
Sommaire

Préface	5
Introduction	7
Chapitre 1	
Les données épidémiologiques	11
Les études réalisées en France	14
Les études réalisées à l'étranger	18
Chapitre 2	
Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et de leurs enfants	21
La traumatologie	23
Les pathologies chroniques	24
Les décès	25
La psychiatrie	25
La gynécologie	27
L'obstétrique	27
La pédiatrie	29
Chapitre 3	
Les aspects juridiques et déontologiques	31
Les sanctions pénales	33
La situation du praticien	33
Chapitre 4	
Le rôle des médecins	37
Accueillir et être à l'écoute	40
Dépister les violences	40
Évaluer la gravité	42

Assurer les soins et constituer un dossier	43
Rédiger le certificat	43
Informer et orienter la patiente	44
Quelques itinéraires divers	45
Chapitre 5	
Les difficultés rencontrées par les médecins et les raisons de leur réticence	47
Les difficultés rencontrées par les médecins	49
Les conséquences	51
Chapitre 6	
Les partenaires violents	53
Les partenaires violents	55
Les circonstances favorisantes	57
Chapitre 7	
Propositions du groupe de travail	59
La sensibilisation du public et des professionnels de santé	62
Actions de prévention	63
Formation des médecins et des professionnels de santé	63
Modalités de prise en charge	64
Études et recherches	65
Chapitre 8	
Dix actions prioritaires à mettre en place rapidement	67
Annexes	71
Annexe 1	
Cas cliniques	73
Annexe 2	
Deux modèles de certificat médical	77
Annexe 3	
Liste des membres du groupe d'experts	81

Préface

« Qu'est-ce que j'ai fait ? Pourquoi moi ? »

« Quoi que je fasse, je suis en faute ».

« S'il est comme ça, c'est parce qu'il est malheureux, je vais le guérir ».

« Finalement, ça ne m'a pas fait tellement mal ».

« Je ne ressentais que de la souffrance, je vivais parce que les enfants étaient là ».

« Je voudrais inventer les mots pour vous dire ce qui me dépasse ».

« Docteur, je ne sais pas par où commencer... ».

Paroles de victimes

L'espace familial, loin de constituer l'espace privé protégé qu'il devrait être, peut devenir paradoxalement une sphère où, dès lors que la violence est présente, les femmes et leurs enfants sont particulièrement exposés ; d'abord insidieuse, la violence s'installe progressivement, se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps, suivant les paliers d'une inexorable escalade.

Les résultats des dernières études épidémiologiques sur les femmes victimes de violences conjugales ont confirmé sans ambiguïté la réalité du problème et la place prépondérante qu'occupent les médecins dans la chaîne de prise en charge. Reconnaître les signes d'alerte -mêmes tardifs-, apprécier l'imminence du danger, accompagner la démarche des victimes -même ambivalente-, recueillir les informations, assurer les soins, donner à la femme le certificat nécessaire pour faire valoir ses droits en connaissant les aspects médico-légaux, l'orienter vers les partenaires du

réseau local compétent sont autant d'enjeux déterminants pour permettre aux femmes de sortir de leur souffrance, de se libérer de l'emprise de leur partenaire violent et envisager des perspectives nouvelles.

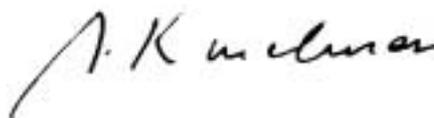
Face à ces situations, le médecin se sent très isolé, mal formé pour assurer cette prise en charge qui s'étend bien au-delà de la thérapie somatique, mal à l'aise devant ce phénomène qui peut émerger de tout milieu social, réticent à s'immiscer dans une affaire de famille, pris entre des impératifs déontologiques apparemment contradictoires.

Parallèlement à la notion d'ingérence humanitaire désormais reconnue dans les conflits entre nations, le médecin doit aussi se sentir investi d'un « devoir d'ingérence » dans ce qui peut paraître relever du privé mais représente un danger vital si l'on ne s'engage pas pour protéger les victimes.

Nous voici donc appelés à accélérer la mutation de la pratique médicale et l'évolution vers une véritable médecine sociale pour traiter, en même temps que le symptôme, la cause sous-jacente. Cela passe par un nécessaire travail de collaboration et de coordination avec les magistrats, les policiers, les gendarmes, les travailleurs sociaux, les membres des institutions et associations d'aide aux victimes.

Cette évolution rejoint la demande exprimée par les citoyens lors des « États généraux de la santé » : être considérés comme des acteurs de leur propre santé, être associés aux choix qui concernent la qualité du système de santé et la sécurité sanitaire.

Le rapport rédigé par le groupe d'experts présidé par le professeur Roger Henrion est un outil précieux pour relever ce défi en précisant, à partir de la connaissance du phénomène des violences conjugales, le rôle des professionnels de santé et en proposant des actions concrètes pour améliorer la qualité de leur intervention.



Bernard Kouchner

Introduction

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine. À tout moment de leur vie, que ce soit dans l'espace public ou « à l'abri » au sein de l'espace familial, les femmes sont exposées à des violences physiques, sexuelles et psychologiques, trop souvent subies dans le silence comme une fatalité, voire même déniées par les victimes elles-mêmes. L'Organisation mondiale de la santé, reprenant les termes adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ».

La violence englobe donc, outre les coups et les sévices corporels, les sévices sexuels, les comportements dévalorisants tels que violences verbales, menaces, chantage, le proxénétisme et la prostitution, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à l'intégrité et à la dignité de la femme, les violences exercées au sein des institutions et la violence économique.

La prise en charge des victimes de violences a longtemps été considérée comme un problème social et judiciaire, le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence.

Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé. Le champ des études est large et les enjeux très importants concernent :

– l'épidémiologie et la connaissance scientifique du problème par la constitution de banques de données représentatives ;

- l’approche sociologique du phénomène ;
- la prévention qui passe par la communication, l’information, la sensibilisation du public et des médecins et la formation des professionnels de santé ;
- le dépistage et la prise en charge thérapeutique qui doivent s’inscrire dans une démarche de qualité ;
- l’organisation des soins et de réseaux multidisciplinaires coordonnés, condition *sine qua non* pour supprimer les clivages qui séparent le sanitaire du social ;
- la participation des usagers qui sont ici représentés par des associations particulièrement actives ;
- la recherche et l’évaluation indispensables qui doivent être développées ;
- enfin, la défense des Droits de l’homme qui est à la base des missions de la santé publique.

C’est dans cette dynamique que Madame Dominique Gillot, secrétaire d’État à la Santé et aux Handicapés, a décidé en septembre 2000 de réunir un groupe d’experts, placé sous la présidence du professeur Roger Henrion, et de lui confier les missions suivantes :

- recenser les données existantes sur les violences faites aux femmes : littérature, études épidémiologiques, expériences innovantes... ;
- évaluer l’impact des violences sur la santé physique et mentale des femmes victimes ;
- présenter des propositions susceptibles d’améliorer l’information et la formation du corps médical sur le repérage des situations de violence, de faciliter les conditions d’une prise en charge rapide et adaptée des victimes, d’assurer un accompagnement et un suivi des conséquences de ces maltraitances.

Les résultats de ces travaux font l’objet du présent rapport remis au ministre en février 2001.

La constitution du groupe (voir la liste des participants en annexe) a assuré la représentation des différentes disciplines médicales les plus intéressées par la prise en charge des femmes victimes : urgences médicales, gynécologie-obstétrique, médecine légale, psychiatrie, médecine générale, recherche en santé publique. Le président de la conférence des présidents de Commission médicale d’établissement (CME), des représentants de l’Institut de l’humain et de la Fédération solidarité femmes se sont fait l’écho de l’expérience des praticiens et du témoignage des personnes victimes. L’administration était représentée par la Direction générale de la santé, coordinatrice des travaux, la Direction générale de l’action sociale et le Service des Droits des femmes.

Le groupe de travail s’est réuni cinq fois en séances plénières qui ont été l’occasion d’entendre en audition diverses personnalités : Madame Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, épidémiologiste ayant participé à l’enquête ENVEFF, le professeur Bernard Glorion, président de l’Ordre national des médecins, Madame Solange Moracchini, premier substitut au tribunal de Créteil et le commandant Étienne Legros, de la Direction centrale de la sécurité publique au ministère de l’Intérieur. Deux

sous-groupes se sont constitués pour examiner concrètement certains aspects.

Étant donné le délai qui était imparti pour la remise des conclusions du groupe d'experts, il a été décidé de limiter les travaux aux violences dites conjugales s'étendant au sens large aux violences exercées par l'entourage immédiat à l'intérieur de la famille. Les réflexions du groupe peuvent cependant être extrapolées à d'autres formes de violences, notamment celles exercées sur les lieux de travail.

Les violences étudiées ont pour facteur commun un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Elles se distinguent des simples conflits entre époux ou concubins ou même des conflits de couples en difficulté ou « conjugopathie », par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'homme qui veut dominer, asservir, humilier son épouse ou partenaire. La violence se manifeste au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves. Elles obéissent à des cycles où, après les moments de crise, s'installent des périodes de rémission au cours desquelles la femme reprend l'espoir de la disparition des violences. Cependant la fréquence et l'intensité des scènes de violence augmentent avec le temps, pouvant aboutir au suicide de la femme ou à un homicide.

Le rapport présente successivement les chapitres suivants :

- Les données épidémiologiques.
- Les conséquences des violences sur la santé des femmes et de leurs enfants.
- Les aspects juridiques et déontologiques.
- Le rôle des médecins.
- Les difficultés rencontrées par les médecins et les raisons de leur réticence.
- Les partenaires violents.
- Les propositions du groupe de travail.
- Dix actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement.

Il est complété par quelques annexes proposant l'analyse de cas cliniques et des modèles de certificats médicaux.

Chapitre 1

Les données épidémiologiques

Il s'agit d'étudier l'ampleur du phénomène des violences faites aux femmes et son effet sur la santé. De nombreuses publications sont parues dans le domaine des sciences sociales mais elles sont beaucoup plus rares en médecine ou santé publique, du moins en Europe. Aux États-Unis, de nombreuses données quantitatives ont été enregistrées dans les années quatre-vingt, les données de santé publique datant surtout du début des années quatre-vingt-dix.

Ces études ont tenté de préciser la fréquence des violences envers les femmes, de caractériser des groupes de population où elles sont plus élevées, de parvenir à une approche psychologique et sociologique du problème, de cerner les réponses apportées par les institutions concernées : police, justice, services sociaux.

De manière générale, il est difficile de mesurer ce phénomène et de comparer les différentes études tant les limites sont difficiles à définir, qu'il s'agisse de la nature des violences (jusqu'où doit-on prendre en compte la violence ? violence physique et/ou violence verbale, harcèlement...), ou du cadre dans lequel elles s'exercent (violence intrafamiliale commise par le conjoint, le partenaire, les parents, voire les enfants...). La difficulté découle aussi de la façon d'effectuer les études : réponses téléphoniques, autoquestionnaires, questions en vis-à-vis.

Quoi qu'il en soit, quelques grandes lignes apparaissent dans toutes les études :

- les séquelles traumatologiques sont importantes ;
- les violences constituent un risque pour la santé mentale des victimes : dépressions, suicides, conduites addictives pour le tabac, l'alcool, les drogues ou les médicaments psychotropes ;
- les femmes enceintes sont particulièrement exposées. Les gynécologues-accoucheurs sont parmi les plus impliqués, ce qui ressort des études sur les violences faites aux femmes parues depuis 1995. Cependant, les effets sur la grossesse et le risque périnatal devraient être étudiés plus précisément ;
- les femmes ne parlent pas beaucoup aux soignants des violences qu'elles subissent et ceux-ci ne posent pas beaucoup de questions ou ne posent tout simplement pas les bonnes questions.

Les études réalisées en France

- En 1993/1994, une enquête a été réalisée en France sur les violences conjugales subies après une naissance (Saurel-Cubizolles et coll., 1997).

Dans trois maternités, l'étude a porté sur les violences subies pendant les douze mois qui ont suivi la grossesse de femmes primipares ou secondipares. L'enquête concerne 761 femmes avec un taux de réponse de 93 % :

- la fréquence des violences est de 3 à 6 % des cas, les violences de la part du conjoint représentant 4 % ; les violences sont plus fréquentes si le couple est instable, et le conjoint sans emploi ;
- il n'y a pas de différence significative selon l'âge de la femme, son niveau d'études, qu'elle ait ou non un emploi, qu'elle soit primipare ou secondipare ;
- les femmes victimes de violences ont plus souvent déclaré des fausses couches antérieures (31 % contre 17 % pour celles qui n'ont pas subi de violences) ; elles consomment plus de psychotropes (7 % contre 2 %).

- En 1996, une étude a été menée en Loire-Atlantique sur la prise en charge de la violence conjugale en médecine générale (Chambonet et coll., 2000).

L'objectif était d'analyser la prise en charge en soins primaires à partir d'un recueil de données rétrospectif effectué auprès de 917 médecins généralistes de Loire-Atlantique : 419 réponses ont été exploitables :

- en moyenne, les médecins sont confrontés à cette situation deux fois par an, les médecins femmes déclarant être plus souvent sollicitées ;
- les motifs des consultations sont pour 83 % des blessures, ecchymoses ou hématomes, pour 79 % des troubles psychologiques, pour 16 % des insomnies, pour 6 % l'enfant est le prétexte à consulter, 7 % correspondent à des motifs divers ;
- les déterminants le plus souvent évoqués sont l'alcoolisme (93 %), le conjoint connu comme violent (57 %), les problèmes sociaux (52 % précarité, 48 % milieu défavorisé) ;
- 2/3 des médecins gèrent seuls le problème, 82 % considèrent que c'est une situation difficile à gérer ;
- 45 % donnent des informations ou des brochures, 81 % effectuent une prescription médicamenteuse (anxiolytiques 76 %, antalgiques 71 %, anti-dépresseurs 69 %, hypnotiques 63 %). Ils ont demandé une hospitalisation dans 10 % des cas.

L'enquête conclut sur la nécessité d'une plus grande sensibilisation des médecins généralistes pour appréhender ces dysfonctionnements relationnels.

- En 1989, puis en 1999, une enquête sur les violences conjugales a été menée par le service de médecine légale du centre hospitalier de Rangueil à Toulouse (Thomas et coll., 2000).

Par un questionnaire soumis aux femmes accueillies à la consultation de coups et blessures volontaires, il s'agissait de réaliser une étude descriptive et comparative à 10 ans d'intervalle :

- deux fois et demie plus nombreuses qu'en 1989, les femmes victimes sont légèrement plus jeunes (37 ans et demi ans vs 36 ans et demi), leur durée de vie commune est plus courte, elles ont des enfants beaucoup moins âgés. Les emplois ouvriers ne sont plus représentés mais les inactifs ont doublé. L'agresseur est plus âgé de 4 ans par rapport à 1989 avec également un accroissement des inactifs ;
- l'ITT (incapacité totale de travail) nulle est moins fréquente, l'ancienneté des violences est moins alléguée, le médecin est plus souvent au courant (58 % contre 30 %) ; l'alcool a toujours la même importance (29 %), la prise de drogue est rapportée par une femme sur dix (non rapportée en 1989) ;
- la séparation est envisagée dans 50 % des cas, la violence sur les enfants, exceptionnelle en 89, concerne 10 % des cas en 99 ; la violence devant les enfants est présente dans 68 % des cas. Toutes les catégories sociales sont concernées.

Le nombre de consultations concernant la violence a triplé, les femmes consultent plus facilement, plus tôt.

- En 2000, le service des urgences de l'Hôtel-Dieu de Paris a étudié la situation des victimes d'agressions (Espinoza et coll.).

L'objectif poursuivi était de décrire la population victime d'agressions accueillie aux urgences générales, établir le bilan lésionnel, recenser ceux qui ont porté plainte, déterminer les motifs qui expliquent le refus ou l'absence de dépôt de plainte.

- sur une population de 116 patients, les victimes de violences conjugales représentent 7 % des cas ;
- seulement une femme sur onze a porté plainte.

Il est donc nécessaire d'améliorer les articulations entre les urgences générales et l'UMJ, de prévoir un soutien en relation avec les associations, de développer la formation des soignants et l'information des patients, notamment par la distribution d'une fiche technique.

- La consultation des urgences médico-judiciaires (UMJ) de l'Hôtel-Dieu de Paris a étudié la situation des femmes victimes de violences conjugales sur deux périodes, janvier et juin 2000 (Diamant-Berger et coll.).

Ce service reçoit les victimes d'agressions diverses survenues dans Paris *intra muros* dont les blessures ne nécessitent pas une hospitalisation. Les victimes de violences conjugales représentent 8 % de ces victimes, soit en moyenne plus de 100 cas par mois.

Une analyse rétrospective des dossiers des 217 femmes victimes de violences conjugales accueillies à la consultation des UMJ en janvier et juin 2000 fait ressortir les points suivants :

- 98 % des cas sont examinés après dépôt de plainte et sur réquisition judiciaire, 2 % suite à une consultation spontanée aux UMJ ;
- l'âge moyen des consultantes est de 36 ans (de 18 à 66 ans) ;

- le lieu de résidence se situe dans tous les arrondissements de Paris, avec une nette prédominance au nord-est et au sud ;
- les violences se déroulent essentiellement le week-end (53 % des cas du vendredi au dimanche) ;
- le délai entre les violences et la consultation aux UMJ est inférieur à 24 heures dans 90 % des cas ;
- les violences exercées sont essentiellement des coups à mains nues ; dans 14 % des cas, les auteurs de violences utilisent une arme, le plus souvent improvisée : couteau, ceinture, rallonge électrique, bâton ou manche à balai... ;
- les blessures concernent la tête et le cou (46 %), les membres (30 %), le tronc (17 %) ;
- l'ITT est inférieure à huit jours dans 90 % des cas ; les formes majeures de violences (avec une ITT supérieure à huit jours) associent des blessures parfois involontaires et/ou un retentissement psychique grave ;
- l'évolution de violences mineures ou moyennes vers des formes plus sévères physiques ou psychiques justifie une prise en compte précise et adaptée de l'ensemble de ces situations, dans leurs composantes sociales et personnelles, instantanées et évolutives.

- L'Institut médico-légal de Paris a étudié les situations d'homicides subis par des femmes (Lecomte et coll., 2001).

Une étude menée de 1990 à 1999 concerne 652 femmes âgées de plus de 15 ans, victimes d'homicides. Leur moyenne d'âge est de 45,5 ans. L'auteur de l'homicide est le mari dans 31 % des cas, un autre partenaire dans 20 % des cas, un proche pour 4 %, une connaissance de la victime dans 30 % des cas. 15 % des auteurs étaient inconnus de la victime. La plupart des agresseurs étaient connus comme violents ou alcooliques chroniques ; ces violences se sont déroulées dans un contexte de violence durant depuis longtemps. En ce qui concerne le moyen employé, 33 % des victimes ont été poignardées, 30 % ont reçu des coups de fusil, 20 % ont été étranglées et 10 % sont décédées des suites de coups. 7 % des victimes avaient été violées.

Par ailleurs, dans une étude réalisée en 1998, un profil des auteurs d'homicide de leur conjointe a pu être précisé : en dehors des cas d'alcoolisme, il s'agit d'hommes psychopathes, ayant une certaine notoriété, bénéficiant par leur fonction d'un certain pouvoir pour lequel le sens de l'autorité est perçu comme une qualité professionnelle de prise de responsabilité. On remarque une proportion très importante de cadres (67 %), de professionnels de santé (25 %), de représentants de l'armée, la police...

- L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF).

Devant la dispersion de ces différentes enquêtes et les résultats très préoccupants qu'elles dévoilent, la nécessité s'est imposée en 1997 de réaliser en France une grande enquête nationale : **l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France.**

Pilotée par le secrétariat d'État aux droits des femmes, cette enquête a été confiée à un groupe de neuf chercheurs (un épidémiologiste

et sept spécialistes en sciences sociales sous la responsabilité de Maryse Jaspard). La collecte des données a été réalisée de mars à juillet 2000.

Les objectifs peuvent se résumer ainsi :

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

La population étudiée est constituée par un échantillon représentatif de 7 000 femmes, âgées de 20 à 59 ans révolus, résidant en France métropolitaine, dont les noms ont été tirés au sort ; la confidentialité de l'entretien a été assurée. Certaines femmes appartenant à des populations spécifiques (détenues, SDF, hospitalisées en long séjour, communautés religieuses...) ont échappé à cette enquête.

Une phase préalable a consisté dans la mise au point du questionnaire et du protocole de collecte des données, la mise en œuvre de l'appel d'offres européen, des démarches pour obtenir un avis favorable du CNIS (Comité national des informations statistiques) et de la CNIL. Après une période de tests, le questionnaire a été soumis à la population de mars à juillet 2000.

L'enquête est conduite par voie téléphonique (méthode CATI). La réponse à chaque questionnaire a duré en moyenne 40 minutes. Les situations sont évaluées sur les douze derniers mois, puis sur toute la vie.

Le questionnaire comprend neuf modules :

- caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la personne ;
- aspects épidémiologiques ;
- actes et situations de violences subis dans les espaces publics ;
- actes et situations de violences subis dans la sphère professionnelle et étudiante ;
- actes et situations de violences subis à l'occasion de contacts privés avec des professionnels ;
- actes et situations de violences subis dans la vie de couple ;
- actes et situations de violences subis dans les relations avec un ex-conjoint ;
- actes et situations de violences subis avec la famille et les proches ;
- agressions physiques ou sexuelles subies depuis le dix-huitième anniversaire ou depuis l'enfance.

Le module épidémiologique s'intéresse à l'état de santé des femmes : état de santé perçu, existence de maladies chroniques, de handicaps, recours aux soins (consultations, hospitalisations...), antécédents de traumatologie, de MST, hépatite, VIH (tests de dépistage), questions sur la

santé mentale (confiance en soi, dépression, tentative de suicide...), consommation de médicaments, de tabac, d'alcool, de drogues, comportement sexuel, recours à une IVG...

Des premiers résultats de l'ENVEFF ont été publiés en décembre 2000. Nous nous limiterons au domaine des violences intra familiales, les premières statistiques apportent d'ores et déjà des informations précieuses :

- au cours des douze derniers mois, l'indicateur global de violences conjugales concerne 10 % des femmes ;
- les violences conjugales se répartissent comme suit : 4,3 % d'insultes, 1,8 % de chantage affectif, 24,2 % de pressions psychologiques (dont 7,7 % de harcèlement moral), 2,5 % d'agressions physiques, 0,9 % de viols et autres pratiques sexuelles imposées ;
- la fréquence des violences subies est homogène selon les catégories socio-professionnelles ;
- les violences conjugales sont liées à l'âge : les femmes les plus jeunes (20/24 ans) sont environ deux fois plus exposées que leurs aînées ;
- de nombreuses femmes ont parlé pour la première fois à l'occasion de l'enquête : les violences conjugales sont les plus cachées (plus des 2/3 des femmes contraintes par leur conjoint à des pratiques ou rapports sexuels forcés avaient gardé le silence ; 39 % avaient caché des agressions physiques) ;
- le recours des femmes victimes de violences au sein du couple se porte dans 24 % des cas sur les médecins ;
- les personnes qui, enfants ont supporté des sévices, ont quatre fois plus que les autres été victimes d'agressions sexuelles ou physiques dans leur couple au cours des douze derniers mois ;
- la probabilité d'avoir été hospitalisée est significativement plus élevée lorsque les femmes ont subi des agressions ; elles sont plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes, leur appréciation de leur santé est moins bonne.

C'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences physiques, psychologiques et sexuelles ; tous les groupes sociaux sont exposés, les inégalités socio-économiques étant cependant des facteurs aggravants, notamment le chômage.

Il ne s'agit que d'une étape de ce travail qui, en se poursuivant, va permettre d'approfondir certains aspects : analyse des éléments qui conduisent à la précarité, étude du problème de l'alcoolisme, analyse des contextes, des éléments biographiques, comparaisons régionales...

Les études réalisées à l'étranger

- Certains pays ont réalisé des enquêtes nationales sur des échantillons représentatifs de la population :

- Violences physiques ou sexuelles dans le couple (au sens de partenaire sexuel régulier) :

Pays-Bas en 1986 : 26 % de femmes de 18 à 60 ans déclarent avoir subi des violences au cours de leur vie.

Canada en 1993 : 3 % des femmes ont subi des violences au cours des douze derniers mois ; 25 % des femmes ont subi des violences au cours de leur vie.

Suisse en 1994 : 6 % des femmes ont subi des violences au cours des douze derniers mois ; 21 % des femmes ont subi des violences au cours de leur vie.

Finlande en 1997 : 9 % des femmes ont subi des violences au cours des douze derniers mois ; 22 % des femmes ont subi des violences au cours de leur vie.

– Violences au cours de la grossesse :

Entre 3 et 8 % des femmes sont victimes de violences au cours de leur grossesse.

• Une enquête européenne a été réalisée en 1995-1996 sur prématurité et violence familiale.

Elle concerne cinquante-neuf maternités situées dans seize pays. C'est une enquête cas-témoins portant sur 5 035 femmes ayant accouché de prématurés (22 à 36 semaines) et 7 780 ayant eu leur enfant à terme (37 semaines) :

– 2,7 % des femmes ayant accouché prématurément ont déclaré avoir subi des violences alors que c'est le cas pour 1,7 % des femmes ayant accouché à terme (odds ratio = 1,6) ;

– la fréquence des violences augmente en ordre croissant de l'Europe du sud-ouest (0,9 %) à l'Europe du nord (1,2 %) puis à l'Europe de l'est (3,6 %) ;

– la fréquence augmente avec le jeune âge de la femme, l'inactivité du conjoint, l'instabilité des couples, leur non-cohabitation. Elle est très liée à la séparation des couples pendant la grossesse.

Enfin récemment, les autorités anglaises et espagnoles se sont inquiétées de l'ampleur prise par les violences conjugales dans leurs pays respectifs. En Angleterre, c'est un rapport de la police métropolitaine qui, le 25 octobre 2000, a annoncé qu'un « crime domestique » était perpétré toutes les six secondes, chaque jour, dans un foyer du Royaume-Uni. En Espagne, c'est la secrétaire d'État aux Affaires sociales, qui le 3 février 2000, a révélé qu'à l'issue d'une enquête portant sur plus de 20 000 femmes âgées de 18 ans ou plus, 14,2 % avaient été victimes de « violences domestiques » au moins une fois au cours de leur vie et que pour 4,2 % d'entre elles, les violences avaient été répétées. Le terme de terrorisme conjugal a été utilisé.

• Aux États-Unis, les études sont nombreuses.

Une mise au point de l'Association Médicale Américaine (1992) suggère que :

– 20 % des femmes adultes et 12 % des adolescentes ont été victimes d'actes sexuels accompagnés de violences durant leur vie et que ces actes

étaient plus souvent le fait de leur partenaire ou ancien partenaire que d'autres membres de la famille ou d'étrangers ;
– 20 % à 30 % des femmes ont été victimes de violences conjugales durant leur vie, le nombre de victimes étant estimé à cette époque à 4 millions.

D'après R. Jones (1993), toutes les 12 secondes, une femme est battue par son mari, son ami ou un parent.

Dans une autre mise au point d'Eisenstat et Bancroft datant de 1999, les auteurs rapportent qu'une femme sur trois se présentant aux urgences, une femme sur quatre consultant les médecins généralistes, une femme sur quatre ayant consulté en psychiatrie pour tentative de suicide ou syndromes psychiatriques variés, une femme sur six consultant en obstétrique ont été victimes de violences de la part de leur partenaire. D'autre part, ils estiment que 50 % à 70 % des mères d'enfants frappés l'ont été également et que 3,3 millions d'enfants sont chaque année témoins de violences conjugales.

Dans une étude encore plus récente de décembre 1999, Kyriacou et coll. notent que les violences domestiques sont la cause la plus fréquente des blessures non mortelles observées chez les femmes. Elles sont à l'origine de 22 % de toutes les formes de blessures, de 9 % des blessures graves et de 30 % des homicides de femmes.

Chapitre 2

Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et de leurs enfants

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

Les données disponibles montrent que, comparées aux femmes n'ayant jamais subi de violences, ces femmes présentent des symptômes physiques et psychiques plus nombreux et s'estiment en moins bon état de santé. 16 % l'ont qualifié de « moyen » et 4 % de « médiocre » ou « mauvais » dans l'enquête Enveff 2000. Elles ont des affections chroniques plus fréquentes et la probabilité d'avoir été hospitalisée au cours des douze derniers mois, quel que soit le motif médical, est significativement plus élevée lorsqu'elles ont subi des agressions. Enfin, elles ont une consommation accrue de médicaments psychotropes (22 % dans l'enquête ENVEFF) et de soins médicaux.

Les incidences sociales sont également importantes. 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 et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violences conjugales coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes.

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

Nous aborderons d'abord les principales conséquences de la violence conjugale sur les femmes puis sur leurs enfants.

La traumatologie

Les lésions traumatiques sont une conséquence de la violence physique.

Elles sont souvent multiples, d'âge différent et de nature très variée. Érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures,

morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures, sont les principales lésions retrouvées. La fréquence de chaque type de blessure est variable. Nous citerons comme exemple une étude américaine effectuée dans un service d'urgences à partir de 279 cas (Hotch et coll., 1995) dans laquelle la répartition des blessures liées à la violence conjugale était la suivante : 59 % de contusions ; 24,1 % de plaies profondes ; 13,9 % de plaies superficielles ; 6 % de fractures ; 1,2 % de brûlures. Dans la majorité des cas, les lésions sont dues à des coups donnés à main nue, mais toutes sortes d'objets peuvent être utilisés. L'emploi d'armes est plus rare.

La localisation des lésions est également variable. Les lésions siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités, mais peuvent être dissimulées par les vêtements. Parmi 138 femmes victimes de violences conjugales et consultant dans une unité médico-judiciaire française, le nombre de lésions constatées par patiente a été de trois. Elles concernaient seulement la face dans 23,9 % des cas, le reste du corps dans 31,9 % et l'ensemble du corps dans 44,2 % (Thomas et coll., 2000). Les traumatismes dentaires, maxillo-faciaux, ophtalmiques et otologiques sont assez fréquents. On peut constater des fractures dentaires, des os propres du nez et du massif maxillo-facial (os zygomatiques, mandibules), des hémorragies conjonctivales et des décollements de rétine responsables d'une baisse de l'acuité visuelle, des perforations tympaniques responsables d'une baisse de l'acuité auditive.

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

Elles sont à l'origine de séquelles telles que fatigue intense, douleurs musculaires limitant l'activité, entraînant une impotence fonctionnelle plus ou moins importante que le médecin devra apprécier pour déterminer l'incapacité totale de travail (ITT).

Les pathologies chroniques

Toutes les pathologies chroniques nécessitant un traitement continu et un suivi régulier sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées par les violences que ce soit des affections pulmonaires (asthme, bronchites chroniques, insuffisance respiratoire), des affections cardiaques (angine de poitrine, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle), ou des troubles métaboliques (diabète). Il peut être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son asthénie, de son mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et l'en empêche.

Les décès

Les violences conjugales sont une des causes principales de mortalité des femmes. La mort peut être l'issue ultime de la violence qu'il s'agisse de suicides, d'homicides ou de décès dus à des pathologies en lien avec la violence, telles que lésions du foie, ruptures de la rate par exemple. D'après le ministère de l'Intérieur, en France, trois femmes meurent du fait de violences conjugales tous les quinze jours. D'autre part, sur un échantillon de 652 cas colligés sur une période de 7 ans à l'Institut médico-légal de Paris, 31 % des homicides de femmes avaient été perpétrés par le mari, 20 % par son partenaire sexuel et dans seulement 15 % des cas le meurtrier était inconnu de la victime (Lecomte et coll., 2001). Enfin, on estime que les femmes victimes de violences conjugales font cinq fois plus de tentatives de suicide que dans la population générale (Stark et Flitcraft, 1991).

La psychiatrie

La violence psychologique peut exister séparément ou n'être qu'un préalable à la violence physique. C'est une violence faite d'attitudes ou de propos humiliants, dénigrants, méprisants, de menaces ou de chantage. Cette violence insidieuse se poursuit sur une période souvent très longue. Par un phénomène d'emprise, la victime, paralysée, subit sans rien dire les pires avanies pendant des années, cherchant parfois même des excuses à son partenaire. L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenues par leur agresseur peut produire différentes formes de troubles psychiques. La violence dépasse la capacité d'adaptation de la femme. Ainsi, parmi soixante patientes hospitalisées dans un service de psychiatrie nord-américain, la moitié avait été victime de violences conjugales (Post et coll. 1980).

Il peut s'agir :

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

Les dépressions sont fréquentes et frappent plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales. Elles sont caractérisées par une perte d'estime de soi, une prudence exacerbée, un repli sur soi, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des idées et/ou tentatives de suicide. Elles peuvent être la conséquence naturelle d'une situation dans laquelle la femme se sent ou est réellement dans l'impossibilité de fuir le contrôle et le pouvoir de son partenaire qui la maltraite. Elles peuvent être également dues au sentiment que la vie du couple arrive à son terme, à une grande incertitude de l'avenir, à la peur de représailles de la part du partenaire, à la crainte de perdre la garde de ses enfants, à la crainte de difficultés économiques, ou encore à une intériorisation de la colère.

Les abus de substances psychoactives sont fréquents : consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques. 10 % des femmes victimes abusent de drogues et de médicaments prescrits par leur médecin (sédatifs, somnifères, analgésiques) (Stark et Flitcraft, 1988). Cet abus peut être interprété comme une tentative d'automédication pour faire face à l'anxiété et à la violence qui la provoque.

D'autre part, de nombreuses femmes victimes de violences conjugales présentent tous les signes d'un syndrome post-traumatique, syndrome commun à toutes les personnes qui ont subi un traumatisme grave. 46,7 % à 58 % des femmes violentées présentent ce type de syndrome (Garibay-West, 1990, Austin, 1995).

Il comporte :

- une expérience itérative des événements du traumatisme (pensées « intrusives », *flash back*, cauchemars) ;
- des réactions émotionnelles et physiques exagérées, provoquées par « un événement gâchette » qui rappelle le traumatisme ;
- une stratégie d'évitement des activités, des lieux, des pensées ou des conversations qui rappellent le traumatisme ;
- un état d'hyperexcitation avec réactions exagérées à toute stimulation, hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration ;
- des troubles dissociatifs : « déréalisation », « dépersonnalisation ».

Ce syndrome doit être recherché à l'aide d'échelles comme le *Clinician Administered Post-traumatic Stress Disorder Scales (CAPS-DX)* particulièrement chez les femmes qui présentent une dépression, une anxiété ou un abus de substances. Les formes les plus sévères du syndrome post-traumatique sont appelées complexe *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*.

Ce cadre clinique comporte parfois des troubles d'allure psychotique : états de désorientation ou de confusion mentale, altérations du niveau de conscience et pensées délirantes ou paranoïaques. Il ne s'agit pas de psychose schizophrénique.

On peut aussi constater des troubles réellement psychotiques, la violence conjugale pouvant révéler ou exacerber des troubles antérieurs. Cependant, on doit se garder de fausses interprétations. Par exemple, la peur et la terreur engendrées par la violence peuvent être assimilées à tort à des troubles paranoïaques, alors qu'ils sont une manifestation du complexe PTSD.

Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale.

La gynécologie

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

- lésions traumatiques périnéales lors de rapports accompagnés de violences ;
- infections génitales et urinaires à répétition, maladies sexuellement transmissibles (MST), infections à *chlamydia* responsables de salpingites et de stérilités ultérieures, infections à *Papilloma virus* (HPV) dont on connaît la fréquence et qui sont responsables de condylomes vénériens très contagieux et, dans certaines variétés (HPV 16 et 18), de lésions du col utérin pouvant conduire à un cancer, enfin transmission du VIH ;
- douleurs pelviennes chroniques inexplicables ;
- troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie ;
- troubles des règles : dysovulations avec irrégularités menstruelles, dysménorrhées.

L'obstétrique

La grossesse est un cas particulier. Tous les auteurs considèrent qu'elle est un facteur déclenchant ou aggravant. Des épisodes de violence dans les trois mois précédant la grossesse seraient un élément prédictif important. La fréquence des violences conjugales au cours de la grossesse varie de 3 à 8 % avec des chiffres extrêmes de 0,9 % à 20,1 % dans une enquête de Gazmarian et coll. aux États-Unis en 1996. Dans une étude française menée auprès de 706 femmes, la fréquence de ces violences au cours des douze mois qui suivent la naissance a été de 4,1 % (Saurel-Cubizolles et coll., 1997). Par ailleurs, 40 % des femmes battues rapportent avoir subi des violences « domestiques » pendant leur grossesse (Chambliss et coll., 1997). Enfin, 51,2 % des femmes enceintes décédées à la suite de traumatismes physiques étaient connues de leur gynécologue comme étant victimes de violences de la part de leur partenaire ou d'une connaissance (Parsons et coll., 1999).

Les violences sont graves car elles retentissent à la fois sur la mère et le fœtus.

D'abord, la grossesse peut ne pas être désirée. Elle peut être la conséquence d'un viol conjugal, avoir été décidée par le couple pendant

une période d'accalmie ou être la conséquence de l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception.

La grossesse aboutit alors à des interruptions volontaires ou à des déclarations tardives et des grossesses mal surveillées avec leurs conséquences : accouchements prématurés, retards de croissance *in utero*. Dans l'étude de Parker et coll. (1994), les consultations seraient trois fois plus tardives chez les adolescentes victimes de violences (21,9 % au troisième trimestre *versus* 7,5 %), deux fois plus chez les adultes victimes (15,8 % au troisième trimestre *versus* 8,7 %).

Les auteurs canadiens rapportent que 89 % des femmes violentées au cours de leur grossesse, l'ont été lors d'une grossesse non désirée (le chiffre est de 70 % des cas pour Gazmarian et coll. en 1995). Ils estiment d'autre part que les femmes ont trois fois plus de risque d'être victimes de violence lorsque la grossesse n'est pas désirée.

Aux violences s'associent souvent un tabagisme, parfois l'usage d'alcool ou de drogues, une anémie maternelle, des infections urinaires plus fréquentes, toutes conditions qui retentissent sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant.

Les victimes ont plus souvent des épisodes de dépression et font plus souvent des tentatives de suicide.

Les violences physiques en elles-mêmes peuvent entraîner des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort fœtale, des hémorragies, voire des ruptures utérines.

Elles peuvent aboutir à la mort maternelle succédant à un homicide ou à des complications au cours de la grossesse : 25 % des morts maternelles sont secondaires à des violences physiques perpétrées par le père biologique (Fildes et coll., 1992).

L'angoisse et le malaise de la femme peuvent s'exprimer après l'accouchement par une carence ou une absence de soins immédiate à l'enfant, un allaitement déficient ou absent, des douleurs abdominales et pelviennes chroniques persistantes.

L'enfant à naître est lui aussi touché par la violence : mort fœtale *in utero* ou mort-né, retard de croissance *in utero* (9,5 % des enfants pesaient moins de 2 500 g dans une étude de Parker et coll. en 1994), lésions fœtales, à vrai dire très rares car le fœtus est protégé par le liquide amniotique : fractures de membres ou plaies par armes blanches.

D'une manière générale, les femmes victimes se trouvent très isolées. Dans l'étude de Saurel-Cubizolles, un an après la naissance de leur enfant, 46 % de ces femmes (au lieu de 14 %), n'ont personne dans leur entourage à qui se confier.

La pédiatrie

La violence dont l'enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime. Dans l'étude de Thomas et coll. portant sur 138 femmes victimes de violences conjugales et consultant dans une unité médico-judiciaire, 68 % des enfants avaient été témoins de scènes de violences. Dans 10 % des cas, la violence s'exerce aussi contre les enfants. Le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux-mêmes victimes serait de six à quinze fois plus élevé (Rosalind et coll., 1997).

Lors des scènes de violences, les enfants adoptent différentes attitudes : la fuite, l'observation silencieuse ou l'intervention. Ils développent un fort sentiment de culpabilité, d'autant plus que le père les utilise comme moyen de pression et de chantage. Ils ont parfois un comportement d'adultes et peuvent se sentir investis d'un rôle de protection vis-à-vis de leur mère. Ils prennent parfois partie pour l'un des deux parents.

Comme pour leur mère, la violence conjugale a de nombreux impacts sur leur santé. Ils peuvent souffrir :

- de lésions traumatiques : blessures accidentelles lorsque l'enfant reçoit un coup qui ne lui était pas destiné, ou violences intentionnelles, que l'enfant soit utilisé comme moyen de pression ou lui-même victime de violences de la part de l'un de ses parents. Les blessures peuvent alors être de tous types et de localisations différentes ;
- de troubles psychologiques : troubles du sommeil, cauchemars ; troubles de l'alimentation ; anxiété, angoisse ; état dépressif ; syndrome post-traumatique ;
- de troubles du comportement et de la conduite. Le climat de violence qui règne à la maison, la terreur engendrée par cette violence déséquilibre l'enfant et peuvent provoquer en lui : désintérêt ou surinvestissement scolaire, agressivité et violence ; fugues et délinquance ; conduites addictives et toxicomanies ; idées et tentatives de suicide ;
- des troubles psychosomatiques. Le manque de soins ou le traumatisme psychologique engendré par les violences entraînent des troubles sphinctériens à type d'énurésie, des retards staturo-pondéraux, des troubles de l'audition et du langage, des infections respiratoires à répétition.

Ces enfants sont susceptibles de reproduire la violence, seul modèle de communication qu'ils connaissent, soit dans les lieux publics (à l'école, dans la rue) soit en privé (à la maison, dans une future relation de couple).

Chapitre 3

Les aspects juridiques et déontologiques

Les sanctions pénales

Les violences conjugales sont sévèrement sanctionnées. Le Code pénal en vigueur depuis le 1^{er} mars 1994 (loi n° 92-683 du 22 juillet 1992) mentionne que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des « atteintes volontaires à l'intégrité de la personne ». Il en ressort que, même si elles n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT), ces violences constituent un délit et relèvent du tribunal correctionnel.

Ces aggravations sont mentionnées dans les dispositions suivantes :

- article 222-3 : actes de torture ou de barbarie (20 ans de réclusion criminelle) ;
- article 222-8 : violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (20 ans de réclusion criminelle) ;
- article 222-10 : violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (15 ans de réclusion criminelle) ;
- article 222-12 : violences ayant entraîné une ITT pendant plus de huit jours (5 ans d'emprisonnement et 500 000 F d'amende) ;
- article 222-13 : violences n'ayant pas entraîné une ITT pendant plus de huit jours (3 ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende).

Par ailleurs, certains faits de violence peuvent correspondre à des qualifications pénales délictuelles ou criminelles sans qu'il soit nécessaire de prendre en considération la qualité de l'auteur : meurtre (art. 221-1), assassinat (art. 222-3), administration de substances nuisibles (art. 222-15), appels téléphoniques malveillants ou agressions sonores (art. 222-16), menace de commettre un crime ou un délit (art. 222-17), menace de commettre un crime ou un délit sous condition (art. 222-18), viol (art. 222-23 et suivants), autres agressions sexuelles (art. 222-29 et 222-30), risques causés à autrui (art. 223-1 et suivants), entrave aux mesures d'assistance (art. 223-5 et suivants), séquestration (art. 224-1).

La situation du praticien

Le praticien appelé à prendre en charge une femme victime de violence conjugale se trouve dans une situation délicate. Il est pris entre son devoir de protection de la santé de ses patientes et les impératifs du

secret professionnel. En effet, les dispositions législatives font apparaître une antinomie entre divers articles du Code pénal :

– l'article 223-6 prévoit « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ». Quatre éléments ressortent de cet article : le péril couru par une personne, la possibilité d'agir, l'absence de risques et le refus d'agir ;

– cependant, l'article 226-13 du même Code précise : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende* ». En outre, la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes prévoit dans son article 97 art. 35 quater : « *la diffusion, par quelque moyen que ce soit et quel qu'en soit le support, de la reproduction des circonstances atteinte à la dignité d'une victime et qu'elle est réalisée sans l'accord de cette dernière, est punie de 100 000 F d'amende.... Le fait de diffuser, par quelque moyen que ce soit et quel qu'en soit le support, des renseignements concernant l'identité d'une victime d'une agression ou d'une atteinte sexuelles ou l'image de cette victime lorsqu'elle est identifiable est puni de 100 000 F d'amende.* » L'article 39 quinquies précise que les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque la victime a donné son accord par écrit ;

– enfin l'article 226-14 stipule que le secret n'est pas applicable « *à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* » ; ensuite « *aux médecins, qui, avec l'accord de la victime, portent à la connaissance du procureur de la République, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises* ».

Aux articles du Code pénal correspondent des articles du Code de déontologie médicale, qui confirment la réalité du conflit entre la prise en compte de l'intérêt du patient et l'obligation du secret professionnel :

– l'article 9 : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.* » De plus l'article 44 précise : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en*

raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. » ;

– l'article 4 : *« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » ;*

– de plus, l'article 51 stipule : *« Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. »*

Lorsque les violences s'exercent envers les enfants, le devoir de protection est clair d'après l'article 226-14 du Code pénal. Il l'est moins pour les femmes adultes où l'obligation de porter secours ne figure pas dans la loi en tant que telle et est laissée à l'appréciation du médecin.

Plus la fragilité de la femme est avérée, plus impérative est l'obligation d'agir. Chez la femme victime de violences, certains facteurs peuvent témoigner de cette plus grande fragilité : l'état de santé délabré, la grossesse, la présence d'enfants au foyer, la dépression, les tendances suicidaires ou les tentatives de suicide. Les tribunaux considèrent le danger au moment où le secret a été dévoilé.

En fait, dans les affaires récentes de violation de secret professionnel sanctionnées par les instances disciplinaires il y avait apparemment confusion entre la constatation des éléments objectifs recueillis lors de l'examen physique et psychologique que doit faire le médecin et la désignation de l'auteur de l'infraction qui n'est pas du ressort du médecin.

Afin de lever la réticence des médecins à signaler des situations de danger, le projet de loi de modernisation sociale a prévu un article qui assure une protection des médecins. Adopté en première lecture par l'Assemblée nationale et par le Sénat, ce texte n'est pas encore définitif. Il propose de compléter l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique (article énumérant les peines disciplinaires que les conseils régionaux, territoriaux ou interrégionaux peuvent appliquer) par deux alinéas ainsi rédigés : *« Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article 226-14 du Code pénal.*

Lorsque l'instance disciplinaire est informée de l'engagement, à la suite d'un tel signalement, de poursuites pénales pour violation du secret professionnel ou toute autre infraction commise à l'occasion de ce signalement, elle sursoit à statuer jusqu'à la décision définitive de la juridiction pénale « .

On sait que des victimes sont décédées faute de n'avoir pas alerté les autorités judiciaires. L'analyse rétrospective des circonstances d'assassinats a démontré qu'il aurait été possible de prévenir l'évolution fatale en tenant compte des mains courantes qui n'avaient pas été portées à la connaissance des magistrats.

Dans tous les cas, ce sont le sens de la responsabilité et sa conscience personnelle qui doivent dicter au médecin sa décision : il ne s'agit pas de se retrancher derrière le Code de déontologie lorsque la vie d'une personne est en danger. À vrai dire, l'efficacité quand il y a danger ne passe pas forcément par le droit : elle peut aussi consister à adresser en urgence la personne en danger à une association d'aide aux victimes ou à la mettre à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais.

Le cas de conscience ne se posera réellement que si la femme refuse obstinément tout soutien et toute solution alors qu'elle paraît être en danger de mort.

Chapitre 4

Le rôle des médecins

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

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), a confirmé cette prééminence en montrant que les femmes victimes d'agressions physiques au cours des douze derniers mois se confiaient en premier lieu au médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie (13 % des cas), la justice ou les associations.

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

Mais d'autres catégories sont intéressées à divers titres : les pédiatres à l'occasion des consultations des enfants, les psychiatres, principalement à l'occasion des consultations pour dépression, les chirurgiens orthopédistes, les intervenants spécialisés dans les différentes addictions, notamment les alcooliques, les médecins du travail.

Parmi les services hospitaliers, ce sont les services d'urgences qui occupent une place privilégiée en raison des possibilités d'accueil 24 heures/24, et d'une certaine forme d'anonymat. Ces services sont aussi bien placés pour traiter les pathologies en lien avec les violences conjugales : tentatives de suicide, abus d'alcool et de médicaments. L'Association Médicale Américaine rapporte que 22 à 35 % des femmes se présentant dans les services d'urgences ont été victimes de sévices, 21 % dans les services d'urgences chirurgicales, pourcentages semblant heureusement moins élevés en France (8 % dans une étude de Madame Diamant-Berger à la consultation des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu de Paris). Certes, tous les autres services peuvent être sollicités, en particulier les services d'orthopédie et de traumatologie, les services de pédiatrie et de psychiatrie, mais on doit insister sur le rôle des maternités, lieu de passage obligé pour plus de 700 000 femmes par an, des centres d'orthogénie et de

planning familial qui reçoivent quelque 300 000 femmes par an, des services de protection maternelle et infantile.

Cependant, la méconnaissance de la fréquence et de la gravité des violences conjugales ou domestiques persiste dans les milieux de soins, ce qui s'explique par des réticences, des freins culturels, qu'il convient de mettre en lumière pour adopter des mesures correctrices efficaces.

Les textes de référence : textes de loi, circulaires, code de déontologie, documents professionnels existent pour guider l'action des médecins. Ils sont disponibles sur les sites internet et dans des brochures à l'usage des médecins, dont l'une aussi simple que complète, a été réalisée récemment (2000) par le Service des Droits des femmes et de l'égalité avec le concours de la Direction générale de la santé et de la Fédération nationale solidarité femmes.

Le rôle des médecins ne saurait se limiter à la prescription de médicaments sédatifs ou anxiolytiques bien qu'une telle prescription soit nécessaire, au cas par cas.

Accueillir et être à l'écoute

C'est, pour les médecins et les professionnels de santé, être disponibles, savoir engager le dialogue, poser quelques questions simples qui mettent la femme en confiance et lui donnent l'opportunité de raconter son histoire. La femme victime de violences vit sous la contrainte, l'angoisse, la peur. Elle est humiliée et a souvent développé un sentiment de culpabilité. Le médecin doit donc s'efforcer de lui faire exprimer son désarroi. Il doit comprendre son sentiment de vulnérabilité, son désespoir, sa tendance à nier les faits, à les minimiser, voire à défendre son oppresseur. Il doit accepter que la femme soit confuse, effrayée, honteuse ou agressive.

Le médecin généraliste est parfois « le médecin de famille » ce qui représente à la fois un avantage car il connaît les problèmes du couple et peut apporter un conseil lucide et efficace, et un désavantage car ce peut être un facteur limitant. Dans l'étude de C. Morvant, un médecin sur deux avoue être gêné dans son intervention par le fait de connaître et de suivre le mari agresseur.

Dépister les violences

Le dépistage peut être facile devant des lésions visibles dont la multiplicité et la topographie sont suggestives, d'autant plus qu'elles sont d'âges différents. Il est beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour des troubles dus à une somatisation comme des troubles digestifs ou

des lombalgies chroniques, des troubles gynécologiques comme des douleurs pelviennes ou une dyspareunie, ou encore des troubles psychiques variés. Le médecin doit alors faire preuve de perspicacité.

En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins français. Mais la plupart des femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas parler de ce qu'elles subissent. D'après les études canadiennes, 25 % seulement en parleraient spontanément à leur médecin. Il est évident que de nombreuses femmes ne sont pas repérées.

Cela suppose donc de poser quelques questions simples dont certaines figurent sur le site internet de l'Institut humanitaire ([www. sivic.org](http://www.sivic.org)). Ce peut être des questions sur la vie conjugale :

- « *Vous entendez-vous bien avec votre mari ?* » ;
- « *Vous vous disputez avec lui ? Que se passe-t-il alors ?* » ;
- « *Qu'est-ce qui vous rend triste ?* ».

Ce peut être aussi des questions en rapport avec le climat actuel de violence :

- « *On parle beaucoup en ce moment de mésentente dans les familles, de violence dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? Quelqu'un vous a-t-il maltraitée ?* » ;
- « *De nombreuses patientes nous ont dit avoir été plus ou moins maltraitées par quelqu'un de proche. Est-ce que cela vous est arrivé ?* » ;
- « *Êtes-vous effrayée par le comportement de quelqu'un à votre domicile ?* ».

Si la patiente répond affirmativement, le médecin doit tenter d'approfondir la situation en posant deux autres questions :

- « *Voudriez-vous m'en parler plus longuement ?* » ;
- « *Que voudriez-vous faire ?* ».

Dans le doute, certains éléments peuvent orienter le diagnostic tel que la notion recueillie à l'interrogatoire de maltraitance de la femme dans son enfance, notion qui ressort de l'enquête ENVEFF : la proportion de victimes de violences, au cours des douze derniers mois, est quatre fois plus élevée chez les femmes ayant subi des sévices dans leur enfance.

Certaines situations sont également évocatrices : le jeune âge de la femme, une séparation récente, une instance de divorce, une instabilité du couple, l'alcoolisme du conjoint ou un conjoint connu pour être violent, aimant commander, intimider ; le conjoint sans emploi ou encore un état de précarité du ménage sont également des facteurs aggravants.

Dans d'autres cas, c'est le comportement de la femme et/ou de l'homme lors de la consultation qui éveille l'attention. La patiente tantôt craintive et apathique, tantôt irritée et agressive, sursaute au moindre bruit, à la moindre stimulation. Ses déclarations peuvent être confuses ou incohérentes. L'homme est trop prévenant, répond à la place de sa femme ou lui suggère ses réponses, la contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes. Mieux vaut alors faire sortir l'accompagnateur sous un prétexte quelconque.

La femme peut aussi consulter sous d'autres prétextes : l'établissement d'un certificat médical sur réquisition ou non, un renouvellement de traitements médicamenteux, une demande de soins pour ses enfants ou son compagnon.

Quoi qu'il en soit, dans certains cas, la femme ne veut pas parler. Le médecin peut l'aider en lui délivrant le message qu'elle pourra toujours revenir et il peut lui donner des adresses ou numéros de téléphone utiles.

Évaluer la gravité

C'est apprécier les conséquences somatiques des lésions traumatiques mais aussi gynécologiques qui peuvent survenir à la suite de rapports sexuels forcés (maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)). C'est aussi évaluer l'impact des violences sur le psychisme qui peut conduire la femme à de graves manifestations anxieuses ou phobiques, à la dépression, à des tentatives de suicide, à un comportement addictif vis-à-vis du tabac, de l'alcool, des autres drogues psychoactives, des médicaments psychotropes. On doit se garder de sous-estimer le caractère très destructeur qu'un climat de violence à long terme exerce sur la femme quelle que soit la gravité de signes cliniques apparents.

Il convient d'évaluer, outre la gravité des lésions :

- l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation qui, en se répétant, peut atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial ;
- le contexte d'alcoolisme chronique du partenaire ;
- le retentissement sur les enfants au foyer, très souvent témoins des actes de violence ;
- la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que la grossesse ;
- l'existence de menaces de mort ou l'usage d'armes, très inquiétantes.

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

Au minimum il convient de l'orienter vers des relais compétents tels que les associations d'aide aux victimes. L'examen *a posteriori* des cas d'homicide a parfois permis de constater que si les acteurs de santé et de justice avaient tenu compte des signes d'alerte, le drame aurait pu être évité.

Cependant, il n'est pas rare que la femme soit réticente. Divers facteurs interviennent dans sa conduite apparemment paradoxale : outre sa fatigue physique et son état dépressif, le souci de préserver l'unité familiale et les enfants, la peur des représailles, la crainte de ne pouvoir surmonter les obstacles matériels, la crainte d'affronter les institutions judiciaires, la crainte que l'abandon du domicile conjugal ne se retourne

contre elle dans une instance de divorce. C'est le rôle des soignants, du médecin et des associations, d'aider la femme dans sa décision et de lui apporter un éclairage extérieur.

Assurer les soins et constituer un dossier

Le bilan des lésions nécessite parfois des examens complémentaires : radiographies, examens spécialisés oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, gynécologiques.

Les soins consistent non seulement à traiter les lésions constatées mais aussi les manifestations douloureuses immédiates et le retentissement psychologique : insomnie, anxiété, état dépressif.

L'établissement du certificat auquel tout médecin traitant est tenu peut être différé. Qu'il le soit ou non, tous les éléments recueillis à l'interrogatoire et à l'examen doivent être consignés dans un dossier, tant les faits objectifs que subjectifs : début des violences, fréquence, type des violences, contexte déclenchant, alcoolisme du mari et/ou origine ethnique, lésions constatées, retentissement sur le psychisme, violences à l'encontre d'autres membres de la famille.

Rédiger le certificat

Le certificat, (voir modèles en annexe), est un acte médical descriptif qui témoigne des dires de la patiente et décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques, et le retentissement physique et psychique des violences subies par la femme.

C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme, l'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendant largement. Il peut aussi constituer un élément de preuves qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme ne l'utilise pas immédiatement.

Il doit comporter, outre les éléments d'identification du médecin et de la femme ainsi que la date et l'heure de l'examen :

- la description exhaustive des lésions constatées en précisant leur aspect tout en respectant les termes médicaux appropriés (ecchymoses, hématomes...), leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue. Un schéma peut être utile ;

- la description des soins nécessaires et prescrits ainsi que la liste des examens complémentaires prescrits et effectués ;
- les conséquences fonctionnelles des blessures, tenant compte des appréciations objectives du médecin et des allégations de la victime relatives aux douleurs ressenties, à la fatigue, à la gêne plus ou moins importante pour accomplir les mouvements ;
- la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT) qui concerne le travail personnel et non professionnel. Cette durée, évaluée en jours, bien que les violences perpétrées par le partenaire constituent dorénavant un délit ressortant du tribunal correctionnel quelle que soit la durée de l'ITT, n'en conserve pas moins toute son importance pour l'appréciation du préjudice subi, de la dangerosité de l'agresseur et la fixation de la peine. Celle-ci varie en effet de 3 ans d'emprisonnement et 300 000 francs d'amende si l'ITT est égale ou inférieure à huit jours, à 5 ans d'emprisonnement et 500 000 francs d'amende si l'ITT est supérieure à huit jours. L'estimation de l'ITT est médicale et concerne le retentissement fonctionnel et psychologique de l'agression mais on doit noter que l'objectif « total » peut être interprété de manière variable selon les médecins. Le retentissement psychique est souvent sous-estimé en raison des difficultés d'évaluation et de la complexité du lien de causalité. Il peut être évident d'emblée ou n'être que suspecté. Il convient alors d'émettre des réserves quant à l'évolution de ce retentissement et d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, à distance des faits, pour affiner la détermination de l'ITT.

On doit avoir conscience que les médecins ne sont pas toujours bien formés à la rédaction de ces certificats. Certains abus tarifaires ont pu être constatés et déplorés. Ces difficultés ont conduit à la mise en place de services médico-judiciaires qui sont présents dans plus de soixante villes. Cependant les violences conjugales sont disséminées sur tout le territoire et relèvent le plus souvent de la responsabilité de chaque médecin.

Informier et orienter la patiente

C'est une des missions essentielles du médecin et des professionnels de santé en général. Le médecin dispose de plusieurs possibilités en fonction de la gravité de la situation, de l'état de réceptivité de la patiente et de ses désirs. Toutefois, l'analyse de nombreux cas démontre que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offerte.

Si la situation est grave et laisse craindre l'irréparable, le médecin peut décider une hospitalisation immédiate. Il peut aussi conseiller à la femme de porter plainte auprès de la police ou de la gendarmerie. Il doit l'informer de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la police (main courante) ou à la gendarmerie (procès verbal de renseignement judiciaire). Il peut surtout lui

conseiller de s'adresser aux associations d'aide aux victimes qui lui fourniront conseils et assistance.

S'il estime ne pas avoir la compétence voulue, il peut adresser la femme dans un service médico-judiciaire qui possède le savoir-faire pour le constat des lésions et leur traitement et offre aux victimes une information sur la procédure éventuelle et ses conséquences tant pour elles que pour le responsable des blessures. En pratique, les médecins semblent assez peu recourir directement à ce moyen, ne serait-ce que pour des raisons de logistique.

Si la situation ne lui paraît pas avoir atteint un degré de gravité imposant une solution d'urgence, il peut vouloir s'impliquer personnellement, en sachant qu'il s'agit d'un travail ardu ne se limitant pas à des prescriptions médicamenteuses. En fait, le médecin est souvent isolé, notamment en zone rurale ou dans les villes de taille moyenne où, en outre, la crainte de ne pouvoir éviter les rumeurs peut constituer un frein à son action. C'est là qu'intervient la notion de réseaux de proximité qui fait entrer en liaison tous les acteurs de terrain, l'animateur du réseau pouvant être l'un quelconque d'entre eux.

En l'absence de réseau constitué ou de prime abord, le médecin peut alerter les associations en ayant recours au numéro de téléphone de « violences conjugales femmes info-service » (01 40 33 80 60) qui peut donner à la femme, sur le champ, ligne de conduite et conseils pratiques. Il devrait s'assurer également d'un lien avec l'hôpital le plus proche, voire avec celui d'une ville plus éloignée, dont les services pourraient assurer les soins et l'accompagnement de la femme tout en la mettant à l'abri de son agresseur.

Enfin, si le médecin juge qu'il ne peut alerter les autorités car la femme ne le veut pas ou que les conditions ne s'y prêtent pas, il serait utile qu'il puisse s'entretenir avec un substitut du procureur ou un policier, sans rompre pour autant le secret professionnel, et préparer ainsi une réponse mieux adaptée lors d'une récidive.

Le cas de conscience se pose si la femme, refusant toute solution, le médecin estime qu'elle est en danger de mort.

Quelques itinéraires divers

L'étude des quelques cas cliniques présentés en annexe est significative et témoigne des réseaux à mettre en alerte sur ce thème.

L'urgentiste du centre 15 à la ville ou à la campagne peut intervenir en urgence pour un constat de coups et blessures, pour une tentative de suicide, pour un état dépressif, un alcoolisme aigu.

L'évaluation au domicile constitue un témoignage essentiel. Si l'hospitalisation est décidée, elle permet de préserver dans l'immédiat la

femme et les enfants. Le cloisonnement entre l'hôpital et les soins en ville risque d'être un obstacle à l'information et à une orientation adaptée de la femme.

Les urgences hospitalières. Des mesures sont en cours d'application pour mettre en place un réseau d'accueil des victimes. La gestion des urgences conduit à l'hospitalisation de 20 à 30 % des malades des urgences avec un débordement des structures qui accueillent chaque année un flux croissant.

Les femmes victimes de violences conjugales sont méconnues et le dépistage systématique proposé dans une étude un jour donné devrait en confirmer la réalité. Ce sont souvent des patientes non admises qui bénéficient de soins en traumatologie.

Les urgences psychiatriques sont rarement sollicitées mais il est vrai que l'urgentiste méconnaît ou évalue mal le retentissement psychique des violences. Les dépressions réactionnelles, les conduites addictives sont observées et devraient être considérées comme un état clinique d'alerte traduisant la gravité des violences.

Les urgences gynécologiques et obstétricales devraient faire l'objet d'une recherche sur le thème des violences et de la grossesse.

Chapitre 5

Les difficultés rencontrées par les médecins et les raisons de leur réticence

En dehors des études étrangères, deux études françaises récentes, malgré la taille relativement modeste de leur échantillon, apportent des renseignements intéressants sur le médecin face aux violences conjugales : la thèse de médecine de Cécile Morvant soutenue en mai 2000 et un article de Jean-Yves Chambonet et coll. paru en septembre 2000. Elles montrent que certains médecins généralistes restent volontiers passifs face aux violences conjugales ou trouvent ces situations particulièrement difficiles à gérer.

Les difficultés rencontrées par les médecins

Beaucoup de médecins sont inconscients de l'ampleur du problème et du fait que la violence peut s'exercer dans n'importe quel milieu sans égard à l'âge, la race, l'éducation, la religion, le statut marital, le niveau socio-économique. Beaucoup pensent que le phénomène est réservé à des couches de population défavorisée et ne peut atteindre leur clientèle. Ils ont tendance à s'identifier à leurs clientes d'autant plus volontiers qu'elles appartiennent à la même couche sociale et ont un mode de vie semblable.

Ils pensent que toute enquête est une intrusion dans la vie privée du couple et craignent d'offenser la patiente en posant certaines questions, au même titre que le médecin généraliste hésite à se renseigner sur la consommation d'alcool, de drogue ou la vie sexuelle des couples.

Ils expriment souvent un sentiment de frustration estimant qu'aucun remède n'est efficace dans de tels cas et que les perspectives d'amélioration sont faibles. Ils ont l'impression de ne pas pouvoir contrôler la situation. Ils sont découragés par la complexité du problème, l'attitude des femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence, leur refus de quitter leur compagnon ou de porter plainte, mais aussi par la fréquence des retraits de plainte qui les mettent en porte-à-faux et la difficulté d'agir sur le comportement de l'agresseur. Ils redoutent la réaction des familles qui leur reprochent d'être à l'origine de mesures qui les font montrer du doigt par le voisinage ou, pour les enfants, par les camarades d'école.

D'autres se plaignent du manque de temps car il en faut pour écouter et rassurer une patiente traumatisée. Ils se plaignent d'avoir souvent à donner en urgence un certificat demandé par la police. Or, la consultation souvent longue ne peut se résumer à la rédaction précipitée d'un certificat. D'autres, enfin, ont tout simplement peur d'un scandale qui serait préjudiciable à leurs relations de confiance avec leur clientèle.

Les médecins craignent également des retombées judiciaires, d'autant plus qu'ils ne se sentent pas toujours soutenus par les conseils ordinaires départementaux. On doit reconnaître que, face à la loi, la situation des médecins est particulièrement délicate. Ils sont pris entre leur devoir de protection des patientes et les impératifs du secret professionnel, entre l'article 223-6 du Code pénal et 44 du Code de déontologie médicale sur l'obligation de porter secours et l'article 226-13 du Code pénal et 4 du Code de déontologie médicale prévoyant les punitions pour violation du secret professionnel, encore renforcé par l'article 97 de la loi du 15 juin 2000 sur les droits des victimes (*cf. supra*).

Leurs réactions sont aggravées par le fait que nombreux sont ceux qui n'ont reçu aucune formation au cours de leurs études. Ils ne savent comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions. Ils redoutent d'aggraver la situation avec des réactions inadéquates. 82 % dans la thèse de C. Relhinger (1983) et 60,3 % dans celle de C. Morvant (2000) se disent mal formés. Paradoxalement, les étudiants ne vont pas aux cours organisés par leurs doyens. Ce sont les médecins qui, installés et confrontés au problème, demandent des enseignements post-universitaires.

Parfois aussi les médecins ont une histoire personnelle de violence dont ils ont été les témoins ou les victimes dans leur enfance ou de sévices sexuels subis dans l'enfance, ce qui paraît plus répondre aux médecins féminins que masculins, du moins aux États-Unis.

Enfin, certains mettent en doute les déclarations de la femme et disent n'avoir aucune raison de croire l'un plutôt que l'autre des protagonistes. On ne peut nier l'existence de couples qui entretiennent sciemment des relations sado-masochistes. Enfin, on ne peut oublier que lors d'une procédure de divorce, les violences alléguées trop facilement pèseront lourd dans la décision de garde ou de droit de visite des enfants.

Dans l'étude de Chambonet et coll., 82 % des médecins pensent qu'il s'agit effectivement d'un problème difficile, les difficultés étant dues, à leur avis, dans 61 % des cas au comportement de la femme elle-même, dans 64 % aux difficultés de l'exercice de leur métier, dans 34 % au conjoint, et dans 30 % à la lenteur de la réponse des partenaires sociaux.

À vrai dire, passivité et réticence ne se limitent pas aux médecins généralistes. Elles atteignent aussi d'autres médecins spécialistes : gynécologues-accoucheurs, chirurgiens, psychiatres entre autres, ainsi que le personnel médical et infirmier des services hospitaliers qui a lui aussi du mal à appréhender ce phénomène de société.

Les conséquences

Le résultat de ces craintes, en partie légitimes, et du manque de formation est que, si les médecins font effectivement des certificats dans 70 à 80 % des cas, ceux-ci ne sont pas toujours correctement rédigés.

Les médecins ne font que peu de dépistage systématique (7 à 9 %).

Ils ne recueillent pas toujours les données cliniques et les examens complémentaires dans leurs archives. Ainsi, 50,8 % de médecins dans l'étude de C. Morvant n'avaient pas consigné les données de l'entretien et de l'examen clinique dans un dossier.

Ils ont tendance à gérer seuls le problème (70 % des cas) en prescrivant des traitements symptomatiques : anxiolytiques, antidépresseurs, antalgiques, hypnotiques, qui atténuent les symptômes, mais enclenchent un véritable cercle vicieux. Dans l'enquête de C. Morvant, 75,6 % des médecins n'ont eu aucun contact avec les autres professionnels de santé qui s'occupent des mêmes patientes et 44,7 % ne savaient pas si les patientes violentées avaient consulté d'autres structures sanitaires.

Enfin ils ne donnent pas toujours les renseignements utiles que la femme attend (45 % des cas dans l'étude de Chambonet et coll.) et les orientent plutôt vers la police ou la gendarmerie que vers les associations ou d'autres confrères.

Toutes ces remarques ne doivent pas être interprétées comme des critiques envers le corps médical mais doivent servir à modifier l'enseignement donné aux médecins au cours de leur cursus ou lors de la formation continue ultérieure et à multiplier les informations qui leur sont nécessaires. La priorité est de les convaincre qu'ils occupent une position clé pour dépister les violences conjugales, conseiller les femmes, prévenir l'escalade de la violence et éviter les drames.

Chapitre 6

Les partenaires violents

Nous distinguerons l'analyse du profil des partenaires violents et les circonstances favorisant les agressions.

Les partenaires violents

Certes, l'homme violent « *est simplement un homme qui veut que ses proches se conforment et obéissent à ses désirs* » (Welzer-Lang, 1992) et peut appartenir à toutes les classes sociales. Il n'en reste pas moins que certains hommes ont plus tendance à être violents que d'autres. Il est étonnant, à ce propos, de constater à quel point on manque de renseignements sur les agresseurs et les raisons de leur comportement.

Il existe peu d'études analysant les causes et les mécanismes des hommes violents. Pourtant ce n'est qu'avec des études plus précises concernant les raisons de ce comportement et une prise en charge thérapeutique de ces hommes que l'on pourrait venir à bout de la violence conjugale.

Lorsqu'on parle des hommes violents, il ne faut pas considérer seulement la violence physique, mais tenir compte également de la violence psychologique, même si cette notion est éminemment subjective, car elle est toujours un préalable à la violence physique et peut être à l'origine de dégâts considérables.

Il est important également de sortir du stéréotype psychiatrique et de préciser que la violence à l'égard d'un conjoint n'est pas une maladie mais un comportement souvent appris qu'il est possible de changer.

En ce qui concerne les causes du comportement des conjoints violents, on rencontre deux courants de pensée :

- les théories féministes, selon lesquelles la violence conjugale trouverait son origine dans l'oppression des hommes sur les femmes ;
- les théories selon lesquelles plusieurs causes seraient à l'origine de cette violence :
 - 1) des causes liées à l'apprentissage social de la violence ;
 - 2) des causes psychologiques liées à l'insécurité, à l'impulsivité ou à l'immaturité de l'homme.

Le point commun de toutes les formes de violence conjugale se situe dans le besoin de contrôle et de domination de l'autre. Les hommes violents considèrent l'autre comme leur propriété. En fait, ils sont dans la dépendance de l'autre, même s'ils le nient et pointent la dépendance de leur compagne.

Ils ne reconnaissent pas les faits dans 90 % des cas ou justifient leur comportement par les provocations ou les « fautes » de leur partenaire.

Selon Holtzworth Monrøe, qui a publié en 1994 une *Typologie des hommes violents*, il en existe trois types :

- les conjoints violents de type familial qui n'exercent leur violence que sur leur compagne ;
- les sociopathes véritables qui sont des individus asociaux qui n'éprouvent aucune culpabilité à faire souffrir leur partenaire ;
- les « *dysphorics borderline* », qui présentent un trouble psychiatrique.

Il semble pertinent de proposer une classification plus précise des conjoints violents :

- les hommes immatures et impulsifs qui s'énervent et deviennent violents à l'occasion d'un événement qu'ils ne contrôlent pas. Certains hommes immatures par exemple ne deviennent violents que lorsque la femme devient enceinte ou qu'elle décide de se séparer ;
- les hommes psychorigides, autoritaires, qui trouvent normal de dominer leur compagne. On peut rajouter dans cette catégorie les migrants qui arrivent de pays où les coutumes sont différentes et où les femmes ne bénéficient pas du même statut que dans les pays européens. On ne modifie pas en quelques mois des habitudes ancestrales, d'autant plus que les femmes sont volontiers tenues à l'écart de toute vie sociale ;
- les hommes qui ont été témoins ou victimes de violences ou d'abus sexuels dans leur enfance et qui reproduisent à l'âge adulte ce qu'ils ont subi ou ont vu faire ;
- les hommes jaloux qui ont besoin de contrôler leur partenaire (ils représentent 33 % des personnalités violentes dans l'enquête de Thomas et coll.) ;
- les hommes paranoïaques ou psychopathes qui éprouvent une méfiance quasi délirante à l'égard des femmes ;
- les hommes qui ne sont violents que lors de la prise d'alcool ou de toxiques, par la levée de l'inhibition. En effet, la consommation d'alcool facilite les agressions, les passages à l'acte, entraînant une diminution de l'autocritique ou une exagération du sentiment de pouvoir. Si, pour Murdoch et coll., la violence conjugale serait spécifiquement liée à l'alcool indépendamment d'autres problèmes de couple, pour Thomas et coll., l'alcool n'intervient que dans 29 % des cas ;
- les hommes qui ont des fonctionnements pervers narcissiques, (ou hommes « contrôlants »), qui ne frappent pas mais qui exercent sur leur partenaire une violence psychologique permanente. Leur violence insidieuse est faite de menaces, de coercition, de dénigrement et de manipulation. Ils savent « casser » l'autre pour mieux se rehausser. Ils ont besoin pour exister, de s'attaquer à l'estime de soi de leur partenaire et de s'accaparer leur bonne image. Ces hommes sont difficiles à repérer car ils savent séduire et

convaincre les éventuels intervenants extérieurs, et leur partenaire, mise sous emprise, n'est jamais sûre de la réalité de l'agression. Un passage à la violence physique peut se faire lorsque la femme réagit et essaie de sortir de la domination et de l'emprise. Contrairement à ce qui se passe avec les hommes jaloux ou impulsifs, cette forme de violence n'évolue pas par cycle mais est permanente, sans aucune rémission ou réconciliation. Cette forme de violence est peu liée à la prise d'alcool.

Il semblerait que cette forme de violence soit de loin la forme la plus fréquente, même si elle est tolérée très longtemps par la société et aussi par les femmes qui n'osent pas se plaindre : « *Ce n'est pas si grave !* »

Récemment est apparu en France le problème désormais bien connu de la consommation de médicaments psychotropes et des polyconsommations de produits psychoactifs aboutissant à de redoutables mélanges pouvant favoriser la violence. Dans l'étude de Thomas et coll. (2000), la notion de prise de drogue, non signalée il y a 10 ans, est désormais notée dans 10 % des cas.

Les circonstances favorisantes

Quelle que soit la personnalité de l'agresseur, certains facteurs sont reconnus comme déclenchants :

- la jalousie et l'infidélité, le refus de rapports sexuels ;
- la séparation, le divorce ;
- la grossesse, la naissance d'un enfant, les disputes à propos des enfants, le droit de visite ;
- la mise au chômage récente du partenaire, la précarité.

Dans l'enquête de Chambonet et coll., les causes de violences conjugales repérées par les médecins et souvent associées seraient : l'alcoolisme dans 93 % des cas, le conjoint connu comme violent dans 57 %, la précarité dans 52 %, le milieu défavorisé dans 48 %, la volonté de contrôle par le mari dans 32 %, la provocation de la femme et la différence de milieu culturel dans 13 %.

En fait, l'appréciation des causes de violences est variable selon :

- le lieu géographique : campagne, ville, cité ;
- les interlocuteurs : médecin, service médico-judiciaire, écoute téléphonique, association de défense des victimes ;
- la population considérée.

Chapitre 7

Propositions du groupe de travail

Le constat décrit dans ce rapport souligne la nécessité d'engager une action coordonnée avec les différents ministères intéressés, notamment le secrétariat d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle. Les mesures d'ordre général qui concernent le droit des femmes se traduisent sur le terrain par une réponse qui relève pour partie de la responsabilité des médecins généralistes ou spécialistes, et des professionnels de santé, dans les villes et les campagnes. Améliorer l'efficacité des acteurs de santé et la confiance des femmes envers les réseaux de soins suppose un programme concerté entre les ministères.

Le retard constaté en France dans le dépistage, l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales est lié, nous l'avons décrit, à des réticences, des freins culturels, une méconnaissance de la situation par les professionnels de la santé alors que les compétences, les documents, les textes de référence existent.

Le groupe de travail a volontairement limité sa réflexion aux violences conjugales, au sens large de violences « domestiques » ou « intra-familiales ». Cependant, diverses mesures s'intégreraient légitimement au sein d'une politique plus générale à l'égard des violences faites aux femmes en général (travail, voie publique...).

Quatre points forts ressortent du rapport sur les violences conjugales :

- la fréquence des violences, en partie méconnue du public et des médecins ;
- leurs conséquences sur la santé des femmes et des enfants, dans l'ensemble sous-estimées ;
- le rôle des médecins qui s'avère primordial ;
- les difficultés éprouvées par les médecins pour prendre en charge efficacement les femmes victimes et résoudre leurs problèmes.

Les propositions du groupe de travail s'orientent autour de cinq axes principaux : l'indispensable sensibilisation du public et des professionnels de santé, l'intérêt de la prévention, la nécessaire formation des médecins et des professionnels de santé, l'amélioration de la prise en charge des patientes, le développement des études et des recherches sur le sujet.

La sensibilisation du public et des professionnels de santé

Elle doit s'exercer en effet à deux niveaux : le public et les professionnels de santé.

- Sensibilisation du public sur les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et de leurs enfants.

Une campagne nationale « grand public » serait souhaitable, d'une part pour faire prendre conscience à la population de la fréquence des violences conjugales et de la gravité de leurs conséquences sur la santé des femmes et des enfants, d'autre part pour faire prendre en considération les femmes qui allèguent de telles violences, enfin pour faire accepter l'aide des professionnels, amorçant ainsi la possibilité de dialogue avec les médecins.

Cette action devrait prévoir, outre des émissions de télévision et de radio :

- des articles, reportages, éditoriaux dans la presse féminine, donnant des adresses de relais de soutien et d'écoute, administratives ou associatives ;
- la diffusion de documents d'information sur les réseaux d'accueil et de prise en charge de proximité dans tous les lieux de soins, publics et privés, les salles d'attente, les pharmacies.

- Sensibilisation des médecins et professionnels de santé.

Il serait essentiel de faire prendre conscience aux médecins, professionnels de santé, travailleurs sociaux, qu'ils sont très souvent le maillon initial de la chaîne de prise en charge et que leur première réaction est fondamentale.

Pour cela il convient :

- de trouver des relais dans le milieu médical : Académie nationale de médecine, Ordre national des médecins, commissions médicales d'établissement, collège national des différentes disciplines, notamment celui des gynécologues et obstétriciens français, syndicats médicaux, instituts de santé publique ;
- de faire paraître des articles dans la presse professionnelle des médecins, sages-femmes, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens mais aussi dans les revues destinées aux magistrats, à la police et à la gendarmerie ;
- de mettre les violences conjugales au programme des conférences régionales de santé.

- Sensibilisation des pharmaciens.

Souvent, les premières personnes auxquelles s'adressent les victimes sont les pharmaciens. Une action auprès de l'Ordre des pharmaciens permettrait de bénéficier de ce réseau de proximité privilégié auprès de la population.

Cette sensibilisation des médecins, des professionnels de santé et des pharmaciens devrait logiquement précéder et/ou accompagner celle du public. Les professionnels, pour agir avec efficacité, devraient préalablement recevoir tous les documents et informations utiles afin d'être prêts à répondre à l'attente des femmes.

Actions de prévention

Il n'est pas suffisant de constater la violence conjugale. Mieux vaudrait tenter de la prévenir. On peut envisager plusieurs mesures :

- inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, des services de pédiatrie, celui des centres de planning familial et des centres de protection maternelle et infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales. La grossesse est, par excellence, le moment où la femme consulte à de nombreuses reprises les médecins et les sages-femmes dans un climat de confiance ;
- insister sur la prise en charge des enfants victimes de maltraitance pour éviter, qu'à l'âge adulte, les hommes reproduisent la violence qu'ils ont subie et les femmes leur comportement de victime ;
- prendre en compte le risque accru de violences conjugales dans le suivi des alcooliques, des usagers de drogue, des personnes en situation de précarité ;
- installer des lieux d'écoute et de prise en charge des hommes violents, tout en sachant la difficulté de traiter et d'amender ces hommes ;
- prévoir une information dès l'école primaire et le collège comme cela a été fait au Canada ;
- organiser un dispositif de repérage des situations à risque en amont dans les collèges, lycées ou lieux de travail (rôle des médecins et infirmières scolaires, des médecins du travail mais aussi des îlotiers).

Formation des médecins et professionnels de santé

Dans toutes les études consultées, les médecins se plaignent de n'avoir reçu aucune formation. Ils ne savent comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions. Ils redoutent d'aggraver la situation avec des réactions inadéquates. Paradoxalement, les étudiants ne vont pas aux cours organisés par leurs doyens.

Il convient donc :

- d'intégrer dans la formation médicale initiale et la formation continue des enseignements qui incitent les médecins à s'impliquer activement dans la prévention et le dépistage des violences envers les femmes et

- d'inscrire impérativement ce sujet dans les programmes des examens voire de l'internat ;
- d'inscrire les violences conjugales au programme des études de sages-femmes et d'infirmières ;
 - de mettre à la disposition des médecins et des sages-femmes des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la nécessité de tout consigner dans un dossier, l'importance et la manière de rédiger le certificat d'ITT, d'évaluer la gravité de la situation, et d'orienter la patiente ;
 - de faire connaître le site internet ([www. sivic. org](http://www.sivic.org)) de l'Institut de l'humanitaire ;
 - de demander au Conseil national de l'Ordre des médecins d'alerter les conseils départementaux sur l'importance des violences conjugales et les difficultés rencontrées par les médecins confrontés à des violences extrêmes et faire en sorte qu'ils harmonisent leurs réponses ;
 - d'organiser des formations multidisciplinaires pour tous les professionnels de santé.

Modalités de prise en charge

Il s'agit de mettre en place une politique coordonnée d'aide aux victimes :

- inciter les médecins à faire un dépistage systématique des violences en posant quelques questions simples lors des consultations médicales. On sait qu'un grand nombre répugne à le faire ou n'ose pas pour plusieurs raisons : immixtion dans la vie privée des couples, sentiment de frustration devant l'incapacité de résoudre le problème, manque de temps, manque de formation, crainte de s'aliéner leur clientèle et peur d'éventuelles retombées judiciaires ;
- encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes se sentant isolés, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui, de quelque discipline qu'il soit, soit reconnu de tous. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence au niveau local. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit ;
- assurer un suivi ambulatoire au décours d'une hospitalisation, d'une tentative de suicide, moments clés pour la patiente ou ses enfants, ou lors du retour à domicile de l'auteur des violences après une hospitalisation, une garde à vue ou une incarcération, moments où les proches sont particulièrement exposés ;
- identifier dans les services de maternité « un référent » qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité : femmes victimes de violences, toxicomanes, marginales. Éventuellement, constituer une cellule polyvalente psychosociale à l'instar de ce qui va être

- mis en place incessamment dans les services d'urgence, assurant l'orientation des femmes vers les différents services concernés ;
- établir dans chaque hôpital des protocoles de repérage des patientes, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles doivent pouvoir être évalués, faire partie de l'accréditation et être adaptés à l'activité de l'établissement ;
 - organiser, à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de première intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes ;
 - assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : possibilités d'hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants ;
 - assurer une participation des médecins à la commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.

Études et recherches

Elles sont capitales pour perfectionner la connaissance du problème et affiner les réactions des pouvoirs publics et des professionnels de santé :

- recenser les homicides pour violences conjugales qui, pour le moment, ne sont pas identifiables dans les statistiques médicales des causes de décès et en assurer une publication annuelle, ce que font plusieurs pays européens, dont l'Espagne. Cette mesure témoignerait de la gravité des violences conjugales et pourrait avoir une importante portée symbolique ;
- faire une étude dans les instituts médico-légaux sur les circonstances des décès, y compris les morts suspectes, pour mettre en évidence les homicides perpétrés dans un contexte de violences conjugales et définir le profil des femmes victimes et celui des agresseurs ;
- faire une étude sur les violences subies pendant la grossesse : leur fréquence, la caractéristique des populations, l'évolution au cours des trois trimestres, les conséquences médicales ;
- faire évaluer par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) dans des sites déterminés des stratégies pilotes de dépistage systématique lors des consultations médicales en appréciant le bien-fondé de cette conduite ;
- procéder à une étude sur les hommes violents ;
- pérenniser les enquêtes un jour donné dans les services d'urgence ;
- demander à un économiste de la santé une étude sur le coût engendré par les violences conjugales.

L'INSERM pourrait participer activement à des programmes de recherche en définissant le choix des indicateurs et la modélisation des enquêtes, en collaboration avec les Observatoires régionaux de santé (ORS) et l'Institut de veille sanitaire (INVS).

Il est évident que toutes ces mesures ne peuvent être appliquées immédiatement mais elles sont parfaitement applicables au prix d'efforts de communication et d'organisation plus que d'efforts financiers.

Chapitre 8

Dix actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement

1) Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé. Les inciter à dépister les violences conjugales au moindre soupçon. Mettre à leur disposition des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la manière de rédiger les certificats, l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.

2) Évaluer dans des sites déterminés des stratégies pilotes de dépistage systématique lors des consultations médicales et apprécier le bien-fondé de cette conduite.

3) Inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, celui des centres de planning familial et des centres de protection maternelle et infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales. Identifier dans les services de maternité « un référent » qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité. Éventuellement, constituer une cellule polyvalente psychosociale assurant l'accueil et l'orientation des femmes vers les différents services concernés.

4) Faire connaître le site internet ([www. sivic. org](http://www.sivic.org)) de l'Institut de l'humanitaire.

5) Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit.

6) Établir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles devraient faire partie de l'accréditation et être adaptés à l'activité de l'établissement.

7) Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de première intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes.

8) Assurer une participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.

9) Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants.

10) Recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.

Annexes

Cas cliniques

Observation 1 :

Catherine, 35 ans, secrétaire, mariée, mère de deux enfants âgés de 4 et 8 ans, est conduite aux urgences par les pompiers à la suite d'une chute dans les escaliers, survenue à 19 heures.

À l'arrivée, on constate un traumatisme facial avec plaie du cuir chevelu nécessitant quatre points de suture et un hématome en lunettes faisant suspecter une fracture du plancher de l'orbite. L'existence d'une perte de connaissance minime conduit à proposer l'hospitalisation pour surveillance du traumatisme crânien pendant 24 heures. Le bilan radiologique, notamment le scanner, confirme la fracture du plancher de l'orbite ; il n'y a pas de complication neuro-chirurgicale.

À son arrivée, le personnel infirmier constate que la patiente est dépressive, pleure, s'inquiète pour ses enfants qui sont au domicile. L'arrivée de son mari engendre une crise d'angoisse. L'écoute infirmière et médicale confirment qu'elle a été poussée par son conjoint dans les escaliers. Le dialogue, dans une relation de confiance, à l'écart dans un box d'examen, au calme, révèle la notion de violences conjugales depuis plusieurs années, survenues à la suite de l'accouchement du second enfant.

Le mari se présente à l'accueil, demande à rejoindre son épouse, puis interpelle violemment le personnel qui n'a pas répondu immédiatement à son injonction.

L'angoisse et la crise de panique que la situation engendre chez la patiente conduisent le médecin à l'hospitaliser pour observation pendant 24 heures. Il n'était pas possible à ce stade de discuter et d'envisager une procédure de plainte au commissariat. La décision a donc été prise avec son accord et intervention de l'administrateur de garde d'une hospitalisation sous X pour soustraire la patiente à cette situation de crise et de domination violente.

Le lendemain matin, la patiente souhaite regagner son domicile. Elle bénéficie d'un arrêt de travail d'une semaine. Un certificat médical prévoyant une ITT de quinze jours avec un nouvel avis médico-judiciaire à ce terme est établi. Il est proposé de faire l'enregistrement d'une main courante ou d'un dépôt de plainte. Mais la patiente ne souhaite pas déposer plainte car elle veut avant tout préserver l'existence d'une cellule familiale pour ses enfants. Une liaison avec une association a

été instaurée à la sortie ainsi qu'un bilan avec l'assistante sociale en parallèle avec le suivi de la lésion maxillo-faciale. Un entretien avec le mari le lendemain se passe dans une situation plus calme et révèle une alcoolisation chronique sévère justifiant un suivi.

Commentaires :

Le médecin, dans la situation d'assistance à personne en danger, peut engager une procédure d'hospitalisation pour instaurer une phase de repos et soustraire la femme aux violences. L'hospitalisation sous X peut être utile pour préserver l'essentiel lorsque la gravité des faits et la violence font craindre une menace immédiate.

La présence des enfants met la femme dans une situation difficile pour franchir le pas et porter plainte. Une enquête sociale est indispensable pour vérifier qu'il n'y a pas une maltraitance associée des enfants.

Le médecin a l'obligation de constituer un dossier médical complet, qui pourra être très utile ultérieurement et servir de témoignage lors d'une éventuelle procédure judiciaire.

Observation 2 :

Muriel, 41 ans, se présente à l'accueil des urgences pour une demande de certificat médical dans le cadre de coups et blessures volontaires, un samedi à 23 heures Elle est venue par ses propres moyens. Elle ne présente pas de traces évidentes de traumatismes.

La patiente s'est présentée au commissariat, qui a refusé d'enregistrer une plainte et l'a orientée vers l'hôpital pour qu'un certificat médical soit établi afin d'attester préalablement de l'existence de coups et blessures. Ce n'est qu'avec ce certificat que les policiers décideront d'enregistrer une plainte.

L'examen somatique ne révèle aucune trace de traumatismes, hormis un minime hématome de l'épaule gauche. L'interrogatoire retrouve des antécédents de violence conjugale depuis deux ans, avec une aggravation récente au cours des derniers jours. Cette violence se manifeste par des insultes, une contrainte forte dans la vie quotidienne. La patiente, qui vit au domicile conjugal avec trois enfants de 10, 14 et 17 ans, ne dispose d'aucune ressource personnelle. L'examen clinique note un alcoolisme chronique (absorption de 80 g d'alcool/jour). On constate un syndrome dépressif, une situation de panique et des pleurs à l'évocation des violentes disputes conjugales. Elle ne dispose d'aucun soutien dans son environnement lui permettant d'envisager une alternative de vie. Deux ans plus tôt, un certificat médical faisant mention d'hématomes multiples a été établi avec une ITT de cinq jours. Le retentissement semble essentiellement être psychologique. Une consultation est proposée à la patiente 24 heures plus tard, sans avoir la certitude qu'elle puisse s'y présenter.

Commentaires :

Lorsque les violences conjugales sont psychologiques, l'évaluation est difficile et parfois complexe et nécessite un avis psychiatrique. L'alcoolisation et le syndrome dépressif peuvent être secondaires à des violences conjugales. Le médecin doit établir un certificat médical en notant les dires de la patiente et ses constatations cliniques. Ce certificat doit être fait par un docteur en médecine, possédant une expérience. La formation de médecin urgentiste n'est pas actuellement adaptée.

Cette observation illustre deux faits : il est anormal que le commissariat n'ait pas enregistré la plainte ou une main courante ; la sensibilisation des personnels infirmiers et médecins des urgences est indispensable pour assurer le bon repérage de ce type de patientes, prendre une décision et surtout orienter la femme vers une association d'aide aux victimes.

Observation 3 :

Jeanne, 52 ans, est hospitalisée pour tentative de suicide, associant la prise de différents médicaments et d'alcool. Le bilan à la 24^e heure montre l'existence d'un syndrome dépressif évoluant depuis 3 ou 4 ans. C'est sa troisième tentative de suicide. Le psychiatre pendant son entretien engage une relation de confiance avec la patiente, qui le conduit à découvrir au bout de 45 minutes d'entretien, l'existence de violences conjugales. Des hématomes sont constatés au niveau du dos et des cuisses, témoignant de violences datant de cinq ou six jours. Il n'y a pas d'argument pour un traumatisme plus sévère. La patiente a perdu son travail depuis trois mois et se trouve confrontée à une recrudescence des violences. Les trois épisodes de tentatives de suicide semblent toujours liés à une recrudescence des violences. La femme ne souhaite pas être maintenue en hospitalisation et désire regagner son domicile. Elle ne veut pas porter plainte, ni même recevoir de certificat descriptif. Elle sort contre avis médical, sans soutien organisé.

Commentaires :

La récurrence de tentative de suicide constitue une situation à risque et doit inciter le médecin à faire le diagnostic et porter assistance. L'hospitalisation aurait peut-être permis une mise à l'écart ; elle est refusée par la patiente et il ne peut être question de l'hospitaliser sous contrainte. La proposition d'assistance par une association, voire un relais par un médecin traitant, sont essentiels pour essayer d'accompagner au plus proche du domicile les femmes victimes de violences conjugales qui refusent toute autre solution. La procédure n'a pas été mise en route faute d'une bonne articulation entre les différents acteurs œuvrant sur le terrain

Modèles de certificat médical

Sans réquisition, pour un adulte

Je soussigné (e) : (NOM, prénom)....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour (heure, jour, mois, année)....., à sa demande, Madame, Mademoiselle : (NOM, prénom), née le : (jour, mois, année), domiciliée à : (adresse précise).

Elle déclare avoir été victime de (description de l'agression)

.....
..... le (heure, jour, mois, année).....
à..... (lieu) par (inconnu ou personne connue).....

Madame, Mademoiselle..... présente les signes suivants :

– à l'examen général :
(préciser le comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état dépressif.....)

– à l'examen somatique :
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures....., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité.....)

– examens pratiqués : prélèvements, radiographies.....

En conclusion, Madame, Mademoiselle..... présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle dit avoir subie (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression).

L'incapacité totale de travail (ITT) pourrait être de..... jours sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une incapacité permanente partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressée pour valoir ce que de droit.

Signature du médecin

Sur réquisition, pour un adulte

Je soussigné (e) :..... (NOM, prénom)....., docteur en médecine,
certifie avoir été requis (e) en date du..... par..... (OPJ, police,
gendarmerie, procureur...) afin de procéder à..... (mission figurant sur la
réquisition).

Je certifie avoir examiné ce jour..... (heure, jour, mois, année),
Madame, Mademoiselle :..... (NOM, prénom),
née le : (jour, mois, année)
domiciliée à : (adresse précise).

Elle déclare avoir été victime de (description de l'agression)

.....
..... le (heure, jour, mois, année).....
à..... (lieu) par (inconnu ou personne connue).....

Madame, Mademoiselle..... présente les signes suivants :

– à l'examen général :.....
(préciser le comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état
dépressif.....)

– à l'examen somatique :.....
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions
cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures.....,
indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de
gravité.....).

– examens pratiqués : prélèvements, radiographies.....

En conclusion, Madame, Mademoiselle..... présente (ou non) des traces de
violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle
dit avoir subie. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression).

L'incapacité totale de travail (ITT) pourrait être de..... jours sous réserve de
complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une incapacité
permanente partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

Signature du médecin

Liste des membres du groupe d'experts

Président :

Professeur **Roger Henrion**, ancien chef du service de gynécologie-obstétrique de la maternité Cochin Port Royal, membre de l'Académie nationale de médecine.

Coordination des travaux :

Madame **Laurence Prévot**, Direction générale de la santé.

Experts :

Madame **Chantal Birman**, sage-femme à la maternité des Lilas.

Professeur **Gérard Breart**, directeur de l'Unité 149 INSERM.

Docteur **Pierre Espinoza**, chef du service des urgences de l'Hôtel-Dieu.

Docteur **Sophie Eyraud**, médecin généraliste hôpital Antoine Béchère.

Docteur **Marie-France Hirigoyen**, psychiatre.

Docteur **Jacques Lebas**, Institut de l'Humanitaire, membre du Haut Comité de santé publique.

Professeur **Dominique Lecomte**, directrice de l'Institut médico-légal de Paris.

Madame **Viviane Monnier**, déléguée nationale de la Fédération nationale Solidarité Femmes.

Docteur **Cécile Morvant**, Institut de l'humanitaire.

Docteur **Monique Moulias**, présidente de CME hôpital de Neuilly/Courbevoie.

Docteur **Antoine Perrin**, président de CME et de la conférence des présidents de CME, chef du département d'ORL-ophtalmologie centre hospitalier du Mans.

Madame **Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles**, Unité INSERM 149.

Représentants de l'administration :

Docteur **Catherine Dartiguenave**, Direction générale de la santé.

Monsieur **François Delalande**, Direction générale de l'action sociale.

Monsieur **Bruno Huisman**, conseiller technique auprès de Madame la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés.

Madame **Catherine Lesterpt**, Service des Droits des femmes et de l'égalité.