



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Juin 2019

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

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

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

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

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Préambule.....	6
Recommandations	7
1 Qu'est-ce que la violence au sein du couple ?	8
2 Informations générales à savoir sur la violence au sein du couple	9
2.1 Éléments épidémiologiques	9
2.2 Cycle de la violence.....	10
2.3 Facteurs précipitants (Annexe 1)	10
2.4 Conséquences des violences (Annexe 2).....	10
3 Comment repérer la violence au sein du couple?	12
3.1 Créer un environnement favorable.....	12
3.2 Questionner sans signes d'alerte pendant l'anamnèse	12
3.3 Questionner devant des signes d'alerte.....	13
3.4 Que faire en cas de doute et si la patiente ne souhaite pas faire de révélation ?.....	14
4 Comment accompagner la victime en cas de révélation ?.....	16
4.1 Quelles attitudes adopter ?	16
4.2 Considérer l'impact sur les enfants	16
4.3 Quelles informations transmettre ?	16
4.4 Comment constituer un dossier médical exploitable ?.....	18
4.5 Quels sont les signes de gravité à rechercher ?.....	18
4.6 Mesures de protection en cas de situation jugée grave ou à risque élevé.....	19
4.7 Établir un certificat médical (Annexe 4), une attestation professionnelle (Annexe 5)	20
4.8 Dans quels cas signaler ? Dans quel cas transmettre la situation aux autorités compétentes ? (Annexe 8)	22
5 Vers qui orienter la victime ? Les différentes ressources.....	23
5.1 S'entourer d'un réseau sanitaire pluridisciplinaire (Annexe 9).....	23
5.2 Les référents non soignants vers qui adresser la victime.....	23
6 Cas particulier de la périnatalité	25
7 Repérage aux urgences hospitalières	26
8 Spécificité du repérage en cabinet dentaire.....	27
9 Repérage par les professionnels paramédicaux.....	28
Annexe 1. Facteurs précipitants de la violence	29
Annexe 2. Conséquences sur la santé des violences	30
Annexe 3. Affiches proposées par stop-violence-femmes.gov	32
Annexe 4. Modèles de Certificat médical initial	33
Annexe 5. Modèles d'attestations.....	38
Annexe 6. Conseils pour la délivrance d'un Certificat médical.....	40
Annexe 7. Procédure en cas de signalement.....	41
Annexe 8. Modèle de signalement : sévices à mineur (CNOM 2016).....	42

Annexe 9. Réseau pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de proximité : Liste des numéros à compléter avec les coordonnées locales	44
Annexe 10. Liste des numéros au niveau national.....	46
Annexe 11. Textes de loi	47
Annexe 12. Glossaire	49
Participants	50
Remerciements	51
Fiche descriptive	52

Abréviations et acronymes

CNIDFF.....	Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles
CNOM.....	Conseil national de l'Ordre des médecins
CP.....	Code pénal
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
FNSF	Fédération nationale solidarité femmes
FVV.....	Femmes victimes de violences
IP	Information préoccupante
ISCG.....	Intervention sociale en commissariat et gendarmerie
ITT	Incapacité totale de travail
IVG.....	Interruption volontaire de grossesse
JAF	Juge aux affaires familiales
OP.....	Ordonnance de protection
OPJ.....	Officier de police judiciaire
PMI	Protection maternelle et infantile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
TGD	Téléphone grave danger
TSPT.....	Trouble stress post-traumatique
UMJ	Unités médico-judiciaires

Préambule

Objectif de la recommandation

Cette recommandation de bonne pratique concerne le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, par les professionnels de santé, ainsi que la prise en charge initiale et l'orientation des victimes, incluant les enfants exposés qui sont aussi victimes de cette violence.

Les objectifs sont de :

- renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes ;
- favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ;
- faciliter la coordination entre professionnels concernés.

Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail (absence d'étude ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord d'experts au sein du groupe de travail, en tenant compte de l'avis des parties prenantes sollicitées.

Cibles professionnelles

Tous les professionnels de santé sont concernés dans leur pratique.

Cependant, ces recommandations s'adressent plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, masseur kinésithérapeute.

Autres professionnels de santé concernés par le thème et partenaires d'autres secteurs associés aux professionnels de santé : médecin en UMJ, médecin des conseils départementaux et en particulier médecin de PMI et référent protection de l'enfance, psychologue, pharmacien(ne), conseiller(e) conjugal(e) des CPEF, assistant(e) social(e), travailleur social et professionnel travaillant en lien avec les professionnels susnommés (aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, secrétaire médical(e), etc.).

Limites

Cette recommandation de bonne pratique n'aborde pas la question de la violence directe sur enfants, notamment les violences sexuelles, ni la question des mutilations sexuelles ou des mariages forcés.

Recommandations

Messages clés

- Montrer son implication
 - mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente
- Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte,
 - un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accroissent avec le temps.
 - La violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux et culturels
- Y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum
 - Adopter une attitude empathique et bienveillante sans porter de jugement
- Considérer l'impact sur les enfants du foyer pour les protéger
 - toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés
- Expliquer les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir
 - différents types de violences : psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques, le plus souvent récurrents et cumulatifs, entre partenaires intimes
 - évolue par cycle successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps
- Evaluer les signes de gravité
 - Si besoin mettre en place des mesures de protection
- Etablir un certificat médical ou une attestation professionnelle
 - Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection
- Si besoin faire un signalement
 - Avec l'accord de la victime, porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits
 - Mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur ou une personne vulnérable
- Informer et orienter la victime en fonction de la situation
 - informer la victime qu'elle est en droit de déposer plainte, les faits de violence sont interdits et punis par la loi
 - orienter vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider
- S'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire

1 Qu'est-ce que la violence au sein du couple ?

Les violences au sein du couple (ou violences conjugales) sont à distinguer des « conflits conjugaux » :

On parle de « conflit conjugal » si :

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

La violence, contrairement au conflit, est interdite par la loi.

On parle de « violence au sein du couple » si :

- le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler sa partenaire et de la maintenir sous emprise.

Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent.

Le plus souvent, les faits de violences sont récurrents et cumulatifs. Ils s'aggravent et s'accroissent avec le temps, d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce.

La violence au sein du couple est définie comme des actes de violence entre partenaires intimes, quelle que soit le type de relation hétérosexuelle ou homosexuelle. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation.

Elle peut être vécue à tous les âges de la vie et dans tous les milieux sociaux et culturels.

La qualité de partenaire intime de l'auteur des faits (conjoint, concubin, partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité) constitue une circonstance aggravante de l'infraction pénale de violences.

La violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées.

La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique.

2 Informations générales à savoir sur la violence au sein du couple

2.1 Éléments épidémiologiques

Les violences au sein du couple sont des situations fréquentes qui représentent un réel problème de santé publique.

En moyenne en France, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année (soit 25 victimes par heure).

Concernant les femmes victimes de viols et/ou tentatives de viol sur une année, près de la moitié des cas sont commis par le conjoint ou l'ex-conjoint.

Il faut rajouter à ces chiffres les violences psychologiques et verbales (non comptabilisées dans les études) qui ont aussi des conséquences graves sur la santé physique et psychique et le vécu de la victime.

Parmi ces femmes victimes, seulement 19 % déclarent avoir déposé une plainte auprès de l'autorité (gendarmerie ou commissariat de police) à la suite de ces violences.

En 2017, 130 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime « officiel » (conjoint, concubin, pacsé ou « ex ») ou non « officiel » (petit ami, amant, relation épisodique, etc.), soit plus d'une femme tous les 3 jours.

Vingt-cinq enfants mineurs sont décédés cette même année, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences dans le couple.

Les femmes restent les premières victimes de violences conjugales, mais il faut rappeler que les hommes peuvent aussi être victimes de ces violences.

Toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées.

