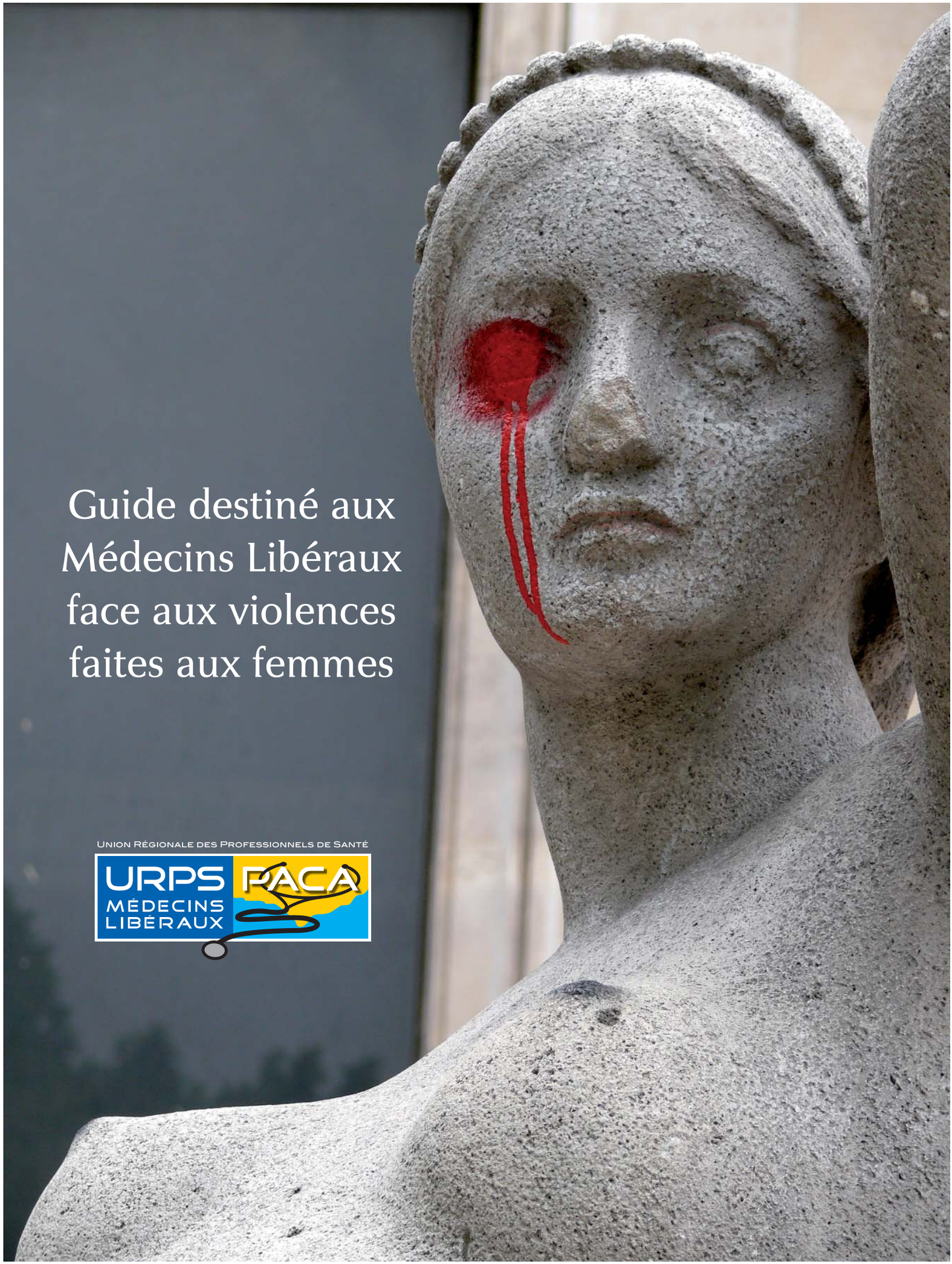
Guide destiné aux Médecins Libéraux face aux violences faites aux femmes



Union Régionale des Professionnels de Santé

URPS PACA
MÉDECINS LIBÉRAUX

Sommaire

PRÉFACE 4

CHAPITRE 1
Le cadre législatif : contribution du Parquet de Marseille 7

CHAPITRE 2
Le certificat médical et l'incapacité totale de travail (ITT)
vus par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Var. . . . 11

CHAPITRE 3
Le certificat initial et l'incapacité totale de travail (ITT)
vus par la Médecine légale 18

CHAPITRE 4
Le point de vue des associations : SOS Viol et SOS Femmes 13 21

CHAPITRE 5
Violences conjugales : effets collatéraux sur l'enfant
dès la vie intra-utérine. 29

CHAPITRE 6
Harcèlement moral - Les violences subies par les femmes
dans la sphère du travail 31

CHAPITRE 7
Excision, prévention et reconstruction 35

CHAPITRE 8
Prise en charge par l'Assurance Maladie des traumatismes
et des maltraitances faites aux femmes 38

CONCLUSION 39

CAS CLINIQUES 40

COORDONNÉES DES PERSONNES RESSOURCES. 43

INDICATEURS DE RISQUE ET DE VIOLENCES SUBIES 51

Alors même, qu'ils ont un rôle central dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences, les médecins et autres professionnels de santé sont souvent peu informés sur les moyens mis à leur disposition afin de les accompagner .

Ces femmes qui sont avant tout leurs patientes masquent souvent leur souffrance.

Il est pourtant important qu'un médecin puisse anticiper et intervenir dans leur intérêt et avec leur accord.

En élaborant ce nouveau guide, sur le modèle du précédent qui traitait du thème de l'enfance maltraitée, l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux PACA, a voulu informer les confrères en particulier mais aussi tous les professionnels de santé sur les violences faites aux femmes, en soulignant leur gravité et en insistant sur les dispositifs existants pour une meilleure prise en charge.

Les principaux partenaires tant médicaux (élus de l'URPS ML PACA, Conseil de l'Ordre des Médecins du Var), qu'institutionnels (Agence Régionale de Santé PACA, Protection Maternelle Infantile des Alpes Maritimes, Parquet de Marseille) et associatifs (SOS Viol et SOS Femmes) concernés par cette thématique ont travaillé ensemble et ont mis en commun leurs expériences afin d' apporter une réponse adaptée.

De cette réflexion commune et consensuelle est né ce document dont la seule ambition est d'informer et d'accompagner les professionnels de santé dans leurs prises de décision face à cette violence qui, rappelons le, touche tous les milieux socioculturels.

Quels sont les recours existants ? Comment aider une victime à faire face ?

Ce guide permet d'aborder le plus synthétiquement possible le cadre législatif des différents types de violences : violences verbales, sexuelles, mutilations sexuelles ; le cadre médico-légal (champ d'application du certificat médical et de l'Incapacité Temporaire ou Totale de Travail).

Le point de vue des associations spécialisées nous a été d'une grande aide et il est apparu important à tous les auteurs de ce guide de sensibiliser au mieux les professionnels de santé sur les "dégâts collatéraux" qu'engendrent ces violences (enfants nés ou à naître).

Plusieurs témoignages de professionnels ont étayé ces réflexions et guideront le médecin libéral ou le professionnel de santé dans le repérage de victimes, de situations à risques afin de mieux les accueillir, les accompagner et les soigner.

Parce que mieux connaître c'est mieux prévenir, je souhaite que cet ouvrage soit votre guide dans le repérage et la prévention de cas de maltraitance que vous pourriez rencontrer dans votre exercice.

Et s'il a pu permettre de sortir une victime de cet enfer, alors l'objectif fixé aura été atteint.

Bien confraternellement.

Dr Jean-François GIORLA
Président de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Préface

Le rapport de l'Assemblée générale des Nations Unies, 1993, définit comme violence faite aux femmes : *"[...]* ***tout acte de violence basé sur l'appartenance au sexe féminin,*** *qui a ou peut avoir comme conséquence un dommage ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique pour la femme, ainsi que les menaces de violence, le harcèlement ou la privation arbitraire de liberté, qui se produisent aussi bien dans la sphère publique que dans la sphère privée."* (article 2-ONU 1993).

Après l'édition du guide sur **"l'enfant en danger ou en risque de l'être"** et la campagne de sensibilisation grand public sur les **"bébés secoués"**, l'URPS ML PACA a estimé utile de réaliser un guide destiné aux médecins libéraux confrontés au problème majeur de santé publique, les violences faites aux femmes, élargi aux effets collatéraux sur les enfants exposés dès la vie intra utérine aux violences du couple.

Ce nouveau guide a pour but d'informer, de sensibiliser et de mobiliser les médecins libéraux en leur proposant les outils nécessaires à la prise de décision en leur âme et conscience, décision pouvant conduire jusqu'au signalement, soit à la Cellule de Recueillement des Informations Préoccupantes du Conseil général (CRIP), soit au Parquet.

Des chiffres qui interpellent

"Les violences faites aux femmes sont le premier fléau de l'humanité. Dans le monde, chez les femmes de 15 à 44 ans, elles causent plus de décès que le cancer, le paludisme, les accidents de la circulation et les guerres réunies" [(1)]

En France une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint [(2)] Ainsi en 2011, 122 femmes sont décédées au sein du couple, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie [(3)].

La région PACA apparait en seconde position derrière l'Ile de France avec 21 décès en 2010 [(4)].

En 2011, les Bouches-du-Rhône et le Nord (8 décès chacun) sont les deux départements les plus touchés, ils précédent ceux du Pas-de-Calais et du Var (5 cas chacun). [(3)]

Suivant les données statistiques, certainement sous estimées, une femme sur cinq est victime de violences, un viol se produirait toutes les 2 heures, dont 3 000 par an sur le lieu de travail mais moins de 10% des femmes dépose plainte. Les violences touchent toutes les couches sociales. Elles sont plus fréquentes chez les moins de 30 ans, essentiellement lors d'une grossesse ou d'une séparation. 1/3 des victimes de violences physiques intraconjugales ne porte pas plainte et n'en parle pas. [(5)]

Le médecin libéral, une sentinelle privilégiée

Pour ce faire, le médecin libéral doit être en capacité de dépister ce type de maltraitance à partir de signes évocateurs, d'accompagner ses patientes et de prendre en son âme et conscience les décisions qui s'imposent.

Dans son rapport rédigé à la demande du ministère de la santé en février 2001, le Professeur Roger HENRION écrivait: *"le médecin a un rôle clé dans le dépistage des violences, le recueil de l'histoire et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte....mais le médecin est souvent pris en tenaille entre le secret médical et la non-assistance à personne en danger".*

De plus il semblerait, suivant les travaux de STARK (1979), que la violence s'avèrerait 10 fois plus fréquente que ne la perçoivent les médecins. Sur un échantillon de 357 médecins généralistes, 60 % d'entre eux affirment n'avoir jamais rencontré de femmes victimes de violence conjugale (GONZO, 1995).

L'URPS ML PACA anticipe la publication du 3ème plan interministériel !

Mesurant l'importance de ce problème de santé publique, l'URPS ML PACA a décidé la rédaction de ce guide lors du COPIL "maltraitance" du 12 juillet 2011 anticipant ainsi la publication, le 13 novembre 2012, du 3ème plan interministériel 2011-2013, présenté au gouvernement le 13 avril 2011.

L'alternative soulevée par le Professeur HENRION (*"tenaille entre le secret médical et la non-assistance à personne en danger"*) ne peut justifier à elle seule que le médecin libéral s'exonère de la prise en charge de ses patientes victimes de violences. La méconnaissance, l'hésitation voire la résignation seraient alors l'antichambre de l'indifférence, attitude que l'éthique médicale ne saurait accepter.

Les membres du COPIL Maltraitance ont entrepris une démarche réflexive à partir de nombreux cas cliniques, dont certains sont rapportés dans le guide, afin de lister les difficultés rencontrées par le médecin libéral face à cette problématique et proposer pour chaque cas une attitude et une réponse consensuelles, validées avec nos partenaires.

L'intérêt de cette démarche est apparu rapidement comme très pertinent, un grand nombre de victimes ne réussissant pas à communiquer avec leur médecin, par honte de leur situation ou par peur d'en parler. Certaines femmes qui se présentent devant les associations font la même remarque *"Je n'arrive pas à le dire à mon médecin"*. Le manque de temps du praticien est considéré comme un obstacle aux confidences, mais celui-ci ne doit pas être culpabilisé car il voit la patiente à un moment donné dans un contexte donné et la victime peut être elle-même dans le déni et ne pas évoquer les violences.

Les principales raisons des difficultés rencontrées par le médecin libéral sont l'absence de formation initiale, la méconnaissance des signes évocateurs, les difficultés à libérer la parole de leur patiente, à rédiger un certificat médical ou à fixer la durée d'une ITT et la méconnaissance des lois, en particulier les conditions de levée du secret médical.

L'expertise et la contribution (liste non exhaustive) du Parquet de Marseille, de l'Ordre des médecins du Var, du service de Médecine légale de Marseille, de psychologues, du Conseil général des Alpes-Maritimes, de l'ARS, de l'Assurance Maladie, de juristes, de la PMI des Alpes-Maritimes et d'associations ont apporté l'éclairage et les connaissances indispensables à la prise de décision, très souvent difficile devant une violence avérée ou suspectée, dont les conséquences peuvent être lourdes pour la victime comme pour le médecin.
"En effet l'article 223-6 du code pénal sur la non-assistance à personne en danger pourrait trouver application si un médecin, délié du secret par les dispositions de l'article 226-14, ne prenait pas les mesures nécessaires pour faire cesser le risque couru par la victime, notamment en signalant les faits à l'autorité judiciaire[6]".

Ces référents ont enrichi nos connaissances et largement contribué à l'élaboration du guide, qu'ils en soient vivement remerciés.

Sur le plan pratique les confrères libéraux trouveront dans le guide réponse à plusieurs de leurs interrogations dont :

- Quels sont les signes évocateurs?
- Comment libérer la parole ?
- Comment accompagner une victime ?
- Quand et comment rédiger un certificat médical ? Fixer une ITT ?
- Quand et comment faire un signalement ?
- Quelles sont les coordonnées des personnes ressources?

1 : Comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes, 30 novembre 2012.
2 : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales : ONDRP 2011.
3 : ETUDE NATIONALE SUR LES MORTS VIOLENTES AU SEIN DU COUPLE EN 2011 - Ministère de l'Intérieur - DELEGATION AUX VICTIMES.
4 : PLAN REGIONAL STRATEGIQUE en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2012 – 2014 en Provence-Alpes-Côte d'Azur : PRS 2012-2014.
5 : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité, 2007.
6 : M. Jean-Jacques FAGNI, Procureur de la République adjoint.

Dr Paul Fredenucci
Coordinateur du comité de pilotage Maltraitance
de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Chapitre 1

Le cadre législatif

Contribution du Parquet de Marseille

M. Jean-Jacques FAGNI, Procureur de la République adjoint

Sur le plan légal, les violences faites aux femmes s'inscrivent dans le cadre général du code pénal au sein du Titre Deuxième intitulé : "Des atteintes à la personne humaine".

Il n'existe pas de chapitre spécifique, et donc pas d'incrimination spéciale, sur ce type de violence.

La qualité de "femme" de la victime n'est en conséquence pas en elle-même ni un élément constitutif, ni une circonstance particulière ou aggravante d'une infraction.

Par contre, en fonction des infractions, la qualité de conjoint, de concubin, ou de partenaire lié par un PACS de l'auteur des faits devient une circonstance aggravante spécifique.

Elle est cependant applicable que la victime soit une femme ou un homme, et que l'auteur soit un homme ou une femme.

En outre, l'orientation sexuelle, ou l'identité sexuelle de la victime, si elles ont fondé l'agression, constituent aussi des circonstances aggravantes de certaines infractions.

Enfin, parmi les personnes vulnérables définies comme source d'aggravation des infractions de violence sont spécifiquement visées celles dont l'état de grossesse est apparente ou connue de l'auteur, ce qui d'évidence ne peut concerner que des personnes de sexe féminin.

On peut ainsi distinguer trois grands groupes d'infractions susceptibles d'être aggravées par une ou plusieurs des circonstances susmentionnées :

1. Les violences

- **Article 221-4 du code pénal :** *le meurtre commis à raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle de la victime (7°), ou par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS (9°), ou sur personne particulièrement vulnérable (3°), est passible de la réclusion criminelle à perpétuité et non plus de 30 ans de réclusion criminelle comme pour l'homicide volontaire simple.*
- **Article 222-3 du code pénal :** *les mêmes circonstances aggravent le crime de tortures et actes de barbarie défini par l'article 222-1 du même code et font passer la peine maximale encourue de 15 ans à 20 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-8 du code pénal :** *elles aggravent aussi le crime de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner de l'article 222-7 du même code et font passer la peine maximale encourue de 15 à 20 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-10 du code pénal :** *elles aggravent le délit de violences ayant entraîné une infirmité permanente ou une mutilation de l'article 222-9 du même code et font passer la peine maximale de 10 ans d'emprisonnement à 15 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-12 du code pénal :** *elles aggravent le délit de violences ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours de l'article 222-11 du même code et font passer la peine maximale encourue de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende.*

- **Article 222-13 du code pénal :** *elles aggravent la contravention de 5ème classe de violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours de l'article R625-1 du même code et font passer la peine maximale encourue de 1 500 € d'amende à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende.*

Il convient en outre de préciser, s'agissant des deux dernières infractions :

- Que la peine passe à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende, ou à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende si une ou deux circonstances aggravantes supplémentaires prévues par l'article 222-12 se cumulent avec l'une des circonstances déjà évoquées.
- Que la peine passe de la même façon à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende, ou à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € dans le cadre de l'article 222-13.

Enfin, en ce qui concerne les violences définies par les articles 222-7 et suivants sus évoquées, elles sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques (article 222-14-3) ; et peuvent consister dans l'administration de substances nuisibles (article 222-15).

2. Les violences sexuelles

- **Article 222-23 du code pénal :** *définit et réprime le crime de viol s'agissant "d'un acte de pénétration commis sur autrui par violence, contrainte, menace ou surprise" ; il s'agit d'un crime passible de 15 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-24 du code pénal :** *le viol commis à raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle de la victime, ou par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, ou sur personne particulièrement vulnérable, est passible de 20 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-28 du code pénal :** *les deux premières circonstances aggravent le délit d'agression sexuelle de l'article 222-27 en faisant passer le maximum encouru de 5 ans et 75 000 € d'amende à 7 ans et 100 000 € d'amende.*
- **Article 222-29 du code pénal :** *en fait de même en ce qui concerne les victimes particulièrement vulnérables, et la répression passe même à 10 ans et 150 000 € si se cumule une autre circonstance aggravante, dont notamment celle tenant à l'orientation ou l'identité sexuelle (article 222-30).*

3. Les harcèlements

• Le harcèlement moral :

Le harcèlement moral défini par l'article 222-33-2 du code pénal voit sa peine aggravée s'il a été commis par l'actuel ou l'ancien conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

Les peines passent ainsi de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende à 3 ans et 45 000 € si les faits se sont traduits par une altération de la santé physique ou mentale et ont entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours.

Elles seront même d'un maximum de 5 ans et 75 000 € si l'ITT qui en a résulté est supérieure à 8 jours.

• Le harcèlement sexuel

L'article 222-33 du code pénal qui définissait de manière imprécise le délit de harcèlement sexuel a été déclaré contraire à la constitution par la décision 2012/240 du 24 mai 2012 du Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité.

La loi 2012-954 du 6 août 2012 a réintroduit ce délit dans le code pénal en précisant, et élargissant son champ d'application. Elle n'a cependant pas d'effet rétroactif, et ne concerne donc pas les faits commis avant son entrée en vigueur. Il s'agit d'une infraction dont les victimes sont aussi bien des hommes que des femmes, même si ces dernières sont majoritairement concernées.

L'article 222-33 nouveau du code pénal donne désormais une double définition du harcèlement sexuel selon qu'il s'agit d'actes répétés, ou d'un acte unique.

- **Actes répétés :** c'est le fait d'imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à la dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante

- **Acte unique :** c'est le fait d'user, même de façon non répétée, de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

La répression est de 2 ans et 30 000€ d'amende, et peut passer à 3 ans et 45 000 € en cas de circonstance aggravante, notamment si la victime est un mineur de 15 ans ou une personne particulièrement vulnérable (y compris sur le plan économique), ou si l'auteur abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Même si, contrairement au harcèlement moral aggravé, l'existence d'une ITT constatée et donc d'un certificat médical, n'est pas requise pour constituer l'infraction, il est cependant certain que les conséquences et répercutions psychologiques du harcèlement sexuel ne manqueront pas de donner lieu à consultations médicales permettant d'éclairer le contexte des faits, et de contribuer à la caractérisation du délit.

L'excision

Il n'existe pas d'infraction spécifique pour réprimer l'excision.

Celle-ci constitue donc une violence volontaire qui s'inscrit dans le champ d'application déjà évoqué.

Au regard des circonstances aggravantes tenant aux faits, et à la qualité de la victime et de l'auteur des faits il s'agira ainsi :

- De violences sur mineur de 15 ans ayant entraîné une infirmité permanente ou une mutilation punies de 15 ans de réclusion criminelle
- De violences sur mineur de 15 ans ayant entraîné une infirmité ou une mutilation aggravées par la qualité d'ascendant, ou de personne ayant autorité de l'auteur, punies de 20 ans de réclusion criminelle
- De violences sur mineur de 15 ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner punies de 20 ans de réclusion criminelle
- De ces mêmes violences commises par un ascendant ou une personne ayant autorité, punies de 30 ans de réclusion criminelle.

Enfin, pour clore l'aspect légal des violences faites aux femmes, il convient de rappeler que ***l'article 226-14 du code pénal exonère les personnes tenues au secret professionnel, dont les médecins, afin qu'elles puissent porter à la connaissance des autorités judiciaires les atteintes et mutilations sexuelles infligées aux mineurs ou aux personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique.***

Il en est de même si la personne demande au médecin de porter les faits à la connaissance de la Justice. Cet accord n'est cependant pas nécessaire s'il s'agit d'un mineur, ou d'une personne hors d'état de se protéger elle-même.

Chapitre 2

Le certificat médical et l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) vus par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Var

Docteur Richard BOVET, Conseiller départemental du VAR et Conseiller Régional de l'Ordre des Médecins de la région PACA Corse

Les violences faites aux femmes sont une urgence de santé publique.
Les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans cette lutte.

Les objectifs

Lever le tabou des violences faites aux femmes.

Sensibiliser les professionnels de santé au dépistage et à l'accompagnement des femmes et à la rédaction du certificat médical.

Le médecin face aux violences faites aux femmes

Les violences faites aux femmes ne sont pas une affaire privée.

Il s'agit de délits et de crimes qui sont punis par la loi, dont trop de femmes sont encore victimes, et qui ont pour conséquences de très nombreux problèmes de santé, voire la mort.

Dans notre pays, tous les deux jours, une femme décède sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint.

En tant que citoyens, et en tant que médecins, nous avons à dépister ces victimes, femmes et enfants témoins, pour leur proposer des soins adaptés et pratiquer ainsi une médecine de qualité.

En tant que citoyens et en tant que médecins, nous nous devons de mettre nos compétences au service des victimes, d'améliorer nos pratiques et de nous former pour mieux les accueillir et les accompagner.

Dans la plupart des cas c'est à l'occasion de la demande d'un certificat médical de constatations de coups et blessures, de viol ou de harcèlement moral que le médecin est confronté aux violences faites aux femmes.

Le médecin se trouve quelquefois embarrassé par sa rédaction et s'interroge sur sa responsabilité.
Dans ce guide nous proposons d'aider le médecin à la rédaction du certificat médical et de fixer les limites de sa responsabilité.

QUE DIT LA LOI ?

Cas de la victime majeure vulnérable

Les articles 226-14 du Code pénal et 44 du Code de déontologie médicale prévoient spécifiquement le cas de la victime qui, tout en étant majeure, n'est *"pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique"*.
Cette situation est assimilée à celle de la victime mineure. Un signalement peut donc être effectué dans les mêmes conditions,

auprès des mêmes personnes. Là encore, l'accord de la victime, s'il reste préférable, n'est pas indispensable.

Cas de la victime majeure non vulnérable

Si la victime des sévices est une personne majeure, dont l'âge ou l'état de santé ne l'empêchent pas de se protéger elle-même, il reste néanmoins possible de signaler les faits au Procureur de la République. Cette situation est prévue par le 2° de l'article 226-14 du Code pénal, selon lequel l'obligation au secret médical ne s'applique pas *"au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République 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".*

Ainsi, en pareille hypothèse, la victime doit avoir donné son accord au signalement et celui-ci ne peut être fait qu'à une seule personne : le procureur de la République.

Cas particulier des personnes privées de liberté

Le cas des sévices ou mauvais traitements subis par une personne privée de liberté fait l'objet de l'article 10 du Code de déontologie médicale (article R. 4127-10 du Code de la santé publique). Un signalement doit être effectué, avec l'accord de l'intéressé (sauf s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne hors d'état de se protéger, dont l'accord n'est pas requis), à l'autorité judiciaire.

Article 51 du Code de déontologie médicale (article R.4127-51 du CSP)

"Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients"

Article 76 Code de déontologie médicale (article R.4127-76 duCSP)

"L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci".

EN PRATIQUE, QUELS SONT LES ASPECTS FORMELS A RESPECTER DANS LA REDACTION DU CERTIFICAT MEDICAL

- Identification du praticien, signature
- Circonstances de rédaction *"à la demande de l'intéressée"*, *"remis en main propre pour faire valoir ce que de droit"*
- *Identité du patient si doute "me déclare se nommer"*
- Procédure d'entrée sous X ?
- Situation maritale à préciser
- Commémoratifs : *"me déclare avoir reçu un coup de poing..."* ou conditionnel *"aurait reçu un coup de poing.... "*

Examen clinique

Examen complet avec déshabillage, bon éclairage, examen endobuccal
Zones cibles médico-légales : Cou, Face interne Bras ou zones de prise, avant-bras ou zones de défense, face interne des cuisses
Mesurer les lésions et les orienter si possible par rapport à un repère anatomique fixe, le sujet étant en position anatomique

A PROSCRIRE FORMELLEMENT

- **Pas de désignation d'un tiers et ne pas mettre de tiers en cause,**
- **Ecrire *"Mme X déclare avoir été frappée par un tiers"***
- **Ne pas évoquer une pathologie d'un tiers (ex: "Mme X aurait été frappée par son mari alcoolique")**
- **Antécédents médicaux : lesquels? Si doute en parler à la patiente, noter un Etat antérieur qui pourrait être aggravé**

EN RÉSUMÉ

- **Rester prudent dans l'interprétation des lésions et la compatibilité avec les dires de la victime**
- **S'en tenir scrupuleusement aux éléments en rapport avec l'objet de la demande sans faire de commentaires personnels**

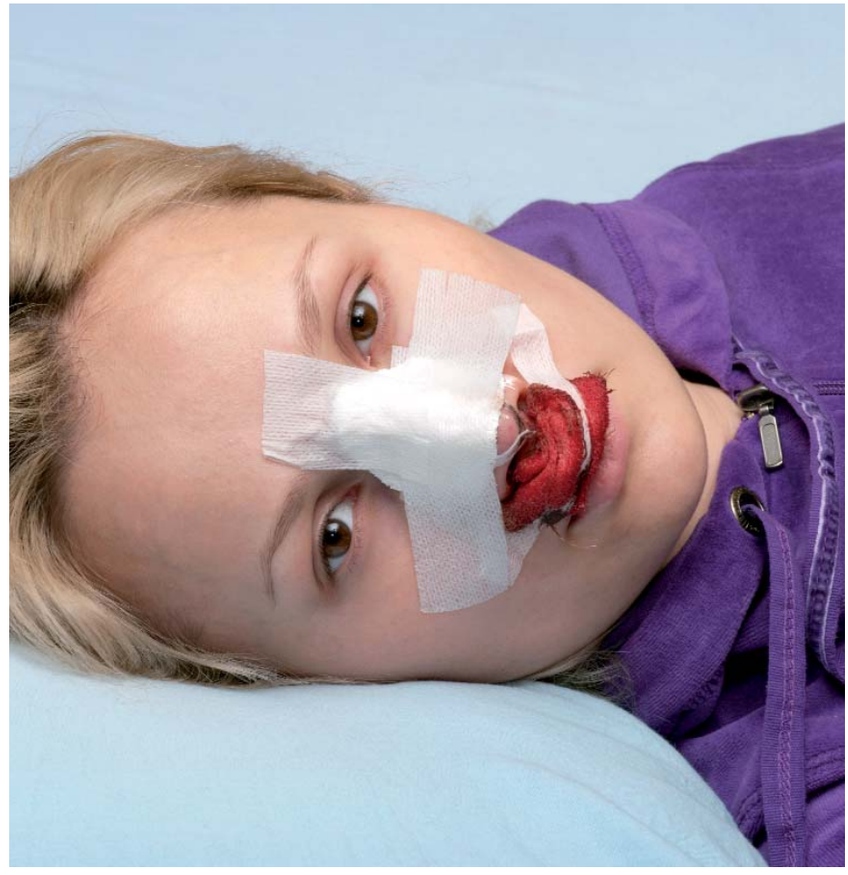
Conclusion du certificat

- Synthèse des lésions
- Déterminer l'ITT, à écrire en toutes lettres, *"une ITT de cinq jours est à prévoir au sens pénal sauf complications"*
- Remise du certificat à la victime ou à l'autorité requérante

Problèmes posés par la rédaction du certificat

- **Responsabilité pénale :** violation du secret médical, certificat de complaisance, état de faits matériellement inexacts, dénonciation calomnieuse
- **Responsabilité ordinale** : s'immiscer sans raison dans les affaires de famille, dans la vie privée de ses patients, non respect du secret médical, certificat de complaisance...
- **Responsabilité civile et administrative** (réparation du dommage subi)

AVOIR TOUJOURS A L'ESPRIT LA LOI



Article 44 du Code de déontologie médicale (article R.4127-44 du code de la santé publique)

- "Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives"

Art 226-13 et 226-14 du Code Pénal

Article 226-13

Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002.

- 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.

Article 226-14

Modifié par Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 - art. 85
Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 34 JORF 7 mars 2007

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

1°) 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 ;

2°) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

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

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Conclusion

La violence conjugale apparaît aujourd'hui comme un problème de santé publique face auquel les médecins doivent se mobiliser pour améliorer leurs pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes maltraitées et de leurs enfants. Cette amélioration passe par leur sensibilisation et leur formation professionnelle sur ce sujet, ainsi que par l'instauration d'une prise en charge en réseau avec la police, la justice, les travailleurs sociaux et les associations pour permettre aux patientes de recevoir une aide efficace.

L'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.)

I.T.T.: Dénomination - Champ d'application

Anciennement appelée ITTP (Incapacité Totale de Travail Personnel), l'ITT est, depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code Pénal en mars 1994, la nouvelle dénomination de l'Incapacité Totale de Travail.

Au sens pénal, il peut y avoir I.T.T. si une plainte a été portée contre un auteur supposé (plainte "contre X" si l'auteur est inconnu avant l'enquête).

Contrairement à l'incapacité temporaire professionnelle ou économique (qui s'applique aux personnes ayant un emploi ou bénéficiant du régime chômage), **l'I.T.T. s'applique à tous : enfants, retraités, femmes au foyer, personnes au chômage ou sans emploi.**

Durée d'une I.T.T.

La durée d'une ITT est déterminée par la durée de la "gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer tous les gestes de la vie courante" à la suite de coups et blessures volontaires dont elle a été l'objet (gestes qui diffèrent d'ailleurs notablement selon que la victime est un adulte, une personne âgée, un enfant ou un nourrisson).

C'est par l'appréciation de la "gêne fonctionnelle réelle et globale", adaptée à l'âge que la durée de l'ITT pénale est fixée.

Dans le cas de l'immobilisation complète d'un membre majeur (ex : bras droit si le blessé est droitier), du bassin ou d'un membre inférieur imposant un décubitus prolongé (avec ou sans chirurgie), l'I.T.T. prend fin au moment de la levée de l'immobilisation *(une fracture du bassin non compliquée entraîne une ITT égale à la durée de l'alitement ; une fracture de jambe avec 45 jours de plâtre, + 45jours de rééducation sans appui entraîne une ITT de 90jours - les "soins de suite" relèvent de l'arrêt de travail).*

L'arrêt de travail (du régime général de la Sécurité sociale) est souvent plus long que l'ITT car il tient compte de la profession exercée.

(une fracture d'un annulaire gauche entraînera la même ITT pénale chez un maçon que chez une secrétaire dactylo, mais l'arrêt de travail professionnel sera plus long chez cette dernière, gênée pour la frappe sur son clavier).

Facteurs de confusion

L'I.T.T. implique une action qui a pour but d'infliger une sanction à l'auteur des coups et blessures volontaires. L'action civile, par contre, a pour but la réparation du dommage subi par la victime.

I.T.T. au sens pénal, arrêt de travail et accident du travail

- Un arrêt de travail, suite à un accident du travail, est un arrêt pour lequel une indemnité journalière est versée (sur la base du salaire) pendant le temps où l'incapacité temporaire de travail (professionnelle) est totale (dite aussi ITT., d' où la confusion) ou partielle (dite I.T.P).
- L'accident de travail n'implique pas nécessairement un tiers (c'est le plus souvent un fait accidentel banal : chute, blessure avec un outil, ...) d'où l'absence d'équivalence de sens ou de durée entre ITT au sens pénal et I.T.T. de l'arrêt de travail.

C'est dans le cadre du certificat final d'un accident du travail que le médecin se prononce sur la consolidation ou la guérison.

Ces termes ne s'appliquent pas à l'I.T.T. au sens pénal.

Destinataires de l'I.T.T.

- **Les autorités judiciaires**

C'est à elles qu'il faut adresser le certificat sur l'Incapacité Totale de Travail (au sens pénal). La rédaction se fait sur papier à en-tête à la demande du patient ou sur réquisition de l'autorité judiciaire.

- **Les caisses de Sécurité Sociale et l'employeur**

Le certificat d'arrêt de travail professionnel doit leur être adressé, mais pas l'I.T.T. La rédaction se fait sur un formulaire adéquat selon les cas (régime maladie ou accident de travail).

Facteurs d'évaluation

Pour évaluer correctement une I.T.T., l'examen clinique doit être complet et minutieux.

Observation des lésions

- Plaintes, douleurs, vécu du patient, peuvent être notés : il ne s'agit pas d'une observation médicale au sens strict mais des doléances de la victime, sauf si un syndrome anxieux ou dépressif est cliniquement diagnostiqué.
- Les lésions attestées seront des signes fonctionnels et des éléments de l'observation, retrouvés lors de l'examen clinique direct ou par des examens complémentaires (radiographies, échographies, ...). Elles seront objectives : elles se mesurent, se situent et se décrivent avec précision le vocabulaire aussi devra être précis, en différenciant les lésions avec et sans solution de continuité.

(Exemple de rédaction : ecchymose de 4 x 3 cm au tiers antérieur et externe du bras droit, récente, rougeâtre-bleuâtre ou limitation à 45° de la rotation horizontale du bras gauche vers l'extérieur - bras tendu à l'horizontale – sans lésion osseuse associée sur les radiographies effectuées).

DÉLIVRANCE D'UNE I.T.T

Dans tous les cas de rédaction d'un certificat, la responsabilité du médecin est engagée.

Rédaction d'une I.T.T.

Le médecin atteste ce qu'il a constaté, certifie la réalité de son observation et s'engage personnellement en fixant une I.T.T. pénale : "Je, soussigné, Dr X certifie...

- Certificat à visée pénale

Pour rédiger un certificat à visée pénale, le médecin peut obtenir des conseils ou orienter les personnes qui le souhaitent vers des services d'urgences médico-judiciaires ou de consultations, ces services (progressivement mis en place dans les C.H.U.) sont en relation avec les services judiciaires.

- Certificat établi à la demande de la victime

Ce type de certificat, établi avec prudence et objectivité, portera en conclusion les mentions :

"remis à M. X en mains propres" (aux parents si la victime est mineure ou au tuteur si elle est sous tutelle), et "pour faire valoir ce que de droit".

Le double devra être conservé par le médecin dans le dossier de son patient.

- Certificat établi sur réquisition d'une autorité judiciaire

Ce certificat, rédigé obligatoirement par un médecin (art. L 637 du C.S.P), devra être établi avec objectivité, puis remis à l'autorité judiciaire qui le demande.

Le double de ce certificat, ainsi que la copie de la réquisition judiciaire, seront conservés par le médecin dans le dossier patient.

I.T.T. et peines encourues

C'est la durée de l' ITT qui qualifiera l'acte, qui définira le tribunal compétent et fixera la peine encourue (majorée en cas d'ITT aggravée).

I.T.T. DE MOINS DE 8 JOURS

Une ITT de moins de 8 jours donne lieu à une contravention dont la peine est fixée par le règlement en vigueur relevant du Tribunal de police (amende de 4ème classe - art. R 624 du Code Pénal).

I.T.T. DE PLUS DE 8 JOURS

C'est un délit dont la peine, relevant du Tribunal correctionnel (art. 222-11 du Code Pénal), pourra aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 735 € d'amende.

I.T.T. AGGRAVÉES

• Motifs d'aggravation d'une ITT

Les coups et blessures volontaires sont plus sévèrement punis en cas de violence :

- sur un *mineur de moins de 15 ans*,
- sur une personne particulièrement vulnérable du fait de son *âge*, sa *maladie*, son *infirmité*, sa *déficience physique* ou *psychique*, sa *grossesse* apparente ou connue de l'auteur,
- sur un *ascendant* ou un *parent adoptif*,
- sur un *conjoint* ou un *concubin,*
- avec une *arme.*

• I.T.T. aggravée de moins de 8 jours

Les violences donnant lieu à une ITT aggravée de moins de 8 jours peuvent, dans ces motifs évoqués, être considérées comme des délits ;

La peine équivaut alors à celle encourue pour une I.T.T > 8 jours sans motif d'aggravation et peut aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 735 € d'amende. (art. 222-13 du Code Pénal)

• I.T.T. aggravée de plus de 8 jours

Les violences donnant lieu à une ITT aggravée de plus de 8 jours restent des délits ; la peine aggravée encourue peut alors aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 76 225 € d'amende (au lieu de 3 ans et 45 735 € pour une ITT > 8 jours sans motif d'aggravation) - art. 222-12 du Code Pénal.

LEXIQUE POUR UNE REDACTION CORRECTE

• **abrasion cutanée :** mise à nu du derme par frottement.

• **brûlure :** lésion tégumentaire thermique, sans solution de continuité, de différents degrés et différentes surfaces, dont la gravite dépend du degré, de la surface et de la localisation.

• **contracture musculaire :** contraction permanente involontaire et douloureuse, consécutive à un effort ou à un faux mouvement.

• **contusion externe :** lésion tégumentaire post traumatique, avec augmentation locale de volume des tissus lésés.

• **contusion interne :** lésion d'un organe plein ou creux (importance des examens complémentaires).

• **ecchymose :** lésion cutanée en relation avec une extravasation sanguine hypodermique, non confluente.

• **érythème :** rougeur congestive disparaissant à la vitropression.

• **fracture :** rupture de la continuité osseuse extra-articulaire ou intra-articulaire (imposant une rééducation), plusieurs variétés de fractures peuvent être distinguées : avec fragments et/ou ouverte (risque infectieux), ...

• **hématome :** extravasation de sang collecte dans une poche néoformée ou un repli anatomique préexistant.

• **plaie contuse :** lésion tégumentaire avec solution de continuité mal limitée, avec augmentation locale du volume des tissus traumatisés, générée par l'usage d'une barre ou d'un instrument contondant métallique (marteau, hache).

• **plaie franche par instrument piquant :** lésion tégumentaire avec solution de continuité ponctiforme, générée par l'usage d'une paire de ciseaux, d'une pointe de couteau, d'une fourchette à viande, d'un poinçon, et pouvant entraîner des lésions profondes.

• **plaie franche par instrument tranchant :** lésion tégumentaire avec solution de continuité franche et linéaire, générée par l'usage d'un couteau, d'un rasoir, d'un cutter.

Chapitre 3

Certificat initial et ITT

Docteur Christophe BARTOLI, service de médecine légale, Faculté de Médecine de Marseille

L'article 76 du code de déontologie médicale (article R.4127-76 du code de la santé publique) est l'article général concernant la rédaction d'un certificat médical en indiquant notamment que : "l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires".

Au delà de cette formulation générale, le Conseil national de l'Ordre des médecins apporte régulièrement son expertise aux pouvoirs publics concernant la thématique des certificats médicaux exigibles et non exigibles par les patients, en particulier lors de leurs rédactions dans le cadre de l'exercice libéral[1].

Dans sa newsletter médecins n°41 du 14/09/2012, le Conseil national rappelle les principes de base quant à la rédaction d'un certificat médical :

- il ne se justifie que s'il a une raison médicale ;
- il n'est obligatoire que si un texte législatif ou réglementaire l'exige ;
- dans les autres cas il n'est pas nécessaire, comme par exemple attester d'une absence d'allergie, de la possibilité d'une activité scolaire ou de la réintégration d'un enfant dans une crèche.

N'oublions pas les conséquences possibles de tout certificat en matière de responsabilité, notamment disciplinaire, comme le rappelait lors des derniers Entretiens de Bichat le Dr Philippe Garat, vice-président du conseil départemental de Seine-et-Marne : "Notre objectif est de mettre en garde les médecins contre les nombreux pièges que recèle la rédaction d'un certificat médical et de leur proposer des conseils pratiques pour les éviter. Car un certificat engage la responsabilité du médecin qui l'a signé, et parfois lourdement... Environ 30% des plaintes qui parviennent aux juridictions ordinales concernent des certificats médicaux abusifs ou mal rédigés". Pour limiter autant que possible ces désagréments, différentes précautions doivent être prises lors de la rédaction :

- certificat établi sur papier à en-tête ;
- qui le demande et dans quel but ;
- ce certificat est-il obligatoire ;
- interrogatoire et examen clinique sont indispensables et seuls les faits médicaux personnellement constatés sont indiqués ;

- l'examen est systématique et constitue une véritable photographie des lésions présentes et de leur retentissement fonctionnel ; cette partie concernant l'examen est très clairement distincte de la partie doléances et interrogatoire de la victime pour qu'aucune ambiguïté n'existe ;
- les doléances du patient sont notées avec prudence, au conditionnel et entre guillemets (attention à l'article 51 sanctionnant l'immixtion dans les affaires de famille) ;
- aucun tiers ne doit être mis en cause ;
- dater le certificat du jour de sa rédaction même si les faits sont antérieurs ;
- apposer sa signature manuscrite (le seul élément qui doit l'être) avec tampon éventuel ;
- remettre le certificat en main propre et jamais à un tiers sauf exceptions légales (réquisition judiciaire mais dans ce cas là veillez à respecter l'article 105 qui interdit d'être médecin traitant et médecin expert pour le même patient).
- garder un double dans le dossier du patient ;
- savoir refuser les demandes abusives ou illicites.

La détermination de l'ITT est problématique à cause de différents points.

1. Tout d'abord, existe une ambigüité générée par le terme "incapacité totale de travail".
En effet l'incapacité n'est ni totale ni en rapport avec le travail professionnel (mais personnel d'où la dénomination dans le code pénal d'avant 1994 d'incapacité totale de travail personnel). Il s'agit de la période pendant laquelle une victime ressent une gêne notable dans les actes de la vie courante[2] (se lever, se laver, s'habiller, se déplacer) quel que soit son âge. Il n'existe pas de définition légale ou réglementaire de l'ITT mais une définition jurisprudentielle[3] apportée notamment par la chambre criminelle de la cour de cassation : le fait pour une personne victime de violences de s'être livrée à quelques courses, trois jours après avoir été frappée, n'est pas incompatible avec la notion d'incapacité totale de travail[4] ; l'ITT n'interdit pas toute activité, et le fait que l'expert ait indiqué une reprise intermittente, mais cependant partielle, ne signifie pas que l'incapacité de travail ait cessé[5] ; l'ITT n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches ménagères. Ces trois arrêts illustrent le fait que l'incapacité n'a pas à être absolue et empêche toute activité à la victime.

2. La durée d'ITT est souvent fixée alors que les violences viennent de se produire, le médecin faisant une évaluation en fonction de l'évolution habituelle des lésions constatées. Il est opportun de proposer de réévaluer l'ITT si des examens complémentaires et des avis spécialisés doivent avoir lieu après l'établissement du certificat initial. L'ITT pourra donc ne pas apparaître initialement et être déterminée plus tardivement sur un faisceau d'éléments cliniques et paracliniques. Elle pourra également être réévaluée à posteriori ; ceci explique la rédaction parfois rencontrée en fin de certificat : **"fixation de x jours d'ITT sous réserve de complications et du résultat des examens complémentaires demandés".**

3. La grande difficulté à prévoir le retentissement psychologique des violences et donc l'ITT qui en découle, sans compter l'écueil initial de l'imputabilité des troubles psychiques allégués par la victime à l'acte de violence.

4. Les difficultés pour proposer un barème admis de tous les acteurs et sans valeur réglementaire. Des propositions ont été faites par certains services de médecine légale, tout particulièrement pour les lésions somatiques[6], mais se heurtent aux difficultés précitées concernant la quantification du retentissement psychologique.
Un élément clé du certificat est la fixation, généralement en fin de certificat, d'une durée d'ITT ou incapacité totale de travail. Cette durée va servir au magistrat pour apprécier les conséquences somatiques et psychologiques de violences volontaires ou involontaires et définir la juridiction compétente. En effet, lors de violences volontaires, en l'absence de circonstances aggravantes, si l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours l'auteur des faits sera jugé par le tribunal de police dans un cadre contraventionnel ; si l'ITT est supérieure à 8 jours le tribunal correctionnel est compétent pour juger un délit.
En conclusion, le code pénal impose de fixer une durée d'ITT suite à des actes de violences volontaires ou involontaires car, de cette fixation, dépendra la juridiction compétente et la peine applicable. Il s'agit parfois d'une gageure pour le médecin d'autant plus que les faits sont proches de la demande de détermination et que le retentissement psychique est au premier plan.

1- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf
2- Pratique médico-légale, M. Durigon, page 161, Edition Masson, Paris, 2004 (2ème édition)
3- La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal ; C. Manaouil, T. Pereira, M. Gignon, O. Jardé ; La revue de médecine légale (2011) 2, 59-71
4- Cour de cassation, chambre criminelle, 22/11/1982, pourvoi n°81-92856
5- Cour de cassation, chambre criminelle, 30/06/1999, pourvoi n°98-81267
6- Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif ; G. Lorin de la Grandmaison, M. Durigon ; Revue du praticien 2006 ;20(718-9):111-3

Chapitre 4

Le point de vue des associations : SOS Viol et SOS femmes 13

Pour SOS Viol : Mme Janine MARZULLO, Chargée de mission et Coordinatrice - Mme Lucie TRANNOY, Psychologue et administratrice - Mme Anne DOMENACH, Psychologue et administratrice.
Pour SOS Femmes 13 : Mme Amel ARVIN BEROD, Directrice - Mr Eric FLORENTINO, Assistant social chargé de formation, Mme Daniela LEVY, Chargée de mission formation et développement.
SOS VIOL : 04 91 54 49 85 **SOS FEMMES 13 : 04 91 24 61 50**

LES VIOLENCES SEXUELLES
Dépistage – Attitudes face à la révélation

I - De quoi parlons-nous ? Notre propos

Définition OMS des violences :
"La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même ou contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations."

Parmi celles-ci, les violences sexuelles sont des moyens très efficaces pour détruire et dégrader l'autre, le soumettre et le réduire à l'état d'objet. Elles sont intentionnelles, elles ont pour but de contraindre, et d'exercer un rapport de force.

De quelles violences parlons-nous ?
Violences de type agressions sexuelles, viol, viol conjugal, quel que soit l'environnement : intra et extra familial ou sur les lieux de travail (cf. définition p.8).

L'expérience d'écoute et d'accompagnement de SOS Viol :
Les personnes ayant vécu des violences sexuelles ou ayant été témoin d'un ou plusieurs évènements traumatiques de ce type sans jamais pouvoir en parler développent :
- des troubles psychiques immédiats aigus ou chroniques,
- des troubles somatiques résistants sur lesquels il est difficile de poser un diagnostic

Les mécanismes de défense générés par le stress extrême et le risque vital sont à l'origine des troubles les plus graves.
Ce sont des réactions habituelles et normales à des situations de violences.

" Les violences sexuelles sont tellement terrorisantes, sidérantes, incompréhensibles, incohérentes et impensables qu'elles vont pétrifier le psychisme - le mettre en panne - de telle sorte qu'il ne pourra plus jouer son rôle de modérateur de la réponse émotionnelle déclenchée par l'amygdale cérébrale qui joue un rôle d'alarme en commandant la sécrétion d'adrénaline et de cortisol (stress)".
Dr Muriel Salmona – psychiatre & psycho traumatologue
Responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie

Une prise en charge rapide est essentielle pour éviter l'enkystement des symptômes et leurs conséquences redoutables sur la santé

Les professionnels face à la révélation
De nombreux professionnels considèrent encore trop souvent qu'aborder directement avec les patientes la possibilité de violences subies serait source d'un second traumatisme. Du coup, ils évitent d'en parler par crainte d'un choc ou de toute autre réaction.

Pourquoi révéler ?
Une personne qui parle de son histoire peut mieux se reconstruire à partir du moment où elle est écoutée et reconnue.

De l'importance du dépistage
Les associations d'accueil et d'écoute de femmes victimes constatent que les troubles psycho-traumatiques générés par ce type de violences sont rarement repérés ni précocement diagnostiqués par les professionnels de santé.
Chaque personne victime réagit différemment, de sorte que les conséquences de l'agression sexuelle sont multiples et variables d'une personne à l'autre et difficile à dépister.

II – Signes et troubles évocateurs de psycho traumatisme

Les personnes victimes de violences sexuelles peuvent être comparées à des **polytraumatisées**, rescapées d'un accident grave, qui ne trouvent pas facilement les soins appropriés à leur état. Nous avons pu constater pour la plupart un long parcours de souffrance, et un parcours médical souvent chaotique.

Les signes de détérioration de santé les plus courants, présentés par les personnes victimes :

- Le plus fréquemment elles sont dans un état de **stress aigu**, présentent un état d'hypervigilance, des troubles de l'humeur (épisodes dépressifs caractéristiques post traumatiques).
- Elles sont aux prises avec des troubles anxieux et phobiques accompagnés de comportements d'évitement qui participent au blocage de la parole.
- Leur quotidien est habité par des **réminiscences** sous forme de pensées récurrentes sur les violences subies, souvenirs incontrôlables (sensations, douleurs, bruits, odeurs, paroles), flash, illusions, rêves répétitifs, cauchemars, forte angoisse.
- Les victimes de violences sexuelles présentent également assez souvent des **troubles du comportement** auto et hétéro agressifs, alimentaire, de la sexualité (refus de grossesses ou des grossesses précoces).
- Se développent aussi dans beaucoup de cas des troubles **addictifs** (alcool et/ou substances psycho actives).
- Elles peuvent présenter une amnésie des violences subies et à l'occasion d'évènement de la vie (séparation, accouchement, autre traumatisme), revivre avec une forte intensité une **réactualisation du traumatisme.**
- En dernier lieu, le choc émotionnel vécu lors de/des agressions crée des **symptômes de dissociation** souvent importants - état de conscience altérée, sentiments d'étrangeté, dépersonnalisation-

Tableau clinique évocateur d'agressions répétées

- altération du contrôle des émotions, comportements autodestructeurs, impulsivité
- sentiments permanents de honte, culpabilité, et vide. Perturbations de la perception de soi.
- incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui
- symptômes de somatisations : douleurs abdominales, céphalées, troubles génito-urinaires, asthénie chronique, algie chronique
- altérations cognitives.

Tableau 'social / environnemental' évocateur d'agressions sexuelles subies

- parcours scolaire difficile : interruption, abandon des études
- au niveau familial : départ souvent précoce, fugue, placement
- parcours professionnel chaotique : discontinu, multiples expériences, incapacité d'engagement, arrêt de travail fréquents et/ou prolongés
- isolement social et retrait (phobies importantes) pouvant mener jusqu'à des situations de grande précarité (SDF, situation prostitutionnelle...) ou de délinquance
- tentatives de suicide
- la répétition de faits violents, quels que soient leurs formes, est souvent présente : dans la famille (conjoint violent, ruptures difficiles), au travail ("placard", licenciement, harcèlement)

III - Quelle prise en charge de la victime par le professionnel ?

a) "Etre dans l'écoute pour libérer la parole"

- ne pas mettre en doute les dires de la patiente victime,
- tenir compte des troubles confusionnels induits par le traumatisme,
- éviter les éléments parasitant le dialogue (téléphone)
- être attentif à utiliser vocabulaire et expressions adaptés :
  - éviter "se faire violer", préférer "avoir été violée", " avoir subi un viol",
  - éviter de nommer le/les agresseurs par des termes à connotation affective : votre papa, tonton, maman... préférer votre père, oncle, etc. ;
  - utiliser des termes relevant du registre de l'agression et non de la relation sexuelle "rapports", "fellation", "caresses", parler de "viol" , "pénétration buccale, anale", "actes imposés"
- éviter de juger les comportements et les attitudes souvent très paradoxaux de la patiente
  - éviter la leçon de morale, les "moi à votre place, j'aurais...", "vous auriez dû...",
  - éviter les questions centrées sur ses attitudes "pourquoi vous avez fait..."

b) Donner des repères

- prendre position contre les violences et pour la loi et le droit, condamner la violence "il n'avait pas le droit de faire ça !" rap-

peler la loi en nommant les faits
- rappeler à la personne victime que rien ne justifie la violence qu'elle a subie,
- informer la victime de ses droits, de la possibilité de déposer plainte ; quelle que soit son attitude,
- faire un certificat médical détaillé conservé dans son dossier.

c) Agir

En situation d'urgence	Orienter la personne vers les structures de mise en sécurité (urgences, services hospitaliers, associations spécialisées) identifier et prendre en charge les conduites à risques, repérer le risque suicidaire.
Hors urgence	Soulager la souffrance physique et psychique. Etablir un certificat médical détaillé conservé dans son dossier (qu'elle le demande ou non).

Pour le professionnel qui s'engage dans ce suivi, il est essentiel de travailler en équipe pluridisciplinaire, de se constituer un réseau de professionnels, d'échanger en cas de situations très difficiles, d'être aidé.

Dans tous les cas, il est essentiel d'instituer une prise en charge spécialisée (psychothérapique et/ou médicamenteuse).

IV- Apport des associations dans la prise en charge

- Offrir aux personnes victimes un lieu d'écoute, des accueils individuels, une solidarité active par un soutien psychologique.
- Accompagner et orienter ces personnes dans leurs différentes démarches (santé, police, justice, administration) et les orienter vers les structures partenaires.
- Ester en justice auprès des personnes victimes de violences sexuelles sous la forme de constitution de partie civile associative, lors des procès.

V – En Conclusion

Un accompagnement médical, psychologique, social, judiciaire ... PRECOCE est indispensable

Pensez à l'éventualité de violences subies devant la présence de symptômes psycho-traumatiques

LES VIOLENCES CONJUGALES

Une violence envers les femmes et leurs enfants

I - De quoi parlons-nous ?

Définition OMS des violences :

"Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée".

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

Entre dispute, conflit conjugal et violence conjugale...

Il convient de différencier les conflits conjugaux, que tout un chacun peut connaître dans son couple, des violences conjugales qui sont répréhensibles par la loi.

Le médecin est amené à être spectateur et auditeur de personnes en situation de conflits conjugaux ou de violences conjugales. Il doit être capable de les différencier pour aider, conseiller et orienter.

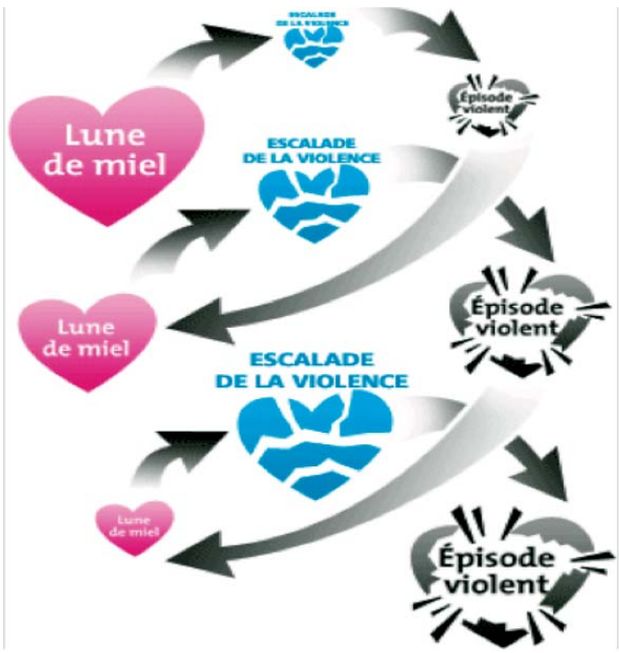
Nous vous donnons ici des éléments de repérage.

On parle de **"conflit conjugal"** pour rendre compte de situations où :

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

On parle de **"violence conjugale"** pour rendre compte de situations, où :

- le **rapport de force est asymétrique** (dominant/dominé), emprise de l'homme,
- les faits de violences sont **récurrents**, souvent **cumulatifs**,
- les faits **s'aggravent** et **s'accélèrent** (phénomène dit de la "spirale").



Source de l'image : http://tpe-violence-conjugale.blogspot.fr/

La chercheuse américaine Leonor Walker, en 1979, a conceptualisé le cycle de la violence conjugale sous forme de spirale pour décrire l'alternance entre les moments de montée de tension, de passage à l'acte et les phases de rémission dites de " lune de miel".
Le choix de la spirale vient du fait qu'au fil du temps, les passages à l'acte se rapprochent et s'intensifient et qu'à l'inverse, les périodes de "lune de miel" se réduisent jusqu'à disparaître complètement.

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

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

La grossesse est un des moments où le risque de voir survenir les violences conjugales est particulièrement important.

Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant en danger

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a mis en exergue dans son Rapport **"Les enfants exposés à la violence conjugale"** (décembre 2012) les conséquences et répercussions de l'exposition des enfants aux violences conjugales. Ces répercussions varient selon le type d'exposition, l'âge et le sexe de l'enfant.

Types d'exposition aux violences conjugales selon Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. Clinical Child and Family Psychology Review, 6, 151-160.

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

A l'âge adulte, ces enfants exposés ont un fonctionnement social et psychologique altéré et présentent un risque de reproduire les comportements violents, que ce soit dans la position d'auteur ou de victime.

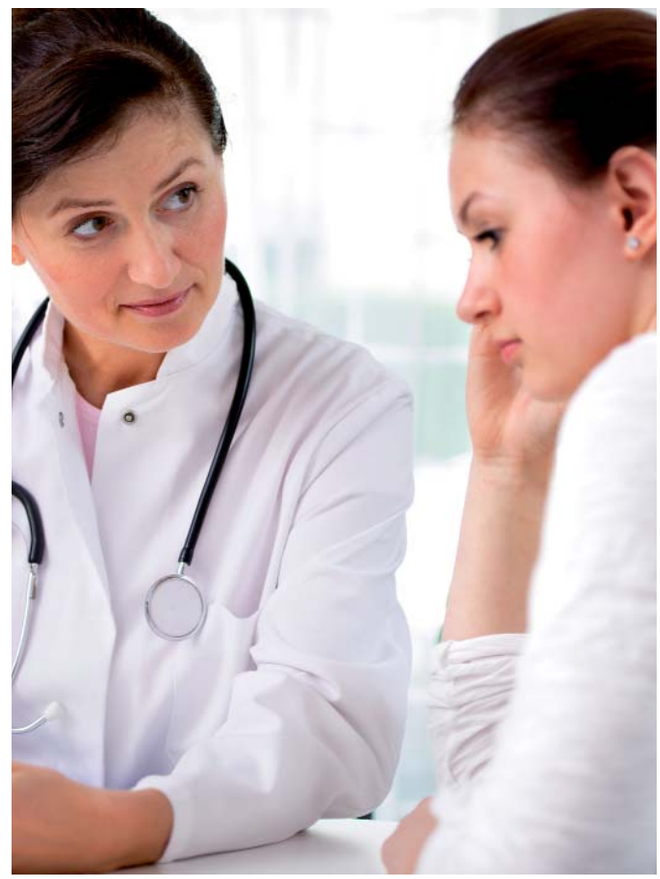
L'enfant doit faire l'objet d'une protection.

II - Les Signes cliniques qui doivent alerter le médecin

SIGNES COMPORTEMENTAUX	SIGNES SOMATIQUES
• Sentiment de peur vis-à-vis du conjoint • Fort sentiment de honte, tendance à se dévaloriser et à se culpabiliser • Mutisme en cas de présence du mari et/ou sollicitations répétées de son approbation • Sursauts lors de bruits inattendus • Défense exacerbée du rôle féminin dans ce qu'il a de stéréotypé • Signes dans la relation thérapeutique : état confusionnel - Engagements non tenus : rendez-vous annulés, retardés - Discordance entre le constat du médecin et les explications fournies par la patiente - Fréquence de la demande, périodes de rupture de contact	• Lésions traumatiques visibles ou cachées, récentes ou anciennes : être attentif aux lésions tympaniques et ophtalmologiques • Troubles psychologiques : troubles psychosomatiques (palpitations, douleurs, céphalées, etc), anxiété, panique, dépression, idées morbides et/ou tentatives de suicide, état de stress post traumatique, troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles cognitifs. • Abus de substances pour lutter contre le stress : tabac, alcool, drogues, médicament antalgique, etc. • Grossesses pathologiques, rupture prématurée des membranes, rupture utérine, décollement rétro-placentaire • Troubles gynécologiques : lésions périnéales, douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie, dysménorrhée.

CE QUE LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DISENT
entre sentiment de responsabilité et fatalisme

- Sentiment de responsabilité envers le conjoint
- Négation du processus d'emprise violente : elles cherchent des causes externes pour justifier la violence : surmenage professionnel, chômage, fatigue…
- Négation des faits de violence : déni, elles considèrent ces faits comme des accidents circonstanciels inhérents aux difficultés de couples
- Négation de leur position de victime : elles se considèrent comme responsables des agressions
- Négation de leurs capacités personnelles et des possibilités de briser le cycle : elles sont persuadées de leur incapacité à vivre seule et à être autonome



TEST : LES QUESTIONS A POSER POUR REPERER UNE VICTIME DE VIOLENCE CONJUGALES

Au cours des douze derniers mois,

1- **Votre conjoint vous a demandé de ne plus avoir de contact avec des amis ou des membres de votre famille ?**
2- **Votre conjoint vous a demandé de ne plus parler à d'autres hommes ?**
3- **Votre conjoint a dévalorisé et critiqué vos actions ?**
4- **Votre conjoint a fait des remarques désobligeantes sur votre apparence physique ?**
5- **Votre conjoint vous a imposé des façons de vous habiller, de vous coiffer ou de vous comporter en public ?**
6- **Votre conjoint vous a imposé une façon de penser en méprisant vos opinions ou en n'en tenant pas compte : dans l'intimité/ en public ?**
7- **Votre conjoint a exigé de connaître votre emploi du temps et vos fréquentations quotidiennes ?**
8- **Votre conjoint a cessé de vous adresser la parole ou a refusé toute forme de communication avec vous ?**
9- **Votre conjoint a la main mise sur vos dépenses même pour les besoins courants de la vie quotidienne ?**

Chacune des situations précédentes prises isolément ne révèle pas forcément une situation de violence.
Si la patiente a été confrontée à trois ou plus de ces situations au cours des douze derniers mois, vous êtes face à une victime d'une ou de plusieurs formes de violences conjugales (physiques, morales, psychologiques et ou économiques).
Parlez-en avec elle !

III - Prendre en charge une victime de violences conjugales : le rôle du médecin

Le médecin est l'interlocuteur privilégié des patientes. A ce titre, il devrait être le premier tiers extérieur au cercle familial à pouvoir entendre les faits de violences au sein du couple ou à pouvoir les repérer.

Face à une suspicion de violence conjugale ou à une révélation, le médecin pourrait ressentir un certain sentiment d'impuissance. Il pourrait avoir l'impression que la victime elle-même est dans l'inaction lorsque la situation perdure et empire.
Le médecin pourrait ressentir une forme d'incompréhension, voire de "rejet".

Pourtant, le médecin a un rôle clé dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat. Il a un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant.

Dépister les maltraitances et favoriser la parole

Statistiquement, 10% des femmes reçues par les médecins sont victimes de violences conjugales. Peu d'entre elles les verbalisent.

Il est alors recommandé de poser des questions claires, des questions simples, notamment lorsque la présence des signes évocateurs est récurrente.
Entrez en contact par une question clé: "Comment ça va, en ce moment, à la maison ?" peut laisser le choix à la patiente de s'en saisir ou de ne pas s'en saisir.

Dans le cas où elle ne serait pas encore prête, elle aura néanmoins entendu que le médecin est à son écoute.

Respecter le rythme de la patiente, sans reproche ni injonction, face à la révélation

Le principal écueil à éviter en cas de révélation de violences

conjugales est la formulation de réponses sous forme d'injonctions :
"Il faut le quitter", "Vous devez porter plainte", "Pourquoi n'avez-vous pas porté plainte ?"... etc.

Les victimes, lorsqu'elles évoquent les violences qu'elles endurent, le font très rarement sous une forme interrogative mais presque toujours comme une "confidence" qui n'appelle pas de "réponse" mais plus probablement un besoin d'écoute et d'empathie.

Informer et orienter

Il revient au médecin de repérer les maltraitances, verbalisées ou non ; les constater et informer la patiente de ses droits et des relais possibles.

OBJECTIFS A L'ISSUE DE LA RENCONTRE AVEC UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES
Le médecin doit être capable de :

- **Convaincre la patiente qu'elle peut être aidée**
- **Informer et orienter la patiente vers les associations et institutions qui l'aideront**
- **Restituer la responsabilité du côté de l'auteur des violences**
- **Aider la patiente à entamer un processus de reconstruction.**

Apport de SOS FEMMES 13 dans la prise en charge

L'expérience d'écoute et d'accompagnement de SOS Femmes 13 :

Notre mission est d'accueillir, d'informer, d'orienter, d'accompagner voire d'héberger les victimes de violences conjugales.

Notre prise en charge permet d'entamer un processus de reconstruction, par une approche globale : accompagnement psychologique, groupes de paroles, soutien à la parentalité, accès aux droits, recherche de domicile et d'une école pour les enfants en cas de préparation au départ...

Nous nous appuyons sur notre réseau national pour mettre en sécurité les femmes victimes de violences conjugales.

Toute patiente doit quitter la consultation en emportant au moins le numéro de la permanence d'écoute téléphonique nationale destinée aux victimes ou témoins de violences conjugales :

Violences conjugales info : 3919

Chapitre 5

Violences conjugales : effets collatéraux sur l'enfant dès la vie intra-utérine

Regard croisé avec la PMI des Alpes-Maritimes

Docteur Christiane Amiel, Médecin coordinateur Réseau Sécurité Naissance
Gynécologue-Obstétricienne, Conseil Général des Alpes-Maritimes

Les violence conjugales : quel impact sur la grossesse ?

Nombreuses sont les femmes, qui subissent des violences physiques, psychiques et /ou sexuelles par leur conjoint ou un membre de la famille.

Souvent occultées, soit parce qu'elles suscitent l'incrédulité de l'entourage ou la honte, soit parce qu'elles sont considérées comme un phénomène intime à chaque famille, les violences conjugales sont désormais considérées comme un problème de santé publique.

Une enquête nationale, réalisée en 2000 auprès de 6 970 femmes, a montré que 9% des femmes vivant en couple subissaient des violences conjugales et que 2% étaient exposées à des situations gravissimes.
Selon plusieurs auteurs, les violences peuvent s'aggraver pendant la grossesse. Peu de données sont disponibles en Europe. Pour mémoire, aux Etats-Unis, la déclaration des violences conjugales fait partie des données systématiques décrites pour les naissances.

Dans le cadre d'une enquête cas - témoin sur la prématurité réalisée dans 16 pays européens différents (the European Program on Occupational Risk and Pregnancy Outcome - EUROPOP), des données ont pu être collectées sur la survenue de violences familiales pendant la grossesse. Ce type de violences a été déclaré par 2.7% des femmes ayant accouché prématurément (1.7 % dans le groupe témoin). Elles sont plus importantes dans les pays de l'Est.

A) Impact sur la personne

- Auto-négligence
- Tabagisme
- Alcoolisme
- Troubles alimentaires

B) Impact sur la grossesse

- Prématurité
- Chorioamnionite
- Rupture prématurée des membranes
- Hématome rétroplacentaire avec mort fœtale
- Répercussion de l'alcoolo-tabagisme sur le développement du fœtus

Les violences familiales sont souvent cachées par les femmes. Le professionnel de santé hésite à aborder le sujet et pourtant, **c'est lors d'une consultation prénatale que beaucoup de femmes se confient.** L'entretien prénatale précoce, recommandé à toutes les femmes enceintes à partir du 4e mois, est un moment privilégié pour aborder ce sujet et permettre une liaison avec tous les professionnels de santé, les services sociaux et les associations.

Conclusion

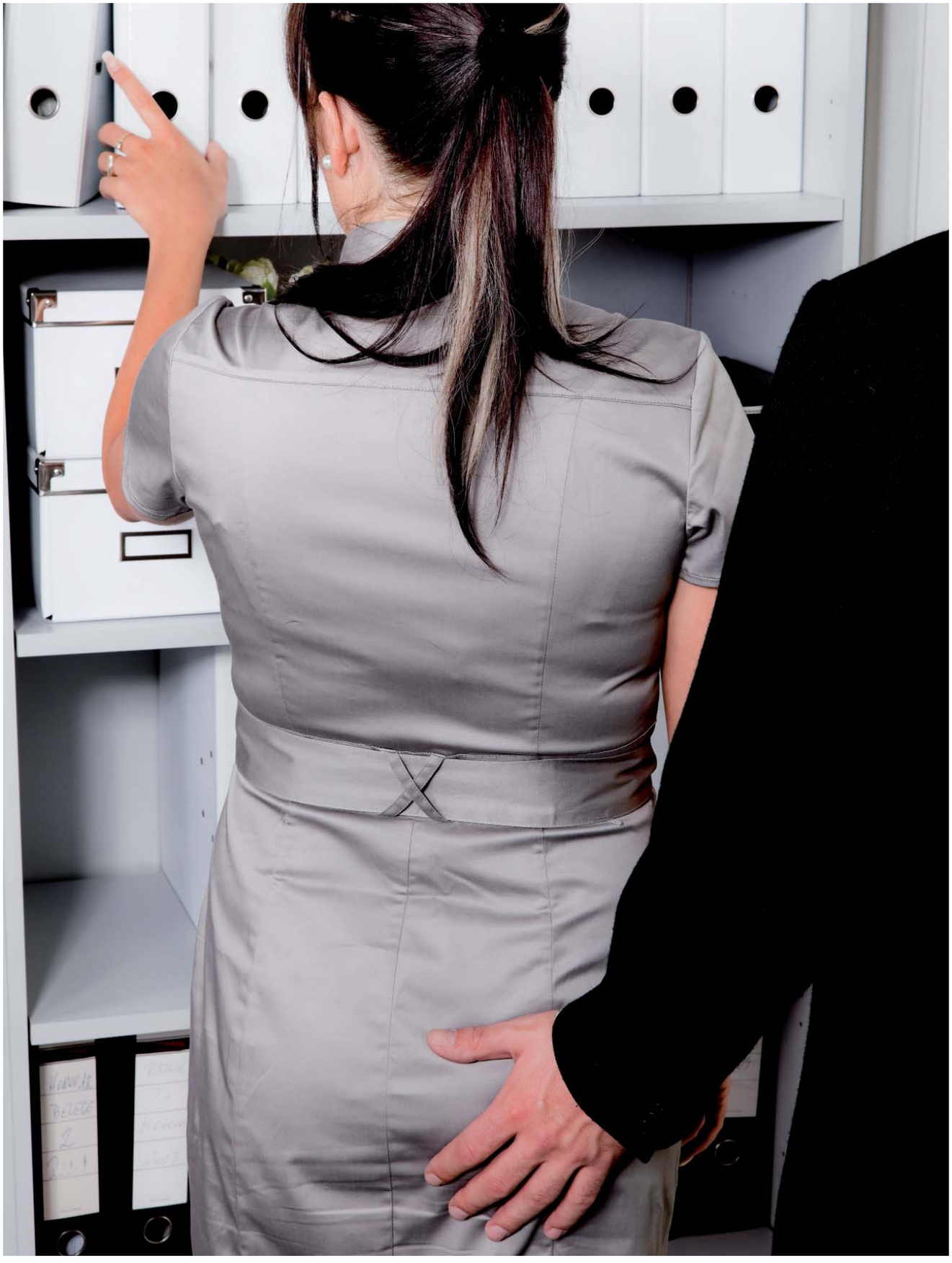
Cet exemple* nous montre combien il est difficile de percevoir une situation, si la patiente n'arrive pas à surmonter le sentiment de honte. En plus, ayant eu des contractions, personne n'avait posé la bonne question qui aurait pu "percer la bulle" de Leila.

Toutes les femmes ayant des contractions utérines ne subissent certes pas des violences conjugales, mais le sujet devrait être abordé plus systématiquement.

Bibliographie

Aspect périnatals de la maltraitance
Violence familiales pendant la grossesse ; M-J. Saurel-Cubizolles; N. Lelong
Em-consulte.com

*Voir cas clinique n° 1, p.40



Chapitre 6

Harcèlement moral
Les violences subies (par les femmes) dans la sphère du travail

Maître Juliette Goldmann, Avocate au Barreau de Marseille

Introduction

Le harcèlement moral a toujours existé en milieu de travail.
Ce n'est pas une pratique nouvelle, mais sa dénomination est toute récente.
Le harcèlement et le stress au travail sont aujourd'hui au cœur de multiples réflexions et contentieux.
En saisir les contours juridiques permet d'appréhender au mieux leurs enjeux dans le monde du travail.

"En France, la fierté du travail bien fait occupe une place importante. Le métier n'est pas qu'une source de rémunération : il est partie prenante de l'épanouissement personnel, de l'intégration et du lien social" (H. LACHMANN, C. LAROSE, M. PENICAUD, "Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail", 10 février 2010, JCP S2010, acte 96).
A ce titre, identifier ces phénomènes est aujourd'hui une nécessité dès lors que, le plus souvent, le médecin est l'une des premières personnes que rencontre la victime souffrante.
Les risques psychosociaux ont un impact tant sur la santé des salariés que sur l'entreprise.

Pour autant, *"la grande variété des thèmes mis sous ce vocable... est source d'une grande confusion"* (H. LACHMANN, C. LAROSE, M. PENICAUD précité).
Dans le sillon de la vague de suicides à France Télécom, le Ministère du Travail a incité les entreprises de plus de 1.000 salariés à engager des négociations sur le stress au travail et ce avant le 1er février 2010, sous peine de figurer sur la liste des entreprises dans lesquelles ces négociations n'ont pas abouti, liste publiée sur le site internet du ministère (lettre DGT, 10 décembre 2009, voir JCP S2009, acte 260).
La prévention des risques psychosociaux est l'une des priorités du gouvernement dans le cadre notamment du deuxième plan santé au travail (2010-2014).

L'origine de la notion de harcèlement moral peut être recherchée dans celle de "mobbing", titre du best-seller du psychologue suédois Heinz LEYMANN (H. LEYMANN, Mobbing, la persécution au travail : Seuil 1996) définissant la persécution au travail.
Le harcèlement moral consiste en une relation conflictuelle sur le lieu de travail se manifestant tant entre collègues qu'entre supérieur et subordonné.

En France, la notion de harcèlement moral est notamment révélée par Christophe DEJOURS et Marie-France HIRIGOYEN (MF HIRIGOYEN, "Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien" : Syros 1998-MF HIRIGOYEN, "Malaise dans le travail, harcèlement moral. Démêler le faux du vrai" : Syros 2001), psychiatres, dans leurs ouvrages respectifs.
La France va légiférer sous l'influence européenne par la Loi de Modernisation Sociale du 17 janvier 2002, suite à l'avis du Conseil Economique et Social rendu public le 29 mars 2001 en créant l'article L. 122-49 du Code du Travail (devenu Code du Travail article L. 1152-1) qui prévoit :

"Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel".

Le harcèlement moral au travail fait également l'objet d'une incrimination pénale en l'article 222-33-2 du Code Pénal qui punit l'auteur du harcèlement de "deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende".
L'abus d'autorité n'est pas requis pour que le comportement de harcèlement moral soit retenu.

Le harcèlement recouvre des formes diverses et peut être le fait de l'employeur, d'un supérieur hiérarchique, d'un salarié collègue de la victime.

A. Les éléments constitutifs du harcèlement

L'article L. 1152-1 du Code du Travail donne du harcèlement moral dans sa définition trois conditions de nature à caractériser l'existence ou non d'une situation de harcèlement moral.
Le critère de l'intention de l'auteur du harcèlement est donc exclu par les juges dans le silence du texte.

1) Comportement répétitif

Le harcèlement moral nécessite un comportement répétitif.
Selon Marie-France HIRIGOYEN, le harcèlement moral consiste en *"toute conduite abusive (geste, parole, comportement, attitude, etc.) qui porte atteinte par sa répétition ou sa systématisation à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci, dégradant le climat de travail"* (MF HIRIGOYEN, "Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien", précité).

2) La dégradation des conditions de travail

Le harcèlement moral engendre une *"dégradation des conditions humaines, relationnelles et matérielles au travail"* (avis du Conseil Economique et Social).
Cette dégradation des conditions de travail est indispensable à la caractérisation du harcèlement moral. Elle en constitue l'élément objectif essentiel.

3) Atteinte potentielle aux droits, à la dignité, à la santé et à la carrière

Les agissements de harcèlement doivent être susceptibles *"de porter atteinte aux droits de la victime, à sa dignité ou mettre en péril son état de santé"*.
L'intensité des faits recherchés se situe dans l'atteinte **potentielle** et non dans une atteinte existante.

Il est donc envisageable de sanctionner le harcèlement moral en dehors de tout préjudice réel, même si bien souvent l'impact sur la santé du salarié ne fait pas l'ombre d'un doute.
Concernant l'atteinte à la santé, les faits de harcèlement moral peuvent avoir pour effet une dégradation de l'état de santé du salarié.
Telle est d'ailleurs l'hypothèse principale en pratique.
Rappelons que le harcèlement moral est rattaché à l'obligation de sécurité de résultat des salariés incombant à l'employeur.
En revanche, la caractérisation d'un "syndrome anxio-dépressif" ne saurait suffire à qualifier une situation de harcèlement moral.

Regard médical sur les exemples d'agissements potentiellement harcelants

Selon Heinz LEYMANN, 45 agissements sont constitutifs du "mobbing". Ils se regroupent dans 5 domaines distincts :

- empêcher la victime de s'exprimer
- isoler la victime
- déconsidérer la victime auprès de ses collègues
- discréditer la victime dans son travail
- compromettre la santé de la victime

Comme le soulignent de nombreux auteurs, si la technique de la liste *"a le mérite d'opérer une tentative de définition objective de la qualification de harcèlement, force est de constater qu'aucune liste ou panorama des comportements constitutifs de harcèlement moral ne saurait avoir un caractère indiscutable et à tout le moins exhaustif (...) Une telle méthode aboutit à faire abstraction de ce que de l'aveu même de la majorité des spécialistes la qualification de harcèlement dépend et varie en fonction du contexte professionnel mais surtout la personnalité du ressenti de la victime"* (B PLATEL et T. VIALA, "Le fabuleux destin du concept de harcèlement moral", JCPE 2002, 762).

Il existe désormais des formes nouvelles de harcèlement moral :

- le harcèlement managérial,
- le harcèlement discriminatoire.

Le harcèlement managérial

Une mesure collective peut donc avoir des incidences individuelles mais encore faut-il les démontrer.

Le harcèlement discriminatoire

Est ainsi victime de harcèlement discriminatoire le salarié qui subit des humiliations, des vexations, des propos et gestes à connotation raciste de la part de deux collègues de travail (Délib Halde, 6 décembre 2010, n° 2010-292).

La distinction nécessaire entre harcèlement moral et "simple contrainte"

Le harcèlement moral ne doit pas être confondu avec les exigences du travail subordonné.
De simples **"contraintes imposées par les impératifs de gestion"** ne sauraient contribuer à sa reconnaissance.

B. Identification du harcèlement moral au travail

Selon l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail, le stress est ressenti lorsqu'un "**déséquilibre est perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences".**
Bien que le stress soit perçu psychologiquement, il peut également porter atteinte à la santé physique.

Distinction du stress et du harcèlement moral

Pour les juges confrontés à la problématique du harcèlement, la principale difficulté résidera dans la nécessaire distinction du harcèlement moral et du stress au travail.
En effet, le risque est grand que toute personne stressée se prétende harcelée.
Le stress ne suffit pourtant pas à caractériser le harcèlement moral.

C. La place du médecin traitant dans la prévention ou la prise en charge du harcèlement : la reconnaissance des dépressions comme accident du travail ou maladie professionnelle

L'accident survenu **par le fait ou à l'occasion du travail** (et non pas obligatoirement sur le lieu du travail) est présumé être un accident du travail (L'article L 411-1 du code de la sécurité sociale).
La qualification d'accident du travail peut intervenir à l'occasion d'un arrêt de travail pour syndrome anxio-dépressif.
Elle apporte des droits spécifiques au salarié (notamment en termes d'indemnisation, protection contre certaines formes de licenciement...).
Quel que soit la forme de l'arrêt de travail adoptée par le médecin traitant (AT ou maladie), c'est la caisse de sécurité sociale qui au final fixera la qualification juridique.
Un état dépressif consécutif à un harcèlement moral n'apporte pas à lui seul la preuve d'un accident du travail (Cass. 2ème Civ. 24 mai 2005, n° 030-30.480).
Si un suicide ou tentative de suicide, est intervenu **"au temps et au lieu de travail"**, la présomption d'imputabilité posée par l'article L. 411-1 du Code de la Sécurité Sociale s'applique.
Lorsqu'il s'agit d'un suicide ou d'une tentative de suicide survenus **en dehors** du temps et du lieu du travail, la présomption d'imputabilité ne joue plus.
Pour la reconnaissance en maladie professionnelle, la maladie résultant d'un harcèlement moral n'étant pas inscrite dans les tableaux légalement fixés de maladies professionnelles, il sera nécessaire de la faire reconnaître hors tableau afin d'établir le caractère professionnel.

Quelle est la portée des certificats médicaux ?

La production de certificats médicaux attestant de troubles anxieux et d'un état dépressif ayant nécessité des arrêts de travail, permet de faire **présumer** l'existence d'un harcèlement moral. (Cass. Soc., 16 mai 2012, n°10-10623).

Seuls les autres éléments du dossier apportés au juge par le salarié permettront de retenir la qualification de harcèlement moral.

En conclusion, le médecin joue un rôle central dans le repérage d'une situation de harcèlement moral au travail, d'autant qu'il est le plus souvent le premier interlocuteur du salarié/patient.
Il intervient non pas dans la qualification juridique de la situation de harcèlement moral mais dans le diagnostic de la pathologie.
Il contribue à aider le salarié à enclencher un processus de réparation, personnel, psychique ou judiciaire.
Le médecin est donc un acteur incontournable du dispositif de lutte contre le harcèlement moral au travail risque auquel les femmes sont exposées dans le cadre de leurs emplois.

Bibliographie

- Juris classeur TRAVAIL TRAITE, Fascicule 20-50, Madame Céline Leborgne-Ingelaere Mise à jour 10 Février 2012.
- H. LACHMANN, C. LAROSE, M. PENICAUD, "Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail", 10 février 2010, JCP S2010, acte 96).
- H. LEYMANN, Mobbing, la persécution au travail : Seuil 1996
- MF HIRIGOYEN, "Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien" : Syros 1998-MF HIRIGOYEN, "Malaise dans le travail, harcèlement moral. Démêler le faux du vrai" : Syros 2001),
- PEZE, "Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés". Journal de consultations "souffrance et travail" : Pearson 2008 224 pages
- B PLATEL et T. VIALA, "Le fabuleux destin du concept de harcèlement moral", JCPE 2002, 762).
- Pierre-Yves VERKINDT, "La santé au travail. Quelques repères pour un droit en mouvement" : droit ouvrier 2003 p. 87.
- S PALAZZI, "La loi de modernisation sociale : la prise en compte de la santé mentale en entreprise" : Journal Français de Psychiatrie 2003/2 n° 19 p. 44-45.
- SAMOTRACE, résultats intermédiaires sur les risques psychosociaux au travail, 2006 à 2007, sur 3000 personnes. Etude publié par l'INVS, mai 2007.

Chapitre 7

Excision, prévention et reconstruction

Dr Muriel COUTEAU, médecin gynécologue responsable des centres de planification et de la santé des jeunes au sein du Conseil général des Alpes-Maritimes

Le ministère de la santé a mis en place en 2006 un plan quinquennal intitulé " Plan violence et santé".

Les mutilations sexuelles constituent un des types de violences qui peuvent être exercées sur les femmes.

En France, on estime entre 45 000 et 60 000 le nombre de femmes et fillettes mutilées ou menacées de l'être (estimation INED 2007).

Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

Les mutilations sexuelles de la femme aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins, pratiquée pour des raisons culturelles et non à des fins thérapeutiques (OMS 1997).

C'est une pratique dangereuse, voire mortelle, source de complications physiques (douleurs, hémorragies, ulcérations, lésions des tissus adjacents), obstétricales (complications à l'accouchement, déchirures périnéales) et psychologiques (traumatismes, dépression).

On distingue quatre types de mutilations :

- Type 1 : circoncision avec excision du prépuce clitoridien, sans excision du clitoris.
- Type 2 : excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres (80 % des mutilations)
- Type 3 : infibulation avec fermeture quasi complète de l'orifice vulvaire (15 % des mutilations)
- Type 4 : autres procédés de mutilation

Où sont-elles pratiquées ? Quelle implication juridique ?

Ces mutilations sont généralement réalisées sur des fillettes entre 4 et 12 ans, au sein de certaines communautés d'Afrique sub-saharienne et du Moyen Orient, mais aussi chez des communautés d'immigrés.

Les pays d'origine sont notamment la Côte d'Ivoire, l'Egypte, la Gambie, la Guinée Conakry, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal, la Somalie ...

L'origine en remonterait il y a 3 000 ans dans l'Egypte ancienne où elle aurait constitué une sorte de rituel de fertilité. La justification serait culturelle, sociologique, religieuse, hygiénique, esthétique, mythique.

Loin d'augmenter la fertilité, ces mutilations peuvent rendre stériles et générer des complications majeures voire mortelles lors de l'accouchement pour la mère et son nouveau-né.

Le chiffre de 130 millions de femmes mutilées dans le monde est avancé.

Chaque année, l'estimation se monte à 2 à 3 millions de fillettes ou de femmes mutilées ou menacées de l'être, environ 50 000 en France.

Pourtant ces pratiques sont condamnées par la plupart des gouvernements africains et interdites dans notre pays . La France est le seul pays à avoir porté des affaires d'excision en justice.

Cette jurisprudence s'est appuyée sur l'exercice du droit du sol et la protection des enfants. La pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et associatifs dès le début des années quatre vingt.

L'ampleur et la gravité des souffrances physiques et psychiques qui accompagnent les mutilations sexuelles féminines confortent la qualification de "torture" appliquée à cette pratique *(art3 des droits de l'homme)*, dans la mesure où c'est une atteinte à l'intégrité physique de la femme.

L'obligation est faite à toute personne, médecin ou simple citoyen, de signaler aux autorités judiciaires ou administratives des privations ou des mauvais traitements à l'égard de mineurs .

En cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes en France ou à l'étranger, il faut appeler soit le procureur de la République au TGI du lieu de résidence, soit les services sociaux ou médico-sociaux notamment le service de PMI et le service de l'aide sociale à l'enfance.

Application spécifique de la loi dans l'espace pour certains crimes commis à l'égard de mineurs :

Par exception au principe résultant de l'article 113-7 du code pénal selon lequel la loi française est applicable à tout crime et à tout délit puni d'emprisonnement commis par toute personne à l'étranger sur une victime de nationalité française au moment de la commission de l'infraction ; le législateur français permet à la justice française de poursuivre certains crimes et délits commis à l'étranger sur une personne de nationalité étrangère, à la double condition :

- qu'il s'agisse d'une victime mineure,
- et que sa résidence se trouve sur le territoire français.

Il en est ainsi notamment des crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (éventuellement aggravé s'il s'agit d'un mineur de 15 ans) et de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (possiblement aggravé par la même circonstance) qui sont habituellement retenus en matière d'excision.

Comment les prévenir et les dépister ?

Les mutilations sexuelles constituent, dans notre pays, un véritable problème de santé publique.

Il existe d'autres types de violences faites aux femmes dont certaines peuvent trouver leur origine dans la pratique culturelle comme les demandes de certificats de virginité imposés par la famille avant le mariage, mais aussi l'IVG sous contrainte, les rapports forcés.

Une enquête menée en PACA en 2008 par le département de santé publique de la faculté de médecine de Marseille, pour évaluer le nombre de femmes ayant subi une mutilation sexuelle dans la région, a confirmé la présence probable de 3 000 femmes excisées vivant dans notre région.

Elle a mis en évidence le besoin de structures de référence pour la prise en charge globale ainsi que la nécessité d'information concernant les mutilations sexuelles. La formation des professionnels de santé est un élément essentiel de la prévention et de l'accompagnement des femmes mutilées.

Elle a porté également sur l'expérience des professionnels de santé vis-à-vis de l'excision dans leur exercice en PMI ou en maternité.

Les centres de PMI et de planification sont des lieux où les femmes, dans la confidentialité de la consultation, vont pouvoir exprimer des souffrances, révéler des violences, pour lesquelles le praticien devra adopter une attitude d'écoute bienveillante, nuancée et adaptée à chaque situation.

La pratique de l'examen gynécologique est parfois l'occasion de découvrir une mutilation sexuelle.

Le praticien doit pouvoir proposer, au cas par cas, la réparation chirurgicale voire une éventuelle démarche en justice.

Gagner la confiance des patientes est délicat. La personne immigrée risque d'être prise dans un conflit de loyauté entre les valeurs de son pays d'origine et celles de son pays d'accueil. Elle peut craindre un rejet familial, l'excision jouant un rôle de marqueur identitaire, scellant l'appartenance de l'enfant au groupe et lui permettant d'accéder au statut d'adulte. Une démarche mal conduite peut renforcer un repli identitaire peu propice à une remise en question.

On assiste, par exemple, à un déplacement de l'âge de l'excision, de la petite enfance (où elle pourrait être repérée par la PMI lors des consultations infantiles) vers un âge plus avancé, à l'occasion de vacances ou en période post-pubère en vue du mariage.

Il s'agit donc de reconnaitre une manière de penser différente de la nôtre et d'utiliser les services d'une médiation ethno-clinique complémentaire du savoir faire médical.

La maternité peut aussi être le point de départ du dépistage, de la prévention, et de la prise en charge. C'est là qu'il faut éviter les risques de complications obstétricales. C'est là qu'il faut discuter avec la patiente et tenter de gagner sa confiance. C'est de là que pourra partir un signalement si la patiente a moins de 18 ans ou si elle donne naissance à une fille. Il s'agit d'éviter la future mutilation de la fillette et la ré-infibulation de la mère. C'est là qu'elle pourra obtenir une information sur les techniques de réparation clitoridienne (24 heures d'hospitalisation avec prise en charge à 100 % par la CPAM). Une équipe pluridisciplinaire composée de médecins obstétriciens et urologues, sages-femmes, psychologues, sexologues, travaille pour l'accompagnement de ces femmes.

Comment les réparer ?

Certaines interventions de reconstruction peuvent être pratiquées en dehors de la grossesse :

- Exérèse de kystes épidermiques
- Libération de névromes
- Désinfibulation en cas de dyspareunie, de troubles mictionnels ou des règles
- Clitoridoplastie avec libération du clitoris selon la technique de P. Foldes

Certaines interventions peuvent être pratiquées pendant l'accouchement :

- Désinfibulation

Ces interventions s'accompagnent toujours d'une prise en charge pluridisciplinaire en plusieurs étapes avec la participation d'un psychologue pour évaluer le traumatisme, d'un sexologue pour évaluer les attentes sexuelles.

Ultérieurement, un suivi global médico-psychologique peut rester nécessaire.

Voir cas cliniques n°2 & 3, p.40

Chapitre 8

Prise en charge par l'Assurance Maladie des traumatismes et des maltraitances faites aux femmes

Madame le Docteur Chantal BERGÉ-LEFRANC, Médecin conseil - DRSM PACA CORSE

Demande de prestation en maladie

Certains arrêts de travail liés à des lésions traumatiques ou à l'existence d'une souffrance psychique sévère sont le reflet d'une maltraitance.

En accidents du travail / maladies professionnelles

1. Accidents du travail sur les lieux de travail (agression, traumatismes...) :

Que doit faire le médecin traitant ?

Rédaction :

- du certificat médical initial (CMI), descriptif de toutes les lésions en rapport avec l'accident du travail , complet.
  - avec les coordonnées : de la victime, du médecin
  - avec les dates : de l'accident, de la rédaction du certificat
- des certificats éventuels de prolongation
- du certificat final descriptif des éventuelles séquelles (CFD).

⇨ Le secret médical est levé en accident du travail mais exclusivement pour les lésions mentionnées sur les certificats médicaux

2. Demande de Maladie Professionnelle

Une maladie est dite "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle.

Aucune psychopathologie liée à la souffrance au travail ne figure dans les tableaux de maladies professionnelles.

Une demande peut être effectuée en cas de maladie caractérisée non inscrite sur un tableau de maladie professionnelle (4ème alinéa de l'article L 461-1 du code de la SS)

Que doit faire le médecin traitant ?

Rédaction des certificats (Idem/accidents du travail) avec nature de la maladie et date de première constatation médicale = date où le médecin constate pour la première fois les symptômes de la maladie.

⇨ Pas de secret médical pour ce qui concerne la pathologie en cause sur les certificats médicaux.

Le médecin conseil se prononcera sur le caractère stabilisé de la maladie et sur le taux d'incapacité permanente prévisible égal ou supérieur à 25 % en vue d'une transmission au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Le CRRMP recherche les éléments de preuve, l'existence de facteurs environnementaux ou personnels. Le lien de causalité doit être direct et essentiel.

Exemple : Femme gardienne d'immeuble, incidents répétés avec des locataires (procès verbal de police attestant un incident), graffitis calomnieux sur la loge, état dépressif, licenciement. Absence d'antécédent psychiatrique.

⇨ Le CRRMP reconnaît un lien direct et essentiel avec le travail.

En guise de conclusion

Le Philosophe français Emmanuel LÉVINAS (1906-1995) a battu en brèche la Philosophie de l'Etre, et fort de son expérience d'emprisonnement dans les camps durant la guerre, il a développé la réflexion et élaboré les concepts de la Philosophie de l'Autre.

C'est parce que ce guide interpelle sur les Violences faites aux Femmes, qu'il est utile de s'approprier la définition de la Violence selon Lévinas, qui permet de repositionner l'éthique de la relation interpersonnelle.

Car selon lui, la Violence est en quelque sorte le mode de fonctionnement de l'individu qui se croit seul dans la relation à autrui. Comme si le visage de la personne en "face" (!) n'existe pas. Alors, il est facile et non culpabilisant de porter atteinte à l'intégrité physique et morale de cet Autre qui est complètement instrumentalisé. De cet Autre qui par l'absence de "visage" ne peut laisser transparaître aucun sentiment et transmettre aucun signal perceptible d'alerte.

Et pourtant, cet "Autre" est une Personne Humaine, capable de manifester et de recevoir de l'Amour, de vivre une relation interpersonnelle équilibrée, et ressentir et transmettre un état de souffrance.

Et cet "Autre" qui subit en silence les pires meurtrissures physiques et morales est encore dans la minimisation (ou même le déni) de ces actes, pour tenter de les masquer, et en trouver une justification voire des excuses et un pardon anticipé.

Alors, Chers Confrères, ce Guide abordant la Maltraitance et les Violences faites aux Femmes trouvera sa justification s'il permet de répondre à ces trois questions:

1. Le Médecin, par essence animé d'Humanisme, sera-t-il plus armé pour dépister les indicateurs de violence faite à autrui?
2. Le Médecin qui reçoit les confidences d'une Personne violentée, dans une relation de confiance et d'empathie, saura-t-il la convaincre d'entreprendre une démarche pour sa propre sauvegarde ?
3. Le Médecin arrivera-t-il à demeurer un maillon de la chaîne des accompagnants, en permettant à la Personne de bénéficier d'une prise en charge la meilleure, par les structures et les associations les plus adéquates?

"Rendez-vous dans dix ans" ? En clin d'œil à une chanson connue !

J'espère bien avant, après la diffusion de ce Guide, et le retour que vous en ferez auprès de votre Union Régionale regroupant les Médecins Libéraux.

Dr Rémy SEBBAH
Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Cas cliniques

Cas N° 1

Leila, 25 ans (PMI 06)

Leila J. âgée de 25 ans, G=2 P=0, est suivie pour sa grossesse actuelle en PMI. Elle vient régulièrement en consultation, semble épanouie et très contente de son futur statut de mère.

A 25 semaines, contractions utérines (CU) sans modification du col : surveillance par sage - femme de PMI à domicile. La sage femme rencontre un cadre familial harmonieux, Leila est entourée de son mari très attentionné et de sa tante.

Tout semble rentrer dans l'ordre.

A 28 SA de nouveau CU avec modification du col. Surveillance à domicile par sage - femme libérale avec monitoring. Repos, anti-spasmolytique. La sage - femme libérale confirme le cadre harmonieux familial.

A 30 SA dans la nuit, admission aux urgences de la maternité de l'Archet 2 de Nice, Hôpital type III, pour rupture des membranes. Accouchement d'une petite fille, prise en charge par le service de néonatologie.

48h plus tard, appel du service social pour avoir des informations sur des violences conjugales, apparemment subies par Leila, et dont elle n'avait jamais parlé, ni au médecin, ni aux sages - femmes respectives, mais qu'elle avait déclarées à l'équipe néonatale : rupture des membranes consécutives à des coups dans l'abdomen.

Que faites-vous ?

Au staff périnatal de l'équipe de PMI, en présence de la sage femme libérale et du néonatologue, le cas de Leila est évoqué. En fait, pendant toutes les consultations, soit à domicile , soit à la PMI, Leila n'était jamais seule, toujours accompagnée de son mari. Personne ne se doutait de sa souffrance. En discutant avec les parents, ceux-ci non plus ne s'en doutaient pas.

A l'examen post natal, je reçois Leila toute seule et ne permets pas au mari de rentrer dans la salle de consultations. C'est là qu'elle se confie enfin (honte, incrédulité, car les violences se sont déclenchées pendant la grossesse) et une procédure d'accompagnement pour elle et son mari est mise en place.

Cas N° 2

Mariam, 26 ans (CG 06)

Mariam, 26 ans, née au Mali, connue de la PMI depuis 2005. A présenté une grossesse en février 2006 et subi une IVG en février 2007.

Cette jeune femme a subi une excision de type I (circoncision avec excision du prépuce clitoridien, sans excision du clitoris) à l'âge de 10 ans au Mali, non diagnostiquée par le médecin. Elle révèle cette mutilation lors de l'accueil infirmier avant une consultation de PMI. Suite à la découverte d'une banale coupure de jambe avec un rasoir à épiler, l'infirmière lui parle de l'utilisation du rasoir également pour la pratique de l'excision dans son pays et lui demande si elle en est informée.
La révélation tombe. Elle a été excisée à l'âge de 10 ans au Mali. (Une fois en France, elle aurait informé l'ambassade pour prévenir que sa petite sœur avait été excisée, que cela s'était mal passé et qu'elle aurait souhaité son hospitalisation)

Cas N° 3

Madame X, 23 ans (CG 06)

Madame X, 23 ans, un enfant, venue à la consultation de PMI suite à son accouchement.
À l'examen, elle présente une mutilation de type 2 (excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres).

Elle vit en France depuis l'âge de 8 ans. À 17 ans, elle a été envoyée seule au Mali par ses parents pour des vacances. (Les années précédentes elle partait avec ses parents). La grand-mère maternelle avait organisé une grande fête et à la fin, l'excision de sa petite fille. Actuellement, elle présente une dyspareunie importante (douleurs lors des rapports sexuels) cause de vaginisme (impossibilité d'avoir des rapports sexuels) avec des crises de nerfs, une dysménorrhée (douleurs au moment des règles), un examen gynécologique difficile.

Cas N°4

Olga, 39 ans, 2 enfants

Consulte pour une rhino-pharyngite. Lors de l'auscultation pulmonaire, hématomes dans le dos avec impotence fonctionnelle de l'épaule gauche.

Elle nous précise être tombée dans les escaliers. Nous demandons une radiographie de l'épaule en lui donnant rendez vous 3 jours plus tard. A la nouvelle consultation, les radiographies sont normales mais elle nous révèle que son compagnon l'a frappée parce qu'il était saoul. Elle ne veut pas faire d'histoire à cause des enfants et ne lui en veut pas d'ailleurs depuis cela va beaucoup mieux, il est très gentil.
Tout le problème est de savoir comment gérer cette situation qui est un cas d'école, avec de probables répétitions de violences sous l'emprise de l'alcool de la part d'un conjoint qui par ailleurs peut être très attentionné pour sa femme et bon père pour ses enfants.
Il sera improbable de demander à notre patiente de porter plainte. La main courante pourrait être une solution mais elle "ne veut pas faire d'histoire".
Se pose la question du signalement. Quelle est la limite entre le danger qui peut être réel et l'ingérence au sein d'un couple dont le mode de fonctionnement nous paraît dangereux ?

Cas N°5

Martine, 41 ans, mariée sans enfants

Elle consulte pour une chute pendant la nuit alors qu'elle s'était levée pour aller aux toilettes.
Elle nous explique qu'en arrivant aux toilettes, elle a chuté lourdement en perdant connaissance et que son mari, réveillé par le bruit est venu lui porter secours.

A l'examen, Martine présente deux hématomes du cuir chevelu et de multiples hématomes sur plusieurs parties du corps, qui pour nous paraissent peu compatible avec une chute, mais sait on jamais.
L'interrogatoire n'apporte rien de plus, le mari est "prévenant, affectueux et à l'écoute".
Il nous est très difficile de mettre en doute la parole de la patiente, même si nous ne connaissons pas le mari.
Un interrogatoire plus poussé pourrait paraître déplacé devant une patiente qui soutient que son mari est "adorable" et si c'était vrai ? Si les hématomes étaient effectivement consécutifs à une chute ?

Cas N°6

Madame X, 30 ans

Vous recevez en consultation madame X, 30 ans, pour la première fois. D'emblée elle vous dit : "je viens vous voir parce que vous ne me connaissez pas ; j'ai besoin d'un certificat car mon mari est très violent mais je veux que ce soit bien clair, vous êtes tenus au secret professionnel, ce que je vous dis ne doit être révélé à personne."

Que faites-vous ?

Elle est mariée depuis 8 ans, 2 enfants de 3 et 5 ans, sans aucune ressource financière. Son mari est un dealer, il part tous les matins et rentre vers 17h à la maison. Dès qu'il est rentré il commence à la tourmenter, moqueries, insultes, jusqu'à ce qu'elle réagisse. Dès qu'elle réagit il se met à la battre. Lorsqu'elle est battue et qu'elle pleure, il la traine à la fenêtre avec des menaces de morts, il ouvre la fenêtre et la fait basculer dans le vide (ils sont au 5ème étage). Elle est terrorisée et ne dit plus rien. Il la ramène à la chambre et ils ont un rapport sexuel non consentit pour elle. Ce scénario, depuis plus d'un an, se répète tous les jours.

Vous discutez avec elle d'une possible rupture, à chaque fois elle vous dit que ce n'est pas le moment. Vous lui demandez ce qu'elle va faire du certificat qu'elle vous demande : elle vous répond qu'elle ne va pas porter plainte, que ce n'est pas le moment.

Vous lui faites remarquer que le certificat s'il tombe entre les mains du mari risque d'aggraver sa situation.

L'examen clinique ne vous a pas apporté d'éléments si ce n'est la maigreur de la jeune femme.

Quelque temps plus tard...

Je reçois une jeune femme dans mon cabinet pour une sinusite, consultation classique. Au moment où je lui demande si elle travaille, elle me répond : " vous ne me reconnaissez pas ?"

Je la regarde, je serai incapable de dire où et quand j'ai vu cette patiente : " vous m'avez fait un certificat, j'étais battue par mon mari."

Et à ce moment là son visage me revient en mémoire dans le contexte de la précédente consultation et j'écoute la suite de son récit : peu après notre entretien, elle a quitté son mari avec ses 2 enfants, elle est hébergée dans sa famille. Elle est aidée par une assistante sociale pour obtenir un logement et elle a trouvé du travail comme femme de chambre dans un hôtel. Elle est en instance de divorce et son mari la harcèle par téléphone et bouquet de fleurs. En soupirant elle avoue : " il ne changera jamais."

Je dis quelque chose comme : "vous avez avancé". Elle me remercie d'un sourire qui la transfigure complètement.

Commentaire

De l'utilité du secret professionnel.

Coordonnées des personnes ressources

3919

Numéro national - Appel gratuit
Ouvert du lundi au samedi de 8 h à 22 h, les jours fériés de 10 h à 20 h

Département des Alpes de Haute-Provence (04)

JUSTICE		
Procureur de la République TGI de Digne-les-Bains	6 Place des Récollets 04014 DIGNE LES BAINS	Tél : 04 92 31 05 21
Antenne de justice	79 bd Gassendi 04000 DIGNES LES BAINS	Tél : 04 92 30 00 50

CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)		
Pôle social	18 rue aubin 04000 Digne-les Bains	Tél : 04 92 36 08 48

SERVICES DE POLICE		
Correspondant départemental "aide aux victimes" à Digne-les-Bains - Lieutenant Bruno LOPEZ	1 rue des Monges 04000 DIGNE LES BAINS	Tél : 04 92 30 86 60
Correspondant départemental "aide aux victimes" à Manosque - Capitaine Aurélie LELUYAUX	Avenue Saint Lazare 04100 MANOSQUE	Tél : 04 92 70 17 00

CHARGÉ DE MISSION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ		
Préfecture Chargé de mission départemental : Mr Maklouf RABHI	Rue du Dr Romieu 04106 DIGNES LES BAINS	Tél : 04 92 30 88 48

HÔPITAUX		
CH DU PARC DE GLANDÈVES	04320 ENTREVAUX	Tél : 04 93 05 38 38
HÔPITAL LOCAL PIERRE GROUES	8 rue Maurin - 04400 BARCELONETTE	Tél : 04 92 80 80 20
HÔPITAL LOCAL DIEUDONNÉ COLLOMP	Route de Forcalquier - 04150 BANON	Tél : 04 92 73 21 00
HÔPITAL DE RIEZ	Place Emile Bouteuil - 04500 RIEZ	Tél : 04 92 70 10 00
HÔPITAL LOCAL – Etablissement public de santé	4 rue des près d'Astruc - 04190 LES MEES	Tél : 04 92 30 03 47
CENTRE HOSPITALIER	Av. Auguste Girard – BP 60108 - 04101 MANOSQUE	Tél : 04 92 73 42 00
CLINIQUE JEAN GIONO	Bd Pr Fleming - 04100 MANOSQUE	Tél : 04 92 70 66 00
CLINIQUE TOUTES AURES	Av. des Savels - 04100 MANOSQUE	Tél : 04 92 87 62 80
HÔPITAL DE DIGNE	Quartier St Christophe - 04003 DIGNES LES BAINS	Tél : 04 92 30 15 15

Pour enfants	CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)	
	crip@cg04.fr	Tél : 04 92 30 07 07

Département des Hautes Alpes (05)

JUSTICE		
Procureur de la République TGI de GAP	Palais de justice - Place Saint Arnoux – BP 77 05007 GAP	Tél : 04 92 40 70 00
Maison de justice et de droit	23 av. de la République - 05100 BRIANÇON	Tél : 04 92 57 75 09

CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)	
L'Edelweiss - 4 av. du commandant Dumont - 05000 GAP	Tél : 04 92 51 35 94
Le Florian 3 - 24 av. Jean jaures - 05000 GAP	Tél : 04 92 55 33 98
4 bis place du Révelly - 05000 GAP	
33 bis bd de la libération - 05000 GAP	Tél : 04 92 55 33 98

SERVICES DE POLICE		
Commissariat de police de GAP	Place Alsace-Lorraine - 05000 GAP	Tél : 04 92 52 50 99
Hôtel de police de BRIANÇON	19 avenue de la République - 05100 BRIANÇON	Tél : 04 92 25 54 54

CHARGÉ DE MISSION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ		
DDCSPP Chargée de mission départementale : Mme Nadine SANSONI	5 impasse de Bonne 05010 GAP	Tél : 04 92 22 22 42

HÔPITAUX		
CENTRE HOSPITALIER DE BRIANÇON	24 av. Adrien Daurelle - 05105 BRIANÇON	Tél : 04 92 25 25 25
HÔPITAL	Rue Saint Jacques - 05470 AIGUILLES	Tél : 04 92 46 70 18
POLYCLINIQUE DES ALPES DU SUD	3 rue Antonin Coronat - 05010 GAP	Tél : 0826 555 001
CH	Rue Pierre et Marie Curie	Tél : 04 92 43 73 00
CH INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD	1 place Auguste Muret - 05007 GAP	Tél : 04 92 40 61 61

Pour enfants	CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)
celluledepartementale@cg05.fr	Tél : 04 92 40 38 93

Département des Alpes Maritimes (06)

JUSTICE		
Procureur de la République TGI de GRASSE	37 av. Pierre Semard - 06133 NICE	Tél : 04 92 60 72 36
Procureur de la République TGI de NICE	Place du Palais - 06357 NICE	Tél : 04 92 07 70 70 (heures ouvrables) Permanence en dehors des heures ouvrables 04 92 17 72 25
Maison de justice et de droit	15 rue Partouneau - 06500 MENTON	Tél : 04 93 78 03 57
	156 bd de l'ariane - 06300 NICE	Tél : 04.92.19.60.40
Antennes de justice	29 bd Foch – 06600 ANTIBES	Tél : 04.92.19.75.40
	11 rue du bosquet – 06150 CANNES	Tél : 04.93.29.10.30
	Complexe de la médiathèque 5 bis bd de la colle belle – 06510 CARROS	Tél : 04.93.29.10.30
	2 place des amouriers – Garbejaire 06560 VALBONNE	Tél : 04 92 19 76 10
	6 bd Dr Jacques Ugo – 06220 VALLAURIS	Tél : 04.92.19.76.20

CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)	
53 av. Michel Jourdan - 06150 CANNES LA BOCCA	Tél : 04 93 47 52 47
Résidence Saint Augustin - BT 20 – Esc 14 - 20 av. des Mahonias - 06200 NICE	Tél : 04 93 71 55 69

SERVICES DE POLICE		
Commissariat de Beausoleil	25, boulevard de la république - 06240 BEAUSOLEIL	Tél : 04 93 78 24 22
Commissariat de Menton	8, rue partourneaux - 06500 MENTON	Tél : 04 93 28 66 00
Commissariat Central de Police de Nice	1 av. du Maréchal Foch - 06000 NICE	Tél : 04 92 17 22 22
Commissariat Subdivisionnaire de Nice - L'Ariane	rue Emile Ripert - 06300 NICE	Tél : 04 92 17 22 22 ou 04 93 54 98 67
Commissariat Subdivisionnaire de Nice St Augustin	Tse de la Digue des Français - Bt 43 - esc. 69 - 06000 NICE	Tél : 04 93 28 66 00
Commissariat de Roquebrune Cap Martin	Av. Verdun - 06190 ROQUEBRUNE ST MARTIN	Tél : 04 93 35 60 01
Commissariat de Villefranche Sur Mer	Av. Sadi Carnot - 06230 VILLEFRANCHE SUR MER	Tél : 04 93 76 30 80
Commissariat de Police d'Antibes	5, av. des Frères Olivier - 06600 ANTIBES JUAN LES PINS	Tél : 04 92 90 78 00
Commissariat de Police de Cagnes sur Mer	20 bis, ch. des Grands plans - 06800 CAGNES SUR MER	Tél : 04 92 13 56 10
Commissariat de Police de Cannes	1, av. de Grasse - 06400 CANNES	Tél : 04 93 06 22 22
Commissariat de Police de Cannes La Bocca	1 av. Michel Jourdan - 06150 CANNES LA BOCCA	Tél : 04 93 06 22 22 ou 04 93 47 38 00
Commissariat de Police du Cannet	66 bd Sadi Carnot - 06110 LE CANNET	Tél : 04 93 45 94 22
Commissariat de Police de Grasse	1 av. Mal de Lattre de Tassigny - 06130 GRASSE	Tél : 04 93 40 91 91
Commissariat de Police de St Laurent du Var	475, contre allée Georges Pompidou - 06700 ST LAURENT DU VAR	Tél : 04 93 31 16 87
Commissariat de Police de Vallauris	68, chemin des Fumades - 06220 VALLAURIS	Tél : 04 92 95 35 10
Commissariat de Police de Vence	195, place du Grand Jardin - 06140 VENCE	Tél : 04 93 58 05 05

CHARGÉ DE MISSION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ		
Mme Marie-Jeanne MAVIC - Préfecture - CADAM	route de Grenoble - 06286 NICE Cedex 3	Tél : 04 93 72 22 70

HÔPITAUX		
CLINIQUE DU PARC IMPÉRIAL	28 bd Tzarewitch - 06045 NICE	Tél : 0 820 31 31 31
CENTRE HOSPITALIER	Ch. De Clavary - 06135 GRASSE	Tél : 04 93 09 55 55
HÔPITAL SAINT ROCH	5 rue Pierre Devoluy- 06006 NICE	Tél : 04 92 03 33 33
HÔPITAL DE CIMIEZ	4 av. Reine Victoria - 06003 NICE	Tél : 04 92 03 44 44
HÔPITAL DE L'ARCHET	151 route Saint Antoine de Ginestière - 06202 NICE	Tél : 04 92 03 77 77
HÔPITAL PASTEUR Médecine légale : Pr Gérald QUATREHOMME	30 av. de la voie romaine - 06002 NICE	Tél : 04 92 03 77 77
CENTRE HOSPITALIER LA	2 av. Antoine Péglion – 06507 MENTON	Tél : 04 93 28 77 77
POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 av. du Dr Maurice Donat – 06805 CAGNES SUR MER	Tél : 04 92 13 53 13
HÔPITAL PRIVÉ CANNES OXFORD	33 bd d'Oxford - 06400 CANNES	Tél : 0 826 20 02 10
HÔPITAL LOCAL SAINT LAZARE	Ch. Spégi - 06430 TENDE	Tél : 04 93 04 62 27
CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES	107 av. de Nice - 06606 ANTIBES	Tél : 04 97 24 77 77
CLINIQUE SAINT GEORGES	2 av. de rimiez - 06105 NICE	Tél : 04 93 81 71 50
CENTRE HOSPITALIER	15 av. des Broussailles - 06401 CANNES	Tél : 04 93 69 70 00
CLINIQUE SAINT ANTOINE	7 av. Durante - 06004 NICE	Tél : 04 93 16 76 00
CLINIQUE MÉDICALE PLEIN CIEL	122 av. Dr Maurice Donat – 06254 MOUGINS	Tél : 04 97 16 65 00
HÔPITAL SAINT-MAUR	3 rue droite - 06600 Saint-Etienne-de-Tinée	Tél : 04 93 23 28 28
CLINIQUE LES BRUYÈRES	Saint Jacques - 4 ch. de la source - 06130 GRASSE	Tél : 04 93 60 96 60
CLINIQUE MÉDICALE LES SOURCES	Av. des roses - 10 Camin Pietruschi - 06100 NICE	Tél : 04 92 15 40 00
POLYCLINIQUE SANTA MARIA	57 av. de la Californie - 06100 NICE	Tél : 04 92 03 02 45
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE	151 route de St Antoine - 06100 NICE	Tél : 04 92 03 77 77

Pour enfants	L'ADRET (antenne départementale de recueil des informations préoccupantes)
protectiondelenfance@cg06.fr	Tél : 04 89 04 29 02 0 805 40 06 06

Département des Bouches-du-Rhône (13)

JUSTICE		
Procureur de la République TGI de MARSEILLE	6 rue Joseph Autran – 13006 MARSEILLE	Tél : 04 91 15 50 50
Procureur de la République TGI d'Aix–en-Provence	40 bd Carnot – 13100 Aix en Provence	Tél : 04 42 33 83 00
Maison de justice et de droit	2 rue Raoul Follereau – Bt I Logirem – 13100 AIX EN PROVENCE	Tél : 04.92.20.90.32
	26 cours voltaire – 13400 AUBAGNE	Tél : 04.42.36.98.10
	Pays Martégal, place paradis – St Roch – 13500 MARTIGUES	Tél : 04.42.41.32.20
	Place Passelaigue – 13300 SALON DE PROVENCE	Tél : 04.90.45.32.80
Antenne juridique et de médiation ressort du TGI de Marseille	Centre administratif municipal – allée Antide Boyer – 13400 AUBAGNE	Tél : 04.42.18.19.54
	Maison des associations –place Evariste Gras – 13600 LA CIOTAT	Tél : 04.42.08.46.99
	Belsunce – centre social – 16 rue Bernard Dubois – 13001 MARSEILLE	Tél : 04.91.90.49.10
	Saint-Mauront bellevue – maison de la réhabilitation – parc bellevue – bt H38 – 143 rue Felix Pyat – 13003 MARSEILLE	Tél : 04.90.02.26.44
	Maison de l'avocat – 56 rue Montgrand – 13006 MARSEILLE	Tél : 04.91.15.31.00
	La soude – DSU les hauts de Mazargues – Bt 18 – les cyclamens 17 av. de la barquiere – 13009 MARSEILLE	Tél : 04.91.40.57.80
	Vallée de l'Huveaune – Maison pour tous – 4 rue Gimon – 13001 MARSEILLE	Tél : 04.91.35.06.07
	Centre social Val plan – Bégude – 14 rue antonin Régnier – 13013 MARSEILLE	Tél : 04.91.70.13.39
	Centre social de Malpassé – les lilas – Bt C2 – 21 av. Charles Camoins – 13013 MARSEILLE	Tél : 04 91 58 43 09
	Saint Barthélémy – Maison des familles – av. Salvador Allende - 13014 MARSEILLE	Tél : 04.91.02.35.75
	Centre social Kallisté – la granière – chemin des bourrely – 13015 MARSEILLE	Tél : 04.91.51.15.97
	15ème sud UAS Saint Louis – 24 route de Saint Louis au Rove – 13015 MARSEILLE	Tél : 04.91.60.35.37
	La castellane – centre social – 216 bd Henri Barnier – 13016 MARSEILLE	Tél : 04.91.46.04.39
Antenne juridique et de médiation ressort du TGI de Tarascon	La maison du droit – 9 rue Gambetta – 13200 ARLES	Tél : 04.90.52.20.61
	L'espace du citoyen – 39 av. du port – 13000 PORT SAINT LOUIS DU RHONE	Tél : 04.42.86.37.97
	La maison du citoyen – av. César Bernaudon – 13000 SAINT MARTIN DE CRAU	Tél : 04.90.47.17.29

CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)		
	12 bd Emile Zola - Espace chiavary - 13200 ARLES	Tél : 04.90.93.47.76

SERVICES DE POLICE		
Commissariat d'Aix-en-Provence* - 24h/24	10, avenue de l'Europe - 13100 AIX-EN-PROVENCE victimes-aix-en-provence@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.93.97.00
Commissariat d'Arles* - 24h/24	1, boulevard des Lices - 13200 ARLES victimes-arles@interieur.gouv.f	Tél : 04.90.18.45.00
Commissariat d'Aubagne - 24h/24	9, avenue de Jeanne d'Arc - 13400 AUBAGNE victimes-aubagne@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.18.55.55
Bureau de Police de La Pennes-sur-Huveaune du lundi au vendredi de 14h30 à 16h30	Rue de la gare - 13821 LA PENNE-SUR-HUVEAUNE victimes-aubagne@interieur.gouv.fr	Tél : 04.84 35 39 10
Commissariat d'Istres– 24/24h	Rue Yvan Llopis - 13800 ISTRES victimes-istres@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.11.17.17
Commissariat de La Ciotat– 24/24h	59, avenue Victor Giraud - 13600 LA CIOTAT victimes-la-ciotat@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.18.67.30
Commissariat de Marignane– 24/24h	Avenue du 8 mai 1945 - 13700 MARIGNANE victimes-marignane@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.31.90.00
Commissariat de Martigues* - 24/24h	Avenue du Cdt Jean l'Herminier - 13500 MARTIGUES victimes-martigues@interieur.gouv.f	Tél : 04.42.41.31.10
Commissariat de Port-de-Bouc – 24/24h	32 rue Charles Nédélec - 13110 PORT-DE-BOUC victimes-martigues@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.40.54.00
Commissariat de Salon-de-Provence– 24/24h	Avenue du Pays Catalan - 13300 SALON-DE-PROVENCE victimes-salon-de-pce@interieur.gouv.fr	Tél : 04.90.17.04.00

** sièges de district*

SERVICES DE POLICE		
Commissariat Interdépartemental Bouches-du-Rhône / Gard (Tarascon et Beaucaire)– 24/24h	3, boulevard du Viaduc - 13150 TARASCON victimes-tarascon@interieur.gouv.fr	Tél : 04.90.91.52.90
Commissariat de Vitrolles– 24/24h	Rue du Commissaire Antoine Biancardini - 13127 VITROLLES victimes-vitrolles@interieur.gouv.fr	Tél : 04.42.10.88.20
Bureau de Police des Pennes-Mirabeau Du lundi au vendredi, 8h-12h / 14h-18h	77 av. François Mitterrand, La Gavotte - 13170 LES PENNES-MIRABEAU victimes-vitrolles@interieur.gouv.fr	Tél : 04.84 35 39 10
Commissariat du 15ème arrondissement**	Traverse Odette JASSE - la Delorme - 13015 MARSEILLE	Tél : 04.96.16.94.00
Bureau de Police du 2ème arrondissement	40 Boulevard Schuman - 13002 MARSEILLE	Tél : 04.91.39.61.17
Commissariat du 3ème arrondissement– 24/24h	143 rue Félix Pyat - 13003 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.36.20
Commissariat du 13ème arrondissement– 24/24h	9 rue Jean-Baptiste Fouque - 13013 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.36.70
Commissariat du 14ème arrondissement– 24/24h	Carrefour Le Merlan - 31, av. Raimu - 13014 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.37.00
Commissariat du 16ème arrondissement– 24/24h	Villa minerve – 26 bd Roger Chieusse - 13016 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.37.40
Poste de Police de Septèmes-les-Vallons (antenne du CP15) Du lundi au vendredi, 8h-18h	Vallon rougière - 13240 SEPTEMES-LES-VALLONS	Tél : 04.91.51.06.15
Commissariat du 1er arrondissement** – 24/24h	66-68, La Canebière - 13001 MARSEILLE	Tél : 04.88.77.58.00
Commissariat du 4èmee arrondissement– 24/24h	136 avenue des Chartreux - 13004 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.32.00
Commissariat du 5ème arrondissement Du lundi au vendredi, 8h-19h	63 rue Jean Martin - 13005 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.32.64
Commissariat du 6ème arrondissement Du lundi au vendredi, 8h-20h	98 rue de Rome - 13006 MARSEILLE	Tél : 04.96.10.62.68
Commissariat du 7ème arrondissement Du lundi au samedi, 8h-19h	110, avenue de la Corse - 13007 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.34.00
Commissariat du 10ème arrondissement** – 24/24h	87 rue Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE	Tél : 04.84 35 34 50
Commissariat du 8ème arrondissement– 24/24h	69 avenue d'Haïfa - 13008 MARSEILLE	Tél : 04 84 35 33 00
Commissariat du 9ème arrondissement– 24/24h	3 rue Raymond Cayol - 13009 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.34.20
Commissariat du 11ème arrondissement– 24/24h	187 boulevard St Marcel - 13011 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.35.10
Commissariat du 12ème arrondissement– 24/24h	50 avenue Charles Kaddouz - 13012 MARSEILLE	Tél : 04.84.35.35.40
Commissariat d'Allauch / Plan-de-Cuques– 24/24h	2, avenue Georges Pompidou - 13380 PLAN-DE-CUQUES	Tél : 04.84.35.35.80
Bureau de Police d'Allauch Du lundi au vendredi, 8h-12h / 14h-18h	112 av. Salvador Allende, le Logis Neuf - 13190 ALLAUCH	Tél : 04.84.35.36.10

***sièges de division*

CHARGÉ DE MISSION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ		
Mme Jacqueline HATCHIGUIAN - DDCS	66 A rue Saint Sébastien - 13281 MARSEILLE Cx 06	Tél : 04 91 00 57 04

HÔPITAUX		
CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'AIX	Av. des Tamaris - 13100 AIX EN PROVENCE	Tél : 04 42 33 50 00
CLINIQUE AXIUM	21 av. Alfred Capus - 13097 AIX EN PROVENCE	Tél : : 0 826 02 10 20
CENTRE HOSPITALIER LOUIS BRUNET	Tse des milles écus - 13178 ALLAUCH Cx	Tél : 04 91 10 46 46
CLINIQUE JEAN PAOLI	19 rue Pierre Renaudel - 13200 ARLES	Tél : 04 90 99 34 01
CLINIQUE JEANNE D'ARC	7 rue Nicolas Saboly – BP 70194 - 13635 ARLES	Tél : 04 90 49 53 88
HÔPITAL D'AUBAGNE	179 av. des sœurs Gastine - 13677 AUBAGNE	Tél : 04 42 84 70 00
CLINIQUE LA CASAMANCE	33 bd des Farigoules – BP 141 - 13400 AUBAGNE	Tél : 04 91 88 40 00
CENTRE HOSPITALIER	Bd Lamartine – BP 150 - 13708 LA CIOTAT	Tél : 04 42 08 76 00
CLINIQUE GÉNÉRALE DE MARIGNANE	Av. du général Raoul Salan – BP 89 - 13700 MARIGNANE	Tél : 04 42 78 45 00
HÔPITAL PAUL DESBIEF	38 rue de Forbin - 13002 MARSEILLE	Tél : 04 91 56 43 00
CLINIQUE JUGE	116 rue Jean Mermoz - 13008 MARSEILLE	Tél : 04 91 23 44 00
CLINIQUE SAINT MARTIN	183 route des Camoins - 13011 MARSEILLE	Tél : 04 91 27 30 00
FONDATION HÔPITAL AMBROISE PARÉ	1 rue d'Eylau - 13006 MARSEILLE	Tél : 04 91 83 38 38
CLINIQUE BOUCHARD	77 rue du Dr Escat - 13006 MARSEILLE	Tél : 0 826 39 99 02
CLINIQUE LA PHOCÉANNE	143 route des Trois Lucs - 13012 MARSEILLE	Tél : 04 91 18 08 08

HÔPITAUX		
HÔPITAL SAINTE MARGUERITE	270 bd de Sainte Marguerite - 13724 MARSEILLE Cx 09	Tél : 04 91 38 00 00
HÔPITAL PRIVÉ BEAUREGARD	12 impasse du Lido - 13012 MARSEILLE	Tél : 0 825 74 34 34
CLINIQUE VERT COTEAU	96 av. des caillols - 13375 MARSEILLE Cx 2	Tél : 0 826 20 73 12
HÔPITAL SAINT JOSEPH DE MARSEILLE	26 bd de Louvain - 13008 MARSEILLE	Tél : 04 91 80 65 00
HIA LAVERAN	34 bd Lavéran – BP 60149 - 13384 MARSEILLE Cx 13	Tél : 04 91 61 70 00
HÔPITAL DE LA TIMONE Médecine légale : Pr Georges LEONETTI	264 rue Saint Pierre - 13385 MARSEILLE 05	Tél : 04 91 38 63 85
HÔPITAL PRIVÉ CLAIRVAL	317 bd du Redon - 13009 MARSEILLE	Tél : 0 826 66 69 68
CLINIQUE BONNEVEINE	89 bd du sablier - 13008 MARSEILLE	Tél : 04 96 14 14 14
RÉSIDENCE DU PARC	BP 501 - 13422 MARSEILLE Cx 10	Tél : 0 826 66 69 66
HÔPITAL NORD	Ch. des Bourrely - 130915 MARSEILLE Cx 15	Tél : 04 91 38 00 00
HÔPITAL FÉLIX HOUPHOUET	416 ch. de la madrague ville - 13015 MARSEILLE	Tél : 04 91 38 00 00
HÔPITAL DE LA CONCEPTION	147 bd Baille - 13385 MARSEILLE Cx 05	Tél : 04 91 38 00 00
CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES	3 bd des Rayettes – BP 50248 - 13698 MARTIGUES	Tél : 04 42 43 22 22
CENTRE HOSPITALIER	207 av. Julien Fabre - 13658 SALON DE PROVENCE	Tél : 04 90 44 91 44
CLINIQUE VIGNOLI	114 av. Paul BOURRET - 13300 SALON DE PROVENCE	Tél : 04 90 17 25 00
CLINIQUE DE VITROLLES	ZAC la Tuillière II - 2 rue Bel Air - 13127 VITROLLES	Tél : 04 42 46 26 26

Pour enfants	CDEIP (cellule départementale enfance informations préoccupantes)
	Tél : 04 95 05 00 85

Département du Var (83)

JUSTICE		
Procureur de la République Tribunal d'instance de Brignoles	1 place du palais de justice 83175 Brignoles CEDEX	Tél : 04 94 69 63 83
Procureur de la République Tribunal d'instance de Draguignan	Cité judiciaire, 11 rue Pierre Clément 83300 Draguignan	Tél : 04 94 60 57 50
Procureur de la République Tribunal d'instance de Fréjus	Palais de justice, 268 rue Jean Jaurès, BP 1188 83608 Fréjus CEDEX	Tél : 04 94 44 54 10
Procureur de la République Tribunal d'instance de Toulon	140 boulevard Général Leclerc, BP 507 83041 Toulon CEDEX 9	Tél : 04 94 18 93 12
Maison de justice et de droit	Place Besagne, Traverse des Minimes 83000 Toulon	Tél : 04 94 87 14 60

CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)		
Mme Claudine Richard	42, avenue des Iles d'or 83400 Hyères Ouvert du lundi au vendredi 8h30-12H15 et 13H00-17H00	Tél : 04 94 65 82 84

SERVICES DE POLICE		
Direction départementale de la sécurité publique du Var	1 rue du commissaire Morandin BP 5502 83097 Toulon CEDEX	Tél : 04 98 03 53 00
Commissariat de sécurité publique de la Seyne sur Mer et de Saint-Mandrier	Chemin Joseph Santéri/Avenue Maréchal Juin	Tél : 04 98 00 84 00
Commissariat de sécurité publique de Sanary sur Mer, Six Fours, Bandol	9, rue Gaillard BP 22 - 83110 Sanary sur Mer	Tél : 04 98 88 53 30
Commissariat de sécurité publique de Hyères et Carqueiranne	Chemin de la demi-lune - 83400 Hyères	Tél : 04 94 00 73 30
Commissariat de sécurité publique de Draguignan, Trans en Provence	22 rue Olivier Descamps - 83300 Draguignan	Tél : 04 94 93 44 00
Commissariat de sécurité publique de Fréjus, Saint Raphaël	133 rue de Triberg - 83600 Fréjus	Tél : 04 94 51 90 00

CHARGÉ DE MISSION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ		
Mme Chantal MOLINES - Préfecture du Var	Bd du 112ème régiment d'infanterie - 83070 TOULON	Tél : 04 83 24 62 62

HÔPITAUX		
CENTRE HOSPITALIER JEAN MARCEL	Tse les Capucins – BP 301 - 83177 BRIGNOLES	Tél : 04 94 72 66 00
CLINIQUE NOTRE DAME	345 av. Brossolettes - 83300 DRAGUIGNAN	Tél : 0 826 39 99 25
CH DE LA DRACÉNIE	Rte de Montferrat – BP 249 - 83007 DRAGUIGNAN	Tél : 04 94 60 50 00
CLINIQUE LES LAURIERS	83600 FREJUS	Tél : 04 94 51 22 80
CH INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS ST-RAPHAËL	240 av. de Saint Lambert – BP 110 - 83608 FREJUS	Tél : 04 94 40 21 21
CLINIQUE DU GOLF DE ST TROPEZ	RN – 559 rond-pt du Gal Diégo Brosset - 83580 GASSIN	Tél : 04 98 12 70 00
HÔPITAL LÉON BÉRARD	Av. Marcel Armanet – CS 10121 - 83418 HYERES	Tél : 04 94 38 05 05
CLINIQUE SAINTE MARGUERITE	Av. Alexis Godillot - 83400 HYERES	Tél : 0 826 00 90 83
HÔPITAL RENÉ SABRAN	550 Bd Edouard-Herriot - 83400 HYERES	Tél : 0 825 08 25 10
CENTRE HOSPITALIER	Av. maréchal Juin – BP 50082 - 83407 HYERES	Tél : 04 94 00 24 00
CHITS LA SEYNE SUR MER	Av. Jules Renard - 83500 LA SEYNE SUR MER	Tél : 04 94 11 30 00
CLINIQUE DU CAP D'OR	1361 av. des anciens combattants Indochine 83500 LA SEYNE SUR MER	Tél : 04 94 11 30 10
CLINIQUE SAINT MARTIN	Faveyrolles - 83190 OLLIOULES	Tél : 0 826 30 88 00
POLYCLINIQUE LES FLEURS	332 av. Frédéric Mistral - 83190 OLLIOULES	Tél : 0 826 39 99 02
CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI	215 av. du Maréchal Lyautey - 83700 SAINT RAPHAEL	Tél : 04 94 95 26 90
CLINIQUE SAINT ROCH	83000 TOULON	Tél : 0 826 46 26 00
CLINIQUE SAINT JEAN	83000 TOULON	Tél : 0 826 00 44 83
HIA SAINTE ANNE	Bd Sainte Anne - 83000 TOULON	Tél : 04 83 16 20 14
HÔPITAL SAINTE MUSSE	54 rue Henri sainte claire de ville - 83056 TOULON Cx	Tél : 04 94 14 50 00
CLINIQUE SAINT VINCENT	Le Mourillon - Rue Belvédère - 83000 TOULON	Tél : 04 94 42 09 74
CLINIQUE SAINT MICHEL	Av. d'Orient - 83100 TOULON	Tél : 04 94 24 21 08

Pour enfants	Cellule de recueil d'informations de l'aide sociale a l'enfance
Draguignan	04 94 68 86 77
Toulon	04 94 22 70 61

Département du Vaucluse (84)

JUSTICE		
Procureur de la République TGI d'Avignon	2 boulevard Limbert - 84078 AVIGNON Cx 9 rue du général leclerc - 84021 AVIGNON	Tél : 04 32 74 74 00
Procureur de la République TGI de Carpentras	Place du Gal de Gaulle - BP265 84208 CARPENTRAS Cx	Tél : 04 90 63 66 00

CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)	
81 Boulevard Jules Ferry - 84000 Avignon	Tél : 04 90 86 41 00

SERVICES DE POLICE		
Commissariat central d'Avignon	Bld St Roch	Tél : 04.90.16.81.00
Commissariat de police d'Orange	445 Av. du Général de Gaulle	Tél : 04.90.11.33.30
Commissariat de police de Carpentras	Bld Albin Dunand	Tél : 04.90.67.62.00
Commissariat de police de Cavaillon	33 place du clos	Tél : 04.90.78.58.00

CHARGÉ DE MISSION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ		
Mme Joëlle HALTER - Préfecture	28 bd Limbert - 84905 AVIGNON Cx 09	Tél : 04 88 17 80 45

HÔPITAUX		
CH DU PAYS D'APT	Route de Marseille – BP 172 - 84405 APT	Tél : 0 826 02 00 84
INSTITUT SAINTE CATHERINE	1750 ch. Lavarin - 84000 AVIGNON	Tél : 04 90 27 61 61
CLINIQUE MONTAGA	23 bd Gambetta - 84000 AVIGNON	Tél : 0 826 39 99 90
POLYCLINIQUE URBAIN V	Ch. du pont des deux eaux - 84000 AVIGNON	Tél : 0 826 39 99 90
CLINIQUE RHÔNE DURANCE	1750 ch. du Lavarin – BP 844 - 84082 AVIGNON	Tél : 04 90 14 82 00
CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR	5 rue Alexandre Blanc - 84500 BOLLENE	Tél : 04 90 40 50 60
SYNERGIA POLYCLINIQUE	26 rond-point de l'amitié - 84200 CARPENTRAS	Tél : 04 32 85 85 85
CENTRE HOSPITALIER	24 rond-point de l'amitié - 84208 CARPENTRAS	Tél : 04 32 85 88 88
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL	119 av. Georges Clémenceau - 84304 CAVAILLON	Tél : 04 90 78 85 00
CLINIQUE SAINT ROCH	29 route de Gordes - 84300 CAVAILLON	Tél : 04 90 78 55 78
CENTRE HOSPITALIER LOUIS GIORGI	Av. de Lavoisier – BP 184 - 84106 ORANGE	Tél : 04 90 11 22 22
CLINIQUE DE PROVENCE	52 av. Frédéric Mistral - 84100 ORANGE	Tél : 04 90 11 31 00
CLINIQUE DU PARC	259 route du parc - 84100 ORANGE	Tél : 08 99 10 22 63
CENTRE HOSPITALIER	58 rue de Croze – BP 110 - 84123 PERTUIS	Tél : 04 90 17 25 00
HÔPITAL LOCAL	ZAC la Tuillière II - 2 rue Bel Air - 13127 VITROLLES	Tél : 04 90 09 42 42
CLINIQUE FONTVERT	235 av. Louis Pasteur - 84700 SORGUES	Tél : 04 90 31 33 62

Pour enfants	Cellule de recueil d'informations de l'aide sociale à l'enfance
Tél : 04 90 16 15 00	

- 1/3 -

Indicateurs de risque et de violences subies

Mme Janine MARZULLO, Chargée de mission et Coordinatrice de SOS VIOL - Pour SOS Femmes 13, Mme Amel ARVIN BEROD,Directrice - Mr Eric FLORENTINO, assistant social chargé de formation - Mme Daniela LEVY, Chargée de mission formation et développement. En collaboration avec Mme Julie SEBBAH, psychologue clinicienne et le Dr Rémy SEBBAH, secrétaire de l'URPS ML PACA.

VIOLENCES SEXUELLES

1. QUI EST CONCERNE ?

- Une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé son intégrité physique et psychique, situations terrorisantes par leur anormalité (dégradation, inhumanité, humiliation, injustice, incompréhension).
- Une personne présente lors d'évènement(s) du même type ayant ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques et physiques liés à ce(s) traumatisme(s).

Les signes et symptômes repérables sont autant de réactions normales à des situations de violences.

Toutes les victimes de violences peuvent développer des troubles réactionnels.

2. INDICATEURS PSYCHOLOGIQUES

Réminiscences et dissociation, signes psychologiques caractéristiques

- **Les réminiscences des violences représentent le symptôme principal des troubles.** Elles peuvent établir la preuve diagnostique d'un traumatisme.
  Il s'agit de pensées récurrentes sur les violences, des souvenirs incontrôlables de tout ou partie de l'événement (sensations, douleurs, bruits, odeurs, paroles), agissements soudains comme si l'événement allait se reproduire, flash, illusions, rêves répétitifs, cauchemars, forte angoisse, détresse.
  Un autre traumatisme, une séparation, un accouchement peuvent être des situations de réactivation des réminiscences.

Par exemple, quand il y a eu des violences sexuelles, une odeur qui donne un malaise et envie de vomir peut être liée à la réminiscence de l'odeur de l'agresseur ; un bruit qui paraît intolérable et angoissant pourrait être un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, un bruit de chaudière si le viol a été commis à côté d'une chaudière ; une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des idées suicidaires, des automutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression ; une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis.

- **La dissociation qui les accompagne est responsable d'une partie des conséquences somatiques et psychologiques lié à l'évènement traumatisant.** Elle agit tel un mécanisme de défense développé en réaction à un stress extrême.

L'évènement traumatisant peut entrainer des troubles immédiats, différés et/ou chroniques.
Dissociation et réminiscences ont un impact sur la socialisation, l'apprentissage et les capacités cognitives de la personne. Elles augmentent les risques de conduites asociales et violentes, ainsi que le risque d'être à nouveau victime de violences sexuelles ou d'autres formes de violences.

Autres signes psychologiques caractéristiques

- Sentiments récurrents de honte, de culpabilité et de vide
- Relations interpersonnelles perturbées, incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui
- Troubles de l'humeur : dépression, épisodes maniaco-dépressifs
- Troubles anxieux : anxiété généralisée, crise d'angoisse, attaque de panique, phobie, retrait, attitude exubérante, mutisme, logorrhée
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles du comportement auto agressif : tentatives de suicide, automutilation
- Troubles addictifs : consommation de drogues, d'alcool, de substances psychoactives, jeu pathologique
- Etat de stress post-traumatique

3. INDICATEURS, SIGNES ET TROUBLES SOMATIQUES

Les plaintes somatiques sont fréquentes, chroniques, résistantes à toute prise en charge si les troubles psychotraumatiques ne sont pas identifiés et pris en charge.

Le plus fréquemment :

- Fatigue chronique et douleurs chroniques intenses (hypervigilance, céphalées, douleurs musculo-squelettiques, dorso-lombalgies)
- Troubles alimentaires : prise de poids importante ou amaigrissement important
- Troubles gastro-intestinaux : gastralgies, nausées, vomissements, troubles du transit, ballonnement, colite spasmodique...
- Troubles génito-urinaires très fréquents : dysménorrhée, endométriose, vaginisme, douleurs pelviennes chroniques, cystites à répétition...
- Troubles cardio-vasculaires : palpitations, HTA, coronaropathie...
- Troubles respiratoires : asthme, bronchite chronique, dyspnée...
- Troubles du sommeil : narcolepsie, somnambulisme, hallucinations narcoleptiques, paralysies du sommeil, cataplexie, hypersomnolence diurne...
- Troubles de la sexualité : abstinence, hyperactivité, changement d'orientation sexuelle.
- Troubles dermatologiques : eczéma, psoriasis, prurit..,

Indicateurs de risque et de violences subies

4. INDICATEURS CONTEXTUELS ET SITUATIONNELS

Le plus fréquemment,

- Echec scolaire, interruption ou abandon des études, orientations professionnelles non désirées
- Fugue et départ précoce de la famille, placement en famille d'accueil ou en foyer
- Vie amoureuse et sexuelle difficile, sans enfant ou avec des grossesses précoces
- Arrêt de travail prolongé, chômage
- Marginalisation, exclusion, retrait social (risque de se retrouver SDF, en situation de grande pauvreté, voire en situation prostitutionnelle)
- Délinquance, violences agies

5. LES PERIODES CRITIQUES

Bien que les agressions sexuelles puissent survenir dans tous les milieux et concerner toutes les femmes, il existe des périodes ou des circonstances qui constituent des périodes critiques. Il s'agit d'évènements de vie qui fragilisent les personnes et les rendent plus vulnérables à la manipulation et à l'emprise,

- Rupture, divorce (viol de rupture)
- Divorce des parents pour les adolescentes (recherche de l'intérêt d'autres personnes)
- Deuil
- Grossesse
- Prise de substances, participation à des réunions alcoolisées
- Rencontres par le biais des réseaux sociaux

6. ANTECEDENTS et MILIEU FAMILIAL, PRISE EN COMPTE DE CERTAINES CARACTERISTIQUES

L'existence dans l'historique familial de faits de violences conjugales et/ou de violences physiques et/ou sexuelles sur les enfants crée un environnement qui peut structurer les personnes par rapport à la violence comme moyen de communication. Cet état de fait conditionne les personnes dans leur vision des relations, pouvant entrainer une incapacité à dire non et à se protéger.

Merrill et al. (1999) rapportent dans une étude auprès de 1887 femmes que la survenue d'un viol est 4.8 fois plus fréquente parmi les victimes d'abus sexuel pendant l'enfance.

VIOLENCES CONJUGALES

1. QUI EST CONCERNE ?

Sont concernées, les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants exposés à ces violences.

Il est primordial d'être vigilant à ce problème majeur car on sait que toute femme peut être victime, quels que soient son origine, son milieu social ou son histoire.

Par ailleurs, les femmes viennent souvent consulter pour leurs enfants et, au travers des symptômes de leur enfant, elles vont parler d'elles-mêmes.

2. INDICATEURS VERBAUX

Le plus fréquemment, chez les femmes victimes de violences conjugales,

- Evocation d'un sentiment de responsabilité envers le conjoint
- Négation du processus d'emprise violente : elles cherchent des causes externes pour justifier la violence : surmenage professionnel, chômage, fatigue...
- Négation des faits de violence : déni, elles considèrent ces faits comme des accidents circonstanciels inhérents aux difficultés de couples, minimisation des faits et de leurs impacts
- Evocation d'idées fatalistes : croyances en un héritage culturel et sociétal, idées autour du sort de la condition féminine
- Négation de leur position de victime : elles se croient responsables des agressions
- Négation de leurs capacités personnelles et des possibilités de briser le cycle : elles sont persuadées de leur incapacité à vivre seules et à être autonomes

3. INDICATEURS, SIGNES ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES et SOMATIQUES

Le plus fréquemment, chez les femmes,

- Lésions traumatiques visibles ou cachées, récentes ou anciennes : être attentif aux lésions tympaniques et ophtalmologiques
- Troubles psychologiques : troubles psychosomatiques (palpitations, douleurs, céphalées, etc), anxiété, panique, phobie, dépression, idées morbides et/ou tentatives de suicide, état de stress post traumatique, incapacité à se projeter et à imaginer l'avenir, troubles du sommeil, de l'alimentation, fort sentiment de colère, de honte et de culpabilité.
- Troubles cognitifs (difficulté de concentration, troubles de la mémoire...)
- Abus de substances pour lutter contre le stress : tabac, alcool, drogues, médicament antalgique, etc.
- Grossesses pathologiques, rupture prématurée des membranes, rupture utérine, décollement rétro-placentaire
- Troubles gynécologiques : lésions périnéales, douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie, dysménorrhée.

Le plus fréquemment, chez les enfants,

- Troubles du sommeil
- Enurésie
- Anxiété, dépression, état de stress post-traumatique
- Troubles du fonctionnement cognitif

4. INDICATEURS COMPORTEMENTAUX, CONTEXTUELS ET SITUATIONNELS

Le plus fréquemment, chez les femmes,

- Aspect physique parfois négligé, lié à la perte d'estime de soi
- Sentiment de peur vis-à-vis du conjoint
- Tendance à se dévaloriser et à se culpabiliser
- Mutisme en cas de présence du conjoint et/ou sollicitations répétées de son approbation

Indicateurs de risque et de violences subies

- Sursauts lors de bruits inattendus
- Défense exacerbée du rôle féminin dans ce qu'il a de stéréotypé
- Signes dans la relation thérapeutique : Etat confusionnel
  - Engagements non tenus : rendez-vous annulés, retardés, manque de suivi dans l'approche thérapeutique
  - Discordance entre le constat du médecin et les explications fournies par la patiente
  - Consultations itératives, périodes de rupture de contact
  - Présence du conjoint constante, hyperprévenant, contrôlant

Le plus fréquemment, chez les enfants,

- Garçon très agressif, toujours prêt à se battre avec les autres
- Fille très passive, effacée, craintive
- Enfant qui agresse et dénigre sa mère
- Indifférence émotionnelle
- Fugues, agressivité, usage de la violence et actes délinquants

5. LES PERIODES CRITIQUES

Le plus fréquemment,

- Temps de la première grossesse, et temps de restructuration du couple après la naissance
- Changements professionnels et personnels (accès à l'emploi de madame)
- Rupture ou évocation d'une rupture
- Toute situation qui engagerait l'émancipation de madame

6. DES ANTECEDENTS EXISTENT-ILS ?

Toutes les femmes sont susceptibles d'être victimes de violences conjugales. Il n'existe pas de facteurs qui expliqueraient à eux seuls le phénomène. Il n'y a donc pas de profil particulier et rien ne prédestine une femme à devenir victime de la violence de son conjoint.

La violence conjugale n'est pas le lot d'une classe défavorisée. Elle est présente dans tous les groupes sociaux, économiques et culturels, dans toutes les classes d'âge, en milieu urbain comme en milieu rural, indépendamment du contexte éducatif, religieux, ethnique.

Il est donc important de lutter contre les représentations abusives qui feraient de l'alcool et de la précarité des facteurs explicatifs exclusifs.
Selon l'étude du Ministère de l'Intérieur, sur les morts violentes au sein du couple en 2011, "En France, au cours de l'année 2011, 146 personnes sont décédées, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (conjoint, concubin, pacsé ou « ex » dans les trois catégories). La présence d'alcool dans le sang a été constatée chez 41 auteurs, soit 28,08 % des affaires."

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

REPERER, ECOUTER ET PASSER LE RELAIS, ORIENTER

Repérer les indicateurs précédemment cités et s'autoriser à en parler avec la patiente sont les gages d'une prise en charge de qualité.

Prendre le temps d'écouter est aussi important que de savoir ensuite passer le relais aux associations et structures spécialisées.
Une orientation trop rapide pourrait être perçue par la patiente comme un refus d'entendre, une décharge du médecin vers une autre structure.
Il ne faut pas perdre de vue qu'il est toujours difficile pour la victime de se rendre dans une structure spécialisée car cela suppose une acceptation de son statut de victime.
Il est donc utile de donner, dans un premier temps, les coordonnées téléphoniques des associations car il est généralement plus facile de téléphoner que de se déplacer.

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Les associations spécialisées comme SOS VIOL et SOS FEMMES 13 proposent aux victimes un accompagnement global et spécifique. Elles accompagnent les victimes dans leur processus de reconstruction tant au niveau social, que juridique et psychologique.
La première étape du travail est généralement centrée sur la restauration de l'estime de soi de la personne, pour lui permettre de se dégager de son sentiment de culpabilité et qu'elle puisse se projeter dans un avenir qui correspondrait à sa volonté.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Lors de violence unique :

- La thérapie peut être efficace en quelques séances, surtout si elle est mise en place rapidement après le traumatisme, en donnant des outils sur les mécanismes et en évitant qu'une mémoire traumatique et des symptômes ne s'installent.

Lors de violences continues répétées :

- Il ne s'agit pas uniquement de traiter des émotions et des symptômes, il faut aider la personne à se libérer d'un traumatisme autour duquel elle s'est construite. La prise en charge sera plus longue.

CONCLUSION

La relation doit être respectueuse, bienveillante, sécurisante, sans rapport de pouvoir, en face à face, avec une écoute empathique.
Il ne s'agit pas de juger la personne victime, mais de l'accompagner, de la soutenir, de la valoriser et de lui offrir des outils pour mieux comprendre et contrôler ses réactions, ses émotions, ses comportements et lui permettre ensuite de se diriger vers les structures spécialisées qui pourront l'aider à engager un processus de reconstruction.

Ont participé à la réalisation de ce guide :

Les élus de l'URPS Médecins Libéraux PACA, membres du Copil Maltraitance
Dr Jean-François GIORLA - Président de l'URPS ML PACA
Dr Rémy SEBBAH - Secrétaire de l'URPS ML PACA
Dr Paul FREDENUCCI – Coordonnateur du copil
Les Drs Richard BOVET, Danielle COLONGEON, Christiane GIRAUD, Martine LANGLOIS, Denis LIEUTAUD, Pierre-Yves LUSSAULT, Guy RECORBET.

Magistrat du Parquet de Marseille
Mr Jacques DALLEST, Procureur de la République,
Mr Jean-Jacques FAGNI, Procureur de la République adjoint,
Mr Bruno TANCHE, Chargé de mission à la cellule Justice-Ville des Bouches-du-Rhône.
Dr Jean-Paul GUYONNET, Médecin assistant spécialisé, Pôle Santé Publique, TGI de Marseille.

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Var
Dr Richard BOVET.

Agence Régionale de Santé PACA
Mme Marie-Cécile MARCELLESI, Inspectrice de classe exceptionnelle de l'action sanitaire et sociale, Chargée de mission "accès aux soins et cohésion sociale"
Mme Danielle MARQUIS, Responsable du département Prévention-Promotion de la Santé

Direction Régionale Sud-Est du Service Médical de l'Assurance Maladie
Dr Vincent SCIORTINO, Directeur
Dr Chantal BERGE-LEFRANC, Médecin conseil

Faculté de Médecine de Marseille
Dr Christophe BARTOLI, Service de Médecine légale

Conseil Général des Alpes Maritimes :
Mme Brigitte HAIST, PMI
Mme Muriel COUTEAU, Responsable des centres de planification et du Carrefour Santé Jeunes,
Mme Christiane AMIEL, Médecin coordinateur Réseau Sécurité Naissance, Gynécologue-Obstétricienne,
Mme Anne-Marie CAUVIN ZACCONI, Médecin généraliste.

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
Mme Françoise RASTIT, Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité.

Association SOS VIOL
Mme Lydie MECHINAUD, Présidente,
Mme Janine MARZULLO, Chargée de mission,
Mme Anne DOMENACH, Psychologue,
Mme Lucie TRANNOY, Psychologue.

Association SOS FEMMES 13
Mme Josette GONZALES, Présidente,
Mme Amel ARVIN BEROD, Directrice,
Mme Jocelyne LABATUT, Directrice Adjointe,
Mr Eric FLORENTINO, Assistant social chargé de formation,
Mme Daniela LEVY, Chargée de mission formation et développement.

Maître Juliette GOLDMANN, Avocate au barreau de Marseille.

Mme Julie SEBBAH, Psychologue clinicienne.

Union Régionale des Professionnels de Santé
URPS MÉDECINS LIBÉRAUX PACA

37/39 Bd Vincent Delpuech - 13006 Marseille
Tél : 04 96 20 60 80 - Fax : 04 96 20 60 81
www.urps-ml-paca.org
contact@urps-ml-paca.org

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur