	2%
Radio	0%

### **C. Connaissance des missions des structures**

Les missions des structures citées par les 109 médecins sont:

- l'accompagnement psychologique pour 81,6% d'entre eux
- l'écoute, l'orientation téléphonique et l'hébergement pour 65%
- l'accompagnement social et professionnel des victimes pour 59,6%
- l'accompagnement juridique pour 58,7%
- l'accueil de jour pour 50,4%
- le conseil en sexualité, IVG, IST et contraception pour 42,2%
- l'accompagnement des enfants pour 40,4%
- les soins médicaux pour 33%

- la formation et l'information pour 26,6%
  - le conseil et l'aide à la prise de décision médicale pour 18,3%
  - l'accompagnement dans l'emploi pour 15,6%
- 11,9% des médecins ont répondu ne pas connaître les missions des structures.



#### **D. Distance cabinet médical-structure**

Sur les 109 médecins, 39 déclarent avoir une structure spécialisée à moins de 10km de leur cabinet et 28 à plus de 10 km. Après évaluation des distances 8 des 28 médecins ont effectivement une structure à plus de 10 km de leur cabinet, pour les autres des structures plus proches existent. 42 ne savent pas à quelle distance de leur cabinet se trouve la structure la plus proche ce qui correspond à 2 médecins sur 5.

Au total **57% de l'ensemble des médecins ne savent pas à quelle distance se situent les structures les plus proches de leur cabinet** et lorsque l'on retrace les distances entre les cabinets des 109 médecins et les structures on note que 84,4% d'entre eux exercent à moins de 10km d'une structure.

### 3. Recours aux structures et intervenants impliqués et orientation des femmes

#### A. Nombre de patientes dépistées

Dans les 12 derniers mois, **83% (n=90) des 109 médecins ont identifié moins de 5 femmes victimes** de violences conjugales.

nombre de femmes victimes identifiées dans les 12 derniers mois	nombre de répondants N=109	Pourcentage
<5	90	83%
5-10	18	16%
> 10	1	0,9%

#### B. Nombre de patientes ayant eu recours à des structures

41,2% (n=45) des médecins ne savent pas si des patientes ont eu recours à ce type de structure. 31,2% (n=34) pensent ne pas avoir eu de patientes ayant eu recours à ces structures.

**27,5% (n=30) des médecins ont eu des patientes ayant eu recours à ce type de structures.** Parmi eux:

- 8 ont orienté eux même les patientes
- pour 12 d'entre eux l'orientation s'est faite par d'autres moyens
- pour les 10 autres l'orientation a été réalisée par ces derniers et l'association avec un autre intervenant.

Au total **18 médecins sont intervenus dans l'orientation de la victime.**

On note que 4 médecins sur 5 qui déclarent avoir eu des patientes prises en charge par ces structures avaient déclaré connaître des structures.

### **C. Nombre de patientes orientées au cours des 12 derniers mois**

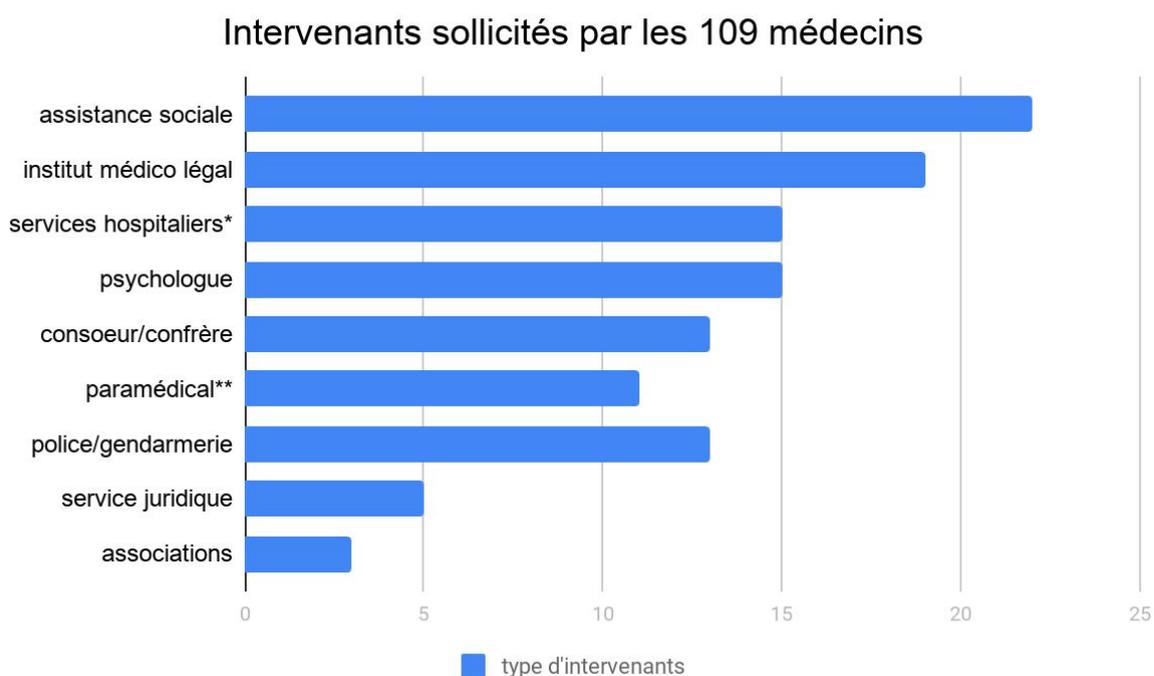
Pour les 109 médecins, 29% ont orienté des patientes.

Au total 105 femmes victimes de violence se sont vues proposer une orientation par un médecin au cours des 12 derniers mois.

### **D. Travail en réseau**

**33% (n=35) des 109 médecins travaillent avec d'autres intervenants.**

Les différents intervenants sollicités sont cités dans l'histogramme ci après. Les principaux sont le service d'assistance sociale pour 61% d'entre eux, l'institut médico légal pour 53% et un(e) psychologue pour 42%.



\*: urgences (15), autres services

\*\* : infirmière libérale, sage femme, art thérapeute, ostéopathe, kinésithérapeute, diététicienne

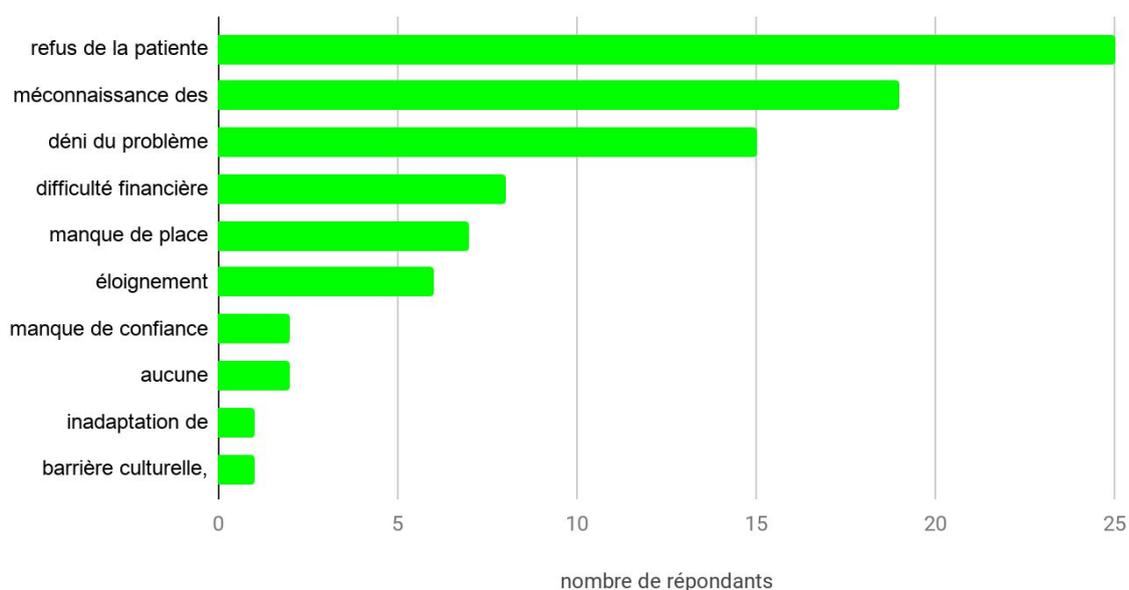
### **Parmi les 35 médecins travaillant en réseau**

1. L'orientation réalisée a eu **“l'effet escompté” pour 68% (n=24)** d'entre eux. 15 ont travaillé avec l'institut médico légal et 12 avec un service d'assistance sociale.

Pour les 32% restant on note une “absence de retour d'informations”, “patientes perdues de vue”, “refus des patientes”.

2. Les **difficultés** rencontrées au cours de l'orientation des victimes sont principalement **un refus des patientes** pour **71,4%** des 35 médecins, la méconnaissance des structures pour 54,2% et un déni du problème par les patientes pour 42,8% .

Difficultés rencontrées dans l'utilisation des structures par les 35 médecins ayant orienté des patientes



## **E. Femme en péril imminent: intervenants qui seraient sollicités par les 109 médecins**

### **a. Lors des horaires d'ouverture des structures:**

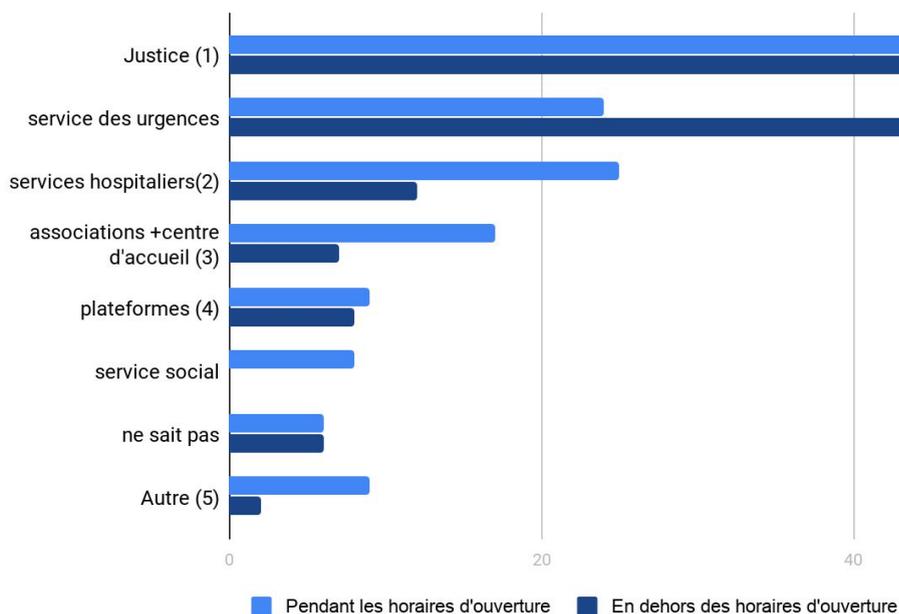
Les services de justice (police, gendarmerie, procureur) sont les plus sollicités (47,7% des médecins) avec le service d'accueil des urgences (22%) les autres services hospitaliers (23%) et l'institut médico légal (14,6%). Une plus faible part de médecins s'adresse à une association ou un centre d'accueil (7,3%).

### **b. En dehors des horaires d'ouverture des structures:**

Les deux services les plus sollicités sont ceux de la justice (police, gendarmerie, procureur) (46,7% des médecins) et le service d'accueil des urgences (43%). Une plus faible part des médecins adresserait leur patiente à d'autres services hospitaliers (11%).

5,5% des médecins ne savent pas vers quel intervenant se tourner.

### Intervenants sollicités par les médecins pendant et en dehors des horaires d'ouverture des structures



(1) police, gendarmerie, procureur, 17

(2) institut médico légal, CHU, urgences gynécologiques, UMJ, gynécologie, psychiatre

(3) PMI, Médipole, association d'hébergement, CIDFF, France victime 37, CCAS, la Nuité

(4) 3919, numéros vert, SOS femme battue

(5) famille, voisinage, personne

## 4. Supports d'information

### A. Détention d'un support

**86% (n=94) des 109 médecins déclarent ne pas utiliser de supports d'information** pour les aider dans leur prise en charge des violences conjugales.

**Pour les 14% (n=15) utilisant un support:**

#### *type de support*

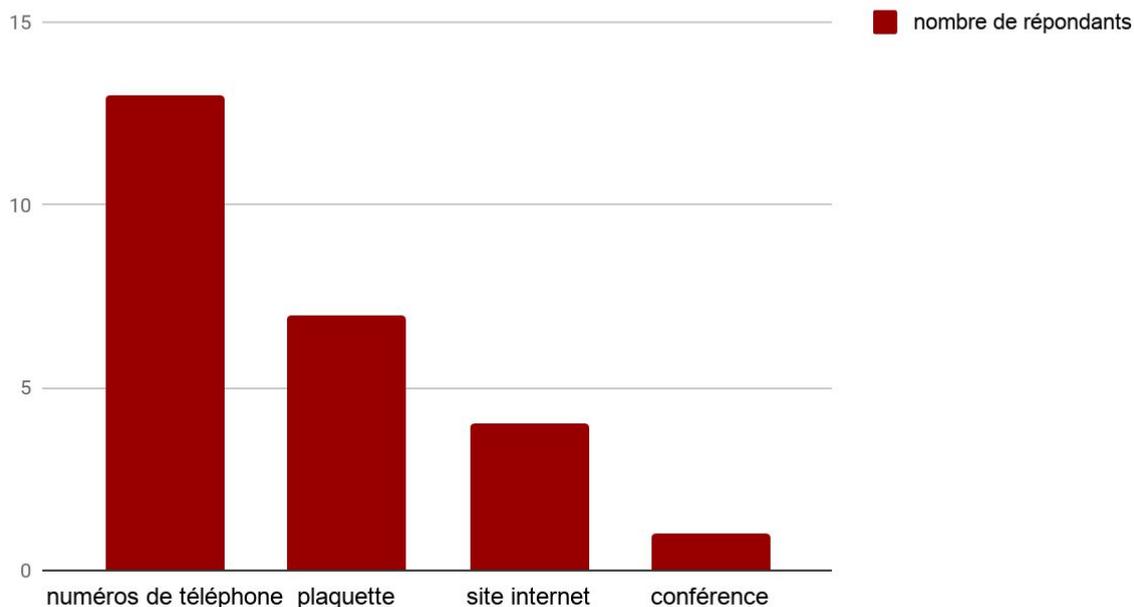
-13 médecins ont des numéros de téléphone des structures compétentes

-7 une plaquette informative sur l'ensemble des structures

-4 un site internet dédié à ce type de prise en charge

-1 a eu des informations suite à une conférence portant sur ces structures

## Type de support utilisé par les médecins



### Satisfaction du support

Sur les 15 médecins utilisant un support, 8 le considèrent suffisamment précis et complet.

On note que la moitié des médecins satisfaits détiennent des numéros de téléphone des structures et une plaquette informative.

### **B. Type de support souhaité**

87% (n=94) des 109 médecins désirent avoir à disposition des numéros de téléphone de ces structures, un site internet dédié pour 64,8 % d'entre eux, une plaquette informative pour 59,2%. 28,7% souhaitent des adresses mail et 13,8% une conférence sur ces structures.

La combinaison d'outils souhaitée par la majorité d'entre eux serait un site internet dédié aux structures avec leurs numéros de téléphone et une plaquette informative.

A la question ouverte en fin de questionnaire, on relève principalement un besoin de formation des médecins, comme le montrent quelques unes des citations ci dessous:

*“travail de thèse très utile, mettant en évidence mon manque de connaissance des structures”*

*“reco HAS intéressante pour prise en charge globale, à hauteur du territoire je suis en manque d'info (structures locales...)”*

*“effectivement: formation "zéro"!!”*

*“Nous sommes très mal informés”*

*“J'ai avant tout besoin de formation :repérage et prise en charge des victimes”*

*“nécessité de clarification des différentes structures et leurs indications”*

*“nous ne sommes pas assez informés des possibilités d'aides et la femme violentée n'est pas toujours dans la même demande d'aide et dans l'acceptation d'aide ”*

## V DISCUSSION

Le sujet des violences conjugales n'est pas toujours bien connu des médecins généralistes qui sont pourtant un des premiers intervenants vers lesquels s'adressent les femmes victimes de ces faits. Selon l'HAS les médecins sont en première ligne pour repérer les femmes victimes de violence, les chiffres disponibles affirment que 3 à 4 femmes sur 10 présentes dans les salles d'attente des médecins seraient victimes de violences conjugales et 1 victime sur 5 a consulté en premier lieu un médecin à la suite d'un incident<sup>26</sup>.

Même si l'orientation et la prise en charge dépendent du dépistage, l'inverse se vérifie, en effet une des difficultés exprimée dans le dépistage au cours du Grenelle 2019 est le fait que les médecins "n'osent pas toujours poser des questions parce qu'ils ne savent pas quoi faire" ni "quoi proposer derrière après avoir posé la question."<sup>77</sup>. Ainsi, le manque de connaissance des structures est aussi un frein au dépistage.

### Limites de l'étude

Comme toute étude descriptive basée sur le volontariat, il existe un biais de sélection. Les médecins volontaires sont certainement plus sensibilisés ou intéressés au sujet.

De nombreux médecins joints par téléphone ont refusé de participer à l'enquête soit "parce qu'aucune femme de leur patientèle ne subissait de violences conjugales", soit par surcharge de travail.

S'ajoute à cela un biais d'information provenant de deux phénomènes. Certaines questions portent sur une période de 12 mois pouvant entraîner un biais de mémoire avec des données approximatives. De plus le questionnaire était déclaratif ce qui peut entraîner un biais de perception avec une sur ou sous estimation dans certaines réponses.

Du fait du faible taux de répondants (moins de 20%), les résultats de l'étude ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes d'Indre et Loire. Il est à noter toutefois que dans la population des médecins répondants on retrouve 56% d'hommes et 44% de femmes, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans avec 36%. Ces données sont proches de la répartition réelle des médecins généralistes d'Indre et Loire au 1er janvier 2019 puisque 54,5% étaient des hommes et 45,5% des femmes, la tranche d'âge la plus représentée

était celle des 45-64 ans avec 52% (données délivrées par l'Observatoire Régional de Santé de la région Centre Val de Loire 2019).

Dans cette étude, il n'a pas été traité des violences conjugales subies par les hommes par souci de faisabilité et parce qu'il existe encore une part faiblement connue d'hommes victimes de violences conjugales. En France en 2018, 28 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex partenaire<sup>7 7</sup>. Sur les 28 décès, 15 étaient auteurs de violences.<sup>9 0</sup> En 2019 ce sont 27 hommes qui ont été tués<sup>9 1</sup>. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2019 indique qu'en 2018 14 400 hommes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint actuel ou ex-conjoint ont été enregistrés par la police et la gendarmerie<sup>9 0</sup>. Les écrits à ce sujet sont encore trop peu nombreux.

Cette étude auprès des médecins généralistes d'Indre et Loire a permis de mettre en évidence plusieurs données intéressantes concernant la connaissance et le recours à des outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

### **Connaissance des structures impliquées dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales**

A ce jour, le secteur de la santé n'a pas entrepris de formation systématique sur la thématique des violences conjugales, de plus, celle réalisée au cours des cursus universitaires est souvent trop succincte. Ce manque de formation est rapporté notamment par le Dr Morvant au cours de son audition par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes au Grenelle 2019, où elle la qualifie "d'insuffisante, si ce n'est absente".<sup>7 7</sup>

Notre étude va dans ce sens avec 84% des médecins interrogés qui déclarent ne pas avoir suivi de formation sur les violences conjugales. Ce chiffre est à la baisse par rapport à la thèse de Duvnjak<sup>7</sup> de 2010 où 97% des 163 médecins interrogés n'avaient jamais participé à une formation sur le thème des violences conjugales, cependant il est élevé en comparaison aux 54% des 84 médecins interrogés dans la thèse de Bures J.<sup>8</sup> de 2016 qui déclarent n'avoir aucune formation sur le sujet.

Le manque de formation des médecins généralistes est retrouvé dans de nombreux écrits<sup>4 5 4 6</sup> notamment la thèse de Barrossot Debel M.<sup>22</sup> où les médecins se disent incompetents à gérer des victimes de violences conjugales par manque d'expérience et de formation sur le sujet que ce soit en formation initiale ou continue. Dans l'étude du Dr Morvant<sup>4</sup> en 2000 près de 2/3 des médecins (60,3%) se sentaient insuffisamment formés. C'est un frein majeur pour le repérage et la prise en charge de ces victimes.

Des études<sup>15</sup> comme celle d'Arnaud Poyet-Poullet en 2006<sup>20</sup> ont pourtant mis en évidence les effets positifs d'une mise à niveau des connaissances chez un groupe de 61 médecins généralistes. Ils rapportaient plus d'aisance dans le dépistage des violences, leur évaluation et la proposition de structures adaptées aux victimes avec un réseau d'intervenants désormais connu.

Ces chiffres retrouvés sont très faibles d'autant que ces formations entrent dans le cadre de l'article 51 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et qui stipule que *“la formation initiale et continue des médecins, des personnels médicaux.....comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique.”*<sup>8 6</sup>

Suite au Grenelle qui s'est tenu de septembre à novembre 2019, des recommandations allant dans ce sens ont été rapportées dans un livre blanc:

- la préconisation n°39 recommande la formation de l'ensemble des personnels de santé aux problématiques de violences sexuelles pour mieux détecter les victimes, en élargissant l'enseignement sur ces thématiques dans la formation initiale des étudiants en médecine.
- la n°40 traite du développement d'une politique de formation proactive en valorisant dans la carrière le suivi de formation sur les violences conjugales.<sup>7 7</sup>
- la n°42 propose davantage de formations en ligne à destination des professionnels de santé sur le repérage et la prise en charge initiale des victimes.
- la n°43 intègre à l'article 51 de la loi du 4 août 2014 un module spécialisé sur les violences conjugales.

A un an du Grenelle aucun budget n'a encore été alloué à la formation et aucune donnée n'est actuellement disponible sur ce sujet. Il s'agit de mesures à développer dans l'avenir.

Dans notre étude 90% des médecins estiment ne pas bien connaître les structures impliquées dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ces chiffres sont au dessus de ceux retrouvés dans la littérature notamment dans la thèse de Bures J.<sup>8</sup> de 2016 où 56% des 84 médecins interrogés jugeaient leurs connaissances insuffisantes.

41% des médecins de notre étude affirmant connaître ces structures citent en premier lieu celles assurant des soins médicaux, une prise en charge sociale et juridique. Ces dernières sont intéressantes car elles peuvent faire le lien avec un ensemble d'autres intervenants spécialisés.

Au total on note un déficit de connaissance sur ces structures clés chez plus de la moitié des médecins répondants. Pour ceux qui rapportent les connaître, on retrouve

une bonne connaissance de ce qui existe.

Enfin, notre étude montre que les 109 médecins connaissent dans l'ensemble les missions mais pas l'intégralité des actions menées par ces différentes structures.

Lorsque l'on pose la question du moyen par lequel ils ont connu l'existence des structures, la source la plus citée est un confrère puis vient le "bouche à oreille" et, enfin, la formation médicale continue et la presse écrite.

Pourtant le protocole de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2016-2018 développé par le département d'Indre et Loire notifie l'ensemble des structures engagées dans la lutte contre les violences ainsi que leurs coordonnées. Récemment de nombreux outils d'information ont été développés sur leur site internet, qui semblent à priori peu connus.

Le département d'Indre et Loire est doté de nombreuses structures et intervenants comme le montre le protocole cité plus haut et la cartographie disponible sur leur site internet. Notre étude rapporte que 84% des médecins ont une structure impliquée dans la prise en charge des violences conjugales à moins de 10km de leur cabinet. On note de plus que la localisation de ces dernières est méconnue de la majorité des médecins, 57% ne savent pas qu'ils ont une structure proche de leur cabinet.

### **Recours aux structures et intervenants impliqués et orientation des femmes**

Les médecins généralistes de l'étude ont, pour la majorité, dépisté très peu de patientes victimes de violences conjugales au cours des 12 derniers mois, 83% en ont repéré moins de 5. La faible proportion de médecins formés sur le sujet pourrait expliquer ce faible dépistage.

Ces résultats sont comparables avec de nombreux travaux réalisés notamment la thèse de Maria Barroso Debel<sup>22</sup> qui retrouve un nombre de femmes repérées s'élevant à 2.8 femmes par an et par médecin. Nous retrouvons des chiffres similaires dans la thèse d'Arnaud Poyet Pouillet<sup>20</sup> avec une moyenne de 4.8 femmes dépistées par médecin par an.

Quelle que soit l'étude, on note un sous repérage par les médecins généralistes. Pourtant les derniers chiffres du rapport de l'Assemblée nationale indiquent que 3 à 4 femmes sur 10 présentes dans les salles d'attente des médecins seraient victimes de violences conjugales.<sup>77</sup>

Il a été signalé dans cette étude une difficulté à répondre aux questions du fait du nombre restreint de victimes décelées, ce qui a été par la même occasion un des motifs de refus des médecins appelés à répondre au questionnaire. Le peu de cas dépisté pour la majorité des médecins rend la prise en charge plus difficile du fait du manque de pratique.

Cette question permet de situer la prise en charge réalisée par les praticiens interrogés dans ce contexte de sous dépistage actuel, en effet, seulement 29% d'entre eux ont orienté des victimes dans les 12 derniers mois. Avec un nombre total de 103 victimes orientées, on obtient une moyenne d'une femme orientée par médecin au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont donc rarement orientées vers des structures susceptibles de les aider.

A noter que les médecins qui dépistent et orientent le plus sont ceux ayant une activité axée sur la gynécologie, la maternité et l'orthogénie avec 2,4 femmes orientées par médecin au cours des 12 derniers mois.

A la question vers quels intervenants vous tourneriez vous face à une femme victime de violences conjugales en péril imminent pendant ou en dehors des horaires d'ouverture; les médecins répondent pour la majorité d'entre eux la police ou la gendarmerie (41,6 %) et les urgences hospitalières (32,1 %).

Ceci est en accord avec les recommandations HAS 2019<sup>7,9</sup> concernant les situations jugées graves mais pose la question de la bonne orientation dans les autres cas.

Cette réponse est nécessaire mais n'est pas suffisante pour l'avenir de ces victimes dont les violences peuvent avoir des répercussions dans de multiples domaines : physique, psychologique, social, juridique, économique, administratif.

Au vu de ces pratiques, il serait utile que les services d'urgence se mettent en lien avec les associations spécialisées afin de définir la prise en charge immédiate la mieux adaptée. La mise en place d'un référent violence conjugale à l'hôpital pourrait être un moyen supplémentaire.

67% des médecins de notre étude déclarent ne pas travailler avec d'autres intervenants. Cette tendance est retrouvée notamment dans l'étude du Dr Morvant<sup>4</sup> dans laquelle  $\frac{3}{4}$  des médecins n'ont aucun contact avec d'autres professionnels qualifiés; ainsi que dans l'étude de A. Cornilleau<sup>21</sup> en 2011 où 68% des médecins n'avaient pas été en contact avec d'autres intervenants.

Pour le tiers des médecins restant, les intervenants les plus cités sont l'assistante sociale (61%), l'institut médico légal (53%), le psychologue (42%) et enfin pour  $\frac{1}{3}$  de ces médecins la police et les urgences hospitalières. Cela témoigne de la sensibilisation des médecins aux différentes dimensions touchées par les violences conjugales. Nous remarquons que les intervenants sollicités sont les mêmes que ceux retrouvés dans d'autres travaux comme par exemple, l'étude qualitative réalisée par H. Canuet<sup>5</sup> en 2010 où les médecins interrogés ont orienté le plus souvent vers les psychologues, les services sociaux et les forces de l'ordre.

Il est important de savoir orienter les victimes vers les bonnes structures car cela simplifie les démarches et améliore la prise en charge. Les nouvelles recommandations de bonnes pratiques écrites par la HAS<sup>7 8 9</sup> traitent de l'information et l'orientation des victimes par les professionnels de santé.

Pour ce qui est des difficultés rencontrées par les médecins généralistes au cours de leur orientation, le refus de la victime ainsi que son déni du problème est rapporté par 46,5% des répondants. Cette observation est également retrouvée à de nombreuses reprises dans la littérature. En 2010 dans l'étude de Duvnjak S. ainsi que dans la revue de littérature réalisée par Dautrevaux A.<sup>8 5</sup> l'attitude des patientes est également un frein pour la prise en charge. En 2016 dans la thèse de Bures J.<sup>8</sup> 82% des médecins interrogés se sont confrontés à la réticence des victimes. La méconnaissance des structures arrive en deuxième position avec 22,1% des répondants. Cela peut rentrer dans le cadre d'un manque de formation sur ce sujet et se retrouve dans de nombreuses thèses notamment celle de Bures J.<sup>8</sup> où l'absence de réseau local connu est une difficulté pour 43% des médecins interrogés.

Il ressort de l'étude que le réseau des intervenants est peu connu et par conséquent peu exploité. Les médecins généralistes restent relativement isolés dans le suivi et la prise en charge de ces patientes. Seule une réelle coordination entre les différents professionnels intervenant auprès des victimes serait susceptible d'améliorer les réponses apportées.

Un des points pouvant être développé serait l'intervention directe des associations dans les formations à mettre en oeuvre au cours des études médicales ainsi que de la formation médicale continue afin de créer déjà un lien avec les professionnels de santé et d'échanger au plus près de la réalité du quotidien.

La proposition d'un lieu concentrant de multiples ressources pourrait aider les médecins à savoir vers qui se tourner et orienter leurs patientes victimes comme par exemple la maison des femmes de Saint Denis ou l'espace créé par SOS médecin à Tours. La construction d'autres lieux comme ceux ci est d'ailleurs un des projets attendu du Grenelle.

### **Supports d'information**

86% des médecins n'ont pas de support d'information pour la prise en charge des victimes. Cette proportion élevée semble paradoxale lorsque l'on considère la complexité de la prise en charge.

Pour ceux disposant d'un support, on retrouve des numéros de téléphone de structures et une plaquette informative. 50% des médecins en sont satisfaits.

Une grande majorité de répondants (87%) aimerait avoir à leur disposition soit les numéros de téléphone des structures compétentes, soit un site internet dédié à ce type de prise en charge (présentation et disponibilités des structures) ou une plaquette informative sur l'ensemble des structures.

On note cependant qu'une plaquette d'information sur les contacts utiles avec leur coordonnées et leur fonction existe depuis plusieurs années, elle a été réalisée par la délégation départementale au droit des femmes et à l'égalité d'Indre et Loire (annexe n° 5).

La question ouverte en fin de questionnaire met en lumière la demande d'information et de formation des médecins généralistes sur les structures existantes. De plus, ils rapportent un manque de lien avec les différents intervenants (juridique, social, administratif, psychologique, économique).

Ce constat a aussi été réalisé sur le plan national et entre dans le cadre du Grenelle 2019<sup>77</sup>. Les violences conjugales étant mal connues, les victimes sont détectées tardivement alors même qu'une prise en charge rapide permettrait de les protéger.

Les associations de victimes sont unanimes : la formation des professionnels doit se poursuivre afin de mieux détecter les violences et permettre l'accueil et la sécurisation des victimes, à court et moyen terme, dans de meilleures conditions<sup>77</sup>.

La demande de formation des praticiens peut être satisfaite par le Diplôme Universitaire qui est proposé par le service de médecine légale de Tours depuis 2018: "Prise en charge des victimes de violences conjugales". Il a pour objectifs de sensibiliser et former les médecins au dépistage, à l'orientation et la prise en charge thérapeutique et multidisciplinaire des victimes de violences conjugales (adultes et enfants victimes).

Les journées de septembre 2020 de la formation médicale continue à la faculté de médecine de Tours ont inclus une intervention sur les violences conjugales.

A Angers il a été mis en place une plaquette à destination des médecins pour les aider à la prise en charge (annexe 11), cette idée pourrait être développée en Indre et Loire.

Il serait également utile au cours de l'internat de médecine générale d'introduire une formation spécifique et de distribuer les supports d'informations existants, car les jeunes médecins sont également confrontés à ces situations.

## V. CONCLUSION

Les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique touchant chaque année 213 000 femmes de 18 à 75 ans<sup>77</sup>, dont 146 décès en 2019. Longtemps considérées comme relevant de la sphère privée, elles sont devenues un sujet d'actualité. La lutte contre les violences conjugales est d'ailleurs devenue une priorité nationale.

Notre étude a permis de dégager des résultats intéressants dans notre échantillon de médecins ayant participé.

Les médecins interrogés sont rarement formés à la problématique des violences conjugales. Ce qui a nécessairement un impact sur le nombre de femmes dépistées et sur la prise en charge qui en découle.

Les structures adaptées sont mal connues par la majorité des médecins interrogés. Ce qui représente également un frein à la bonne orientation des victimes et donc à leur prise en charge.

Par ailleurs les médecins ont rencontré aussi d'autres difficultés comme celles liées au déni et au refus de leur patientes victimes de ces violences.

L'étude montre aussi que les médecins sont eux même en demande d'information et de formation à ce sujet. La diffusion de l'information passant principalement par un confrère ou par "le bouche à oreille".

Les outils souhaités au cabinet médical sont, pour la majorité des médecins, des numéros de téléphone, un site internet dédié aux structures spécialisées ainsi qu'une plaquette informative sur l'ensemble des structures.

Pour répondre à cette demande il serait utile de développer le thème des violences conjugales dans les formations médicales initiale et continue. Une formation au cours de l'internat serait également utile ainsi que la diffusion de supports d'aides à la prise en charge.

Les informations développées par la délégation départementale au droit des femmes et à l'égalité pourraient également être diffusées aux professionnels de santé par l'ARS et/ou l'Ordre des médecins et/ou l'URPS.

Ces questions ont pu être posées de nouveau au Grenelle contre les violences 2019, de nombreuses recommandations ont été émises. Des évolutions sont

prévues notamment dans la formation des professionnels de santé en matière de repérage et de prise en charge des femmes victimes et dans le développement d'un travail en réseau avec les divers intervenants impliqués.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sur les problématiques de dépistage et de prise en charge à distance de tous ces changements prévus afin d'évaluer l'effet sur les pratiques futures et l'aide apportée aux praticiens.

## VII. Bibliographie

1-Prescrire Rédaction. *Violences conjugales, Reconnaître et accompagner les victimes*. Rev Prescrire 2018 ;38(413) :192-200

2-Haute autorité de santé. *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences*. octobre 2011 :1-16

3-Dr Parrenin A. *Que faire face à une femme victime de violence ?* Bulletin du conseil national de l'Ordre des médecins, guide juridique 2017 ;51 :28-29

4-Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. *Violences conjugales : repérer et aider les victimes*. HAL- INSERM 2006 :1-17

5-Canuet H, Belin I, Henry G. *Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude quantitative*. Exercer 2010 ;92 :75-81

6-Questel D. *Certificat médical descriptif d'une victime de violence volontaire*. Campus numérique de médecine d'urgence 2006. [En ligne].  
<http://www.urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d.1124.html> consulté le 23 mars 2018

7-Duvnjak S. *Dépistage et prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste : création d'une maquette d'information*. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille II 2010.

8-Bures J. *Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violence conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute Normandie*. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie. 2016

9-Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

10-Conseil départemental d'Indre et Loire. *Vos contact en Indre et Loire*.  
<https://www.touraine.fr/files/touraine/documents/etre-accompagne/violences-faites-aux-femmes.pdf>

11-Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Violence contre les femmes: la loi vous protège*. (en ligne)  
<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-numeros-d-ecoute-d.html>

12-Huecker MR, Malik A, Smock W. Kentucky Domestic Violence. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 8, 2020.

13-Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician*. 2016;94(8):646-651.

14-Ministère des familles, de l'enfance et du droit des femmes. *5eme plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes*. 2017-2019

15- Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Thèse de médecine. Université de Bordeaux. 2018

16-Préfecture d'Indre et Loire. *Protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*. 2016-2018 ( en ligne)

<http://www.indre-et-loire.gouv.fr/content/download/19736/137720/file/protocole202016-2018>

17-Maiwenn. *Mon roi*. Film Français. 21 octobre 2015

18-Bollain I. *Ne dis rien*. Film Espagnol. 7 juillet 2004

19-Rome C.M. *L'emprise*. Film français. 13 juillet 2015

20-Poyet-poullet A. *Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire*. Thèse de médecine université de Nantes. 2006, 76p

21-Cornilleau A. *Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans*. Thèse de médecine Université Paris 6 Pierre et Marie Curie. 2012 ,145p.

22-Barrossot Debel M. *Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale*. Thèse de médecine Université Paris Diderot, Paris 7. 2013, 126p.

23-D'Hauwe P. *Le médecin généraliste face à la violence conjugale*. *Revue de la médecine générale*. 2006 ;237 :440-447

24-Rivard N. *Femmes décédées de violences conjugales dans le département des Alpes-Maritimes entre 2011 et 2015 : parcours médical, social et judiciaire*. Journées d'études de l'association nationale des sages-femmes territoriales. Juin 2017.

25-Balle A., Garib B. *La prise en charge des victimes de violences conjugales, rapport d'étude qualitative*. BVA groupe société d'étude et de conseil pour le secrétariat d'état à l'aide aux victimes. 2017, 66p

26-Haute Autorité en Santé. *Violences conjugales : Quel rôle pour les professionnels de santé?* Communiqué de presse. Oct 2019. [en ligne]  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante)

- 27-Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. *Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française*. Bull Epidemiol Hebd. 2016 jul;(22-23): 390-8. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016\\_22-23\\_2](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_2)
- 28-Organisation mondiale de la santé. *La violence contre les femmes*. Dossier d'information de l'Unité OMS de la santé de la femme (WHD).Genève 1997, 38p
- 29-Centre Hubertine auclert. *Zoom: que dit la loi face aux cyberviolences conjugales?* [en ligne] <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/fichepratiquejuridiquencyberviolencesconjugales-cha2019.pdf>
- 30-Fédération nationale solidarité femmes (FNSF). *Suis je victime de violences conjugales?* 2017 (en ligne). <http://www.solidaritefemmes.org/suis-je-victime-de-violences-conjugales>
- 31-Ministère de l'intérieur. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple*. 2016
- 32-Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). *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.oct 2017; 106p
- 33-Institut de santé publique Québec. *Trousse média sur la violence conjugale*. Gouvernement du Québec. 2001-2018.
- 34-Les services de l'Etat des Hautes Pyrénées. *Violence conjugale*. Nov 2011, 38p
- 35-Jaspard M. *Les violences contre les femmes, La Découverte*. coll. « Repères ». 2005, 122 p
- 36-Bonnet F. *Violences conjugales, genre et criminalisation : synthèse des débats américains*. Revue française de sociologie 2015/2 (Vol. 56), p. 357-383. [en ligne] <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2015-2-page-357.htm?contenu=article>
- 37-Statistique Canada. *La violence familiale au Canada: un profil statistique*. Le Quotidien. Ottawa, ON: Statistique Canada.2005
- 38-Pelizzari Mélanie et al. *Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France*. Cliniques méditerranéennes, 2013/2 n° 88, p. 69-78
- 39-Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). *Violences faites aux femmes : les principales données*. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. 2015 nov;(8); 20p.
- 40-Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). *Violences au sein du couple et violences*

sexuelles : *impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes*. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes.2015 mai;(6); 8p.

41-Daligan L. *Les violences conjugales*. Que sais je? Nov 2016

42-Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. *Journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes*. Dossier de presse du 20/11/2014 [en ligne]  
[https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/DP\\_violences\\_final.pdf](https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/DP_violences_final.pdf)

43-Henrion R. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé*. Fev 2001; 47p

44-Santé Canada. *La violence familiale et l'abus de substances*. Centre national d'information sur la violence dans la famille.1993; 12p

45-Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, et al. *Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians*. *Br J Gen Pract*. 2012;62(602):e647-e655.

46- Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. *Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers*. *Public Health*. 2001;115(2):89-95. .

47-Zaher E et al. *Effets de la formation sur la violence conjugale. Révision systématique d'études randomisées contrôlées*. Official publication of the College of family physician ok Canada. 2014 Jul; 60(7): e340–e347.

48-Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, New York. 1993.  
<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

49-Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). *Livret d'accompagnement du court-métrage de formation "Anna"*. 2018;36p

50-A. Sourd. *Éléments de mesure des violences au sein du couple*. Note de L'Observatoire National de la Délinquance et Des Réponses Pénales. Rapport annuel. 2017 Nov; (22)4p

51- OMS. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. 2013; 57p

52-M.J Saurel-Cubizolles. *Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000*. Institut national de la santé et de la recherche médicale, U149/IFR 69, Villejuif.BEH n° 9-10/2005;36-37

53-Code pénal. Livre II: Des crimes et délits contre les personnes. Titre II: Des atteintes à la personne humaine. Chapitre II: Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Section 1: Des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne. Paragraphe 2:

Des violences. Articles 222-7 à 222-16.3. [en ligne]

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006181751/2020-09-17/>

54-Salmona M. *Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques*. In Coutanceau R, Smith J (eds.). *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*. Paris : Dunod, 2013,

55-Coutanceau R, Salmona M. *La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique*. Paris, Dunod, 2016: 13p

56-Silverman J. G., Decker M. R., Reed E., Raj A. *Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states : Associations with maternal and neonatal health*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006: n°195, 140-148

57-Joudrier H Etude. *Violences conjugales et grossesse en médecine générale*. Thèse de médecine générale Faculté de médecine Pierre et Marie Curie paris 2012

58-Ordre des médecins. *Que faire face à une femme victime de violence? En pratique*. Éthique et déontologie. Oct 2018

59- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données*. Genève, 2010. [en ligne]

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf)

60-Organisation Mondiale de la santé (OMS). *La violence à l'encontre des femmes*. 29 nov 2017 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

61-Nectoux M, Mugnier C, Baffert S. *Évaluation économique des violences conjugales en France*. Santé Publique 2010/4 (Vol. 22), 124; 405-416

62-Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. *Législation contre les violences faites aux femmes*. [en ligne]

<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/la-legislation>

63-Observatoire régional des violences faites aux femmes. *Cyber-violences conjugales, recherche-action menée auprès de femmes victimes de violences conjugales et des professionnel-le-s les accompagnant*. Rapport 2018; 144p

64-Laxton C. *Virtual world, real fear, Women's Aid report into online abuse, harassment and stalking*. 2013; 24p

65-Boismain A., Gaudin M. *Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère*. Thèse en médecine, Université Joseph Fourier faculté de médecine de Grenoble, 2012;326p

66-Hofner M-C. Mihoubi-Culand S. *Le rôle des professionnel(le)s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale*. Frauenfragen. 2008,90-95.

67-C. Margairaz C. Bach B. *Violences envers les femmes : quelle prise en charge au cabinet médical?* Rev Med Suisse 2003; volume -1. 23357

68-Code pénal. Livre II: Des crimes et délits contre les personnes. Titre II: Des atteintes à la personne humaine. Chapitre II: Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Section 3: Des agressions sexuelles. Articles 222-22 à 222-33-1. [en ligne] [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165281/#LEGISCTA000006165281](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165281/#LEGISCTA000006165281)

69-Code pénal. Livre II: Des crimes et délits contre les personnes. Titre II: Des atteintes à la personne humaine. Chapitre II: Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Section 3 bis: Du harcèlement moral. Articles 222-33-2 à 222-33-2-2. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289682/2018-08-06>

70-Chavez A. *La violence conjugale*. Institut de victimologie. [en ligne] [http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/violences-conjugales\\_27.html](http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/violences-conjugales_27.html)

71-Institut de santé publique Québec. *Contexte de vulnérabilité: personnes LGBT. Trousse média sur la violence conjugale*. Gouvernement du Québec. [en ligne] <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/personnes-lgbt>

72-Heise, L. et Garcia-Moreno, C. (2002). *La violence exercée par des partenaires intimes*. Dans E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. Zwi et R. Lozano-Ascencio (Eds.), *Rapport mondial sur la violence et la santé* (pp. 97-135). Genève: Organisation mondiale de la Santé

73-Salmona M. *Enfants victimes de violences sexuelles. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma*. Colloque sur la maltraitance des mineurs. Cours de Cassation.2016.33p

74-Réseau nationale de Ressource en Science Médico Sociale ( RnRSMS). *Les violences faites aux femmes: un problème de santé publique?* 2010.32p

75-M.-T. Guillam, C. Ségala, E. Cassagne. *Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux.Synthèse bibliographique*. Congrès de l'Associations des épidémiologistes de langue française.2014

76-Chambonnet J.Y., Douillard V., Urion J., et al. *La violence conjugale : prise en charge en médecine générale*. La revue du praticien Médecine Générale. Sept 2000, tome 14, n°107, p. 1481-1485.

77-Rixain M.P. *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'élaboration du Livre Blanc de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les*

*femmes portant sur la lutte contre les violences conjugales*. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 novembre 2019

78-Haute Autorité en Santé. *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Comment repérer - évaluer*. Recommandation de bonne pratique. Juin 2019

79-Haute Autorité en Santé. *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Comment Agir*. Recommandation de bonne pratique. Juin 2019

80-Ministère de l'intérieur, délégation aux victimes. *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2018*. Jul 2019; 30p

81-Arrêtons les violences. *Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes*. [en ligne]  
<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>

82-Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. *Rapport d'enquête cadre de vie et sécurité 2019*. Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. Dec 2019.

83-Epsilon Melia. *Violences conjugales : les personnes âgées sont aussi touchées*. Nov 2019. [en ligne]<https://www.epsilonmelia.com/violences-conjugales-personnes-agees>

84-Observatoire nationale de la délinquance et des réponses pénales, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice. *Victimisation 2016 et perception de la sécurité. Résultats de l'enquête Cadre de vie et sécurité 2017*. 2017; 99p

85-Dautrevaux M. *Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge en soins primaires? Quelles réponses peut on apporter?* Thèse de médecine. Faculté de médecine de Nancy. Université de Lorraine. 2016.

86-Article 51 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

87-Préfecture d'Indre et Loire. *Communes situées en zones de revitalisation rurale (ZRR)*. Arrêté du 16 mars 2017. ( en ligne)  
<http://www.indre-et-loire.gouv.fr/content/download/19540/136708/file/Indre-et-Loire-liste-communes-ZRR-2017.pdf>

88-Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé*. Genève; 2002: 52 pages.

89-Conty E. *Covid-19 : la réponse mitigée de l'exécutif face à la hausse des violences faites aux femmes*. Observatoire de la justice pénale. avril 2020.

90-Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). *Violences au sein du couple et violences sexuelles en France en 2018*. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. 2019 nov;(14); 28p

91-Ministère de l'intérieur. *Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019*. Août 2020:21p

92-Fondation des femmes. *Grenelle des violences conjugales, un an après: un bilan en mi-teinte pour les associations*. Conférence de presse des associations. sept 2020: 17p

## VI. ANNEXES

### Annexe 1: **Escalade de la violence**

Dans la plupart des cas la violence s'installe progressivement dans le couple et s'aggrave avec le temps. Cette escalade peut être rapide ou prendre des mois voire des années.

	homicide
sexuelle	user de la force pour avoir un rapport sexuel humilier l'autre pendant un rapport sexuel
physique	gifler, donner un coup de poing, agresser l'autre
économique	contrôler le budget familial, supprimer l'argent de poche de l'autre
verbale	injurier, insulter, crier sur l'autre
psychologique	humilier, rabaisser, dévaloriser, contrôler, dominer l'autre

Elle apparaît lorsque le moyen de contrôle utilisé par le conjoint ne lui semble plus efficace. Dans la majorité des cas, le comportement du conjoint violent est de plus en plus dangereux allant jusqu'à l'homicide.



**Phase 1: Climat de tension**

Mise en place du système d'emprise. Période pendant laquelle le conjoint violent ressent une tension monter en lui, il présente des accès colériques et/ou fait régner des silences lourds. La victime quant à elle ressent une inquiétude, une appréhension, elle a peur que la situation tourne mal et tente de faire baisser la tension.

**Phase 2: Explosion de la violence**

L'auteur perd le contrôle de lui-même et agresse son partenaire. La victime est en détresse, elle ressent de l'humiliation avec un sentiment d'injustice et de la colère.

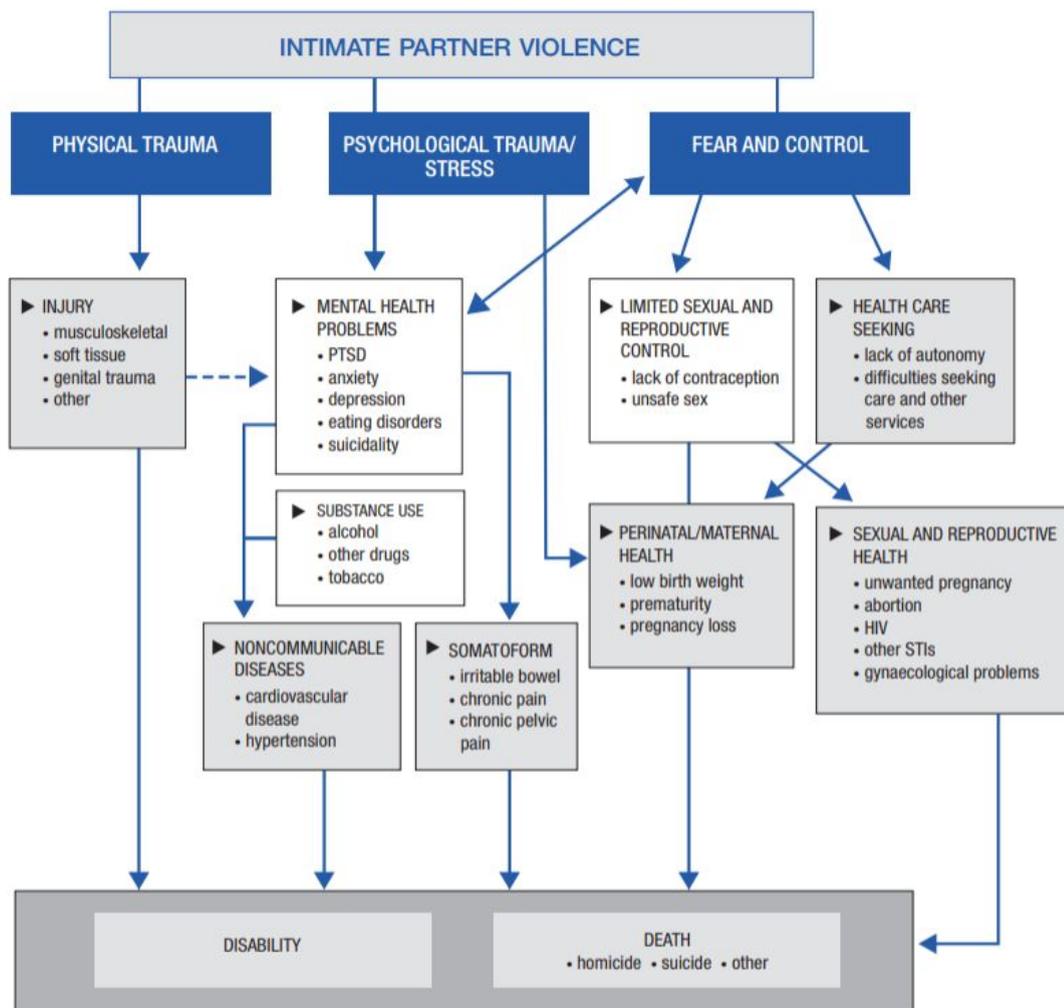
**Phase 3: Justifications**

L'auteur trouve des excuses pour justifier son comportement, il nie sa responsabilité et attribue à des éléments extérieurs l'épisode de violence. La victime accepte les justifications, elle doute de ses propres représentations et se sent responsable de la situation, sa colère s'estompe.

**Phase 4: Lune de miel**

L'auteur demande pardon, redouble de preuves d'amour, envisage de se soigner. De son côté la victime accepte de lui donner une nouvelle chance, elle retrouve la personne qu'elle a aimée et apprécie ses efforts.

### Annexe 3: Retentissement sur la santé des femmes



World Health Organization, 2013

La violence engendre des conséquences lourdes sur la santé des femmes en terme de morbidité. Elle a des conséquences sur la santé physique, sexuelle et mentale pouvant aller jusqu'au décès de la victime par suicide ou homicide.

Annexe 4:

**Grille d'évaluation du danger**

<b>Identité</b>	<u>Nom :</u> _____ <u>Prénom :</u> _____ <u>Date et lieu de naissance :</u> _____ <u>Adresse :</u> _____ <u>Coordonnées téléphoniques où elle peut être contactée en sécurité (préciser les horaires et jours si besoin) :</u> _____ <u>Mail où elle peut être contactée en sécurité :</u> _____		
	<b>QUESTIONS</b>		<b>OUI</b>
<b>Informations sur la victime</b>	Êtes-vous blessé ?		
	Craignez-vous de nouvelles violences (envers vous, vos enfants, proches, etc.) ?		
	Selon vous, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Ou êtes-vous séparés ? (cherche-t-il à connaître votre lieu de résidence ?)		
	Vous sentez-vous isolé de votre famille et/ou de vos amis ?		
	Avez-vous peur pour vous et/ou pour vos enfants ?		
	Êtes-vous déprimé ou vous sentez-vous « à bout », sans solution ?		

<b>Informations sur l'auteur</b>	Votre partenaire ou ancien partenaire possède-t-il des armes à feu (déclarées ou non) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire consomme-t-il de l'alcool, des drogues et/ou médicaments ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il des antécédents psychiatriques ?		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà blessé quelqu'un d'autre ? (notamment ancienne partenaire)		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà eu des problèmes avec la justice ou la police ?		
	La police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue à votre domicile ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà tenté ou menacé de se suicider ?		

<b>Contexte des violences</b>	Votre partenaire ou ancien partenaire s'est-il déjà montré violent envers vous ?		
	La fréquence des violences a-t-elle augmenté récemment ? (violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)		
	Êtes-vous enceinte ou avez-vous un enfant de moins de deux ans ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire essaie-t-il de contrôler ce que vous faites (vêtements, maquillage, sortie, travail...) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire exerce-t-il sur vous une surveillance quotidienne, du harcèlement moral et/ou sexuel au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres ?		
	Disposez-vous librement de votre argent, de vos documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale...) ?		
	Êtes-vous en difficultés financières ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà menacé de vous tuer ou de tuer quelqu'un d'autre ? (enfant)		
	A-t-il précisé de quelle manière il projetait de le faire ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà évoqué ou commis des actes à caractère sexuel qui vous ont mis mal à l'aise, ont heurté votre sensibilité ou vous ont blessé ?		

Annexe 5 :

Liste des contacts en Indre et Loire



**RÉSEAU DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES INDRÉ-ET-LOIRE**

Un processus d'accompagnement global des femmes victimes de violences conjugales, de la prise de conscience de leur situation à l'engagement et l'accès aux services sociaux, juridiques, médicaux et psychologiques. Pour les contacter : [reseau@indre-et-loire.fr](mailto:reseau@indre-et-loire.fr) ou 02 47 23 12 80 - 02 47 23 12 81 - Adresse : 1 rue de la République, 37000 Tours

**POUR UNE PROCEDURE JUDICIAIRE**

**POLICE 17 GENDARMERIE**

Appeler le 17 ou le 104 pour signaler un crime ou un délit. Pour un conseil de stabilité, pour obtenir l'ordonnance de protection ou pour demander un permis de sursis de jugement, appelez le 104. Pour un conseil de stabilité, pour obtenir l'ordonnance de protection ou pour demander un permis de sursis de jugement, appelez le 104.

**PREMIER CHIFFRE D'URGENCE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES**

02 47 27 28 01

**ATRIUMA Enquêtes et Solutions**

Cherchez les personnes disparues, retrouvez les personnes disparues, retrouvez les personnes disparues, retrouvez les personnes disparues. 02 47 27 28 01

**POUR L'HÉBERGEMENT ET LE LOGEMENT**

**POUR UN HÉBERGEMENT D'URGENCE**

Enquêtes et Solutions

Cherchez les personnes disparues, retrouvez les personnes disparues, retrouvez les personnes disparues, retrouvez les personnes disparues. 02 47 27 28 01

**VOS CONTACTS EN INDRÉ-ET-LOIRE**

**APPELEZ LE 3919**

Le 3919 est un service gratuit de renseignements et de conseils. Appelez le 3919 pour obtenir des conseils et des renseignements. 3919

**UN RÉSEAU À VOTRE ÉCOUTE**

**ACCUEIL DE JOUR -INTERWADE- SECOURS CATHOLIQUE**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 49 27 24

**GROUPE DE PAROLE PLANNING FAMILIAL**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 20 87 43

**INFORMATION JURIDIQUE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 27 54 00

**LES MAISONS DE LA SOLIDARITÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL À VOTRE ÉCOUTE**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 27 54 00

**LES MAISONS DE LA SOLIDARITÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL À VOTRE ÉCOUTE**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 27 54 00

**LES MAISONS DE LA SOLIDARITÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL À VOTRE ÉCOUTE**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 27 54 00

**VOUS AVEZ BESOIN DE SOINS**

**SAMU 15 POMPIERS 18 URGENCES 112**

1 rue de la République, 37000 Tours. 02 47 27 54 00

# Dépliant d'information: violences conjugales la loi avance



**VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE LA LOI AVANCE**

**VIOLENCES CONTRE LES FEMMES LA LOI VOUS PROTÈGE**

**APPELEZ LE 3919**

stop-violences-femmes.gouv.fr

Logo of the French Republic and the European Union.

**Les violences au sein du couple** diffèrent des disputes ou conflits conjugaux où deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité.

- Dans les violences s'exprime un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime. Par ses propos et comportements, l'auteur veut contrôler et dominer, sinon détruire son/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.
- Les formes des violences sont multiples (verbales, physiques, psychologiques, économiques, sexuelles) et peuvent se cumuler. L'absence de blessure physique ne signifie pas l'absence de violence. Les violences psychologiques sont reconnues comme des violences par la loi. Aucune violence n'est justifiable.
- La loi protège les victimes et organise pour elles une écoute, une orientation et un accompagnement. Elle prévoit des sanctions, un suivi et/ou une prise en charge pour les auteurs de violences.

**Brisez le silence: les professionnel-le-s et les associations spécialisées sont là pour vous aider.**

## SIGNALER LES FAITS À LA POLICE OU À LA GENDARMERIE: VOS DROITS

Que les faits soient anciens ou récents, les policiers et gendarmes ont l'obligation d'enregistrer votre plainte, même si vous ne disposez pas d'un certificat médical. Si vous ne voulez pas déposer plainte, vous pouvez signaler les violences en faisant une déclaration sur main courante (police) ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie). Il s'agit d'un élément de preuve dans le cadre de poursuites ultérieures. À votre demande, un récépissé de votre déclaration vous sera remis ainsi qu'une copie intégrale de votre déclaration.

### AU MOMENT DES VIOLENCES

Appelez  
- le 17 (police secours) ou le 112 depuis un portable  
- le 18 (pompiers)  
- le 15 (urgences médicales) ou utilisez le 114 pour les personnes malentendantes.  
Pour vous mettre à l'abri, vous avez le droit de quitter le domicile.  
Dès que possible, allez à la police ou à la gendarmerie pour le signaler.  
Pensez également à consulter un médecin pour faire rédiger un certificat médical.



## LES MESURES DE MISE EN SÉCURITÉ POUR VOUS PROTÉGER, LORSQUE VOUS DÉPOSEZ PLAINTÉ

En cas de dépôt de plainte, des mesures de protection immédiates peuvent être prises par le juge pénal:

- l'interdiction pour l'auteur de vous rencontrer ou de vous approcher;
- l'interdiction pour l'auteur de fréquenter certains lieux;
- la dissimulation de votre adresse et votre domiciliation à la police ou à la gendarmerie;
- l'obligation d'un suivi pour l'auteur;
- le placement en détention provisoire;
- l'octroi d'un téléphone de protection pour alerter les forces de sécurité en cas de danger grave.

### VOTRE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

À votre demande, et en cas de risque de nouvelles violences, l'éviction de l'auteur des violences peut être prononcée pour vous permettre de rester dans le domicile conjugal.

**IL NE VOUS SERA PAS PROPOSÉ DE MÉDIATION PÉNALE SI VOUS NE L'AVEZ PAS EXPRESSÉMENT DEMANDÉE.**

## QUELQUES CONSEILS POUR ASSURER VOTRE SÉCURITÉ

DES GESTES PEUVENT VOUS AIDER À PRÉPARER VOTRE SÉPARATION ET À FAIRE FACE À UNE ÉVENTUELLE SITUATION DE CRISE

17

- Identifier des personnes pouvant vous venir en aide en cas d'urgence.
- Contacter une association locale pour les femmes victimes de violences au sein du couple, accueil inconditionnel, gratuit, confidentiel (cf. site [stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr)).
- Enregistrer dans votre portable et apprendre par cœur les numéros de téléphone importants (police/gendarmerie, SAMU, 3919).
- Informer les enfants sur la conduite à tenir (aller chez les voisins, téléphoner au 17, etc.).
- Mettre à l'abri vos documents importants (papier d'identité, titres de séjour, carte de sécurité sociale, bulletins de salaires, documents bancaires, etc.) et les éléments de preuve des violences (certificats médicaux, récépissé de dépôt de plainte, main courante, lettre de témoignages): les scanner et les enregistrer dans une boîte e-mail connue uniquement de vous, ou les déposer en lieu sûr (chez votre avocat, des proches ou des associations).
- Ouvrir un compte bancaire personnel à votre nom de naissance avec une adresse différente de celle du domicile conjugal.

## LES MESURES DE PROTECTION POSSIBLES DANS LE CADRE DE L'ORDONNANCE DE PROTECTION

Vous êtes **en danger** en raison de violences exercées par votre partenaire ou ex-partenaire, vous pouvez obtenir rapidement du juge aux affaires familiales une ordonnance de protection.

Elle peut être prise **avant** ou **après un dépôt** de plainte.

La durée des mesures de protection est de 6 mois.

Vous pouvez demander à bénéficier provisoirement de l'aide juridictionnelle pour couvrir les frais d'avocats et les éventuels frais d'huissier et d'interprète.

Si l'auteur des violences ne respecte pas ces mesures, vous pouvez déposer plainte, car il s'agit d'un délit puni de 2 ans d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.  
Pour votre sécurité, si vous êtes en situation de grave danger, un téléphone de protection peut vous être remis pour vous permettre d'alerter immédiatement les forces de sécurité.

*Le juge peut vous autoriser à dissimuler votre adresse et à être domicilié chez un avocat, auprès du procureur de la République ou d'une personne morale qualifiée (associations).*

## POUR VOTRE PROTECTION ET CELLE DE VOS ENFANTS

**En urgence, les mesures de protection pouvant être ordonnées par le juge:**

- l'attribution du logement à la victime, sauf circonstances particulières;
- l'expulsion de l'auteur des violences du domicile du couple;
- l'interdiction à l'auteur d'entrer en contact avec vous;
- l'interdiction de détenir ou de posséder une arme.

**Pour vos enfants,** le juge fixera les modalités d'exercice de l'autorité parentale et éventuellement la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants.  
Vous pouvez obtenir **l'interdiction de sortie du territoire pour les enfants.**

## LA LOI FRANÇAISE PROTÈGE TOUTES LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES VIVANT EN FRANCE. QUELLES QUE SOIENT LEUR NATIONALITÉ ET LEUR SITUATION JURIDIQUE DE SÉJOUR

### SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE ORDONNANCE DE PROTECTION :

la **délivrance ou le renouvellement** de votre carte de séjour, que vous soyez en situation régulière ou irrégulière, est **automatique**. Vous serez dispensée de payer les taxes et frais lors de la délivrance ou le renouvellement de votre titre de séjour.

## DES PROFESSIONNEL-LE-S POUR VOUS ÉCOUTER ET VOUS AIDER

Que les violences soient anciennes ou récentes, il faut en parler pour en sortir.

UN NUMÉRO NATIONAL UNIQUE D'ÉCOUTE :  
**3919**  
(VIOLENCES FEMMES INFO)

Victimes, proches, professionnel-le-s, contactez sans hésitation le 3919, le numéro d'écoute gratuit et anonyme, depuis un poste fixe ou un mobile, partout en France. Si vous appelez depuis la France, l'appel n'apparaîtra pas sur votre facture téléphonique. Il est ouvert 7j/7 du lundi au vendredi de 9 h à 22 h et les samedis, dimanches et jours fériés de 9 h à 18 h.

Des professionnel-le-s sont là, bienveillant-e-s et formé-e-s, pour vous écouter, sans jugement.

Une orientation vers les dispositifs locaux vous sera proposée.

Le 3919 n'est pas un numéro d'appel d'urgence.

### DES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

- Fédération nationale solidarité femmes [www.solidaritefemmes.org](http://www.solidaritefemmes.org)
- Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles [www.infefemmes.com](http://www.infefemmes.com)
- Mouvement français pour le planning familial [www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org)
- Collectif féministe contre le viol [www.cfcvasso.fr](http://www.cfcvasso.fr)
- Femmes solidaires <http://www.femmes-solidaires.org>

Retrouvez toutes les informations utiles sur <http://stop-violences-femmes.gov.fr>



## LA LOI DU 4 AOÛT 2014 POUR L'ÉGALITÉ RÉELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES : DES AVANCÉES CONCRÈTES POUR LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

**L'ORDONNANCE DE PROTECTION RENFORCÉE** : UNE PROTECTION DES VICTIMES, MÊME SANS DÉPÔT DE PLAINTE, INTERVENANT PLUS VITE, DURANT PLUS LONGTEMPS ET COUVRANT MIEUX LEURS ENFANTS



**LE TÉLÉPHONE PORTABLE GRAVE DANGER GÉNÉRALISÉ** POUR PROTÉGER LES FEMMES EN GRAVE DANGER VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES OU DE VIOLS



**L'AUTORITÉ PARENTALE DE L'AUTEUR D'UN CRIME OU DÉLIT SUR L'AUTRE PARENT OU SON ENFANT** EST SYSTÉMATIQUEMENT MISE EN QUESTION PAR LA JUSTICE



**LA MÉDIATION PÉNALE STRICTEMENT LIMITÉE POUR LES VIOLENCES CONJUGALES** : ELLE N'EST DÉSORMAIS POSSIBLE QU'À LA DEMANDE EXPRESSE DE LA VICTIME



**L'ÉVICTION DU CONJOINT VIOLENT** DU DOMICILE DEVIENT LA RÈGLE



**LA CRÉATION D'UN STAGE DE RESPONSABILISATION DESTINÉ AUX AUTEURS DE VIOLENCES CONJUGALES POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE**



**LES CENTRES D'HÉBERGEMENT** DÉSORMAIS EN MESURE DE GARANTIR LA CONFIDENTIALITÉ



**LA GRATUITÉ DE LA DÉLIVRANCE ET DU RENOUELEMENT DE TITRES DE SÉJOUR POUR LES FEMMES ÉTRANGÈRES VICTIMES DE VIOLENCES**



**UNE OBLIGATION DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE** DE TOUTS LES PROFESSIONNEL-LE-S EN CONTACT AVEC LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

**UN RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE TOUTES LES FORMES DE HARCÈLEMENT ET DES PROTECTIONS NOUVELLES POUR LES VICTIMES**

**LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES MARIAGES FORCÉS** : LE CONSENTEMENT AU MARIAGE VÉRIFIÉ, QUELLE QUE SOIT LA LOI PERSONNELLE DES ÉPOUX

## Comment ça se passe dans votre couple ?

### Il me dit

- « Tu n'es même pas capable de faire cuire un steak, tu n'es bonne à rien ».
- « T'es nulle, tu ne ressembles à rien ».
- « Je vais te tuer ».

### Il me fait subir

- Il veut toujours savoir où et avec qui je suis.
- Il ne supporte pas que je voie mes ami-e-s, ma famille.
- Il garde mes papiers, m'a retiré ma carte de séjour.
- Je travaille, mais c'est lui qui détient mon carnet de chèques et ma carte bancaire.
- Quand j'entends la porte de la maison s'ouvrir, je me demande ce qui va se passer ce soir, j'ai peur.
- Il vous agresse, puis vous promet de ne plus recommencer et de changer.
- Il vous force à avoir des relations sexuelles alors que vous ne le voulez pas.

**Si vous vous reconnaissez dans certaines de ces situations, vous êtes victime de violences. Vous n'en êtes pas responsable. La loi vous protège.**

**Il faut chercher de l'aide pour sortir de l'isolement et vous protéger, vous et, le cas échéant vos enfants.**

**Vous n'êtes pas seule, des professionnel-le-s sont là, formé-e-s pour vous écouter sans jugement et vous aider à reprendre votre vie en main.**

## FACE AUX VIOLENCES, LIBÉRONS LA PAROLE

« Aux femmes victimes de violences, je veux dire qu'elles ne sont pas seules et qu'elles peuvent être accompagnées et protégées. »

Pascale BOISTARD  
Secrétaire d'État  
chargée des Droits des femmes

*Boistard*

« Les violences conjugales sont l'affaire de toutes et tous. Pour prévenir les violences, accueillir, conseiller et protéger les victimes, la loi avance. Ensemble, avec les professionnels et les associations, refusons le silence ! »

Marisol Touraine  
Ministre des Affaires sociales,  
de la Santé et des Droits des femmes

*Touraine*

VIOLENCES FEMMES INFO  
**APPELEZ LE 3919**  
\*Appel anonyme et gratuit.

Renseignez-vous sur [stop-violences-femmes.gov.fr](http://stop-violences-femmes.gov.fr)

EFFACER LES TRACES DE VOTRE PASSAGE  
QUITTER RAPIDEMENT CE SITE

The screenshot shows the website interface with a video player titled 'Face aux violences, libérons la parole'. The video content includes text about the Ministry of Social Affairs, Health and Women's Rights launching a campaign to support victims and professionals. Navigation buttons for 'Je m'abonne', 'Je m'inscris', and 'Je m'informe' are visible at the top.

## Annexe 6:

### Liste des structures du département d'Indre et Loire

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE ANNE DE BEAUJEU	
Nom de votre structure ou organisme	CHRS Anne de Beaujeu
Adresse	7 rue de la Tour 37 400 Amboise
Téléphone fixe	02 47 23 49 00
Fax	02 47 23 49 08
Responsable de la structure	Véronique FOLCH Directrice
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Véronique GUERDIN responsable équipe socioéducative
Heures d'ouverture	24h/24h Admission uniquement sur orientation SIAO / CUO

ASSOCIATION DE CONTRÔLE JUDICIAIRE ET D'ENQUÊTE DE TOURS	
Nom de votre structure ou organisme	ACJET
Adresse	76, 78 rue Nationale 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 31 94 98
Fax	02 47 66 15 22
Mail	<a href="mailto:direction@acjet37.fr">direction@acjet37.fr</a>
Responsable de la structure	Cécile BARDET, Directrice
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Cécile BARDET, Directrice
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h à 12h15 et de 13h45 à 17h

ASSOCIATION DE RECHERCHE EN CRIMINOLOGIE APPLIQUÉE	
Nom de votre structure ou organisme	ARCA
Adresse	53 Boulevard Jean Royer – 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 34 53 27 94
Mail	<a href="mailto:arca.asso37@gmail.com">arca.asso37@gmail.com</a>
Responsable de la structure	Xavier TEIXEIRA, Président
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Olivier SOREL, Directeur clinique Wendy THUILLIER
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi 9h30-12h30/ 14h30-17h30

ASSOCIATION POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPÉS	
Nom de votre structure ou organisme	APAJH d'Indre et Loire
Adresse	5 rue de Hollande 37100 TOURS
Téléphone fixe	02 47 54 18 42
Mail	<a href="mailto:association@apajh37.org">association@apajh37.org</a>
Responsable de la structure	Guillaume MASSET, Directeur Général
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Christophe ROULEAUD, Directeur pôle ambulatoire
Heures d'ouverture	8h30 / 18h30 (selon les services)

DIRE ET GUÉRIR	
Nom de votre structure ou organisme	Dire et guérir des agressions sexuelles
Adresse	Centre de périnatalité Hôpital Paul Martinais 37600 LOCHES
Téléphone fixe	07.77.06.94.48
Responsable de la structure	Mr Christophe RENAY, Président
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Dr Nathalie JAN, médecin généraliste et vice-présidente de l'association
Mail du référent	<a href="mailto:jan.nathalie@wanadoo.fr">jan.nathalie@wanadoo.fr</a>
Heures d'ouverture	Sur RDV le lundi 17h-19h et le mercredi 17h-18h au centre de périnatalité Hôpital Paul Martinais à Loches. - Permanence téléphonique du lundi au vendredi 10h-12h et 14h-17h (possibilité de laisser un message sur le répondeur de l'association).

COALLIA	
Nom de votre structure ou organisme	COALLIA
Adresse	35 rue de la Bergeonnerie 37204 TOURS Cedex 3
Téléphone fixe	02 47 05 36 25
Fax	02 47 61 02 31
Responsable de la structure	Aline BRECHELIERE MOREL, Directrice d'unité territoriale
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Véronique PRE, responsable hébergement
Heures d'ouverture	8h30 / 12h30 et 13h30 / 17h30

CENTRE D'INFORMATION SUR LES DROITS DES FEMMES ET DES FAMILLES	
Nom de votre structure ou organisme	CIDFF37
Adresse	8, place Johann Strauss, 37 200 Tours
Téléphone fixe	02 47 27 54 00
Mail	<a href="mailto:cidf37@wanadoo.fr">cidf37@wanadoo.fr</a>
Responsable de la structure	Joëlle JEDRIKA, Présidente Karima BELLAMINE, directrice
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Karima BELLAMINE, directrice
Heures d'ouverture	Lundi, mardi, mercredi, jeudi : 9h00-13h00 / 14h-17h00 Vendredi : 9h00-13h00 / 14h-15h30

ENTRAÏDE ET SOLIDARITÉS – RÉSIDENCE ALBERT CAMUS	
Nom de votre structure ou organisme	Résidence Albert Camus
Adresse	26 rue Albert Camus 37100 TOURS
Téléphone fixe	02 47 88 04 98
Fax	02 47 54 86 94
Mail	<a href="mailto:camus@entraide-et-solidarites.fr">camus@entraide-et-solidarites.fr</a>
Responsable de la structure	Marie-Paule LEGRAS-FROMENT, Présidente David GIRARD, Directeur, responsable du site
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	David GIRARD Thomas MARIAN
Heures d'ouverture	9h-21h pour joindre un référent

ENTRAÏDE ET SOLIDARITÉS – PÔLE SOCIAL ET MÉDICAL	
Nom de votre structure ou organisme	PSM
Adresse	55 rue Marcel Tribut 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 05 48 48
Mail	<a href="mailto:infos@entraide-et-solidarites.fr">infos@entraide-et-solidarites.fr</a>
Responsable de la structure	Marie-Paule LEGRAS-FROMENT, Présidente Sabine REBEIX, Directrice Pôle social et médical
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Floriane SARRADE-LOUCHEUR, Responsable du PSM
Heures d'ouverture	Accueil PSM : 9h/12H tous les jours) et 13h/17h les lundi, mercredi jeudi et vendredi

MÉDIATIONS ET PARENTALITÉ 37	
Nom de votre structure ou organisme	M & P 37
Adresse	28 Avenue du Général de Gaulle 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 61 24 40
Mail	<a href="mailto:contact@mep37.fr">contact@mep37.fr</a>
Responsable de la structure (Prénom, Nom et fonction)	Guy NEVEU, Président
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Hélène GONDOLO, directrice
Heures d'ouverture	9h – 17h

MAISON DES DROITS DE L'ENFANT DE TOURAINE	
Nom de votre structure ou organisme	MDET
Adresse	75 rue du Colombier 37100 TOURS
Téléphone fixe	02 47 05 09 00
Responsable de la structure	Ligaya MORLAND, Secrétaire générale
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Françoise LEHAIN, bénévole
Heures d'ouverture	9h – 17h

FRANCE VICTIMES 37	
Nom de votre structure ou organisme	France victimes 37 ( ex ADAVIP)
Adresse	Centre de vie du sanitas, 10 place neuve, 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 66 87 33
Fax	09 70 32 45 89
Mail	<a href="mailto:francevictimes37@gmail.com">francevictimes37@gmail.com</a>
Responsable de la structure	LESTOQUOY Pierre : Président CARREY Marie-Paule : chef de service
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	CARREY Marie-Paule : chef de service HESNAUX Séverine : juriste
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h à 12h et 14h à 18

ESPACE SANTE JEUNES	
Nom de votre structure ou organisme	Espace Santé Jeunes – Ass Pro Santé
Adresse	95 rue Michelet 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 05 07 09
Fax	02 47 05 07 09
Mail	<a href="mailto:espacesante.jeunes37@wanadoo.fr">espacesante.jeunes37@wanadoo.fr</a>
Responsable de la structure	Geneviève DE FONTAUBERT, Présidente
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Valérie VERDIER, Coordinatrice-Psychologue
Heures d'ouverture	9h30-12h et 14h-18h30

PLANNING FAMILIAL 37	
Nom de votre structure ou organisme	PF 37
Adresse	10 place Neuve 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 20 97 43
Mail	<a href="mailto:contact@leplanningfamilial37.fr">contact@leplanningfamilial37.fr</a>
Responsable de la structure	Christiane LAURICHESSE, présidente Mehrzad ROUHANI, directeur
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Marielle THOMINE
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h à 18h

MOUVEMENT DU NID	
Nom de votre structure ou organisme	Mouvement du Nid – Délégation d'Indre et Loire
Adresse	11 rue des Ursulines – 37 000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 05 63 88
Mail	<a href="mailto:regioncentre-37@mouvementdunid.org">regioncentre-37@mouvementdunid.org</a>
Responsable de la structure	Danièle LIGNELET, secrétaire départementale
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Magali BESNARD, agent de développement
Heures d'ouverture	Permanence sans RDV les mercredis de 14h00 à 17h00 Accueil sur RDV lundi, mardi, jeudi et vendredi

MISSION LOCALE DE TOURAINE	
Nom de votre structure ou organisme	ML Touraine
Adresse	10 Place Neuve 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 31 39 15
Fax	02 47 31 39 29
Mail	<a href="mailto:mission.locale@mltouraine.com">mission.locale@mltouraine.com</a>
Responsable de la structure	Thibault COULON, Président Géraldine GODOT, Directrice
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Denis MAHEO, conseiller
Heures d'ouverture	9 H – 17 H

SECOURS CATHOLIQUE	
Nom de votre structure ou organisme	Secours Catholique – Délégation d'Indre et Loire
Adresse	35 rue de la Fuye - BP 2515 37025 TOURS CEDEX 1
Téléphone fixe	02 47 46 22 34
Fax	02 47 46 45 70
Mail	<a href="mailto:indreetloire@secours-catholique.org">indreetloire@secours-catholique.org</a>
Responsable de la structure	Michel BONNET, Président départemental
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Bénédicte DELAVAUULT, Animatrice
Heures d'ouverture	Interm'Aide, accueil de jour pour femmes du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30 samedis et dimanches de 13h30 à 17h30

STOP AUX VIOLENCES SEXUELLES	
Nom de votre structure ou organisme	SVS-37
Adresse	25 rue nationale 37000 Tours
Responsable de la structure	Catherine Raynaud, Présidente
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Catherine Raynaud
Mail du référent	<a href="mailto:svs.pf.37@gmail.com">svs.pf.37@gmail.com</a>

ENTR'AIDE ET SOLIDARITÉS – ACCUEIL THERAPEUTIQUE POUR AUTEURS DE VIOLENCES CONJUGALES	
Nom de votre structure ou organisme	ATHOBA
Adresse	53 rue Marcel Tribut 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 27 28 01
Mail	<a href="mailto:athoba@entraide-et-solidarites.fr">athoba@entraide-et-solidarites.fr</a>
Responsable de la structure	Marie-Paule LEGRAS-FROMENT, Présidente E et S
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Véronique LIVERA Emmanuelle DOINEAU, Psychologue
Heures d'ouverture	Secrétariat les lundi , mardi et mercredi

CD 37 – TERRITOIRE SUD-EST	
Nom de votre structure ou organisme	Maison départementale de la solidarité de Loches
Adresse	9 rue du Docteur Martinais - 37600 LOCHES
Téléphone fixe	02 47 59 07 03
Mail	<a href="mailto:ndenorme@departement-touraine.fr">ndenorme@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Nathalie DENORME, Directrice de Territoire
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Nathalie DENORME Isabelle VAILLANT, responsable du Pôle Action Sociale de Loches
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

CD 37 – TERRITOIRE TOURS-SUD LOIRE	
Nom de votre structure ou organisme	Maison départementale de la solidarité de Tours Mame
Adresse	47 bis Boulevard Preuilly 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 37 74 24
Fax	02 47 39 97 36
Mail	<a href="mailto:druizlopez@departement-touraine.fr">druizlopez@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Daniel RUIZ-LOPEZ, Directeur de Territoire
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Martine KATCHADOURIAN, Responsable du Pôle Action Sociale, MDS MAME Aurélien TULASNE, MDS Dublineau
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

CD 37 – TERRITOIRE GRAND-OUEST	
Nom de votre structure ou organisme	Maison départementale de la solidarité de Chinon
Adresse	6 rue des Courances - 37500 CHINON
Téléphone fixe	02 47 93 14 35
Mail	<a href="mailto:bkalis@departement-touraine.fr">bkalis@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Bruno KALIS, Directeur de territoire
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Julie PIERRARD, MDS Chinon, responsable du Pôle Action Sociale Véronique DE QUIEROS, responsable du Pôle Action Sociale Neullé Pont Pierre Florence DARNAULT-GILBERT, MDS Langeais, puéricultrice
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

CD 37 – TERRITOIRE NORD-EST	
Nom de votre structure ou organisme	Maison départementale de la solidarité d'Amboise
Adresse	9 rue Grégoire de Tours - 37400 AMBOISE
Téléphone fixe	02 47 30 64 03
Mail	<a href="mailto:athevenetbrechot@departement-touraine.fr">athevenetbrechot@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Aude THEVENET-BRECHOT, Directrice de Territoire
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Noëlle CHATEIGNER, Conseillère conjugale Juline TAILLARD
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

CD 37 – TERRITOIRE JOUÉ-SAINT-PIERRE	
Nom de votre structure ou organisme	Maison départementale de la solidarité de Joué Les Tours
Adresse	18 rue de la Rotière - 37300 JOUÉ LES TOURS
Téléphone fixe	02 47 73 37 37
Mail	<a href="mailto:xpiques@departement-touraine.fr">xpiques@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Xavier PIQUES, Directeur de territoire
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Jacqueline DALENÇON, Assistante sociale Pôle Action Sociale MDS St Avertin Suppléante : Florence VALLOIS, MDS Joué Les Tours
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi 9h/2h30 et 13h30/17h

CONSEIL DÉPARTEMENTAL D'INDRE-ET-LOIRE	
Nom de votre structure ou organisme	Conseil départemental d'Indre-et-Loire Direction Générale Adjointe Solidarités
Adresse	Centre Administratif du Champ Girault 38, rue Edouard Vaillant 37047 TOURS CEDEX
Téléphone fixe	02 47 31 45 82
Mail	<a href="mailto:fperrin@departement-touraine.fr">fperrin@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Fabrice PERRIN, Directeur général adjoint
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Martine MARZLOFF, Directrice de projets
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h00

CD 37 – TERRITOIRE TOURS-NORD LOIRE	
Nom de votre structure ou organisme	Maison départementale de la solidarité Monconseil
Adresse	179 rue du Pas Notre Dame 37100 TOURS
Téléphone fixe	02 47 42 67 68
Mail	<a href="mailto:dstefaninipeigne@departement-touraine.fr">dstefaninipeigne@departement-touraine.fr</a>
Responsable de la structure	Dominique STEFANINI-PEIGNÉ, Directrice de Territoire
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Véronique NOEL, Assistante sociale
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	
Nom de votre structure ou organisme	Conseil de l'Ordre des médecins
Adresse	11 Rue de Constantine 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 61 25 12
Fax	02 47 61 87 24
Mail	<a href="mailto:indre-et-loire@37.medecin.fr">indre-et-loire@37.medecin.fr</a>
Responsable de la structure (	Docteur Philippe PAGANELLI
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Docteur Michèle HUBICHE
Téléphone fixe du référent	02 47 49 07 67 (cabinet médical)

CONSEIL DE L'ORDRE DES AVOCATS	
Nom de votre structure ou organisme	Conseil de l'Ordre des avocats
Adresse	Palais de Justice Place Jean Jaurès 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 05 61 64
Fax	02 47 05 21 74
Mail	<a href="mailto:ordre@barreaudetours.fr">ordre@barreaudetours.fr</a>
Responsable de la structure	Vincent BRAULT-JAMIN, Bâtonnier
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	François-Antoine CROS, vice-bâtonnier

CHRU - INSTITUT MÉDICO-LÉGAL	
Nom de votre structure ou organisme	Institut médico-légal
Adresse	Hôpital Trousseau, CHU Tours 37044 TOURS cedex 9
Téléphone fixe	02 47 47 75 55
Fax	02 47 47 75 77
Responsable de la structure	Professeure Pauline SAINT-MARTIN
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Professeure Pauline SAINT-MARTIN
Heures d'ouverture	8h30 – 18h30 astreinte médico-légale : contact par les services d'enquête

CHRU - CENTRE RESSOURCES POUR LES INTERVENANTS AUPRÈS DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES DU CENTRE VAL DE LOIRE	
Nom de votre structure ou organisme	CRIAVS Centre VDL
Adresse	CHRU de Tours 37044 TOURS CEDEX 9 Hôpital Trousseau avenue de la République
Téléphone fixe	02 18 37 05 98
Fax	02 18 37 05 90
Mail	<a href="mailto:criavs.centre@chu-tours.fr">criavs.centre@chu-tours.fr</a>
Responsable de la structure	Docteur Robert COURTOIS, Psychiatre
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Docteur Robert COURTOIS, Psychiatre Ingrid BERTSCH, Psychologue
Heures d'ouverture	9h – 17h30 du lundi au vendredi

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE	
Nom de votre structure ou organisme	DDSP 37
Adresse	70-72 rue Marceau, 37000 TOURS
Téléphone fixe	02 47 33 80 69
Fax	02 47 33 81 09
Mail	<a href="mailto:victime-tours@interieur.gouv.fr">victime-tours@interieur.gouv.fr</a>
Responsable de la structure	Stéphane D'HAYER, Commissaire Divisionnaire, Directeur départemental de la sécurité publique d'Indre et Loire
Personne à contacter - référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Jean-François GRUSELLE, Commissaire, chef de la sûreté départementale
Heures d'ouverture	Accueil des victimes au commissariat central : 24h/24h. Bureau d'aide aux victimes : du lundi au mercredi de 8h à 12h et de 14h à 17h

PROCURÉUR DE LA RÉPUBLIQUE PRÈS LE TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE TOURS	
Nom de votre structure ou organisme	TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE PARQUET
Adresse	Place Jean-Jaurès, 37298 TOURS CEDEX 9
Téléphone fixe	02 47 60 26 60
Fax	02 47 60 27 78
Mail	<a href="mailto:gregoire.dulin@justice.fr">gregoire.dulin@justice.fr</a>
Responsable de la structure	Grégoire DULIN, Procureur de la république
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Jacques-Edouard ANDRAULT Vice-Procureur
Mail du référent	<a href="mailto:jacques-edouard-andrault@justice.fr">jacques-edouard-andrault@justice.fr</a>
Heures d'ouverture	24h/24h

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE TOURS	
Nom de votre structure ou organisme	CCAS TOURS
Adresse	2, ALLÉE DES AULNES- 37000 TOURS Ad postale: C.S. 81237 – 37012 TOURS CEDEX 1
Téléphone fixe	02 18 96 11 15
Mail	<a href="mailto:contact@ccas-tours.fr">contact@ccas-tours.fr</a>
Responsable de la structure	Denis GUIHOMAT, Directeur Général
Personne à contacter – référent ou référente pour le réseau de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes	Caroline MACIAG, Directrice de l'insertion et de la solidarité
Heures d'ouverture	8h30 à 12h30 et 14h00 à 17h00 du lundi au vendredi

Centre régional de psychotraumatologie (CRP)  
23 bis rue Edouard Vaillant 37000 Tours  
02 47 47 71 11

Médipole SOS médecin  
19 rue de la Dolve 37000 Tours  
07 54 32 71 83

## Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

# COMMENT REPÉRER - ÉVALUER

Juin 2019

### REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

- Des questions adaptées au contexte

#### Par exemple

- « *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, verbales, 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 ?* »

- En précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donnée la fréquence du risque.
- Il n'existe pas de gradient social ou culturel.

## Y PENSER EN CAS DE...

<p><b>Troubles physiques</b></p>	<p><b>Signes fonctionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées.</li> <li>■ Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer.</li> <li>■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple).</li> </ul> <p><b>Signes cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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.</li> <li>■ Maladie chronique déséquilibrée.</li> </ul>
<p><b>Troubles psychologiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations.</li> <li>■ Addictions et/ou abus de substances.</li> <li>■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement).</li> <li>■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ».</li> <li>■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques.</li> <li>■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars.</li> <li>■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie.</li> <li>■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire.</li> <li>■ Des troubles psychosomatiques.</li> </ul>
<p><b>Santé sexuelle et reproductive</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH.</li> <li>■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque.</li> <li>■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie.</li> <li>■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse.</li> <li>■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse.</li> <li>■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance.</li> <li>■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux.</li> <li>■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).</li> </ul>
<p><b>En cabinet dentaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc.</li> <li>■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc.</li> <li>■ Asymétrie du visage, affaissement facial.</li> <li>■ Troubles de l'occlusion.</li> <li>■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire.</li> <li>■ Attitude « trop » résistante à la douleur.</li> <li>■ Attitude très docile, voire figée.</li> <li>■ Troubles somatiques.</li> <li>■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche.</li> <li>■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».</li> </ul>

## Y PENSER EN CAS DE FACTEURS ASSOCIÉS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le jeune âge.</li> <li>■ Un faible niveau d'instruction.</li> <li>■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance.</li> <li>■ Maltraitance pendant l'enfance.</li> <li>■ L'acceptation de la violence.</li> <li>■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale.</li> <li>■ Les handicaps, les maladies de longue durée.</li> <li>■ Les problèmes de santé mentale.</li> <li>■ La dépendance financière.</li> <li>■ Une conduite addictive (alcool, drogues).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le jeune âge.</li> <li>■ Un faible niveau d'instruction.</li> <li>■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance.</li> <li>■ L'abus de drogues et d'alcool.</li> <li>■ Des troubles de la personnalité.</li> <li>■ La banalisation de la violence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Insatisfaction dans le couple.</li> <li>■ Contexte de séparation conflictuelle.</li> <li>■ Domination masculine dans la famille.</li> <li>■ Stress économique, précarité.</li> <li>■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique.</li> <li>■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin.</li> <li>■ Différence d'âge importante dans le couple.</li> <li>■ Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.</li> </ul>

## Y PENSER EN CAS DE COMPORTEMENTS INHABITUELS OU INADAPTÉS...

<b>Du conjoint</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un partenaire accompagnant trop impliqué, répond à la place de sa partenaire, minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants.</li> </ul>
<b>Des enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rupture dans le comportement, rupture scolaire.</li> <li>■ Repli sur soi ou hyperactivité.</li> <li>■ Régression des acquisitions ou maturité précoce.</li> <li>■ Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées.</li> <li>■ Actes délictueux, mise en péril de soi.</li> </ul>

## ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Gravité des actes de violences : fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangers de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

© Haute Autorité de Santé – Juin 2019

**HAS**

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
 « **Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple** » – Recommandations – Juin 2019.  
 Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Jun 2019

# Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

## COMMENT AGIR

Juin 2019

### METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

#### En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être conseillée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime.
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.

#### En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- Une liste des numéros d'urgence.
- La photocopie des documents personnels.
- Un double des clés et de l'argent de côté.
- Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr).

- Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association).
- Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent.

## INFORMER ET ORIENTER LA PATIENTE

- Informer des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.

- Rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou 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.

## ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL OU UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE

- Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont 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.
- Ne pas désigner 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...* ».
- Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Décrire 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.
- Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement 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 schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.

- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire : à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « [Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple](#) » :
  - si vous êtes médecin ;
  - si vous êtes sage-femme ;
  - si vous êtes chirurgien-dentiste ;
  - si vous êtes masseur kinésithérapeute ;
  - si vous êtes infirmier.

## RESSOURCES

### → Numéros d'urgence

- Violences Femmes Info : 3919
- Demande d'hébergement d'urgence : 115

### → Sites d'information

- [www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr) (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
- Declicviolence : <http://declicviolence.fr/index.html>

### → Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
« Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » – Recommandations – Juin 2019.  
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Juin 2019

## Annexe 8 :

### **Le violentomètre**

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

# Le violentomètre

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



BESOIN D'AIDE ?

VIOLENCES FEMMES INFO

APPELEZ LE

**3919**

\*Appel anonyme et gratuit.

Le Tchat de

En avant toute(s)



Le violentomètre est un outil de sensibilisation simple à utiliser. C'est un support permettant la prise de conscience de la nature de sa relation amoureuse (saine ou toxique) basée sur une auto-évaluation. Elle se présente sous forme d'une règle (cf ci-après) avec une gradation colorée permettant de distinguer les comportements du quotidien qui relèvent de la violence.



## Annexe 9 :

### 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) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>,

en présence de son représentant légal<sup>3</sup>, Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.

Il/Elle déclare<sup>4</sup> « 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 ( \_\_\_\_\_ )<sup>5</sup> ont été prescrits et ont révélé \_\_\_\_\_<sup>6</sup>.

Un avis spécialisé complémentaire ( \_\_\_\_\_ )<sup>7</sup> a été sollicité et a révélé \_\_\_\_\_<sup>8</sup>.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi<sup>9</sup>.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de \_\_\_\_\_ »<sup>10</sup>.

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 complications<sup>11</sup>.

Certificat établi, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>, à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup> et remis en main propre.

Signature<sup>12</sup> 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.

<sup>1</sup> 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... ».

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Mentionner les examens complémentaires réalisés.

<sup>6</sup> Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

<sup>7</sup> Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

<sup>8</sup> Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

<sup>9</sup> A mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

<sup>10</sup> Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

<sup>11</sup> La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

<sup>12</sup> Signature à la main obligatoire.

## Modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire

**Ce certificat doit être remis au seul requérant expressément identifié dans la réquisition écrite.  
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : \_\_\_\_\_

Prestation de serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience, si le médecin requis par les autorités judiciaires ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

Rappel de la mission de la réquisition.

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom, date de naissance) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>,

en présence de son représentant légal<sup>3</sup>, Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique<sup>4</sup>.

Un avis spécialisé complémentaire (ou des examens complémentaires) ( \_\_\_\_\_ )<sup>5</sup> doi(ven)t être sollicité(s).

Depuis, il/elle dit « se plaindre de \_\_\_\_\_ »<sup>6</sup>.

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 complications.

Certificat établi, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>, sur réquisition de Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom, et fonction du requérant) \_\_\_\_\_.

Signature<sup>7</sup> 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.

<sup>1</sup> 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... ».

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

<sup>4</sup> Répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition.

<sup>5</sup> Mentionner les avis spécialisés ou examens complémentaires qu'il est nécessaire de solliciter.

<sup>6</sup> Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) surnommé, le préciser.

<sup>7</sup> Signature à la main obligatoire.

1. Êtes vous:
  - une femme
  - un homme
  
2. Quel est votre âge ?
  - moins de 40 ans
  - de 40 à 49 ans
  - de 50 à 59 ans
  - + de 60 ans
  
3. Depuis combien d'années vous êtes vous installé pour votre activité libérale de médecine générale ?
  - moins de 5 ans
  - entre 5 et 20 ans
  - + de 20 ans
  
4. Quel est votre mode d'exercice libéral de la médecine générale ?
  - seul
  - en groupe
  
5. Avez-vous, en plus de votre activité libérale de médecine générale, une activité de :
  - PMI
  - planification familiale
  - activité en lien avec la gynécologie
  - activité en lien avec l'orthogénie
  - activité en lien avec la maternité
  - aucune autre activité
  - autre :
  
6. Au cours de ces douze derniers mois, combien avez vous identifié de femmes victimes de violences conjugales, lors de votre exercice de médecine générale ?
  - < 5
  - de 5 à 10
  - > de 10

7. Avez-vous suivi une formation concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ?

- oui
- non

8. Connaissez vous des structures spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en Indre et Loire?

- oui
- non

9. Quelles sont les structures départementales spécialisées que vous connaissez prenant en charge les femmes victimes?

.....

10. Comment avez vous connu l'existence de ces structures ?

- recommandation de bonnes pratiques professionnelles
- formation médicale initiale
- formation médicale continue
- Communautés Professionnels Territoriales de santé (CPTS)
- ARS dans le cadre du réseau régional de périnatalité
- Ordre des médecins
- consensus
- site internet
- conférence
- par un confrère
- presse écrite, magazine de la ville
- bouche à oreille
- support de communication, flyer, affichage visuel
- radio
- ne sait plus

11. Quel est votre degré de connaissance de ces structures ?

- très bon
- assez bon
- assez mauvais
- très mauvais

12. D'après vous, quelles missions sont couvertes par ces différentes structures existant dans l'Indre et Loire ?

- hébergement
- accueil de jour

- accompagnement social et professionnel de la patiente
- accompagnement psychologique
- accompagnement à l'emploi
- conseil sur la sexualité, IVG, IST, contraception
- écoute et orientation téléphonique
- soins médicaux
- prise en charge juridique de la patiente
- conseil et aide à la prise de décision médicale
- formation et information
- ne sait pas

13. A quelle distance approximative se situe la structure la plus proche ?

- < 10 km
- > 10km
- ne sait pas

14. Avez vous eu des patientes qui ont eu recours à ce type de structures ?

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui est ce :

- suite à votre orientation
- par un autre moyen d'orientation
- les 2

15. Au cours des douze derniers mois, à combien de patientes avez vous proposé une de ces structures ?

.....

16. Travaillez vous avec d'autres intervenants pour ce type de problématique?

- oui
- non

le(s)quel(s) ?

- infirmière libérale
- assistante sociale
- institut médico légal
- service d'accueil des urgences
- autre service hospitalier
- psychologue
- consoeur/frère spécialisé

- procureur de la République
- police / gendarmerie
- service juridique
- autre

17. L'orientation que vous avez proposé à ces patientes a-t-elle eu l'effet escompté?

- oui
- non

Si non pourquoi?

.....

18. Quelles sont la ou les difficulté(s) que vous avez rencontré le plus fréquemment lors de l'utilisation de ces structures?

- méconnaissance des structures
- manque de confiance dans les professionnels
- manque de place
- inadaptation de l'hébergement(dangerosité, autres pensionnaires..)
- structures trop éloignées géographiquement, absence de moyen de transport
- difficulté financière
- refus de la patiente (sentiment de culpabilité, peur qu'on lui retire ses enfants..)
- barrière culturelle, de langue..
- déni du problème
- aucune
- autre

19. Devant une patiente victime de violences conjugales AVEC péril imminent, vers quel(s) intervenant(s) vous tourneriez vous :

- PENDANT les horaires d'ouverture (en semaine, en journée)

.....

- EN DEHORS des horaires d'ouverture (soirée et weekend)

.....

20. Utilisez vous un support d'information, qui vous est destiné, pour vous aider dans la prise en charge de ces violences ?

- oui
- non

Le(s)quel(s) ?

- numéro de téléphone des structures compétentes
- un site internet dédié à ce type de prise en charge (présentation et disponibilité des différentes structures)
- plaquette informative sur l'ensemble des structures
- conférence informant sur les structures
- adresses mail
- autre

21. Est il suffisamment précis et complet sur les structures existantes?

- oui
- non

22. De quel(s) outil(s) voudriez vous disposer dans votre prise en charge future de femmes victimes de violence?

- numéro de téléphone des structures compétentes
- un site internet dédié à ce type de prise en charge (présentation et disponibilité des différentes structures)
- plaquette informative sur l'ensemble des structures
- conférence informant sur les structures

Avez vous des remarques à apporter ?

.....

# Annexe 11 : Plaquette d'aide à la prise en charge des victimes de violences conjugales à destination des médecins



**Les violences conjugales en quelques chiffres :**

- 118 Femmes en sont décédées, soit 1 femme tous les 3 jours,
- 25 hommes en sont décédés, soit 1 homme tous les 14,5 jours,
- Près de 95 % des victimes sont des femmes,
- 4 femmes sur 10 ne s'étaient jamais confiées,
- 1 femme sur 10 en aurait été victime au cours des 12 derniers mois,
- 1 femme sur 5 au cours de sa vie,
- 3,6 milliards d'euros par an en France,
- 10 million d'euros par jours en France.

Données 2014

  
 Liberté • Égalité • Fraternité  
 REPUBLIQUE FRANÇAISE

Document réalisé grâce au soutien de la Préfecture de la Direction départementale de la cohésion sociale - Délégation aux droits des femmes et à l'égalité.

## 10 Travailler en partenariat

Il ne faut en aucun cas tenter de résoudre seul tous les problèmes engendrés par les violences conjugales au risque de s'épuiser et d'enkyster la situation.

Un travail en réseau multidisciplinaire, en accord avec la patiente et dans le respect du secret professionnel, est nécessaire.

En fonction de la situation et des besoins, la victime pourra être orientée vers :

- des professionnels de santé,
- des associations,
- un service médico-judiciaire,
- les autorités.

Il faut veiller à ce que les propositions d'aide soient multiples, une simple orientation vers un psychologue pouvant augmenter la culpabilité de la victime vis-à-vis de la situation.

Dans le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne :

- CHU Angers - SPIFEV  
 service d'information femmes et violences à l'intention des professionnels de santé  
**02 41 35 66 66**
  - SOS Femmes  
 accueil, hébergement et accompagnement  
**49 : 02 41 87 97 22**  
**72 : 02 43 78 12 75**
  - CIDFF  
 information et soutien juridique  
**49 : 02 41 86 18 04**  
**72 : 02 43 54 10 37**  
**53 : 02 43 56 99 29**
  - Associations d'aide aux victimes  
**49 : ADAVEN 02 41 20 51 26**  
**72 : BAVI-ASAV 02 43 83 78 22**  
**53 : ADAVIP 02 43 56 40 57**
- information juridique, accompagnement aux audiences et soutien psychologique aux victimes d'infractions pénales

  
 SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE - CHU ANGERS  
 4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 9  
 www.chu-angers.fr

Création : Centrafab - Adaptation : Direction communication, CHU Angers - décembre 2017 - crédits photos : Arton Furman - Fotolia



**Violences conjugales :  
 Aide à la prise en charge médicale  
 à destination des médecins et des sages-femmes**

**CHU ANGERS**  
 CENTRE HOSPITALIER  
 UNIVERSITAIRE

**Pour vous aider à repérer et prendre en charge vos patients et patientes victimes de violences conjugales.**

**Les 10 points à connaître ...**

Service de Médecine légale - CHU Angers  
 4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 9

www.chu-angers.fr

## 1 Paraître concerné

Par la mise en évidence d'affiches et de brochures dans votre salle d'attente. Les témoins ou victimes vous sentiront ainsi sensibilisé à la problématique.

## 2 Être alerté

Bien qu'il n'existe pas de symptomatologie typique, certains signes doivent vous alerter :

- la victime : comportement craintif, refus de se deshabiller, consultations itératives pour des motifs multiples et contradictoires...
- le ou la partenaire : propos méprisants, nie ou minimise les faits, contrôle des faits et gestes de son partenaire par le regard ...

Certains facteurs de risque d'être victime, sont aussi à prendre en compte :

- jeune âge (pour les femmes),
- faible niveau d'éducation (pour les femmes),
- haut niveau d'études et revenus importants (pour les hommes),
- instabilité ou rupture conjugale,
- conduites addictives,
- grossesse, naissance.



## 3 Dépister

De façon systématique ou face à des signes d'alerte, **oser poser** la question est important et souligné par la majorité des victimes.

Des questions simples suffisent :

- "Comment ça va à la maison ?"
- "Vous êtes tombé(e), ou on vous a poussé(e) ?"
- "L'anxiété et les troubles du sommeil peuvent être le reflet de problèmes conjugaux, est-ce votre cas ?"

Créer un climat de confiance favorable aux révélations est essentiel :

- rassurer sur la confidentialité et le respect du secret professionnel,
- être patient,
- veiller au choix de ses mots et à son langage corporel,
- en parler lors d'une consultation sans conjoint(e) et sans enfant (ou du moins, sans enfant en âge de parler),
- en cas de barrière de la langue, se faire aider d'un interprète extérieur à la famille.

Et si la victime ne parle pas ?

- Il faut savoir réitérer la proposition d'aide, laisser une porte ouverte : "si vous avez besoin de quoi que ce soit, je suis là". Il est important de **prendre le temps et rassurer**.

## 4 Soigner

### 5 Expliquer

Plus qu'une aide pour quitter leur agresseur, les victimes veulent avant tout comprendre :

Les différents types de violences :

- **psychologiques** : propos méprisants, dénigrement, chantage, menaces de représailles ...
  - **verbales** : hurlements, insultes, ordres ...
  - **physiques** : coups de pied, de poing, griffures, morsures, coups avec des objets, brûlures ...
  - **économiques** : interdiction de travailler, pas d'accès à l'argent du couple, confiscation de salaire, contrôle des dépenses du ménage ...
  - **sexuelles** : sexualité contrainte, sévices sexuels, vols, pornographie ...
- L'évolution en cycle au cours du temps augmentant en fréquence et en intensité.

## 6 Évaluer la gravité

Évaluer la fréquence, le contexte et les conséquences des épisodes de violences.

Rechercher des facteurs de risques de violences graves et/ou d'homicide :

- arme au domicile,
- menaces de mort,
- usages nocifs d'alcool ou de substances psychoactives,
- antécédents judiciaires pour ce motif.

En fonction de cette évaluation, un éloignement du domicile peut être proposé, si besoin, par une hospitalisation de protection en urgence.

## 7 Signaler

Il faut conseiller à la victime de **déposer plainte** auprès des autorités judiciaires.

Rappelons qu'un médecin peut pour toute victime faire un signalement avec l'accord de cette victime (article 226-14 AL 2 du Code Pénal).

Il se fait par écrit auprès du Procureur de la République (ou des services de police/gendarmerie).

Si la victime est un mineur ou une personne vulnérable, le médecin peut signaler sans l'accord de la victime.

Toutefois :

*"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".*

Article 226-14 AL 1 du Code Pénal

*"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".*

Guide de l'action publique 2011.

La difficulté réside en l'absence de définitions de la vulnérabilité et du péril imminent. Les facteurs de gravité, énoncés précédemment, et le travail en partenariat (cf. point 10) peuvent orienter votre prise de décision.

## 8 Établir un scénario d'urgence

Il s'agit d'identifier une série de mesures à mettre en place, afin d'assurer la sécurité de la victime et de ses enfants en cas de situations de violence :

- repérer les situations à risques,
- identifier les facteurs déclenchants,
- identifier une personne de confiance et convenir avec elle d'un mode de communication à utiliser en cas d'urgence,
- éduquer les enfants sur les conduites à tenir en cas de situations de violences,
- préparer un "sac de secours" contenant les papiers d'identité, les documents personnels, des vêtements, de l'argent, le double des clés... et le placer dans un endroit sûr.

## 9 Certificat médical descriptif

Il s'agit d'un **document médico-légal**. Ce n'est en aucun cas un préalable juridiquement nécessaire au dépôt de plainte.

Il doit comporter :

- les dires de la victime au conditionnel,
- une description objective des lésions physiques et des retentissements fonctionnel et psychologique,
- la détermination de l'ITT.

L'ITT ou **Incapacité Totale de Travail** est :

- une notion juridique reflétant le retentissement de l'agression dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer...),
- elle reflète le retentissement physique et psychique,
- à ne pas confondre avec l'arrêt de travail.

Il est essentiel de garder un double du certificat dans le dossier médical de la victime.

Si la victime ne souhaite pas de certificat, penser à **consigner** les faits relatés et les constatations dans le **dossier médical**.

## ANNA un outil pédagogique à destination des professionnel·le·s

*Film réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benaim. Acteurs-actrices : Aurélie Petit et Marc Citti.*

Ce kit de formation se compose d'un support audiovisuel (court-métrage « Anna ») et d'un livret d'accompagnement. Leur utilisation dans le cadre de la formation initiale et continue est libre de droits sous réserve d'une information préalable à la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) sur [formation@miprof.gouv.fr](mailto:formation@miprof.gouv.fr)

### Un court-métrage : « Anna »

Réalisé avec le soutien de la commission européenne, à l'initiative de la MIPROF, ce court-métrage, d'une durée totale de 15 minutes, se découpe en 3 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 femme victime.

### « Un livret d'accompagnement à la formation »

Ce livret, élaboré avec le concours d'un collège de formateur·trice·s, d'enseignant·e·s, de professionnel·le·s de santé et d'expert·e·s aborde de façon explicite et détaillée :

#### ❖ Le mécanisme des violences conjugales :



- La définition des violences au sein du couple,
- Les différentes formes de violences,
- Le cycle de la violence,
- Les stratégies de l'agresseur et leurs impacts sur la victime,
- Les conséquences physiques, psychologiques et somatiques des violences pour la victime,
- Les mécanismes neurologiques impliqués dans les conséquences psychotraumatologiques des violences,
- Les conséquences des violences sur les enfants exposés.

#### ❖ Le repérage



Les stratégies du/de la professionnel·le·s pendant la consultation sont de :

- Créer un climat d'écoute et de confiance,
- Poser systématiquement la question des violences,
- Réaffirmer l'interdiction des violences,
- Soutenir et valoriser la victime dans ses démarches.

#### ❖ La prise en charge et l'orientation



- Rechercher des solutions dans son domaine de compétence,
- Informer et orienter vers le réseau de partenaires pour un accompagnement social, juridique, psychologique...
- Donner des conseils pratiques pour préparer la séparation et établir avec la victime un réseau de soutien.

Ce livret est complété par des fiches réflexes spécifiques à chaque profession :

- l'audition par les services enquêteurs de la victime de violences sexuelles et ou de violences au sein du couple
- l'audition de la victime par les magistrat·e·s dans les contentieux civil et pénal
- l'entretien du·de la professionnel·le du social avec une femme victime de violences par un partenaire ou ex-partenaire
- les interventions des sapeurs-pompiers auprès d'une victime majeure de violences conjugales
- accueil et prise en charge de la patiente majeur victime de violences : l'urgentiste en première ligne
- l'entretien du·de la chirurgien·ne – dentiste avec une patiente victime de violences sexuelles et/ou conjugales

➔ Vous pouvez visionner le court-métrage et obtenir les liens de téléchargement du film et le livret sur le site : [www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr)



**TOM ET LENA**  
**L'impact des violences au sein du couple sur les enfants**

*Film réalisé par Johanna Bedeau.  
Acteurs-actrices : Swann Arlaud et Sarah Le Picard.*

Ce kit de formation se compose d'un support audiovisuel (court-métrage « *Tom et Lena* ») et de son livret d'accompagnement. Leur utilisation, dans le cadre de la formation initiale et continue, est libre de droits sous réserve d'une information préalable à la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains).

**Un court-métrage : « Tom et Lena »**



Réalisé à l'initiative de la MIPROF et avec les soutiens des Ministères de la Justice, de l'Education nationale et des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, de la MGEN, d'ADOSSEN, de l'Institut de Victimologie. Ce court-métrage, d'une durée totale de 15 minutes, 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 professionnel-le-s.

**Un livret d'accompagnement à la formation**

Ce livret, élaboré avec le concours d'un collège de formateurs, d'enseignants, de professionnel-le-s et d'expert-e-s, aborde de façon explicite et détaillée :

❖ *Le mécanisme des violences conjugales et leur impact sur les enfants :*

- Définition
- La différence entre conflit et violence au sein du couple
- Les conséquences des violences au sein du couple sur les enfants et les adolescents
- Les mécanismes neurobiologiques impliqués dans les conséquences psycho-traumatiques des violences vécues
- Les stratégies mises en place par l'enfant exposé aux violences au sein du couple
- L'impact des violences au sein du couple sur la parentalité

❖ *Les entretiens du-de la professionnel-le avec l'enfant et la mère victimes*

- L'entretien avec l'enfant
- Les stratégies du-de la professionnel-le auprès de l'enfant victime de violences au sein du couple
- Le questionnement systématique
- L'entretien avec la mère

❖ *La prise en charge et l'orientation par le-la professionnel-le*

- Les stratégies du-de la professionnel-le face aux stratégies de l'agresseur
- Les recommandations communes à toutes les professions
- Les spécificités de l'intervention pour certains secteurs professionnels



➔ Il est possible de visionner le court-métrage ainsi que d'obtenir les liens de téléchargement en ligne : [www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr).

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## Résumé

### **Recours aux outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des connaissances et de la pratique des médecins généralistes d'Indre et Loire.**

**Introduction:** Chaque année 213 000 femmes sont victimes de violences commises par leur partenaire ou ex-partenaire. Le professionnel de santé est souvent le premier recours. Les violences sont fréquemment répétées, impactant la santé physique et mentale des victimes et engendrant des dépenses de santé importantes. Les médecins généralistes ont un rôle clé dans le dépistage et l'orientation précoce. L'objectif de cette thèse est de mesurer les connaissances et pratiques des médecins généralistes libéraux d'Indre et Loire sur ce sujet.

**Matériel et méthode:** Etude observationnelle descriptive par questionnaire en ligne envoyé aux praticiens. Les résultats ont été recueillis de décembre 2019 à juin 2020.

**Résultats:** 84% des médecins n'ont pas eu de formation sur les violences conjugales. 90% estiment mal connaître les structures. Les plus citées sont celles assurant des soins médicaux, une prise en charge sociale et juridique. Leur connaissance provient d'un confrère ou du "bouche à oreille". 30% travaillent en réseau avec une assistante sociale, l'institut médico légal, une psychologue.

Les difficultés rencontrées au cours de l'orientation sont le refus de la patiente et la méconnaissance des structures. 86% des médecins n'utilisent pas d'outils d'aide. On note un besoin de formation et d'information avec: numéros de téléphone de structures, site internet dédié et plaquette informative.

**Conclusion:** Les structures et outils sont peu connus et sous utilisés par les praticiens, dont la formation et la sensibilisation sont à poursuivre, afin de permettre un travail en réseau et d'optimiser le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

**mots clés:** violence conjugale - médecin généraliste - connaissance - orientation - Indre et Loire

**ROY Anne-Sophie épouse RICHARD**

**97 pages – 3 tableaux – 8 figures**

**Recours aux outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des connaissances et de la pratique des médecins généralistes d'Indre et Loire**

**Introduction:** Chaque année 213 000 femmes sont victimes de violences commises par leur partenaire ou ex-partenaire. Le professionnel de santé est souvent le premier recours. Les violences sont fréquemment répétées, impactant la santé physique et mentale des victimes et engendrant des dépenses de santé importantes. Les médecins généralistes ont un rôle clé dans le dépistage et l'orientation précoce. L'objectif de cette thèse est de mesurer les connaissances et pratiques des médecins généralistes libéraux d'Indre et Loire sur ce sujet.

**Matériel et méthode:** Etude observationnelle descriptive par questionnaire en ligne envoyé aux praticiens. Les résultats ont été recueillis de décembre 2019 à juin 2020.

**Résultats:** 84% des médecins n'ont pas eu de formation sur les violences conjugales. 90% estiment mal connaître les structures. Les plus citées sont celles assurant des soins médicaux, une prise en charge sociale et juridique. Leur connaissance provient d'un confrère ou du "bouche à oreille". 30% travaillent en réseau avec une assistante sociale, l'institut médico légal, une psychologue. Les difficultés rencontrées au cours de l'orientation sont le refus de la patiente et la méconnaissance des structures. 86% des médecins n'utilisent pas d'outils d'aide. On note un besoin de formation et d'information avec: numéros de téléphone de structures, site internet dédié et plaquette informative.

**Conclusion:** Les structures et outils sont peu connus et sous utilisés par les praticiens, dont la formation et la sensibilisation sont à poursuivre, afin de permettre un travail en réseau et d'optimiser le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

**Mots clés : violence conjugale - médecin généraliste - connaissance - orientation - Indre et Loire**

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT MARTIN

Directeur de thèse : Docteur Elisabeth BLIN

Membres du Jury : Professeur Nicolas BALLON  
Professeur Lobna OULDAMER  
Docteur Camille REROLLE

Date de soutenance : 21 octobre 2020