2.2 Cycle de la violence

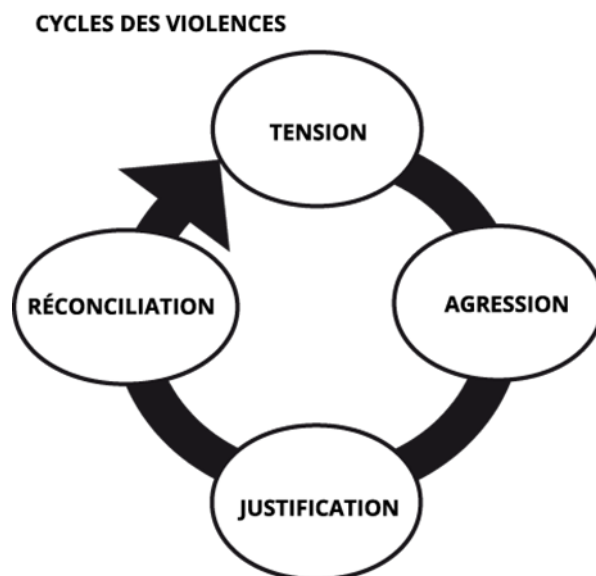


Figure provenant du site Internet [declic-violence](http://declic-violence.fr)¹

La violence évolue par cycle : phase de montée en tension dans le couple provoquée par l’auteur, épisodes de violences lors de la phase d’agression, culpabilisation de la victime par l’auteur lors de la phase de justification, puis réconciliation lors de la phase d’accalmie (appelée de façon inappropriée « lune de miel », au cours de laquelle l’auteur promet que cela ne se reproduira plus).

En l’absence d’intervention, le cycle se répète avec une augmentation de l’intensité de la violence et une diminution de la durée et de l’intensité des phases d’accalmie.

La connaissance du caractère cyclique de la violence au sein du couple est essentielle pour comprendre l’une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d’aides et dans leurs démarches. Elle permet également d’adapter les propositions de prise en charge.

2.3 Facteurs précipitants ([Annexe 1](#))

Ces facteurs ne sont pas directement la cause de survenues de violences au sein du couple, mais leur présence, voire leur association, augmente le risque d’être victime ou d’exercer de la violence dans un contexte conjugal.

Ces facteurs sont multiples et se situent à différents niveaux : le plus souvent, il s’agit d’une combinaison de facteurs sociétaux, communautaires, relationnels et individuels.

2.4 Conséquences des violences ([Annexe 2](#))

La violence au sein du couple, qu’elle soit physique, sexuelle, verbale ou psychologique, a une incidence majeure sur la santé des femmes. L’état de tension, de peur et d’angoisse dans lequel elles sont maintenues par leur agresseur, de même que les coups et les blessures directes, ont de graves conséquences sur la santé et sont à l’origine de troubles très variés.

¹ <http://declicviolence.fr/index.html>

Cette violence entraîne à court, moyen et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive pour les femmes, et affecte aussi de façon très sévère leurs enfants. La loi considère désormais que les enfants ne doivent plus être considérés comme témoins, mais bien comme victimes de ces violences.

Ces conséquences sur la santé sont aggravées par la proximité avec l'agresseur, la combinaison de plusieurs formes de violences (physique, psychologique, sexuelle, attitudes de contrôle, etc.) et la durée d'exposition à celles-ci.

3 Comment repérer la violence au sein du couple?

3.1 Créer un environnement favorable

Il est recommandé de mettre en évidence des affiches² sur le thème de la violence au sein du couple ainsi que des brochures à disposition des patients, dans la salle d'attente, voire dans la salle de consultation. ([Annexe 3](#))

Cela permet de sensibiliser les patients à cette problématique et témoigne de l'implication du praticien dans l'écoute et la prise en charge. Cela peut faciliter la démarche de repérage.

La configuration du lieu de consultation doit permettre de garantir la confidentialité des échanges, y compris lors d'une téléconsultation. Il est recommandé que l'entretien se tienne avec la femme seule. Il est important d'expliquer à la patiente que l'échange restera confidentiel, sauf dérogation légale au secret professionnel (notamment en cas de signalement aux autorités compétentes – cf. 4.8).

L'entretien doit être fondé sur une approche globale en favorisant un climat de confiance.

Si le partenaire ou l'entourage insiste pour participer à l'entretien, les formulations suivantes peuvent être utilisées vis-à-vis de l'accompagnant, afin que la confidentialité de l'entretien puisse être respectée :

« Monsieur, je conduis toujours mon examen en tête-à-tête avec la patiente. »
« Merci de bien vouloir attendre dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels. »

Si la présence d'un interprète est nécessaire, il est recommandé qu'il ne soit pas issu de l'entourage de la patiente.

3.2 Questionner sans signes d'alerte pendant l'anamnèse

La plupart des femmes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent.

La démarche de repérage des violences au sein du couple est globalement bien acceptée par les patientes qui sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par le professionnel de santé. Le groupe de travail s'accorde sur le fait que le questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes.

Cette démarche de repérage de la violence constitue une première étape dans la prise en charge et contribue à rompre le silence et à protéger la victime. Il est recommandé de l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), *a fortiori* chez la femme enceinte.

Il est recommandé de débiter l'entretien par des questions de préférence ouvertes, avec lesquelles le professionnel de santé se sent à l'aise, et adaptées à la patiente.

Bien que ces questions soient destinées à rechercher une situation de violence au sein du couple, elles peuvent initialement et de façon plus générale s'enquérir du sentiment de sécurité de la patiente.

² Disponibles sur le site <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

Exemples de question :

- « Comment vous sentez-vous à la maison ? »
- « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? »
- « En cas de dispute, cela se passe comment ? »
- « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »
- « Avez-vous peur pour vos enfants ? »
- « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »
- « Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? »
- « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »
- « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »
- « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

Il est recommandé de préciser à la patiente que ces questions sont abordées avec toutes les patientes.

Il est recommandé au praticien d'expliquer à la patiente pourquoi il pose des questions sur les violences.

« La violence est très courante au sein des familles. Je questionne régulièrement mes patientes à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites par la loi. Personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire. »

Il est recommandé de prendre en considération les enfants du cercle familial : « Avez-vous peur pour vos enfants ? ». Ce type de question a une influence importante sur les révélations.

3.3 Questionner devant des signes d'alerte

Aucune symptomatologie n'est spécifique des violences au sein du couple.

Il est recommandé de penser systématiquement à un risque de violences au sein du couple face à des signes d'alerte qui peuvent être :

- des symptômes pouvant être la conséquence de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des victimes de violences au sein du couple. ([voir Annexe 2](#))
Les plus fréquents étant une dépression, une anxiété, des plaintes fonctionnelles, des douleurs chroniques et des consultations itératives ;
- l'identification de facteurs de risque d'être victime ([voir Annexe 1](#)) ;
- des comportements inhabituels ou inadaptés de la patiente et/ou de son conjoint et/ou de ses enfants.

Comportements de la patiente, du conjoint, des enfants	
Pour la patiente	Comportement craintif, manque de confiance en elle et d'estime de soi, manque d'autonomie discordant avec le niveau socio-éducatif, isolement social, retard dans la prise en charge, explication confuse et fluctuante des blessures, non-observance des traitements ou de la prise en charge, refus d'être examinée... Les victimes de violences peuvent avoir un comportement déstabilisant (contre-transfert négatif) pour le praticien, induisant une forme de rejet à son encontre et pouvant mettre en échec la relation d'aide.
Pour le conjoint	Un partenaire accompagnant trop impliqué qui répond à la place de sa partenaire, qui minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants...
Pour les enfants	Rupture dans le comportement, rupture scolaire Repli sur soi ou hyperactivité Régession des acquisitions ou maturité précoce Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées Actes délictueux, mise en péril de soi

Le groupe de travail tient à rappeler que les facteurs de risque ne sont pas des facteurs prédictifs. Tous les milieux sociaux sont concernés, avec un repérage potentiellement plus difficile dans les milieux favorisés.

En présence de signes d'alerte, il est recommandé de questionner la patiente sur des violences subies, en s'appuyant alors sur ces symptômes pour ouvrir le dialogue :

« Il arrive que des patientes qui présentent les mêmes symptômes que vous soient victimes de violences. Est-ce votre cas ? »
« Parfois, ces symptômes sont liés à du stress, des tensions ou de la violence à la maison. Est-ce votre cas ? »
« Lorsque vous étiez enceinte, avez-vous été maltraitée, frappée, giflée, blessée par votre partenaire ? »

3.4 Que faire en cas de doute et si la patiente ne souhaite pas faire de révélation ?

La révélation de la violence au sein du couple par la patiente peut ne pas être immédiate et se faire par étape lors de consultations ultérieures. Les victimes ont en effet souvent tendance à minimiser ou banaliser les faits, en raison du processus d'emprise, d'un sentiment de honte ou de culpabilité, ou du fait d'une prise en charge inadaptée lors de précédentes révélations.

En outre, si la violence est essentiellement psychologique, la victime peut la considérer comme n'étant pas assez grave pour en parler, voire douter de son caractère violent, lorsque cela s'inscrit dans un trouble dissociatif.

Même si la prise de conscience des violences n'est pas immédiate, cette démarche de questionnement favorise la prise de conscience puis la révélation lors de consultations ultérieures. La révélation est avant tout un acte volontaire.

En cas de doute sur une situation de violence et si la patiente ne souhaite pas parler, il est recommandé :

- de ne pas insister, mais de lui laisser le temps de décider ;

- d'indiquer les aides existantes, pour que la patiente puisse y avoir recours ;
- de noter dans le dossier médical les éléments de doute et les réactions observées.

Il est recommandé de se préoccuper systématiquement de la présence d'enfant au domicile afin d'informer les femmes victimes des conséquences des violences sur la santé et la sécurité de leurs enfants, y compris en l'absence de violence directe, et d'orienter la prise en charge. En cas de doute sur une situation de violence au sein du couple, en présence d'enfant, le praticien a la possibilité de contacter le médecin référent en protection de l'enfance du Conseil départemental afin d'échanger autour de la situation.

4 Comment accompagner la victime en cas de révélation ?

4.1 Quelles attitudes adopter ?

La révélation est un moment clé qui nécessite une écoute empathique et active, un soutien et une absence de jugement.

Pour aider la victime à se confier, il est recommandé que le professionnel adapte ses attitudes à la situation :

- être à l'écoute et consacrer suffisamment de temps à l'entretien ;
- ne pas porter de jugement, ne pas banaliser ou minimiser les faits, faire preuve d'empathie, de soutien et valoriser la démarche ;
- reconnaître la validité du récit de la femme ;
- légitimer la situation de victime, lui confirmer qu'elle est dans son droit de demander de l'aide, l'encourager dans cette démarche ;
- rappeler à la patiente le respect de la confidentialité de cet entretien, sauf dérogation légale au secret professionnel.

4.2 Considérer l'impact sur les enfants

La nécessité de protéger l'enfant en cas de violences au sein du couple est un élément essentiel à considérer au cours de la consultation. Elle permet aussi de mobiliser les mères dans les démarches à entreprendre dans ces situations.

Toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés.

Dans ces situations, les enfants sont plus fréquemment victimes de violences directes, de violences physiques ou psychologiques à leur rencontre ou de négligences. Ils sont des victimes à part entière qu'il convient d'aider le plus rapidement.

Il est recommandé de questionner la patiente sur sa perception de la sécurité et du bien-être de ses enfants, voire de proposer une orientation vers une consultation.

4.3 Quelles informations transmettre ?

En cas de révélation par la victime, il est recommandé :

- de reformuler oralement les propos de la patiente avec elle, pour qu'elle se les réappropri³ ;
- de confirmer à la patiente ce que sont les violences au sein du couple ;
- de lui proposer de l'orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée ;
- de lui transmettre des informations concernant les aides associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider à se protéger et à protéger ses enfants.

³ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

Informations sur les violences au sein du couples

- Rappeler que les faits de violence sont interdits et punis par la loi et préciser à la victime qu'elle est en droit de déposer plainte.
- Expliquer à la patiente qu'elle n'est pas seule dans cette situation, que la violence au sein du couple est une situation fréquemment vécue.
- Expliquer ce qu'est la violence au sein du couple, qu'elle évolue par cycles au cours du temps en augmentant en intensité et en fréquence et qu'elle a un impact négatif sur la santé de la femme et celle de ses enfants.
- Prendre en compte le sentiment de culpabilité et de honte et réattribuer l'unique responsabilité des violences à l'agresseur.
- Rappeler que le viol au sein du couple est un crime puni par la loi

Informations sur les aides associatives, judiciaires et sanitaires

- Fournir des informations pratiques, proposer d'orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée :
 - rappeler à la patiente qu'elle peut se présenter aux urgences 24h/24, 7j/7 ;
 - l'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire ;
 - lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro national d'aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales ;
 - solliciter l'aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.
- Utiliser le réseau de proximité :
 - orienter ou remettre les coordonnées de professionnels de proximité qui pourront lui apporter une aide : assistante sociale, travailleurs sociaux, psychologue, pédiatre, PMI, associations spécialisées dans les violences au sein du couple.

Il est recommandé de préciser à la patiente qu'elle reste libre d'agir quand et comme elle le souhaite.

Une consultation de suivi lui sera alors proposée systématiquement.

Informations sur le fait que la patiente reste libre d'agir quand et comme elle le souhaite

Il est fondamental pour la patiente de retrouver l'autonomie qu'elle a perdue face à son agresseur ; il est donc impératif de respecter ses choix.

Il est conseillé de :

- aider la patiente dans sa prise de décision, en respectant ses souhaits, sans la presser à prendre une décision immédiate ;
- ne pas porter de jugement si la patiente choisit de ne pas aller plus loin dans sa démarche pour le moment ;
- expliquer à la patiente que, même si elle ne porte pas plainte, elle continuera d'être suivie et soutenue lors de consultations ultérieures, et lui proposer systématiquement une consultation de suivi (post-soin) ;
- l'informer des conséquences pour ses enfants et expliquer à la patiente qu'elle peut faire ce choix pour elle-même, mais que le fait qu'un enfant soit victime de ces violences autorise le praticien à se délier du secret professionnel en informant les autorités compétentes (Art. 226-14 CP) qui détermineront s'il convient de mettre en œuvre des mesures de protection adaptées.

4.4 Comment constituer un dossier médical exploitable ?

Tous les éléments recueillis lors de l'entretien avec la patiente et à l'examen doivent être consignés dans un dossier afin d'assurer au mieux le suivi de la patiente.

Il est recommandé que le dossier médical documente :

- les coordonnées de la patiente en s'assurant qu'elle est joignable sans la mettre en danger ;
- l'information transmise par la patiente, de façon la plus factuelle et la plus précise possible ;
- la réalité des blessures physiques par la prise de photos datées : il peut être utile de prendre des photographies (avec l'accord de la patiente) avec un repère métrique et de renseigner des schémas corporels ;
- les observations factuelles du praticien concernant les blessures physiques, le retentissement psychologique, le comportement de la victime, et toute information qui pourrait être utile.

Ces informations doivent être détaillées, les propos de la patiente peuvent être rapportés mais dans ce cas notés entre guillemets, ainsi que l'attitude de la patiente au cours de l'entretien (« *X dit avoir été victime de...* », « *la victime déclare...* », « *Selon les dires de la victime...* ».)

Ces éléments pourront être utilisés pour la rédaction d'un certificat médical initial (pour les professions médicales) ou d'une attestation (pour les professions paramédicales).

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

Il est essentiel de s'assurer de la complète confidentialité du dossier médical de la patiente.

4.5 Quels sont les signes de gravité à rechercher ?

Il est recommandé d'effectuer :

- une évaluation de la gravité au moment de la révélation et par la suite lors de chaque visite. Cette évaluation doit porter sur la fréquence, l'intensité, le contexte (grossesse, enfants, projet de séparation) et les conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.) ;
- une évaluation de la dangerosité liée à l'auteur des violences.

Cette évaluation peut s'appuyer sur les questions suivantes. Plus le nombre de réponses positives est important, plus le risque de gravité est élevé :

- | |
|---|
| <p>« <i>Êtes-vous dans une période de séparation d'avec votre partenaire ?</i> »</p> <p>« <i>Les actes de violence physique ont-ils augmenté ces 6 derniers mois ?</i> »</p> <p>« <i>Votre conjoint a-t-il utilisé une arme ou vous a-t-il menacé avec une arme ?</i> »</p> <p>« <i>Pensez-vous que votre partenaire soit capable de vous tuer ?</i> »</p> <p>« <i>Avez-vous été frappée pendant votre grossesse ?</i> »</p> <p>« <i>A-t-il déjà essayé de vous étrangler ou menacé de vous défenestrer ?</i> »</p> <p>« <i>Votre partenaire est-il violent et constamment jaloux de vous ?</i> »</p> |
|---|

Ainsi, certains indicateurs peuvent orienter vers un risque de gravité élevé, voire un risque vital :

Les indicateurs de gravité liés à l'agresseur :

- l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation qui, en se répétant, peuvent atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial ;
- le contexte d'addiction (alcool, stupéfiants) ;
- présence d'armes au domicile ou utilisation des objets de la vie courante comme armes par destination ;
- l'existence de menaces de mort, de tentatives de passage à l'acte (par exemple, strangulation).

Les indicateurs liés à la victime :

- la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé ;
- les troubles de stress post-traumatique pouvant engendrer une dissociation chez la victime, ce qui peut induire un diagnostic erroné.

Les indicateurs liés à la présence d'enfants :

- le retentissement sur les enfants du foyer, très souvent témoins directs visuels ou auditifs des actes de violence et pouvant être des victimes de violences directes ou de négligences.

4.6 Mesures de protection en cas de situation jugée grave ou à risque élevé

Face à une **situation jugée grave** (de nature à mettre en danger la victime ou ses enfants), il est recommandé d'envisager les mesures de protection en urgence suivantes :

- décider une hospitalisation immédiate, appeler le 15 ou une mise en sécurité (appeler le 115 ou une association locale qui dispose d'hébergements d'urgence) ;
- conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie, ou d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services ;
- informer la patiente de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la police (main courante) ou à la gendarmerie ;
- informer la patiente qu'elle peut saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection et l'éloignement de son conjoint violent. ([voir chap 5.2.1](#))

En cas de grave danger menaçant une personne victime de violences de la part de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le Procureur de la République peut attribuer à la victime, pour une durée renouvelable de 6 mois et si elle y consent expressément, un dispositif de téléprotection (**Téléphone Grave Danger (TGD)**) lui permettant d'alerter les autorités publiques et d'être géolocalisée.

Ce dispositif peut être mis en place dans les suites d'une ordonnance de protection ou autre mesure d'éloignement. Il faut noter que la victime doit résider de façon séparée de son conjoint violent pour en obtenir l'attribution.

En présence d'enfants :

- décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation ;

- réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesures de protection adaptées des enfants.

Lorsqu'une **situation à risque élevé** est identifiée, il est recommandé de conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence.

L'objectif pour le praticien est de donner à la patiente des conseils d'organisation anticipée, sous la forme d'un **Plan de sécurité (ou Scénario de protection)** pour faciliter son départ du domicile conjugal lorsqu'elle l'estimera nécessaire.

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

4.7 Établir un certificat médical (Annexe 4), une attestation professionnelle (Annexe 5)

Le certificat médical⁴ est un document établi sur un papier à en-tête du professionnel de santé dont l'objet est de consigner les constatations médicales que le professionnel a été en mesure de faire lors de l'examen ou d'une série d'examens, ou d'attester de soins que celui-ci a pratiqués. Il peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection (notamment une ordonnance de protection, l'attribution d'un Téléphone Grave Danger).

Cependant, dans le cadre d'un dépôt de plainte, l'établissement de ce certificat médical n'est pas un préalable indispensable.

Le certificat médical doit être établi selon des règles précises (Annexe 6)

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont un préalable indispensable à la rédaction du certificat.

- N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation : le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers, ni sur l'imputabilité.
- Ne pas désigner nommément le tiers responsable.
- Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme : « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ».
- Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Décrire avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.
- Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement avec l'autorisation expresse de la patiente.
- Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne : les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée.
- Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.

⁴ Un certificat médical de constatation peut être établi par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste.

Le certificat médical peut préciser les éléments « d'incapacité » observés qui aideront à déterminer l'ITT (Incapacité totale de travail). L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités de la vie courante de la victime, notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant).

Le certificat doit être signé et daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.

La date de constatation des faits doit figurer sur le certificat si elle est différente de la date de rédaction.

Le praticien doit garder un double et remettre le certificat directement à la victime examinée. Le certificat ne doit jamais être remis à un tiers, le conjoint devant être considéré comme un tiers.

Si la victime estime dangereux d'avoir une copie du certificat, il est recommandé que le praticien conserve les deux exemplaires dans le dossier afin de pouvoir le lui remettre ultérieurement, lorsqu'elle se sentira prête ou plus en danger.

Si la victime est mineure, le médecin alerte les autorités compétentes (sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience) afin de mettre en œuvre la protection de celle-ci (article R. 4127-44 du Code de la santé publique).

Le signalement d'une situation de violence sur mineur aux autorités compétentes est une dérogation au secret professionnel visée par l'article 226-14 du Code pénal. Effectué dans les conditions prévues par la loi, le signalement aux autorités compétentes ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

L'ITT (Incapacité totale de travail), est une notion utilisée en droit pénal pour évaluer le retentissement global (physique et psychique) des violences. Même si elle n'est pas le seul critère que les autorités judiciaires prennent en compte, sa détermination permettra au juge d'apprécier la gravité des violences subies.

En raison de la qualité de l'auteur des faits, les violences au sein du couple constituent des délits (qui relèvent de la compétence du tribunal correctionnel), même en l'absence d'ITT pour la victime (Art. 222-13 du Code pénal).

La peine est aggravée si les violences ont entraîné une ITT de plus de 8 jours (art. 222-11 et 222-12 du Code pénal).

Si le médecin ou le chirurgien-dentiste (seuls professionnels de santé habilités à déterminer une ITT) n'a pas de compétences spécifiques pour la détermination d'une ITT, il est recommandé de ne pas fixer d'ITT sur le certificat médical initial.

Le praticien peut alors faire figurer sur le certificat médical initial : « L'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents ».

Certains professionnels, tels que les masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, peuvent établir une attestation professionnelle des éléments qu'ils ont constatés dans le cadre de la relation de soins, à la demande du patient.

Cette attestation suit les mêmes règles déontologiques que le certificat médical, engage la responsabilité de leur auteur et a une valeur juridique dans l'appui aux victimes auprès des autorités judiciaires.

4.8 Dans quels cas signaler ? Dans quel cas transmettre la situation aux autorités compétentes ? (Annexe 8)

Le **signalement** est une dérogation légale au secret professionnel qui consiste, pour un médecin ou tout autre professionnel de santé, à porter à la connaissance du Procureur de la République⁵ les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, et qui lui permettent de présumer l'existence de violences physiques, sexuelles ou psychiques (art. 226-14 du Code pénal).

La rédaction du certificat médical ne se substitue pas au signalement.

La loi prévoit que le praticien doit recueillir l'accord de la victime pour porter les faits à la connaissance du Procureur de la République. Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est mineure ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (art. 226-14 du Code pénal).

Dès lors que des enfants sont présents dans le foyer, chaque situation doit faire se poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ) (art. 226-14 du Code pénal)

Lorsqu'il n'a pas vu les enfants en consultation, le médecin qui estime que les enfants pourraient être en danger ou en risque de l'être doit émettre une information préoccupante auprès de la CRIP.

Le praticien peut contacter les responsables référents en protection de l'enfance du Conseil départemental (CRIP) afin d'échanger autour de la situation. (Annexe 7)

Les règles de rédaction du certificat médical s'appliquent aussi au signalement. Ainsi, il ne doit pas mettre en cause un tiers, ne doit pas se prononcer sur la mécanique traumatique ou l'imputabilité, et il doit mentionner les dires et confidences de la personne entre guillemets. Les constats médicaux sont rédigés au présent et les circonstances au conditionnel.

⁵ Le signalement au Procureur de la République se distingue de l'information préoccupante qui est signalée auprès de la CRIP et qui s'inscrit dans un cadre administratif de protection et de prévention des mineurs.

5 Vers qui orienter la victime ? Les différentes ressources

5.1 S'entourer d'un réseau sanitaire pluridisciplinaire (Annexe 9)

Pour la prise en charge des victimes de violences et de leurs enfants, il est recommandé d'identifier le réseau sanitaire de proximité avec d'autres partenaires concernés.

Ce réseau est à adapter en fonction de la victime, des violences subies et des contraintes territoriales. Il peut être constitué de :

- médecins hospitaliers référents des violences faites aux femmes et des enfants victimes de violences ;
- médecin traitant de la victime ;
- sages-femmes ;
- chirurgiens-dentistes : il existe dans chaque département un référent départemental ;
- médecins des Unités médico-judiciaires (UMJ) ;
- psychologues ;
- masseurs kinésithérapeutes ;
- centres de soins en psycho-traumatismes (qui sont actuellement en cours de mise en place).

Il est recommandé que le praticien dispose d'une liste de coordonnées des principaux partenaires de son secteur, concernés par les situations de violence.

5.2 Les référents non soignants vers qui adresser la victime

5.2.1 Le système judiciaire

Dans les commissariats et les gendarmeries, un officier de police judiciaire (OPJ) référent violence est désigné pour accueillir les victimes de violences au sein du couple.

Avant d'orienter la patiente vers un commissariat, il est recommandé de prendre attache préalablement avec l'une de ces personnes ressources.

L'accueil du public dans les commissariats et les brigades de gendarmerie s'exerce 7 jours sur 7, de jour comme de nuit. Tout service de police ou unité de gendarmerie est tenu de recevoir la plainte d'une personne victime qui se présente dans ses locaux.

La plainte est recevable, même en l'absence de certificat médical préalable.

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

Afin d'améliorer l'accueil des victimes, des intervenants sociaux et des psychologues sont implantés en commissariat et en gendarmerie (ISCG). Les intervenants sociaux assurent le relais avec les différents services sociaux, orientent et conseillent les personnes pour les démarches ou les contacts avec les services d'aide, de soins ou de secours. La mission de ces psychologues consiste à intervenir tant à l'égard des victimes que des auteurs de violences, et à assurer des actions de formation au bénéfice des policiers.

Par ailleurs, des permanences d'associations d'aide aux victimes sont progressivement mises en place dans les commissariats et brigades de gendarmerie.

La victime, **en situation de danger et d'urgence**, peut déposer une requête auprès du Juge aux affaires familiales (JAF) en vue de la délivrance d'une Ordonnance de protection (OP).

Cette ordonnance permet d'obtenir du Juge aux affaires familiales l'éloignement du conjoint violent du domicile conjugal.

Cette mesure peut être obtenue indépendamment du dépôt d'une plainte par la victime, et le recours à un avocat n'est pas obligatoire. L'obtention sera facilitée avec un accompagnement juridique par les associations spécialisées.

5.2.2 Les associations d'aides aux victimes

La **Fédération nationale solidarité femmes (FNSF)** regroupe, sur l'ensemble du territoire français, 65 associations spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences, principalement au sein du couple.

Ces associations proposent un accompagnement spécifique et un hébergement adapté aux femmes et à leurs enfants, y compris pour des mises en sécurité en urgence. Certaines de ces associations ont des permanences en milieu hospitalier.

Les **associations du réseau France victimes** sont conventionnées par le ministère de la Justice et travaillent en étroite collaboration avec le Procureur de la République.

Les professionnels de ces associations accueillent et aident les victimes, de la commission de l'infraction jusqu'à la réparation de la victime, en saisissant s'il le faut les fonds de garantie. Elles accompagnent les victimes lors des audiences. Chaque département, au sein du Tribunal de grande instance, dispose d'au moins une association d'aide aux victimes. La cartographie des associations se retrouve sur le site Internet de **France victimes**⁶.

Le **Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF)** est un réseau d'associations départementales des droits des femmes et des familles qui permet d'informer les femmes sur leurs droits.

Les associations de ces trois réseaux proposent des entretiens gratuits et confidentiels avec leurs juristes, psychologues et travailleurs sociaux. Elles peuvent permettre d'actionner les dispositifs d'accompagnement et de protection des victimes, ainsi que les mesures d'éloignement des conjoints violents. Elles sont souvent porteuses du Téléphone Grave Danger. ([Annexe 10](#))

Leurs activités s'exercent en lien avec leurs partenaires institutionnels (services sociaux, de protection de l'enfance, de santé, de police et de justice) ou associatifs.

5.2.3 Dispositifs au niveau national

Le **39 19 (Violences femmes info)** est un numéro national, anonyme et gratuit.

Il est ouvert 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 9h à 22h, les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 18h.

Le **116 006** est le numéro international de l'aide aux victimes. L'appel sera relayé à l'association d'aide aux victimes la plus proche. Ouvert 7 jours sur 7.

Le **site « stop violences-femmes.gouv.fr »** est destiné aux victimes et aux professionnels concernés.

Les **numéros d'appel d'urgence** : 17 (police ou gendarmerie), 112 (numéro d'urgence européen), 15 (Service d'aide médicale urgente : SAMU), 18 (pompiers), 115 (Urgence sociale), 114 (pour les personnes sourdes ou malentendantes).

⁶ <http://www.france-victimes.fr/>

6 Cas particulier de la périnatalité

Le repérage de violences est recommandé au moins une fois chez toutes les patientes enceintes et en *post-partum*.

La période de la grossesse et la période périnatale constituent des situations à risque notable de violences au sein du couple.

Les femmes exposées à des violences pendant leur grossesse représentent environ 10 % des femmes en âge de procréer.

Au cours de la grossesse, le futur enfant est perçu comme celui qui rompt le lien exclusif de l'homme avec la femme. De plus, la grossesse réactive parfois le vécu de sa propre enfance.

Les actes de violence envers les femmes au cours de la grossesse affectent directement et indirectement la mortalité et la morbidité de l'enfant et de la mère.

Les professionnels de la santé périnatale ont un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences. En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que, jusque-là, la femme n'a pu évoquer.

Ces professionnels peuvent s'appuyer localement sur l'équipe de parentalité de la maternité du secteur et, au niveau régional, sur le réseau de périnatalité qui est missionné pour organiser la prise en charge des vulnérabilités.

7 Repérage aux urgences hospitalières

Des postes de référents « violences faites aux femmes » ont été créés dans chaque hôpital ayant un service d'urgences.

Ils ont pour principale mission d'assurer la sensibilisation et l'information de l'ensemble du personnel des urgences et de faciliter la prise en charge en identifiant les partenaires utiles, hospitaliers, institutionnels et associatifs. Ils peuvent, entre autres, proposer l'élaboration de protocoles entre les services pour améliorer la prise en charge, l'hospitalisation et l'accompagnement des patientes victimes de violences.

L'hôpital est un lieu-clé pour la prise en charge des femmes victimes de violences, en premier lieu dans les services d'urgences, les services de gynécologie obstétrique, le service social hospitalier, le service de psychiatrie.

Par ailleurs, au sein de l'hôpital, d'autres services hospitaliers tels que les Unités médico-judiciaires (UMJ) ou les unités en convention avec une UMJ, participent à cette prise en charge afin de garantir la qualité des orientations de patientes et de permettre le dépôt de plainte le cas échéant.

Le repérage peut aussi avoir lieu aux urgences pédiatriques à l'occasion de la prise en charge d'un enfant victime.

8 Spécificité du repérage en cabinet dentaire

Le chirurgien-dentiste, en tant que professionnel de premier recours, a un rôle déterminant à jouer dans le repérage et l'accueil des victimes de violences.

Des chirurgiens-dentistes référents violences ont été désignés dans chaque département. Ils ont pour mission d'organiser, pour leurs pairs, des temps de sensibilisation/information sur les violences au sein du couple et d'identifier les acteurs locaux institutionnels et associatifs vers qui les victimes pourraient être orientées. Pour connaître leurs coordonnées, il convient de se rapprocher du Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

En cas de suspicion de violences chez une patiente consultant pour des soins dentaires, certains signes peuvent alerter le praticien :

- récurrence de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ;
- plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ;
- asymétrie du visage, affaissement facial ;
- troubles de l'occlusion ;
- douleur de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- attitude « trop » résistante à la douleur ;
- attitude très docile, voire figée ;
- troubles somatiques ;
- impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche ;
- réflexions lors de l'examen clinique comme : « J'ai l'impression qu'on me viole ».

Aucun de ces signes d'alerte n'est caractéristique d'une violence, mais ils sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, se répètent, s'inscrivent dans la durée et qu'ils ne trouvent pas d'explication rationnelle.

9 Repérage par les professionnels paramédicaux

Le lien qui se crée avec le professionnel paramédical (que ce soit en termes de temps plus important pour chaque séance ou, pour les masseurs kinésithérapeutes, en termes de toucher qui favorise le contact) permet parfois à la patiente de se confier plus facilement.

Certains soins nécessitant que la patiente se dénude permettent un repérage facilité des traces de violences sur le corps.

Dans ce contexte, il est recommandé, pour le repérage, de prendre en compte les points d'appel suivants :

- le conjoint refuse que sa partenaire reste seule avec un professionnel du sexe opposé ;
- le conjoint fait preuve d'ingérence dans les soins apportés à sa partenaire.

Ce sont des signes d'alerte non négligeables, qui ne sont pas forcément repérés par un professionnel non averti et qui peuvent passer inaperçus dans le cabinet paramédical.

Si la patiente en fait la demande, il est recommandé de rédiger une attestation professionnelle en respectant les mêmes règles de rédaction que le certificat médical. (voir chap. 4.7)

Des éléments tels que les traces physiques, des hématomes, peuvent être notés dans l'attestation. Cette attestation peut contenir des éléments que la patiente ne révélera plus à un autre professionnel. Cette attestation professionnelle a une valeur juridique.

Annexe 1. Facteurs précipitants de la violence

Principaux facteurs associés aux actes de violence (liste non exhaustive)

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

Annexe 2. Conséquences sur la santé des violences

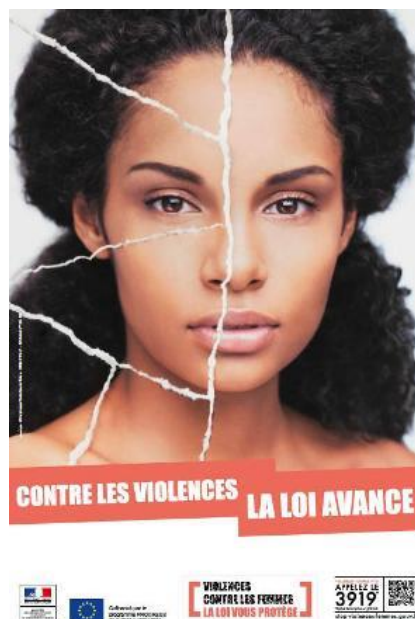
Principales conséquences des violences qui peuvent aller jusqu'au décès (liste non exhaustive)

<p>Troubles physiques</p>	<p>Signes fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexplicables ; • symptômes physiques chroniques inexplicables : douleurs (lombaires, abdominales, pelviennes, céphalées, etc.), asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer ; • mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué ; • maladie chronique déséquilibrée.
<p>Troubles psychologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. • Addictions et/ou abus de substances (...). • Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). • Des 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). • Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. • Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. • Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. • Des troubles psychosomatiques.
<p>Complications sexuelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions traumatiques. • Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST), <i>a fortiori</i> si elles sont répétées, transmission du VIH. • Troubles de la sexualité ; comportement sexuel à risque. • Douleurs pelviennes chroniques et troubles sexuels (dyspareunie, etc.).

<p>Conséquences au cours de la grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse (IVG). • Complications obstétricales (décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, maladie chronique associée non équilibrée, etc.). • Complications fœtales (mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance, etc.). • Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. • Comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool, de drogues illicites et mauvaise nutrition maternelle).
<p>Conséquences chez les enfants⁷</p>	<p>Les symptômes présentés par un enfant sont multiples et non spécifiques de ce type de violence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture dans le comportement : « retrait » (inhibition, tristesse) ou au contraire « sur-manifestation » de l'enfant (agressivité, hyper-agitation), régression ou au contraire « maturité » en décalage avec son âge. • Désordres alimentaires. • Troubles du sommeil. • Ruptures scolaires ou surinvestissement. • Actes délictueux, mise en danger de soi ; reproduction d'actes violents (auto- ou hétéro-agressivité). • Troubles psychopathologiques : syndrome anxieux / syndrome dépressif. • Plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales).

⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SEEVC-Brochure-Le_monde_du_silence.pdf

Annexe 3. Affiches proposées par stop-violence-femmes.gov



<https://www.stop-violences-femmes.gov.fr/affiches-videos-et-campagnes-d.html>

Annexe 4. Modèles de Certificat médical initial

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL (CNOM 2016) ⁸

Modèle de certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure Sur demande de la personne et remis en main propre Un double doit être conservé par le médecin
Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____ heure _____, à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)
Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____ - date de naissance (en toutes lettres) : _____
FAITS OU COMMÉMORATIFS: La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu), de _____ ».
DOLÉANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE : Elle dit se plaindre de « _____ »
ÉTAT ANTÉRIEUR (<i>éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés</i>)
EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine) - sur le plan physique : - sur le plan psychique : - état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : <i>Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.</i>
INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus. <i>L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime, notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). À titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.</i> La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres), sous réserve de complications.
Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) : « Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »
DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN

⁸ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL (HAS 2011) ⁹

Modèle de certificat médical initial

sur demande spontanée de la victime

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement

**(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).**

Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'Ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les déclarations rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) surnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

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

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

¹² Signature à la main obligatoire.

⁹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES (2015))¹⁰

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

**Ce certificat doit être remis à la patiente uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits)
Un double doit être conservé par la sage-femme signataire**

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'Ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame _____ (Nom, Prénom,) ¹¹ née le _____,

domiciliée à _____,

le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____ ¹²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) ¹³ en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom, Prénom)

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur (Nom, Prénom)

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de ¹⁴ _____, le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

- État gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____

- Sur le plan physique _____

- Sur le plan psychique : _____

Depuis, elle dit « se plaindre de ¹⁵ _____ ».

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

¹⁰ http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Le_pratique_du_certificat_medical_descriptif_novembre_2015.pdf

¹¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... », et être né(e) le... ».

¹² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, de l'heure et du lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

¹³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée, et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

¹⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif. – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) sus-nommé, le préciser.

¹⁵ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime.

Comment constater les faits dans le certificat ?

La sage-femme est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif :

- l'ensemble des lésions et des symptômes constatés doivent être décrits : le certificat ne doit pas comporter d'omissions et la sage-femme se doit d'éviter toute description dénaturant les faits ;
- il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux ;
- il ne faut pas affirmer ce qui n'est que probable et ne pas interpréter les faits : le certificat doit se borner aux constatations de la sage-femme sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales ;
- la sage-femme rapporte les dires de la patiente sur le mode déclaratif et entre guillemets (« madame X *dit avoir été victime de...* »)

Il ne faut pas employer des mots connotés, tels que « harcèlement », sauf s'il s'agit de propos tenus par la patiente, auquel cas ils seront rapportés entre guillemets.

En pratique, la sage-femme est tenue de constater objectivement les lésions et signes qui témoignent de violences avant de rédiger le certificat : elle doit consigner avec précision ses constatations et ne peut présenter comme faits avérés des agressions sur la seule foi de déclarations. Elle doit décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques de toutes les lésions : nature, dimensions, forme, couleur, etc.

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES (ONCD))¹⁶

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL
(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

ENTETE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur
 chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le à H
 A (lieu de l'examen)
 M. Mme Mlle l'enfant (Nom et prénom)
 Né(e) le (date en toutes lettres)
 (Eventuellement) Accompagné(e) de

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)
 Cette dernière m'a déclaré que: « Le date) à H (heure)
 Au (lieu),
 ».

Examen clinique
 J'ai constaté ce jour :
 - à l'examen exobuccal :
 - à l'examen endobuccal :
 - à l'examen radiographique :
 +/- photographies et radiographies jointes référencées + schéma dentaire actualisé +...

Les signes ressentis par le patient sont :

Etat antérieur (si connu)
 L'état initial de la dent était (seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu) (ou) au (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était

Traitement
 Ce jour, le traitement consiste en (si un traitement a été réalisé ce jour le préciser) :

Evolution
 L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles :
 A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).

Le coût actuel des traitements est de :
 Si chiffrage possible.

La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

Risque de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)
 Le cas échéant (voir note).

Incapacité totale de travail (ITT)
 Le cas échéant (voir note).

Certificat fait à
 le (date en toute lettre)
 et remis en mains propres à pour faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE

¹⁶ <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/violences-faites-aux-femmes.html>

Annexe 5. Modèles d'attestations

MODÈLE D'ATTESTATION (CONSEIL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES)¹⁷

MODÈLE DE CERTIFICAT

Je, soussigné(e) _____, masseur-kinésithérapeute, certifie avoir examiné le (*date en toutes lettres*) _____ à _____ heure _____, à (*Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre*) _____,

Madame ou Monsieur (*nom - prénom*) _____ né le (*date de naissance en toutes lettres*) _____ et avoir constaté que

_____.

Ce certificat est établi au motif de _____.

Fait à _____, le _____

Remis en main propre

Signature

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute.

¹⁷ <http://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/exercice/redaction-des-attestations-et-certificats/>

MODÈLE D'ATTESTATION : CONSEIL DE L'ORDRE NATIONAL INFIRMIER ¹⁸

**Attestation clinique Infirmière
EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE**
Sur demande de la personne et remis en main propre
Validée par l'Ordre national infirmier
Un double doit être conservé par l'infirmier.e

Nom prénom de l'infirmier.e :

Adresse professionnelle :

Numéro ADELI et/ou RPPS et/ou d'inscription à l'ordre infirmier :

Je certifie avoir examiné, le (date en toutes lettres) _____ à _____ heure _____,
à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Madame ou Monsieur _____ (nom -- prénom)¹⁹, né.e le (en toutes lettres) _____ Domicilié.e à _____

Age de la grossesse (le cas échéant) _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS:

La personne déclare : « j'ai été _____, je suis

_____ ».

DOLÉANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de²⁰ « _____
_____ »

EXAMEN CLINIQUE INFIRMIER : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :

- sur le plan psychique/émotionnel :

Joindre photographies éventuelles prises par l'infirmier.e, datées, signées et tamponnées au verso.

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Attestation établie à la demande de l'intéressé.e et remise en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DE L'INFIRMIER.E et/ou DU SERVICE

¹⁸ <https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/contre-les-violences-faites-aux-femmes.html>

¹⁹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né.e le.... ».

²⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signaler le caractère répétitif.

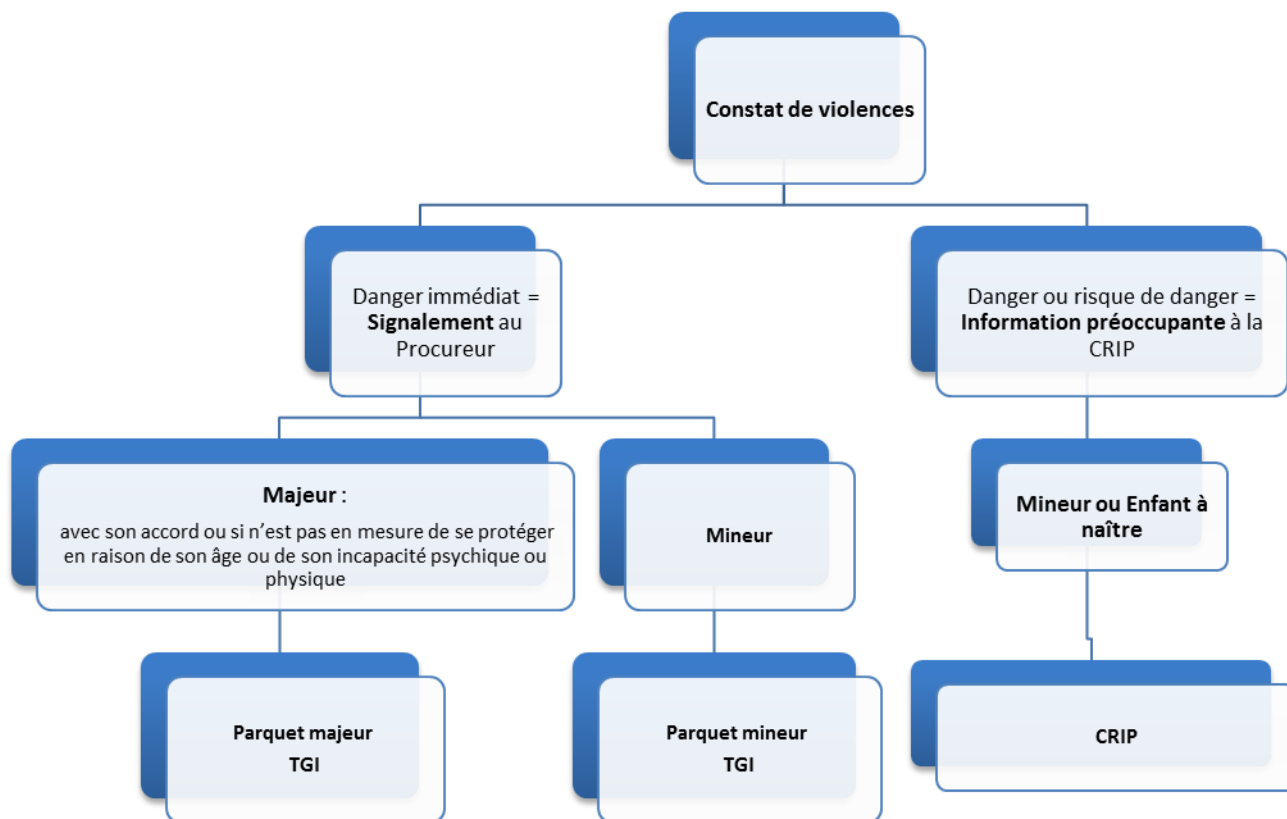
Annexe 6. Conseils pour la délivrance d'un Certificat médical

CNOM 2006 : Règles générales d'établissement des certificats médicaux ²¹

1. S'informer de l'usage du certificat demandé.
2. Ne rédiger le certificat qu'après examen personnel de la personne. Un médecin non thésé ne peut rédiger un tel certificat sauf si statut de remplaçant.
3. Décrire de façon précise et objective les éléments constatés, sans omission dénaturant les faits ni révélation excessive.
4. Transcrire, si elles apparaissent nécessaires à la compréhension du certificat, les doléances du patient entre guillemets et sous la forme conditionnelle.
5. S'interdire d'établir toute relation de cause à effet entre les troubles constatés et décrits et l'origine que le patient leur impute.
6. Limiter les propos à ce qui concerne le patient et lui seul.
7. Dater le certificat du jour de sa rédaction, même si l'examen médical a été pratiqué quelques jours plus tôt ; antidater ou post-dater un certificat constitue une faute grave.
8. Apposer sa signature.
9. Remettre le certificat au patient lui-même et en main propre ; en faire mention sur le certificat.
10. Garder un double du certificat.

²¹ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/notice_certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure_0.pdf

Annexe 7. Procédure en cas de signalement



Annexe 8. Modèle de signalement : sévices à mineur (CNOM 2016)²²

Cachet du médecin

SIGNALEMENT **Pour personne mineure (moins de 18 ans)**

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

»

- le mineur nous a dit que : «

»

²² https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui
Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil départemental (ex-Conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe 9. Réseau pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de proximité : Liste des numéros à compléter avec les coordonnées locales

Réseau de soins de proximité		
Spécialités	Nom/Coordonnées	N° Téléphone
Service d'urgence du secteur (médecin référent Violences faites aux Femmes)		
Service UMJ		
Pédiatre (médecin référent en cas de maltraitance)		
Réseau périnatal de proximité		
Consultations de soins spécialisés en psycho-traumatologie		
CAVAS (Centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle)		
Psychiatre		
Psychologue		

Réseau médico-social de proximité		
Spécialités	Nom/Coordonnées	N° Téléphone
Assistante sociale		
Centre de planification et PMI		
Pôles de référence régionaux d'accueil des victimes de violences ²³		

²³ http://www.institutdevictimologie.fr/annuaire/poles-de-reference-regionaux-d-accueil-et-de-prise-en-charge-des-victimes-de-violences-sexuelles_2.html

Conseillère conjugale Planning familial		
CMP (Centres médico-psychologiques)		
FNSF – Fédération nationale solidarité femmes		

Réseau judiciaire de proximité		
	Nom/Coordonnées	N° Téléphone
TGI = Tribunal de grande instance		
Procureur de la République		
Cellule de recueil des informations préoccupantes (nom du médecin référent de la CRIP)		
Commissariat (ou gendarmerie) de proximité Psychologue Travailleur social		
Point d'accès au droit avec permanence spécialisée		
Ordre des avocats départemental		
Association du réseau CNIDFF		
France Victimes		

Annexe 10. Liste des numéros au niveau national

En cas d'urgence	
	N° Téléphone
Police ou gendarmerie	17
Pompiers	18
SAMU	15
Numéro d'urgence européen	112
Numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes	114
Numéro de demande d'hébergement d'urgence	115

Numéros d'écoute nationale	
	N° Téléphone
Violences Femmes Info Numéro national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés	39 19
SOS Viols Femmes Informations Numéro destiné aux femmes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnels concernés	0 800 05 95 95
Allô enfance en danger Numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être	119
Numéro international de l'aide aux victimes	116 006
Fédération 3977 contre la maltraitance Numéro d'alerte sur les risques de maltraitance envers les personnes âgées et les adultes handicapés	3977

Sites Internet	
Numéros des associations chargées d'évaluer le danger pour qu'ensuite le procureur attribue les Téléphones graves danger (TGD)	Les associations de la FNSF sont souvent impliquées avec les réseaux de santé dans le cadre d'une prise en charge globale. La liste se trouve sur : http://www.solidaritefemmes.org/nous-trouver .
« stop violences-femmes.gouv.fr », destiné aux victimes et aux professionnels concernés	https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/
Déclic violence qui propose des fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale	http://declicviolence.fr/index.html
Association nationale des intervenants sociaux en commissariats et gendarmeries qui précise les coordonnées des centres d'intervention (onglet « Lieux d'intervention »)	http://www.aniscg.org/fr/pages/lieux-dintervention-8.html
Plateforme de signalement des violences à caractère sexuel et sexiste : permet de dialoguer en direct 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 avec un policier ou un gendarme spécialement formé afin de signaler des faits de violences sexuelles et/ou sexistes	https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A12511

Annexe 11. Textes de loi

Art. 222-11 du Code pénal	Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.
Art. 222-12 du Code pénal	<p><u>Extrait du texte de loi:</u></p> <p>L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise :</p> <p>1° Sur un mineur de quinze ans ;</p> <p>2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;</p> <p>4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;</p> <p>6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;</p> <p>14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants</p> <p>Les peines encourues sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie à l'article 222-11 est commise :</p> <p>a) Sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur ;</p> <p>b) Alors qu'un mineur assiste aux faits et que ceux-ci sont commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ou, si la victime est mineure, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur victime.</p>
Art. 222-13 du Code pénal	<p><u>Extrait du texte de loi :</u></p> <p>Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises :</p> <p>1° Sur un mineur de quinze ans ;</p> <p>2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;</p> <p>4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;</p> <p>6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;</p> <p>10° Avec usage ou menace d'une arme ;</p> <p>14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;</p> <p>Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie au premier alinéa du présent article est commise :</p> <p>a) Sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur ;</p> <p>b) Alors qu'un mineur assiste aux faits et que ceux-ci sont commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ou, si la victime est mineure, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur victime.</p>
Art. 222-14 du Code pénal	Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou

	<p>connue de leur auteur sont punies :</p> <p>1° De trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ;</p> <p>2° De vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;</p> <p>3° De dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ;</p> <p>4° De cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours.</p> <p>Les peines prévues par le présent article sont également applicables aux violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité. Les dispositions du second alinéa de l'article 132-80 sont applicables au présent alinéa.</p> <p>Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux cas prévus aux 1° et 2° du présent article.</p>
<p>Art. 226-13 du Code pénal</p>	<p>La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.</p>
<p>Art. 226-14 du Code pénal</p>	<p>L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :</p> <p>1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;</p> <p>2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;</p> <p>3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.</p> <p>Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.</p>
<p>Art. R. 4127-44 du Code de la santé publique</p>	<p>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.</p> <p>Lorsqu'il s'agit d'un mineur 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 alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.</p>

Annexe 12. Glossaire

Emprise

Rapport de domination mentale et de prise de pouvoir sur la victime.

L'objectif de l'auteur est de contrôler la victime.

Syndrome de stress post-traumatique :

On distingue deux types de traumatisme (psycho-traumatismes) :

- traumatisme de type I quand l'événement est soudain, inattendu et d'une durée limitée (accident, attentat, incendie, catastrophe naturelle, etc.) ;
- traumatisme de type II quand l'événement est répété, de longue durée, cumulatif (maltraitance physique psychique et/ou sexuelle de l'enfance, violences conjugales, torture).

Selon le DSM 5

Trouble stress post-traumatique

La caractéristique essentielle du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est le développement de symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques.

La présentation clinique du TSPT varie. Chez certains individus, la peur de revivre l'expérience traumatique et les symptômes émotionnels et comportementaux qui l'accompagnent peuvent être au premier plan. Pour d'autres, l'anhédonie ou des états d'humeur dysphoriques et les cognitions négatives peuvent être particulièrement douloureux. Chez certains autres individus, l'éveil et des symptômes de réaction extériorisée sont prédominants, tandis que chez d'autres, des symptômes dissociatifs sont au premier plan. Enfin, certaines personnes présentent des combinaisons de ces groupes de symptômes.

Selon la CIM 10

État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple, compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'« anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme.

Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Participants

Les organismes professionnels et associations de victimes suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail :

Association dentaire française (ADF)*

Association nationale des assistants de service social (Anas)*

Association nationale des sages-femmes libérales*

Collège de la médecine générale*

Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale*

Collège infirmier français (CIF)

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO)*

Conseil national professionnel de Médecine d'urgence*

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)*

Conseil national de la pédiatrie (CNPP)*

Conseil national professionnel de psychiatrie*

Collège national des sages-femmes de France*

Société française de psychologie*

Fédération nationale Solidarité femmes (FNSF)*

France VICTIME*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Dr Christine Revel-Delhom, Chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Baarir Zohra, psychiatre, Argenteuil

Dr Balencon Martine, pédiatre - médecin légiste, Rennes

Dr Brousse Benoit, urgentiste, Elbeuf Louviers

Dr De-Fremenville Humbert, médecin généraliste, Arnas

Mme Delespine Mathilde, sage-femme, Saint-Denis

Dr Fohet Catherine, gynécologue médicale, La Farlede

Pr Gromb-Monnoyeur Sophie, médecin légiste, Bordeaux

Mme Guillard Suzanne, psychologue, La Charité-sur-Loire

Dr Hatem Ghada, gynécologue-obstétrique, Saint-Denis

Dr Largy Jean-François, chirurgien-dentiste, Dijon

Mme Lefebvre Sandrine, psychologue, Sotteville-lès-Rouen

Dr Malhanche Pauline, médecin généraliste, Châtel-Guyon

Mme Merceron Nelly, assistante sociale Avignon

M. Moreau Jérôme, association aide aux victimes, Imphy

Mme Moyroud Madeleine, sage-femme, Roanne

Mme Pipet Anne, masseur kinésithérapeute, Landry

Mme Toutain Françoise, directrice centre Flora Tristan - association femmes Alternatives, Châtillon

Dr Vergne Muriel, urgentiste, Toulon

Dr Vicard-Olagne Mathilde, médecin généraliste, Clermont-Ferrand

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis :

- Association dentaire française (ADF)*
- Association nationale des assistants de service social (Anas)
- Association nationale des sages-femmes libérales*
- Collège de la médecine générale (CMG)*
- Collège infirmier français (Cif)
- Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)*
- Conseil national de la pédiatrie (CNPP)*
- Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)*
- Collège national des sages-femmes de France*
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP)*
- Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO)*
- Conseil national professionnel de médecine d'urgence
- Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale*
- Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP)*
- Fédération nationale Solidarité femmes (FNSF)*
- France Victime*
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE)*
- Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof)*
- Société française de psychologie (SFP)*
- Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes*

(*) Cette partie prenante a répondu à la phase de lecture.

► Institutionnels

- ANSM
- CNAMTS, RSA, RSI
- DGS
- DGOS

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
Méthode de travail	RBP avec parties prenantes
Objectif(s)	Renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes Favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Faciliter la coordination entre professionnels concernés
Patients ou usagers concernés	Toutes les femmes, quel que soit leur âge
Professionnel(s) concerné(s)	Plus particulièrement les professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médicale, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute. Cependant tous les professionnels de santé peuvent être concernés dans leur pratique. Autres professionnels de santé concernés par le thème et partenaires d'autres secteurs associés aux professionnels de santé : médecin en UMJ, médecin des Conseils départementaux et en particulier médecin de PMI et référent protection de l'enfance, psychologue, pharmacien(ne), conseiller(e) conjugal(e) des CPEF, assistant(e) social(e), travailleur social et professionnel travaillant en lien avec les professionnels susnommés (aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, secrétaire médicale, etc.).
Demandeur	Ministère des Solidarités et de la Santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chefs de service : Dr Michel Laurence et Dr Pierre Gabach) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De janvier 1990 à août 2018 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1) Réalisée par : Documentaliste Mme Mireille Cecchin, avec l'aide de Assistante documentaliste Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs du rapport d'élaboration	Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur les sites www.has-sante.fr et DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en Juin 2019
Actualisation	L'actualisation de cette recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiches pratiques de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr