



# Les **femmes** victimes de **Violences** **conjugales**

En cas de violence



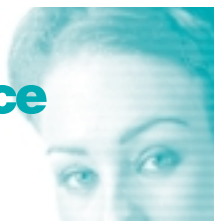
**brisez le  
silence**

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

*Cette brochure a été réalisée  
par le Service des droits des femmes et de l'égalité  
avec le concours de la Direction générale de la santé  
et de la Fédération nationale solidarité femmes*

**Cette brochure s'inscrit dans la réflexion et les actions menées par les pouvoirs publics pour lutter contre les violences conjugales. Celles-ci représentent un problème de société particulièrement préoccupant tant en raison de son ampleur que des séquelles somatiques et psychoaffectives qu'elle laisse aux femmes, principales victimes de ces agissements et de son retentissement sur l'ensemble de la famille. Si sa dimension médicale est patente, le personnel médical et infirmier a des difficultés à appréhender cette question. En effet, la violence conjugale demeure peu dépistée et oriente rarement le diagnostic. Elle est souvent minimisée car encore empreinte de préjugés ou de banalisation. Or, les professionnels de santé en exercice public (hôpitaux, centres de santé, services de PMI, services de médecine du travail) ou libéral occupent une place privilégiée pour reconnaître et secourir les victimes et pour entamer un dialogue. Les certificats médicaux étant des pièces essentielles lorsque les victimes entendent défendre leurs droits en justice, des responsabilités médico-légales particulièrement délicates leur incombent. Toutes ces raisons ont conduit à l'élaboration de ce document dans le souci d'apporter au personnel médical une compréhension globale de ces situations, de décrire les principaux signes cliniques afin de favoriser le dépistage, les soins adéquats et l'orientation des victimes, et de préciser les aspects médico-légaux en jeu, dont l'importance et les conséquences sont parfois insuffisamment connues.**

## **Préface**



# 1 La violence conjugale

- p. 6 ■ Les cycles de la violence
- p. 7 ■ L'ampleur du phénomène
- p. 8 ■ Les victimes

# 2 Les signes cliniques d'alerte

- p. 11 ■ Les indices comportementaux
- p. 13 ■ Le tableau des lésions physiques

# 3 Le soin et la prise en charge

- p. 15 ■ **Le rôle du médecin traitant**
  - p. 16 ■ Dépister
  - p. 18 ■ Évaluer la gravité des lésions et le risque de récurrence
  - p. 18 ■ Soigner
  - p. 19 ■ Gagner la confiance : entamer un dialogue
  - p. 19 ■ Constaté les violences
  - p. 20 ■ Faire le point
  - p. 20 ■ Organiser le suivi
  - p. 21 ■ Établir le certificat médical
  - p. 25 ■ Traiter les problèmes liés à l'alcoolisme
- 
- p. 25 ■ **Les services hospitaliers d'urgence**
  - p. 27 ■ **Les services médico-judiciaires**

# 4 Les frais médicaux

- p. 29 ■ **Hors réquisition**
- p. 30 ■ **Sur réquisition des services de police ou de gendarmerie**

# 5 L'état du droit

- p. 31 ■ **Les textes de loi**
- p. 32 ■ **Orienter les victimes**

# 6 Adresses





# La violence conjugale

La violence conjugale est considérée comme un processus au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple (mariage, concubinage, pacte civil de solidarité), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs. Dans l'immense majorité des cas, la violence est le fait de l'homme. Aussi cette brochure prend-elle en considération un contexte dans lequel les femmes sont les principales victimes de ces agissements.

La violence s'exerce sous diverses formes : verbale, psychologique, physique, sexuelle, économique.

La femme peut être atteinte dans son intégrité physique : gifles, coups de poings, coups de pieds, sévices, strangulations.

L'auteur de la violence peut avoir recours à tout objet lors de l'agression : brûlures par cigarette, coups portés au moyen d'une

ceinture, utilisation ou menace d'une arme telle que couteau, fusil, outil, etc.

La violence conjugale peut également consister à dénigrer, humilier la femme en tant que personne ou se manifester par des attaques verbales, des scènes de jalousie, des menaces pour l'isoler de ses proches et de ses amis pouvant, aller jusqu'à la séquestration.

Il arrive aussi que la femme ait à subir des relations sexuelles sous la contrainte, accompagnées de brutalités physiques, d'insultes, de scénarios pornographiques humiliants, voire de viols collectifs.

Enfin, une violence de nature économique peut également s'exercer, entraînant pour la femme une privation de moyens ou de biens essentiels, un contrôle ou une spoliation.

Plusieurs formes d'agressions peuvent être simultanément infligées à la femme au cours d'incidents répétés et souvent de plus en plus sévères qui entraînent des blessures, des séquelles affectives et psychologiques graves.

Cette violence n'est pas que le symptôme d'un ménage ou d'une union en difficulté mais un comportement inacceptable, une infraction tombant sous le coup de la loi.

## ■ Les cycles de la violence

La violence conjugale se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps, pouvant conduire la femme au suicide ou à des risques élevés d'homicide.

Dans un contexte de violence conjugale, le moindre incident peut déclencher une crise accompagnée de menaces ou d'agressions psychologiques, qui seront souvent suivies d'agressions physiques.

Durant cette période, la femme est terrorisée et peut commencer à parler de sa situation à un proche ou à un professionnel (intervenant social, médecin).

Après cette crise, s'installe souvent une période de rémission durant laquelle l'homme violent, craignant de perdre sa partenaire, minimise les faits, justifie son comportement, la rend coupable de ses actes, promet de ne plus recommencer et adopte de nouveau une attitude "normale".

Cette rémission entretient chez la femme l'espoir qu'il ne sera plus violent. Elle redécouvre un compagnon calme et prévenant.

Mais, plus est forte l'emprise de la violence sur la victime, plus ces périodes dites de "lune de miel" sont courtes. La femme peut alors être exposée quotidiennement au mépris, au contrôle et aux agressions, vivant dans la peur, l'insécurité, s'ajustant aux besoins du conjoint, se centrant sur ses humeurs. Plus le cycle se répétera,



plus la femme se percevra elle-même comme incompétente dans sa vie de couple et ailleurs, plus elle se sentira responsable de la violence du conjoint.

Pour un grand nombre de femmes, le domicile n'est pas un lieu de paix et de sécurité, mais un lieu où elles sont quotidiennement confrontées aux violences. Si celles-ci se déroulent dans la majorité des cas au domicile du couple, des faits de harcèlements ou d'agressions sont également fréquents sur le lieu du travail de la femme, à son nouveau domicile, autour de l'école des enfants ou même sur la voie publique.

## ■ L'ampleur du phénomène

Une enquête statistique nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) a été réalisée en France afin de cerner l'ampleur du phénomène. La collecte des données a été menée de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans et

résidant, hors institution, en métropole.

Un indice global de violences conjugales a été calculé en combinant le harcèlement moral, les injures répétées, le chantage et les menaces, les violences physiques et sexuelles : Une femme en couple sur dix a vécu cette situation au cours de l'année précédant l'enquête.

Cette proportion concerne environ 13,5 millions de femmes vivant ou ayant vécu, au cours des douze derniers mois, une relation de couple, marié ou non, cohabitant ou non : ainsi un million trois cent cinquante mille femmes ont été victimes de violences conjugales dans l'année.

Les violences conjugales subies au cours d'une année se décomposent en :

- agressions et menaces verbales qui incluent les insultes (4 % des femmes en sont victimes), les menaces et le chantage affectif (2 %) ;
- pressions psychologiques qui comprennent les actions de

contrôle, les attitudes de mépris, de dénigrement des opinions des comportements (24 % des femmes en sont victimes), les pressions psychologiques répétées sont désignées sous le nom de harcèlement moral (8 %) ;

- agressions physiques qui, en plus des coups et autres brutalités, tentatives de meurtre, prennent en compte la séquestration ou la mise à la porte (3 % des femmes en subissent) ;
- agressions sexuelles qui comprennent les gestes sexuels imposés et le viol, parmi les femmes vivant une relation de couple une sur cent en est victime.

## ■ Les victimes

Il n'existe pas de portrait-type des femmes victimes de violence conjugale. Les résultats de l'enquête montrent que les femmes, quel que soit leur milieu social, sont concernées par tous les types de violences conjugales.

Ces violences sont très liées à l'âge : dans l'ensemble, les femmes les plus jeunes (20-24 ans) sont environ deux fois plus touchées que leurs aînées ; l'indice global est de 15 % parmi les femmes de 20 à 24 ans et de 8 % chez les femmes de plus de 45 ans ; 12 % des plus jeunes sont en situation de harcèlement moral contre 6 % des plus âgées.

Si les violences conjugales ne sont pas le lot d'une classe défavorisée, elles sont cependant nettement plus fréquentes parmi les chômeuses et les femmes percevant le RMI (14 %), que parmi celles qui exercent une activité professionnelle actives et les femmes au foyer (9 %).

Si rien ne prédestine une femme à devenir victime, celles qui ont enduré, dans l'enfance, des sévices et des coups, subissent à l'âge adulte cinq fois plus souvent des violences physiques (11 % contre 2 % de celles qui n'ont pas été maltraitées) et quatre fois plus souvent de violences sexuelles de la part de leur conjoint (4 % contre 1 %).

La plupart des victimes cachent leur détresse, surtout lorsqu'elles sont confrontées à des violences sexuelles : deux tiers d'entre elles en ont parlé pour la première fois dans le cadre neutre de l'enquête.

Différents motifs, souvent conjugués font que les femmes restent sous l'emprise de leur compagnon violent :

- leur souhait de changer la situation, de modifier le comportement de l'homme auquel elles sont encore attachées ;
- un sentiment de culpabilité d'avoir généré cette violence ;
- l'unité familiale à préserver, le souci de ne pas priver les enfants d'un père aussi longtemps que cette violence ne les met pas en danger ;
- l'isolement, l'absence d'opportunité pour trouver de l'aide ;
- leur état physique et psychologique. Entreprendre une démarche officielle nécessite un élan vital, une force intérieure que beaucoup ne peuvent plus

fournir au terme de nombreuses scènes de violence ;

- les menaces, la peur des représailles sur elle-même, les enfants ou des proches, qui s'accroissent au moment où la femme décide de rompre ;
- la méconnaissance de ses droits, les réticences à affronter les institutions et l'appareil judiciaire ;
- les pressions extérieures, la réprobation de l'entourage : une femme souhaitant échapper à une telle situation doit souvent le faire seule ;
- la peur de subir une diminution de ressources et des obstacles matériels à surmonter (trouver un hébergement, un emploi, un nouveau logement...).

En raison de tous ces motifs, les femmes peuvent se sentir impuissantes et incapables d'envisager des changements positifs pour elles-mêmes et leurs enfants.





# Les signes cliniques d'alerte

# 2

À défaut de révélation par la femme des violences qu'elle subit, un certain nombre de signes cliniques d'alerte peuvent attirer l'attention des médecins et alimenter l'hypothèse d'une violence conjugale.

Diverses observations ont permis de repérer chez les victimes l'existence d'indices comportementaux, de manifestations psychosomatiques courantes, de troubles de la santé mentale, outre le tableau des lésions physiques proprement dites.

Repérer la présence d'un ou plusieurs indicateurs doit permettre d'orienter le diagnostic, d'initier la démarche permettant la sortie de la situation de crise et de prescrire le traitement approprié.

## ■ Les indices comportementaux

Le cumul de certains signaux d'alarme devrait inciter les soignants à des investigations plus poussées.

- La femme sursaute au moindre bruit.
- Elle peut être :
  - anxieuse
  - agressive
  - passive, dépressive
  - en pleurs, bouleversée, culpabilisée
  - exagérément inquiète au sujet des enfants ou du conjoint
  - incohérente dans le récit des faits
  - réticente à expliquer ses blessures.

- Elle semble :
  - cacher des renseignements
  - avoir peur du conjoint.

- Elle fait état de problèmes conjugaux sans mentionner la violence.

Les épisodes répétés de mauvais traitement conduisent à la détresse affective, laquelle pourra se manifester à travers des troubles et des symptômes vagues qui ne révéleront à l'examen aucune pathologie organique :

- douleurs abdominales, thoraciques ou pelviennes chroniques, troubles de la digestion, du sommeil, maux de tête et douleurs musculaires non spécifiques, fatigue chronique, maux de dos, palpitations...

Lorsque les violences sont exercées pendant la grossesse, les femmes peuvent présenter un risque accru d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré (M. J. Saurel-Cubizolles, U149, INSERM).

Les violences sexuelles peuvent revêtir des formes particulièrement

graves. En outre, selon nombre de témoignages, les agressions des partenaires violents sont particulièrement fréquentes lorsque les femmes sont enceintes et sans doute responsables d'un nombre important d'incidents pathologiques graves durant la grossesse.

Si les effets sur la santé physique des femmes sont les plus visibles, les conséquences les plus profondes et les plus durables se manifestent sur le plan de la santé mentale :

- des manifestations anxieuses, dépressives, phobiques, des signes d'auto-négligence ;
- de l'alcoolisme féminin consécutivement aux mauvais traitements, ainsi que de la consommation abusive de médicaments ;
- des idées suicidaires et des tentatives de suicide.

Trop souvent, lorsque le bon diagnostic n'a pas été posé, les femmes sont traitées au moyen de drogues psychotropes qui pourront supprimer temporairement les symptômes pénibles mais ne

régleront pas le problème sous-jacent.

De plus, ces médicaments peuvent contribuer à diminuer la vigilance de la femme et à favoriser les comportements violents de la part de l'agresseur.

De telles prescriptions renforcent la tendance des victimes à consommer de façon abusive des médicaments, ou à recourir à l'alcool, comme moyen de soulager les symptômes psychologiques et psychosomatiques résultant de la violence.

## ■ Le tableau des lésions physiques

### **Localisation**

Les lésions peuvent s'observer dans toutes les régions du corps mais, dans les études réalisées, elles portent essentiellement sur le visage puis sur les membres supérieurs.

Il faut insister sur la fréquence des fractures des os, notamment du nez, sur les atteintes du tympan, des dents et des arcades sourcillières.

Il faut penser à la possibilité d'une violence sexuelle associée.

Les types et nombres de lésions constatées

Il s'agit surtout de contusions et d'hématomes.

On peut observer également des plaies, des fractures (os propres du nez, doigts, moins souvent os longs), des brûlures.

Les lésions sont rarement uniques.

### **Caractères de l'agression**

Dans la majorité des cas, il s'agit de coups à main nue, mais tout objet peut devenir une arme (instruments ménagers, ceintures, liquides chauds...).

Il faut encore citer les tentatives de strangulation ou d'étouffement.







# Le soin et la prise en charge

# 3

## LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT

Le médecin ne détient qu'une partie de la réponse aux violences conjugales, mais il occupe une position stratégique tant pour le dépistage que pour l'orientation des victimes. Il doit assurer un premier accueil adapté et, si nécessaire, renvoyer la victime vers une assistance spécialisée (services sociaux, pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles, police ou gendarmerie, associations spécialisées, centre d'information sur les droits des femmes...).

L'examen médical est identique à celui pratiqué pour tout patient et nécessite un dialogue seul à seul avec la victime. Le contexte est cependant différent, puisqu'à

l'administration de soins proprement dits se trouve ajouté un problème psychosocial complexe, nécessitant une écoute particulièrement patiente, approfondie et donc prolongée, ainsi qu'un problème médico-légal.

Il faut rappeler ici les dispositions du Code de déontologie médicale (décret du 6 septembre 1995), dont l'article 44 stipule : "Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne, auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives".

Cet article est à compléter par les dispositions de l'article 226-14 du Code pénal modifié par la loi 98-468 du 17 juin 1998 relative à la persécution et à la répression des

infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

## ■ Dépister

Si certaines victimes évoquent les violences subies, la plupart consultent pour des soins, sans vouloir indiquer la cause du traumatisme ou en alléguant une circonstance plus ou moins crédible : chute d'escalier, choc sur une porte ouverte, allégation de maladresse...

Même lorsqu'il est clair qu'elles subissent des agressions physiques, elles n'en explicitent pas toujours les circonstances par honte, peur des conséquences (certaines femmes ne consultent pas lors de sévices graves).

Lorsqu'elles sont exposées à des agressions répétées ou à des menaces constantes, les victimes en arrivent à douter de leurs émotions et de leur compréhension du problème. Plus leur intégrité physique et psychologique est menacée, plus leur seuil de tolérance à la violence comme à la

douleur augmente, jusqu'à n'en plus percevoir les manifestations quotidiennes. Ainsi, alors qu'il existe un danger réel, la femme n'est plus en capacité d'évaluer la gravité de la situation.

Face à des récits parfois peu cohérents, les médecins peuvent suspecter que les faits rapportés par la patiente ne sont pas vraisemblables sans approfondir la question. Une formation peu appropriée à la prise en charge de difficultés de nature extra-médicale nécessitant une mise en confiance, le fait de ne pas s'autoriser à intervenir dans un différend de nature privée ou le manque de temps, expliquent en partie ce comportement.

Ainsi, victimes et médecins renforcent mutuellement le déni des violences, leur banalisation, et le risque de récurrence.

Sortir de ce déni suppose donc de la part du soignant :

- De ne pas méconnaître la nature et l'ampleur des situations de violences conjugales.

Trop fréquemment occulté, cet aspect conduit à ne traiter que l'aspect symptomatique de la violence, à renvoyer la victime à sa singularité, voire à sa dimension psychopathologique, et à méconnaître la nocivité et la responsabilité de l'agresseur, le tout dans un contexte social relativement tolérant à ces formes de violence.

- De ne pas sous-estimer le caractère profondément destructeur qu'un climat de violence exerce sur la personne quelle que soit la gravité des signes cliniques apparents.
- D'avoir une connaissance des réseaux d'aide et des procédures auxquelles peuvent avoir recours les victimes, afin de pouvoir mieux les orienter dans leur démarche et la résolution de leurs difficultés.

L'analyse de nombreuses situations démontre que la capacité d'une femme victime de violence conjugale à mettre fin à cette situation est étroitement liée aux réponses et à l'aide qui lui sont offertes.

Parfois seuls des signes de

“malaises” ou de manifestations psychologiques vagues seront mis en avant à l'exclusion d'éléments traumatiques (migraines, troubles du sommeil, dépression, anxiété, douleurs...). Certaines victimes, ne sachant plus ce qu'elles veulent ni ce dont elles sont capables, enverront des messages imprécis et confus.

Le dépistage de la violence et l'établissement précoce du diagnostic approprié permettant d'identifier les besoins médicaux et psychosociaux les plus urgents s'appuiera alors sur divers signes associés évocateurs, tant physiques que psychiques (*cf. les signes cliniques d'alerte*) :

- **physiques** : traumatismes récents et anciens juxtaposés, signant la récurrence ;
- **psychiques** : association aux signes traumatiques de troubles subjectifs, tels que insomnie, dépression...

Il appartient au médecin de reconnaître les signes évocateurs de violences subies. Il pourra ainsi orienter son investigation et étudier

avec tout le tact nécessaire le contexte familial.

Il convient alors d'aider la victime à extérioriser ses sentiments, d'apprécier l'ampleur et la gravité de la situation, en établissant l'inventaire chronologique complet des événements :

- premières manifestations,
- fréquence,
- type de violences, notamment violences sexuelles,
- contexte déclenchant,
- alcoolisme,
- difficultés matérielles,
- violence à l'encontre d'autres membres de la famille,
- diverses conséquences découlant de la violence telles que les échecs scolaires des enfants.

## ■ Évaluer la gravité des lésions et le risque de récurrence

En cas d'incertitude sur la gravité des lésions, outre les mesures

médicales habituelles, une hospitalisation peut être nécessaire.

La notion d'un risque élevé de récurrence justifie parfois un conseil d'hospitalisation, voire d'imposer celle-ci ou d'inciter à un éloignement immédiat même temporaire (contexte d'alcoolisme chronique ou intense, usage d'armes, fréquence rapprochée des événements, progression dans la violence...).

Le contexte familial doit donc être exploré, clairement et discrètement : facilité d'accueil des enfants, mesures éventuelles à prendre pour protéger les enfants, possibilité de repos, opportunité d'arrêt de travail...

## ■ Soigner

Les soins sont évidemment doubles :

- bilan et contrôle approprié des lésions traumatiques (radiographies, examens spécialisés ORL, ophtalmologistes, voire EEG...) ;
- traitement symptomatique non seulement des lésions éventuelles

et des manifestations douloureuses immédiates, mais aussi du retentissement psychologique qui peut être masqué mais important. : état dépressif ou hyper-anxieux avec perte de contrôle, agitation, insomnie...

### ■ Gagner la confiance : entamer un dialogue

Il est essentiel d'offrir à ce type de consultant une écoute de qualité et une certaine impartialité, le but étant d'apporter le conseil lucide et efficace, en se gardant de dédramatiser inutilement et de rassurer sans savoir, en veillant à ne pas augmenter les sentiments de culpabilité des femmes : ainsi il est inutile de rechercher le pourquoi de cette violence, au demeurant inacceptable.

La confiance de la victime repose sur la compréhension rencontrée, mais aussi sur l'efficacité mise en place : précision des soins, du constat, du conseil donné, information précise sur les démarches possibles...

Les professionnels de santé doivent veiller à ce que leur intervention ne constitue pas un traumatisme supplémentaire pour la victime mais participe au contraire à la thérapie.

### ■ Constater les violences

Parfois, la victime expose d'elle-même la réalité des faits, les violences subies, sans réclamer pour autant ni constat ni poursuite : il est cependant important de les noter, en prévoyant qu'une récurrence éventuelle la fera peut-être changer d'attitude et lui fera alors demander le constat rétrospectif des événements antérieurs.

L'examen détaillé des traces implique seulement une bonne clarté de description : un schéma peut être utile et facile, les mensurations sont nécessaires, ainsi que la rigueur des appellations (hématome, ecchymose, traces de strangulation, lésions génitales...).

L'établissement du certificat auquel tout médecin traitant est tenu peut être différé, mais les éléments

consignés se doivent d’être précis, tant pour les faits objectifs que pour les éléments subjectifs : rapporter les “dires”, avec horaires, fréquence, délais avant l’examen, peut être aussi utile pour les conforter que pour détecter d’éventuelles inexactitudes.

Pour la rédaction du certificat médical, se reporter page 24.

## ■ Faire le point

La réflexion peut être ainsi rendue plus facile, une fois extériorisées les allégations, notées les constatations, proposés les soins symptomatiques et les éventuels contrôles nécessaires ou souhaitables.

Reprendre et résumer l’exposé de la victime peut lui permettre de compléter éventuellement ses doléances et l’aider à s’orienter quant à des décisions immédiates ou ultérieures.

Sauf situation de danger manifeste, il importe de respecter la femme et ses choix de quitter ou non le

conjoint violent (toute rupture définitive étant le terme d’un processus évolutif), mais de l’alerter sur les risques qu’elle court, la violence conjugale étant dans la plupart des cas une situation qui tend à s’aggraver. Il peut être nécessaire, notamment s’il existe chez la victime un certain état de confusion ou une forte culpabilité, de prendre position contre la violence en la dénonçant, sans blâmer la femme ni son conjoint.

## ■ Organiser le suivi

Les soins se doivent d’être contrôlés, le retentissement psychologique doit être surveillé : il paraît donc logique et prudent de ne prescrire que “pour quelques jours” et d’apprécier ainsi plus clairement l’évolution immédiate. Un rendez-vous ultérieur sera proposé systématiquement au cours de cette première consultation.

En revanche, si la gravité est d’ores et déjà patente, des mesures plus radicales peuvent être judicieuses et le dialogue avec la victime doit alors

être conduit avec la plus grande fermeté et être orienté sur les problèmes médicaux ou psychosociaux les plus urgents.

## ■ Établir le certificat médical

Les certificats médicaux constituent, dans les procédures de violence conjugale, des pièces essentielles lors du dépôt de plainte qui éclaireront d'abord le magistrat du Parquet sur l'importance des dommages subis par la victime et sur la gravité de l'agression : l'opportunité des poursuites judiciaires en dépendra largement.

La précision des constatations initiales, la qualité des premiers examens effectués ont une importance particulière tant pour la victime extrêmement sensible à l'exactitude du contenu du certificat médical que pour les instances judiciaires. Aussi les lésions constatées par le médecin doivent-elles être décrites de façon exhaustive en rapportant leur aspect, leur emplacement et leur importance.

Le certificat doit décrire la nature des soins immédiatement nécessaires et ceux prescrits, la liste des examens complémentaires prescrits et effectués.

De même devront être mentionnées les conséquences fonctionnelles des blessures constatées, qui tiendront compte des appréciations du médecin d'une part, des allégations de la victime relatives aux douleurs ressenties et aux gênes d'importance variable à accomplir des mouvements retentissant sur son autonomie d'autre part (*cf. le modèle de certificat médical page 24*).

L'incapacité totale de travail (ITT) qui en découlera est la traduction quantitative de l'état descriptif détaillé dans le certificat. Elle est prédictive et évalue la durée probable d'évolution. Elle s'exprime en jours et non en pourcentage (*cf. ci-après*).

En matière de violences conjugales perpétrées par le conjoint ou le concubin de la victime, le Code pénal considère qu'il y a aggravation des

violences du fait de la qualité de l'auteur. L'infraction est délictuelle et orientée vers le tribunal correctionnel, quelle que soit la durée de l'ITT fixée par le médecin.

Néanmoins, l'évaluation de l'ITT conserve toute son importance pour l'appréciation du préjudice subi et de la dangerosité de l'agresseur, ainsi que pour la fixation de la peine.

Cette possibilité de poursuite judiciaire doit certes demeurer présente à l'esprit du médecin, mais plus pour lui rappeler que la rédaction d'un document médico-légal engage sa responsabilité que pour influencer son évaluation de l'incapacité totale de travail.

Il n'existe pas de définition médico-juridique de l'ITT. Cependant :

- l'incapacité totale de travail concerne le travail personnel (notion médico-juridique) et non professionnel (notion médico-sociale estimée par un arrêt de travail au sens des lois sociales). Une ITT peut ainsi être

déterminée chez un nourrisson, un retraité, une femme au foyer ;

- l'adjectif "totale" est d'interprétation variable selon les médecins. S'il implique une perte d'autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'actes courants de la vie quotidienne, une interprétation trop rigoureuse ne semble pas adaptée. Il n'est pas exigé par la jurisprudence que l'incapacité soit absolue et interdise au blessé le moindre effort musculaire. L'incapacité totale peut renvoyer aux fonctions rendues impossibles du fait de l'emplacement des blessures ou à la perte complète d'une fonction particulière (utilisation d'un membre par exemple) ;
- son estimation est médicale et concerne le retentissement fonctionnel et psychologique de l'agression.



Il n'existe pas à ce jour de barème en matière d'ITT tant une même agression peut avoir de retentissements différents selon la victime (âge, vécu psychologique, etc.) ni de véritable consensus des experts eux-mêmes quant aux critères à prendre en compte pour quantifier les ITT.

Néanmoins des services d'urgences médico-judiciaires ont défini des critères susceptibles d'être retenus dans la détermination de l'ITT :

- les lésions physiques et le retentissement fonctionnel immédiat en tenant compte, tant de la durée d'immobilisation obligatoire du fait du temps de cicatrisation habituelle, que des conséquences sur la vie quotidienne (blessures occasionnant des douleurs, perturbant l'image du corps et entravant la vie relationnelle). La durée de l'incapacité totale de travail peut alors être estimée jusqu'à l'atténuation significative des lésions ou des phénomènes douloureux.
- l'importance et le nombre des lésions observées : les victimes peuvent présenter de multiples lésions qui, prises individuellement, ne justifieraient qu'une incapacité totale nulle ou de courte durée, mais dont la multiplication peut être source de phénomènes douloureux importants et justifiant par leur localisation (zone de mobilité ou zone découverte) une ITT liée à une perte de mobilité partielle ou à une atteinte conséquente de la vie relationnelle ;
- l'hospitalisation pour traitement des lésions ou mise en observation. La perte d'autonomie totale imposée au patient peut justifier une ITT au moins égale à la durée de l'hospitalisation ;
- une prise en compte du retentissement psychologique dans l'évaluation de l'ITT peut s'imposer d'emblée ou peut être suspectée avec une évolution incertaine.

## MODÈLE DE CERTIFICAT POUR VICTIMES DE COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES

Je soussigné Dr .....  
exerçant à .....  
en qualité de .....  
certifie avoir examiné le ..... à .....heures

une personne déclarant se nommer

Nom .....

Prénom .....

Sexe .....

Nom d'épouse .....

se disant âgée de ..... Nationalité.....

résider à .....

disant avoir été victime de (description de l'agression) :

.....  
.....  
.....

le..... à..... heures. .... Lieu .....

de la part de .....

se plaignant de (doléances physiques, psychologiques ou sexuelles).

Avoir constaté : .....

.....

Les lésions constatées ce jour justifient une incapacité totale de travail de .....

.....

en lettres .....

sous réserve de complications.

Les examens complémentaires suivants sont prescrits pour compléter le dossier médical :

.....

.....

les résultats pouvant éventuellement modifier la détermination de l'ITT.

Docteur ..... Signature .....

Il convient alors d'émettre toutes les réserves possibles quant à l'évolution de ce retentissement et d'indiquer qu'un nouvel examen, réalisé à distance des faits, sera nécessaire pour affiner la détermination de l'ITT.

## ■ Traiter les problèmes liés à l'alcoolisme

L'alcool, cause fréquente des débordements comportementaux paroxystiques, est l'un des différents facteurs qui pourront contribuer à la violence. Mais le fait de traiter l'alcoolisme ne met pas toujours fin à la violence du comportement.

Trop souvent le traitement de l'alcoolique s'appuie sur le maintien d'une cohésion familiale sans prendre nécessairement la mesure des conséquences immédiates pour les proches. Il importe donc d'orienter les conjoints de malades alcooliques vers les associations féminines spécialisées auprès desquelles elles pourront faire le point nécessaire de leur relation avec leur conjoint.

Par ailleurs, certains centres de cure

ambulatoire en alcoologie apportent un soutien à l'entourage des malades.

Il peut exister un alcoolisme féminin consécutif à un climat de violences familiales. Ces femmes ont alors une image particulièrement dégradée d'elles-mêmes, au point de trouver légitime les mauvais traitements dont elles sont l'objet.

Le soutien de ces patientes implique de rechercher la revalorisation de leur personne. Il importe également d'affirmer fermement que toute violence à leur encontre demeure injustifiable. Elles pourront être orientées vers des associations féminines spécialisées.

## LES SERVICES HOSPITALIERS D'URGENCES

**médicales, chirurgicales ou psychiatriques et les pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles**

Ces services occupent une place privilégiée pour le dépistage, le soin

et l'orientation des victimes, en raison des possibilités d'accueil 24 heures sur 24 et du fait d'une certaine forme d'anonymat qu'ils procurent aux femmes. Ces services sont tout à fait désignés pour traiter de pathologies en lien avec les violences conjugales : tentatives de suicide, abus d'alcool, de drogue, de médicaments, interruptions volontaires de grossesse, problèmes sexuels.

Les pôles de référence régionaux ont pour missions d'accueillir et de prendre en charge les victimes, d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels ayant recours à eux et d'organiser des actions d'information et de formation des professionnels concernés.

Trop souvent encore le personnel médical et infirmier a du mal à appréhender cette question et peut être tenté de minimiser les conséquences des violences à l'encontre des femmes. Cette attitude ne favorise pas l'expression des femmes, alors même qu'elles

seraient enclines à se confier immédiatement après une agression de leur conjoint ou à la suite d'un passage à l'acte traduisant un état de crise.

Une sensibilisation des équipes médicales pourrait faire du passage à l'hôpital un moment privilégié pour évaluer la situation et orienter les victimes.

Les services d'urgence reçoivent les patientes directement ou adressées par le médecin traitant, en général pour assurer les premiers soins ou prendre en charge les blessures complexes. En cas de doute sur l'origine des lésions, des questions directes telles que : "quelqu'un vous a-t-il fait cela ?" sont utiles et peuvent offrir aux victimes une chance de parler des agressions subies et d'obtenir les premières mesures d'aide auxquelles elles peuvent prétendre.

Une hospitalisation pour observation, intervention ou soins, voire pour bilan médico-psychologique, peut être proposée. En effet, le climat de violence, les

menaces et pressions psychologiques peuvent retentir de façon massive sur la santé des victimes.

Sur le plan médico-légal, une attention particulière doit être apportée à la rédaction des certificats médicaux. Il faut noter la très grande inégalité de valeur des “certificats initiaux” délivrés ; certains, précis et détaillés, seront des pièces de référence, d’autres, rédigés a posteriori d’après des notes hâtivement écrites, seront peu exploitables.

## LES SERVICES MÉDICO-JUDICIAIRES

Une consultation médico-judiciaire peut intervenir, sur réquisition après dépôt de plainte ou en consultation directe, sur orientation du médecin traitant ou d’une association d’aide aux victimes. La qualification habituelle de ces services en expertise clinique donne à ce constat une valeur “d’expertise à chaud” qui pourra être des plus

utiles pour la suite d’une procédure éventuelle.

On peut en attendre un certificat détaillé approfondi fixant non seulement la description exhaustive et précise des lésions existantes, mais aussi un recueil précis des “dires” de la victime. En outre, l’expérience de tels centres offre à la victime une information sur la procédure éventuelle et ses conséquences, tant pour elle que pour le responsable des blessures, permettant de bien comprendre les moyens et les conséquences de son action.

La consultation des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) de l’Hôtel-Dieu de Paris dirigée par le docteur Diamant-Berger reçoit les victimes d’agressions diverses survenues dans Paris intra-muros, du moins celles dont les blessures ne nécessitent pas une hospitalisation en urgence. Les victimes de violences conjugales représentent 8% de ces victimes, soit en moyenne plus de 100 cas par mois.

Une analyse détaillée rétrospective de l'ensemble des dossiers de femmes victimes de violences conjugales (217 cas) a été menée sur deux périodes, les mois de janvier 2000 : 94 cas et juin 2000 : 123 cas.

98 % des cas sont examinés après dépôt de plainte et sur réquisition judiciaire, 2 % suite à une consultation spontanée aux UMJ.

L'âge moyen des consultantes est de 36 ans (18 à 66 ans). Leur résidence se situe dans tous les arrondissements de Paris, avec une nette prédominance au nord-est (18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements) et au sud (13<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> arrondissements).

Les violences se déroulent essentiellement le week-end (vendredi à dimanche, 53 % des cas).

Le délai entre les violences et la consultation aux UMJ est inférieur à 24 h dans 90 % des cas.

Les violences exercées sont essentiellement des coups à mains

nues, et concernent tête et cou (46 %), les membres (30 %) le tronc (17 %). Dans 14% des cas, les auteurs de violences utilisent une arme, le plus souvent improvisée : couteau, ceintures, rallonge électrique, bâtons ou manche à balai...).

L'ITT est inférieure à 8 jours dans 90 % des cas.

Les formes majeures de violences (avec une ITT supérieure à 8 jours) associent des blessures parfois involontaires (chutes, ricochets,...) et/ou un retentissement psychique grave.

L'évolution de violences mineures ou moyennes vers des formes plus sévères physiques ou psychiques justifie une prise en compte précise et adaptée de l'ensemble de ces situations, dans leurs composantes sociales et personnelles, instantanées et évolutives.



# Les frais médicaux

# 4

## HORS RÉQUISITION

Sont à mentionner dans ce cadre les articles 29, 50 et 53 du Code de déontologie médicale (décret du 6 septembre 1995).

**Article 29** : “Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits”.

**Article 50** : “Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l’obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l’organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d’un organisme public décidant de

l’attribution d’avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables”.

**Article 53** : “Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu’à l’occasion d’actes réellement effectués. L’avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d’information préalable et d’explications sur ses honoraires ou le coût d’un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades”.

Il importe ainsi de ne pas refuser de donner aux victimes un certificat descriptif. Il faut rappeler qu’il n’existe pas de tarification prévue pour sa rédaction. Le coût de la consultation, qu’il convient de fixer avec tact et mesure, ne saurait donc être majoré.

## **SUR RÉQUISITION DES SERVICES DE POLICE OU DE GENDARMERIE**

Ils sont réglés par les frais de justice criminelle aux médecins selon des mesures de cotation (*convention C 3.5*).





# L'état du droit

# 5

## LES TEXTES DE LOI

Dans l'ancien Code pénal, les violences commises par le conjoint ou le concubin n'étaient pas spécifiquement reconnues. Elles relevaient des articles applicables aux voies de faits ou coups et blessures volontaires, voire aux crimes.

Le Code pénal en vigueur depuis le 1er mars 1994 mentionne que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des "atteintes volontaires à l'intégrité de la personne".

Il en ressort que, même s'ils n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT), ces faits de violence sont constitutifs d'un délit, donc passibles du tribunal correctionnel.

Ces aggravations sont mentionnées aux articles :

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

Par ailleurs, certains faits de violence peuvent correspondre à des qualifications pénales délictuelles ou criminelles sans qu'il soit nécessaire de prendre en considération la qualité de l'auteur.

- 221-1 : meurtre
- 222-3 : assassinat
- 222-15 : administration de substances nuisibles
- 222-16 : appels téléphoniques malveillants ou agressions sonores
- 222-17 : la menace de commettre un crime ou un délit
- 222-18 : la menace de commettre un crime ou un délit sous condition
- 222-23 et suivants : viol
- 222-29/30 : autres agressions sexuelles
- 223-1 et suivants : risques causés à autrui
- 223-5 et suivants : entrave aux mesures d'assistance
- 224-1 : séquestration.

## ORIENTER LES VICTIMES

Le médecin peut également indiquer, éventuellement selon le choix de la victime, les possibilités concrètes d'éventuels recours.

La personne qui subit des violences de son conjoint ou concubin est reconnue en qualité de victime d'un délit, même en l'absence d'incapacité totale de travail. En effet, le code pénal, en application depuis mars 1994, a reconnu la gravité particulière des violences au sein du couple en créant le délit spécifique prévu à l'article 222-13-6a du Code pénal réprimant les violences commises par le conjoint ou concubin, ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours ou n'ayant entraîné aucune ITT.

Dès lors, même si la victime des violences peut se sentir menacée ou connaître des difficultés psychologiques pour accomplir cette démarche, il convient d'appeler son attention sur l'intérêt de déposer plainte et l'informer des conséquences judiciaires d'un dépôt de plainte.

Toute plainte est transmise ou portée à la connaissance du procureur de la république territorialement compétent (lieu des faits) qui fait diligenter une enquête.

Dans le cadre de l'enquête de police judiciaire menée par les officiers de police judiciaire (policiers ou gendarmes), la victime est entendue sur les faits objet de sa plainte.

Les services d'enquête peuvent orienter la victime vers un service de médecine générale (urgence médico-judiciaire) ou un médecin qui accomplira, sur leur réquisition, un examen médical décrivant les blessures et fixant le cas échéant une ITT.

Que la victime souhaite porter plainte immédiatement ou différer cet acte dans le temps, l'établissement d'un certificat médical descriptif des blessures, qui peut être établi par tout médecin, constitue une pièce essentielle pour la victime dans l'exercice de ses droits.

En cas de plainte, l'enquête de police judiciaire comporte également l'audition de la personne

mise en cause, éventuellement placée en garde à vue.

À l'issue de l'enquête judiciaire, le procureur de la république apprécie la suite à réserver à la procédure : classement sans suite, mise en œuvre d'une autre mesure alternative avec poursuites (la victime est consultée pour vérifier si elle souhaite donner son accord à cette mesure), poursuites pénales devant le tribunal correctionnel (en comparution immédiate ou de façon différée sur convocation par officier de police judiciaire par le parquet ou par huissier de justice) ou devant un juge d'instruction.

La personne poursuivie pénalement devant un tribunal encourt différentes peines : amendes, emprisonnement ou peines complémentaires.

En cas d'ouverture d'information devant un juge d'instruction, la personne mise en examen peut être placée sous contrôle judiciaire, avec éventuellement interdiction de se rendre au domicile familial ou de rencontrer la victime.

Si la femme souhaite quitter temporairement son domicile, il convient de lui confirmer son droit de partir avec ses enfants (la mère est détentrice de l'autorité parentale et peut prendre toute décision conforme à l'intérêt des enfants) et l'intérêt de signaler son départ ainsi que les violences subies au commissariat de police (déclaration de main courante) ou à la brigade de gendarmerie (déclaration dans un procès-verbal de renseignement judiciaire).

Dans tous les cas, il importe d'inciter les victimes à parler de leurs problèmes avec des personnes susceptibles de les orienter dans leurs démarches. Des documents d'information contenant des

répertoires d'adresses pour les femmes en difficulté ont été réalisés et sont disponibles auprès des associations d'aide aux femmes victimes de violences des centres d'information sur les droits des femmes et des travailleurs sociaux. Ils peuvent également être obtenus auprès de la permanence nationale téléphonique "Violences conjugales femmes info service" : **01 40 33 80 60.**

Si la femme ne souhaite consulter personne, les numéros de téléphone des services ou associations susceptibles d'être joints lorsque le besoin s'en fera sentir pourront utilement lui être remis (*voir "adresses" en fin de brochure*).

## AU NIVEAU NATIONAL

Nous indiquons les coordonnées des administrations et organismes utiles à connaître au niveau national.

À vous de compléter les noms et adresses de vos correspondants à contacter dans votre région ou votre département.

### Administration

■ **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**  
**Service des droits des femmes et de l'égalité**  
Tél. : 01 40 56 60 00  
10-16 rue Brancion - 75015 Paris

■ **Direction générale de la Santé**  
Tél. : 01 40 56 60 00  
8 avenue de Ségur - 75007 Paris

### Organismes

■ **Fédération nationale solidarité femmes**  
**Violence conjugale femmes info services**  
Tél. : 04 40 33 80 60

■ **Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM)**  
Tél. : 04 45 88 19 00

■ **Collectif féministe contre le viol**  
Tél. : 01 45 82 73 00  
N° vert : 08 00 05 95 95

■ **Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles (CNIDFF)**  
Tél. : 01 42 17 12 34

■ **Allô enfance maltraitée**  
N° vert : 119

## DANS VOTRE RÉGION

### Administrations

- Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (préfecture de région).
- Chargée de mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité (préfecture du département)
- Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)  
Pôle de référence régional (contacter la DDASS de votre département)

### Organismes

- Associations spécialisées (SOS femmes, SOS violences femmes, Femmes solidarité...).
- Les centres d'information sur les droits des femmes (CIDF-CEDIF).
- Centres de cure ambulatoire en alcoologie
- Bureaux d'aide aux victimes

### Autres

- **Brochures** : *Les femmes victimes de violences conjugales - Le rôle des intervenants sociaux, Les femmes victimes de violences conjugales - Le rôle de la gendarmerie, Les femmes victimes de violences conjugales - Le rôle de la police.*
- **Fiche du ministère de la Justice** : Vous êtes victime de violences au sein de votre couple.
- **Guide** : *Le praticien face aux violences sexuelles, DGS-SDGD.*
- **Partenariat de proximité**
- **Services hospitaliers**
- **Urgences médico-judiciaires, travailleurs sociaux.**



**Violences conjugales - Femmes Infos Service**

**Tél. : 01 40 33 80 60  
3615 SOS FEMME**

