

N° 1 - 2018 - Volume 61 / Issue 1 - 2018 - Volume 61

JOURNAL DE  
MEDECINE LEGALE  
DROIT MEDICAL  
VICTIMOLOGIE  
DOMMAGE CORPOREL

*Expertise - Déontologie - Urgences*

JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

*numéro spécial*

**VIOLENCES FAITES  
AUX FEMMES**

sous la coordination  
du Docteur Bernard MARC

Référent Urgences sur les VFF



MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT  
SÉRIE "F" DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE  
A SERIES "F" OF THE FRENCH JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE  
CLINICAL FORENSIC MEDICINE

N° 1 - Volume 3 de la série F / Issue 1 - Volume 3 of the series F

ISSN 0999-9809

ISBN 978-2-7472-2762-9



Éditions  
ALEXANDRE  
LACASSAGNE



Éditions  
ESKA



### À nos lecteurs,

La série F du Journal de médecine légale s'intitule Médecine légale du vivant.

Les abonnés du Journal de médecine légale reçoivent tous les numéros parus dans les 6 séries.

Les couvertures de chaque série sont de couleurs différentes.

Chaque série dispose d'un comité éditorial et l'ensemble des comités éditoriaux est rassemblé dans les comités de rédaction.

La rédaction.

\* \* \*

### For our readers,

Series F of 'Journal of Forensic Medicine' is entitled 'Clinical Forensic Medicine'.

Subscribers to 'Journal of Forensic Medicine' receive all issues of all 6 series.

The covers of each series are different colours.

Each series has its own editorial committee and all of the editorial committees are grouped together in editorial boards.

The editorial board

## MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT

UNE SÉRIE DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE DROIT MÉDICAL

### CLINICAL FORENSIC MEDICINE

A SERIES OF JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

Une revue des / A review of Éditions ESKA-Éditions ALEXANDRE LACASSAGNE  
Fondateur / Founder : Pr. Louis ROCHE †

Organe officiel de la Société de Médecine légale et de Criminologie de France de 1957 à 2011

Official Organ of the French Society of Forensic Medicine and Criminology From 1957 to 2011

### Rédacteurs en chef / Chief Editors

#### Pr. Michel BÉNÉZECH

Psychiatre, Légiste, Criminologue, Expert judiciaire honoraire,  
Conseiller scientifique de la Gendarmerie Nationale, France

#### Dr. Bernard MARC

Chef de service UMJ, référent VFF,  
Grand hôpital de l'Est Francilien (GHEF), Jossigny, France

#### Dr. Antoine WATRELOT

Chirurgien Gynécologique et Obstétrique, Lyon, France

---

### Directeur de publication / Publisher : Serge KEBABTCHIEFF

#### Abonnements et ventes / Subscription

Éditions ESKA, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris  
Tél. : 01 42 86 56 65 - Fax : 01 42 60 45 35

#### Fabrication / Secretariat

AGPA Éditions, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne  
Tél. : 04 77 43 26 70 - Fax : 04 77 41 85 04

#### Tarifs d'abonnements / Subscription Rates : 3<sup>e</sup> de couverture

#### Couverture / Cover : © Editions ESKA

#### Photos de couverture / Cover's pictures : © Dr. Bernard Marc

Légende : photo de gauche : Lésions de défense  
photo de droite : Hématome visage et marques de strangulation

Commission paritaire : n° 0417 T 81816 ISSN 0999-9809

---

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1<sup>er</sup> de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© MARS 2018 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

Imprimé en France

3

ÉDITORIAL / FOREWORD

B. MARC

5

VIOLENCES DE GENRE :  
ASPECTS LÉGAUX  
ET SOCIÉTAUX.  
UNE VISION EUROPÉENNE

*GENDER VIOLENCE: LEGAL, SOCIETAL  
ASPECTS. AN EUROPEAN VISION*

B. MARC

13

INTERPERSONAL VIOLENCE :  
A NEW SOUTH WALES  
(AUSTRALIA) / ENGLAND  
AND WALES PERSPECTIVE

*VIOLENCE INTER-INDIVIDUELLE :  
NOUVELLES PERSPECTIVES AUX GALLES  
DU SUD (AUSTRALIE), EN ANGLETERRE  
ET AU PAYS DE GALLES*

M. NITTIS & M. M. STARK

21

LE PSYCHOTRAUMATISME  
DANS LES VIOLENCES FAITES  
AUX FEMMES

*PSYCHOTRAUMATISM IN VIOLENCE  
AGAINST WOMEN*

I. HANAFY, B. MARC, M. LECLÈRE & G. DIE

31

VIOLENCES FAITES AUX  
FEMMES : LES CHIFFRES ET LES  
ACTIONS DE PRÉVENTION  
DANS UN DÉPARTEMENT D'ÎLE  
DE FRANCE

*VIOLENCE AGAINST WOMEN: FIGURES  
AND PREVENTION INITIATIVES IN A  
DEPARTMENT THE PARIS SURROUNDING  
AREA*

P. VITANI, D. RICARD, A. REDOLFI & I. AYAD

37

TRACER, REPÉRER ET  
ACCOMPAGNER AU  
MOYEN D'UN QUESTION-  
NAIRE UTILISÉ DANS LES  
HÔPITAUX DE L'EST  
FRANCILIEN. LES VIOLENCES  
FAITES AUX FEMMES (TRAQUE-  
VFF) : MÉTHODOLOGIE  
ET PREMIERS RÉSULTATS

*DRAW, SPOT AND ACCOMPANY  
BY MEANS OF A QUESTIONNAIRE  
USED IN EASTERN PARIS SUBURB  
HOSPITALS. VIOLENCE AGAINST WOMEN  
(TRAQUE-VFF): METHODOLOGY AND FIRST  
RESULTS*

B. MARC, I. HANAFY, M. LECLÈRE,  
A. ABAZA, E. WAFO & J. REBOUL-MARTY

45

« FÉMINICIDE » : VIOLENCE  
ULTIME, LE DEVENIR  
DES ENFANTS... UN  
PROTOCOLE INDISPENSABLE

*"FEMICIDE": ULTIMATE VIOLENCE,  
BECOMING OF CHILDREN: A NECESSARY  
PROTOCOL*

F. BROISIN-DOUTAZ

51

RÔLE AUX URGENCES DU  
MÉDECIN RÉFÉRENT DES VIO-  
LENCES FAITES AUX FEMMES

*THE ROLE OF VIOLENCE AGAINST  
WOMEN (VAW) MEDICAL ADVISER  
IN AN EMERGENCY SERVICE*

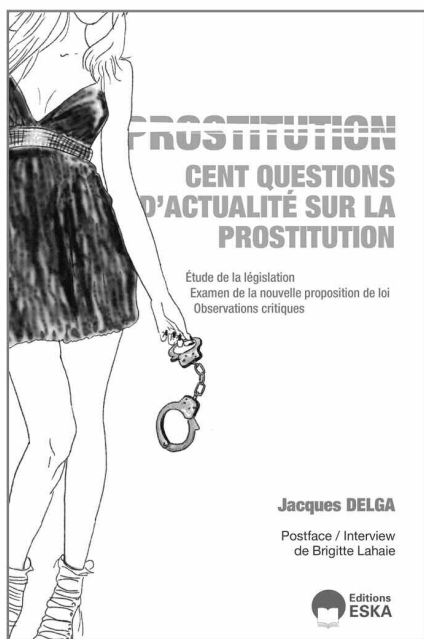
F. BROISIN-DOUTAZ & B. MARC

56

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS  
*INSTRUCTIONS TO AUTHORS*

3<sup>e</sup> de couverture / 3<sup>rd</sup> of Cover

BULLETIN D'ABONNEMENT  
*SUBSCRIPTION FORM*



ÉDITIONS ESKA

## PROSTITUTION

Cent questions d'actualité sur la prostitution

Étude de la législation.

Examen de la nouvelle proposition de loi. Observations critiques

Jacques DELGA

Postface / Interview de Brigitte Lahaie

La question de la prostitution est souvent abordée sous un angle sociologique, ethnologique, anthropologique, psychologique. Cet aspect n'a pas été omis totalement mais l'étude sous l'angle juridique a paru plus particulièrement intéressante. Le thème est en effet d'actualité puisqu'une proposition de loi visant à pénaliser le client a été récemment votée en première lecture à l'Assemblée Nationale. On ne comprend pas trop cette sanction du client alors que la prostitution demeure légale ! « *Cent questions sur la prostitution* » est

donc une analyse sous un angle essentiellement juridique du système législatif relatif à la prostitution, à rebours parfois des idées convenues. Un grand nombre de réponses soulignent ou critiquent l'hypocrisie du système actuel ou contredisent les arguments juridiques avancés par les partisans de cette nouvelle proposition de loi. Ces derniers ont tendance à amalgamer la lutte contre le trafic, la traite ou le proxénétisme et l'exercice de la prostitution. Si le désir est de lutter contre la violence et le proxénétisme qui sont fréquents dans le monde de la prostitution, pourquoi commencer par réprimer le client ? Dans une telle hypothèse, la principale victime est alors la prostituée que toutes les parties disent pourtant vouloir protéger. Si le désir est d'éradiquer la prostitution pourquoi ne pas le faire savoir clairement ? Si le désir est de protéger la personne prostituée, pourquoi ne pas lui accorder un statut professionnel ?

Brigitte Lahaie animatrice star de RMC clôture par de libres propos cet ouvrage.

**Jacques Delga** est professeur honoraire à L'ESSEC et ancien avocat. Il a publié de nombreux ouvrages juridiques ou liés au management national ou international. Son avant dernier livre publié aux éditions l'Harmattan (éd 2012) « Sexualité Libertinage Echangisme et Droit » est d'une nature distincte et peut paraître (à tort) iconoclaste bien que l'analyse juridique soit prédominante. L'ouvrage présenté « Prostitution : Cent questions d'actualité » est dans la lignée de cette dernière recherche sur la sexualité. Mais on évoque cette fois une sexualité rémunérée. Ce livre mérite une attention particulière en raison du sort détestable qui risque d'être réservé à la personne prostituée du fait d'une proposition de loi particulièrement hypocrite et condamnable. Tout le monde, et notamment les parlementaires, et pas seulement les péripatéticiennes ou leurs clients devrait être touché par la manière dont a été abordé de nos jours le problème de la libre prostitution. On voudrait espérer que la nouvelle proposition de loi votée à l'assemblée nationale en décembre 2013 tendant à pénaliser le client puisse être revue et réformée.

### BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir ..... exemplaire(s) de l'ouvrage : « **PROSTITUTION : 100 questions d'actualité sur la prostitution** », par **Jacques DELGA** - Code EAN 978-2-7472-2302-7

Prix : 20,00 € + 1,00 € de frais de port, soit ..... € x ..... exemplaire(s) = ..... €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° ..... ☐ Date d'expiration : .....

☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

Société / Nom, prénom : .....

Société : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

EDITIONS ESKA – Contact : [adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35 [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



# ÉDITORIAL

Dr Bernard MARC

EDITORIAL  
FOREWORD

Lorsque le Code pénal de l'empire français (CpEF) paraît en 1810, les peines prévues pour les différents délits et crimes contre les personnes sont aussi sévères pour l'un et l'autre sexe, sans concevoir de différence entre celles et ceux qui étaient, quelque temps plus tôt, citoyennes et citoyens de la République. L'article 331 de ce Code pénal illustre ce propos en définissant que : « *Quiconque aura commis le crime de viol, ou sera coupable, de tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion* ». L'égalité vaut alors pénalement aussi pour l'homicide (Art. 295 CpEF) qui ne connaît comme circonstances aggravantes en raison de la qualité de la victime, que le parricide, meurtre d'un ascendant direct (Art. 299 CpEF) ou l'infanticide, meurtre d'un enfant (Art. 300 CpEF). Encore faut-il s'arrêter sur la définition pénale impériale du parricide : « *Est qualifié parricide le meurtre des pères ou mères légitimes, naturels ou adoptifs, ou de tout autre ascendant légitime* ». La Justice tentait d'apporter une égalité tant sur le versant auteur, que sur le versant victime, ainsi la trouvera-t-on mentionnée dans l'énoncé de la sanction, comme dans la légalité (i.e. le descriptif) de l'infraction. La notion de genre n'intervient d'ailleurs que négativement pour le sexe masculin pour les enlèvements de mineurs. « *Quand la fille au-dessous de seize ans aurait consenti à son enlèvement ou suivi volontairement le ravisseur si celui-ci était majeur de vingt-un ans ou au-dessus, il sera condamné aux travaux forcés à temps. Si le ravisseur n'avait pas encore vingt-un ans, il sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans.* » (Art. 356 du CpEF). Il évoque aussi des meurtres commis contre sa partenaire en les qualifiant d'assassinat, puisque prémédités, c'est-à-dire, avec : « *le dessein formé, avant l'action, d'attenter à la personne d'un individu déterminé (...)* ». Avons-nous vraiment évolué, pénalement et sociologiquement deux cents ans plus tard ? Notre temps a-t-il enfin pris en considération les violences de genre, que ne différenciait pas le Code pénal napoléonien ou au contraire les phénomènes négatifs de société ont-ils poussé les pénalistes à rajouter, pour leur répondre, année après année d'autres motifs de poursuites pénales, correspondant à

de nouvelles violences exercées sur les femmes, deux siècles plus tard ? Avons-nous progressé au plan sociétal dans la prise de conscience des violences faites aux femmes ou au contraire l'importance – à déplorer – prise par celles-ci nous oblige-t-elle à légiférer ? On peut se le demander lorsque l'on regarde les articles du Code pénal français en vigueur deux siècles après le Code pénal napoléonien. Ceux relatifs aux crimes et délits contre les personnes, et plus précisément à propos des atteintes à la personne humaine, pointent comme circonstances aggravantes bien individualisées des violences de tous types commises « *par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* » en précisant d'ailleurs la circonstance aggravante de faits « *sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur* ». Même si la femme ne se réduit pas à un état de grossesse, notre code pénal retient cette fragilité particulière, parce que chaque genre a ses forces et ses faiblesses. Que dire des violences exercées « contre une personne afin de la contraindre à contracter un mariage ou à conclure une union ou en raison de son refus de contracter ce mariage ou cette union » ? qui peut être un véritable exemple de violence typiquement faite aux femmes. Devons-nous penser que, deux siècles après la période révolutionnaire, nous avons enfin pris conscience de l'importance du phénomène des violences faites aux femmes – dans une société où augmentent également les violences faites aux hommes – ou peut-on penser que celles-ci sont plus mises en avant dans un espace spécifique et/ou un temps donné, dans une société infiniment plus moderne où de multiples stimuli dérèglent l'équilibre de nos congénères contemporains des deux sexes qui se vient réduits à se définir soit comme bourreaux soit comme victimes dans un environnement social paradoxalement, plus violent – ou plus pervers – ? Paradoxalement, bien sûr, car nous ne sommes plus en guerre comme l'ont été la France et l'Europe du premier Empire. Paradoxalement car l'aisance du mode de vie quotidien global est sans comparaison avec celle connue deux siècles plus tôt. Paradoxalement encore car le nombre d'homicides par millions d'habitants en France est infiniment moindre en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle. L'apaisement de notre société serait-il une apparence ou une modification de

\* Chef de service UMJ, référent VFF, Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) Site de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire 77600 Jossigny, France, bmarc@ghcf.fr

la nature de la violence, devenue plus insidieuse, surtout en ce qui concerne la violence intra-familiale et celle faite aux femmes ? À ce stade de la réflexion, une remarque peut être utile, qui porte sur la nature de l'Incapacité Totale de Travail au sens pénal. L'article 309 du Code pénal de l'Empire français édictait que « Sera puni de la peine de la réclusion tout individu qui aura fait des blessures ou porté des coups, s'il en est résulté de ces actes de violence une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours » avec une vision moderne des conséquences de la violence, pouvant entraîner soit des conséquences traumatiques directes, celles qui étaient concernées par les articles des Codes pénaux des Républiques qui se sont succédées, puis du Code pénal en vigueur depuis 1994, mais aussi « une **maladie** », englobant ce qui peut altérer la Santé dans la conception qu'en donne l'OMS. Cette vision moderne a dû attendre la Loi n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 41, relatif au harcèlement dans le couple, pour revenir dans le Code pénal actuel, à son Article 222-33-2-1 qui postule que : « *Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une **altération de sa santé physique ou mentale** est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à*

*huit jours. Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint ou un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire lié à cette dernière par un pacte civil de solidarité.* » Si l'article ne différencie pas, en théorie, le sexe harceleur du sexe harcelé, la prédominance masculine parmi les harceleurs est flagrante, le mode d'agressivité ayant seulement évolué avec le contexte, l'époque et les contraintes pénales. Ces évolutions ne concernent pas que le seul territoire français, bien heureusement ! Les avancées sociétales et légales sont largement impulsées par les évolutions du Droit européen, tout particulièrement depuis les années 2010. Et les législations de droit anglo-saxon, comme les législations britanniques ou australiennes, ne démentent pas une évolution législative, dont il faudra mesurer les applications et les effets.

Ce numéro spécial du Journal de médecine légale – droit médical, par la diversité de ses auteurs et auteurs apporte une vision descriptive et utile à la compréhension du phénomène des violences faites aux femmes dans notre société moderne et à ses répercussions médico-psycho-légales, observables tant dans les services de gynécologie-obstétrique, que dans les services d'urgences ou les unités médico-judiciaires réparties sur le territoire, en Europe et internationalement, tout comme dans les consultations dédiées aux conséquences du psycho-traumatisme. Et de l'importance du phénomène dont la société civile et médiatique s'est tout récemment emparé avec tant de force, libérant la parole. Enfin ! ■

# VIOLENCES DE GENRE : ASPECTS LÉGAUX ET SOCIÉTAUX. UNE VISION EUROPÉENNE

## *GENDER VIOLENCE: LEGAL, SOCIETAL ASPECTS. AN EUROPEAN VISION*

Dr Bernard MARC\*

### RÉSUMÉ

La violence à l'égard des femmes est une violation des droits fondamentaux en matière de dignité, d'égalité et d'accès à la justice. Le rapport FRA est fondé sur des entretiens réalisés avec 42 000 femmes issues des 28 États membres de l'Union européenne (UE) interrogées sur leurs expériences de violences physiques, sexuelles ou psychologiques, perpétrées notamment par un(e) partenaire intime (« violence domestique »). Il montre que la violence à l'égard des femmes, en particulier la violence fondée sur le genre qui touche les femmes de manière disproportionnée, constitue une violation des droits de l'homme répandue que l'UE ne peut se permettre d'ignorer. Les résultats de l'enquête indiquent qu'une femme sur trois a subi au moins une forme de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans, une femme sur cinq a fait l'objet d'une traque furtive (« stalking »), et une femme sur deux a déjà été victime d'une ou de plusieurs formes de harcèlement sexuel. Les résultats dressent un portrait d'abus graves, qui touchent la vie de nombreuses femmes, mais dont le signalement aux autorités reste faible. Parallèlement, la Cour européenne des droits de l'homme (CouEDH) a établi depuis lors dans sa jurisprudence, laquelle est contraignante pour les États parties, que la violence fondée sur le genre doit être considérée comme couverte par l'interdiction de

la torture et des traitements inhumains ou dégradants visée à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et comme une violation du droit au respect de la vie privée et familiale visé en son article 8. La Convention d'Istanbul, ratifiée à Strasbourg par l'Union Européenne le 13 juin 2017, repose sur le postulat qu'un certain type de violence est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes. Elle exige des États parties qu'ils condamnent toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et prennent les mesures législatives et autres nécessaires pour la prévenir. C'est la raison pour laquelle la Convention comporte un lien étroit entre l'égalité femmes-hommes et la lutte contre la violence envers les femmes, approuvant les mesures spécifiques nécessaires pour prévenir et protéger les femmes contre la violence fondée sur le genre. La diligence dont les États parties doivent faire preuve en matière de prévention, d'enquête, de punition et de réparation de faits de violence sexiste commis par des personnes privées s'appuie sur l'idée que, même s'il n'est pas responsable des actes de violence individuels, l'État a l'obligation de prévenir ces actes entre personnes privées.

### MOTS-CLÉS

*Union Européenne, Droits fondamentaux, Action contre la violence domestique, Violence de genre, Implications légales.*

\* Chef de service UMJ, référent VFF, Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) Site de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire 77600 Jossigny, France, bmarc@ghef.fr

## ABSTRACT

*Violence against women undermines women's core fundamental rights such as dignity, access to justice and gender equality. The FRA report is based on interviews with 42,000 women across the 28 Member States of the European Union (EU) who were asked about their experiences of physical, sexual and psychological violence, including incidents of intimate partner violence ('domestic violence'). It shows that violence against women, and specifically gender-based violence that disproportionately affects women, is an extensive human rights abuse that the EU cannot afford to overlook. For example, one in three women has experienced physical and/or sexual violence since the age of 15; one in five women has experienced stalking; every second woman has been confronted with one or more forms of sexual harassment. What emerges is a picture of extensive abuse that affects many women's lives but is systematically under-reported to the authorities.*

*At the same time, European Human Rights Court (ECtHR) has since held in its case law, which is binding on the States Parties, that gender-based violence is to be considered as covered by the prohibition against torture and inhuman or degrading treatment under Article 3 of the European Convention on Human Rights Convention (ECHR), and as a violation of the respect for private and family life under Article 8 of the ECHR. The Istanbul Convention, ratified by European Union at Strasbourg on 13 June 2017, is based on the understanding that a certain type of violence is a manifestation of historically unequal power relations between women and men. The Convention requires the States Parties to condemn all forms of discrimination against women and to take legislative and other steps to prevent them. For this reason, the Convention includes a strong link between gender equality and combating violence against women, approving the necessary special measures to prevent and protect women from gender-based violence. The due diligence that the States Parties are to exercise in the prevention, investigation, punishment and reparation for gender-based violence committed by private individuals is based on the consideration that even though a State is not responsible for individual acts of violence, it is obliged to prevent acts of violence between private persons.*

## KEYWORDS

*European Union, Fundamental rights, Action against domestic violence, Gender violence, Legal implications.*

## INTRODUCTION

Le concept de la violence conjugale, comme celui plus large de la violence faites aux femmes, ont évolué au fil de leur meilleure connaissance et de la sensibilisation des professionnel(e)s des mondes judiciaire, social, médical, associatif et politique, vers la violence de genre qui englobe à la fois la violence contre une personne sur la base de son sexe et la violence qui affecte de manière disproportionnée les personnes d'un sexe en particulier. La violence de genre est polymorphe : physique, sexuelle ou psychologique, elle se traduit souvent par la combinaison de deux ou plus de ces formes, simultanément ou alternativement au fil des jours. Elle comprend la violence domestique, le harcèlement sexuel, la violence sexuelle, les pratiques nuisibles et le cyber-harcèlement. Multiple par ses formes, y compris les plus actuelles, nées de l'Internet, elle l'est aussi par sa géographie car tous les pays et toutes les catégories de la société sont touchés par la violence de genre, en toutes sortes de lieux, mais très principalement au domicile. La définition, comme la réalité médico-psycho-légale que nous connaissons, par exemple dans les unités médico-judiciaires, témoigne que si les hommes et les femmes sont tous deux victimes de violence de genre, l'écrasante majorité des victimes sont des femmes. On estime qu'une femme sur trois au sein de l'Union Européenne a été victime de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans et une sur dix a été victime de harcèle-



© Dr Bernard Marc

**Photo 1 : Brûlures par alouettes.**



ment sexuel direct ou par l'intermédiaire des nouvelles technologies [1]. Au plan du droit, la violence de genre est une violation des droits fondamentaux de la personne ; au plan social, cette cause d'inégalité entre les hommes et les femmes, répandue à grande échelle, freine la participation active des femmes à la société en général. Ne négligeons pas non plus, ses répercussions économiques importantes (donc celles dans le domaine de l'économie de la santé: le coût de la violence de genre à l'égard des femmes est estimé à 226 milliards d'euros par an et le coût total de la violence de genre est estimé à 259 milliards d'euros par an [2]).

Il a semblé intéressant d'exposer dans cet article, la perception des violences actuelles dans le couple (*domestic violence* ou *partner violence* dans les définitions internationales) telle qu'elle existe dans notre aire de vie familiale, celle de l'Union Européenne en ce XXI<sup>e</sup> siècle largement débuté, et les réflexions et avancées légales, pour juger du chemin déjà parcouru et du chemin encore à parcourir, pour faire reculer cette violence qui représente plus d'un tiers des consultations médico-psycho-légales suite à des dépôts de plaintes pénales.

## PERCEPTION ACTUELLE DES VIOLENCES DANS LE COUPLE

En juin 2016, la Direction générale de la Justice et des Consommateurs (DG-JUST) a piloté un sondage réalisé dans les 28 États membres de l'Union européenne, dont la France, sur 27 818 citoyens de l'UE issus de différentes catégories sociales et démographiques au sujet de la violence de genre [3]. L'idée était de mesurer les diverses perceptions et évaluations de cette violence et de comparer celles-ci avec l'état dans lequel elles étaient apparues en 2010, lors d'un précédent sondage. Il apparaît que 74% des personnes interrogées pensent que la violence domestique à l'égard des femmes est répandue dans leur pays alors que 29% déclarent que la violence domestique à l'égard des hommes est répandue dans leur pays, les femmes étant plus enclines que les hommes à déclarer que la violence domestique à l'égard des deux sexes est répandue [3].

L'opinion presque unanime est que la violence domestique à l'égard des femmes est inacceptable (96%), tout comme celle à l'égard des hommes (94%) mais respectivement à ces deux questions 12% et 14% estiment que ces violences ne devraient pas toujours être punies par la loi [3].

L'importance numérique des violences dans le couple est bien perçue puisqu'au sein des 27 818 personnes interrogées dans l'UE, 24% connaissent un proche, victime de violence domestique (ami ou membre de la famille), 18% quelqu'un dans leur quartier ou voisi-



© Dr Bernard Marc

**Photo 2 : Agression sexuelle marques de claques violentes.**

nage et 10% quelqu'un sur leur lieu de travail ou d'études, soit 52% au total, les victimes étant très majoritairement des femmes dans l'ensemble des États membres [3].

Ces violences intolérables et si proches, si l'on en croit l'expression des sondés, méritent pour certains un traitement particulier. En effet, un sondé sur six (15%) à travers l'UE considère la violence domestique comme une question d'ordre privé qui doit être traitée au sein de la famille et la majorité de ceux qui connaissent une victime de violence domestique en ont parlé, mais rarement aux services de santé ou d'assistance, ou à la police. Si 71% des personnes interrogées qui connaissent une victime en ont parlé à quelqu'un – à un ami ou à un membre de la famille (39%) ou aux personnes concernées (33%) – seulement 12% se sont confiées à la police [3]. Pour justifier leur silence, les personnes interrogées qui se sont tuées (29%) au sujet d'une victime de violence domestique avancent que ça ne les regardait pas (26%) qu'elles avaient un manque de preuves (18%), ou qu'elles ne voulaient pas créer de problèmes, ou encore que les circonstances n'étaient pas assez claires (16% dans ces deux cas) [3].

Ce silence s'explique aussi car, si au moins neuf personnes interrogées sur dix dans l'Union Européenne en 2016 considèrent comme répréhensibles certaines formes de violence de genre psychologique et physique, les avis sont partagés sur le fait de savoir si elles



© Dr Bernard Marc

**Photo 3 : Prises et empaumements du bras.**

devraient être punies par la loi [3]. La perception d'une injustice pénale à poursuivre les auteurs des violences se renforce lorsqu'il s'agit de violences psychologiques à type de dévalorisation de l'autre, propos que 44% des sondés (et sondées !) ne trouvent pas illégal. Et cet avis est largement majoritaire en Allemagne (67%), en Autriche (66%) ou aux Pays-Bas (63%), alors que l'Europe du Sud est plus sensibilisée avec un avis partagé seulement à 16% au Portugal, 29% en France et 30% à Malte [3].

Par contre sept personnes interrogées sur dix pensent que le harcèlement sexuel des femmes est répandu dans leur pays, et que la violence notamment psychologique, à l'égard des femmes se produit le plus souvent à la maison [3]. La sensibilisation à ce problème est nette en France (20%) où au moins un sondé sur cinq indique que critiquer de manière répétée un partenaire pour le rabaisser est mal, et déjà illégal [3]. On peut espérer y voir une sensibilisation au harcèlement [4] et une reconnaissance de la sanction pénale [5] qui, remarquons-le, ne mentionne pas comme circonstances aggravantes, contrairement à toutes les autres violences poursuivies pénalement le fait d'un harcèlement commis « *par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* ».

Les restrictions de liberté et l'emprise [6] comme contrôler un partenaire en l'empêchant de voir et de contacter sa famille et ses amis, sont diversement ressenties car si 11% des sondés en France estiment que cela ne devrait pas être puni par la loi, environ un tiers en Lituanie (35%) et en Roumanie (33%) le pensent [3]. Plus inquiétante est la réponse d'un sondé sur dix (11%) qui déclare que forcer un partenaire à avoir des rapports sexuels ne devrait pas être puni par la loi, réponse heureusement partagée par seulement 3% des personnes interrogées en France [3].

Toujours en 2016, il est bon de le souligner, plus d'une personne interrogée sur cinq (22%) dans l'Union Européenne adopte une attitude qui tend à culpabiliser les victimes, convenant que les femmes inventent ou exagèrent les accusations de violence et que la violence à l'égard des femmes est souvent provoquée par la victime, dans des proportions allant de 47% à Malte à 8% en Suède (13% en France et en Italie) [3]. Ces propos ne sont pas rares chez les auteurs, même lorsqu'une sanction pénale leur impose un stage de sensibilisation aux violences conjugales [7]. Plus grave encore, si l'on pense à la composition du jury populaire des Cours d'assises où tant de viols sont jugés (1 048 condamnations en 2015 dont 814 en Cour d'assises) [8], les « excuses » reconnues aux auteurs d'agressions sexuelles pour 27% des sondés (et sondées !) qui évoquent, au contraire du Code pénal, des situations amenuisant la responsabilité telles que l'ivresse ou l'effet d'une drogue (12%), le fait que la victime se soit volontairement rendue chez quelqu'un (11%), le porter d'une tenue jugée provocante ou sexy, ou l'absence d'un refus strictement exprimé ou d'une lutte physique contre l'agresseur (10% pour chacune de ces situations) [3]. Pour les praticiens de la médecine légale au sens large, comme pour les professionnels de la Justice, on voit comme ces préjugés dépassés s'effondrent dans les définitions actuelles des violences et de leurs circonstances. [9]. Mais, ce sondage européen sur une grande échelle tout comme des aperçus de terrain [7] nous disent que ces préjugés, s'ils ont sans doute reculé en pourcentage, restent encore très présents, à l'heure actuelle et dans une Union Européenne que l'on voudrait témoin d'une démocratie de progrès.

### ÉVOLUTIONS LÉGALES EUROPÉENNES AUTOUR DES VIOLENCES DANS LE COUPLE

La violence à l'égard des femmes est un concept dont le développement en droit relatif aux droits de l'homme a débuté dans les années 1990. Les Nations unies ont été pionnières en la matière par la Convention spécifique sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) dont l'organe de surveillance a précisé dans sa recommandation générale n° 19 de 1992 que

TABLEAU 1

Liste des Etats membres du Conseil de l'Europe ayant signé, ratifié et mis en vigueur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (traité n°210)

Albanie	19/12/2011	04/02/2013	01/08/2014
Allemagne	11/05/2011		
Andorre	22/02/2013	22/04/2014	01/08/2014
Autriche	11/05/2011	14/11/2013	01/08/2014
Belgique	11/09/2012	14/03/2016	01/07/2016
Bosnie-Herzégovine	08/03/2013	07/11/2013	01/08/2014
Bulgarie	21/04/2016		
Chypre	16/06/2015		
Croatie	22/01/2013		
Danemark	11/10/2013	23/04/2014	01/08/2014
Espagne	11/05/2011	10/04/2014	01/08/2014
Estonie	02/12/2014		
Finlande	11/05/2011	17/04/2015	01/08/2015
France	11/05/2011	04/07/2014	01/11/2014
Géorgie	19/06/2014	19/05/2017	01/09/2017
Grèce	11/05/2011		
Hongrie	14/03/2014		
Irlande	05/11/2015		
Islande	11/05/2011		
Italie	27/09/2012	10/09/2013	01/08/2014
Lettonie	18/05/2016		
Liechtenstein	10/11/2016		
Lituanie	07/06/2013		
Luxembourg	11/05/2011		
Malte	21/05/2012	29/07/2014	01/11/2014
Monaco	20/09/2012	07/10/2014	01/02/2015
Monténégro	11/05/2011	22/04/2013	01/08/2014
Norvège	07/07/2011	05/07/2017	01/11/2017
Pays-Bas	14/11/2012	18/11/2015	01/03/2016
Pologne	18/12/2012	27/04/2015	01/08/2015
Portugal	11/05/2011	05/02/2013	01/08/2014
République de Moldova	06/02/2017		
République slovaque	11/05/2011		
République tchèque	02/05/2016		
Roumanie	27/06/2014	23/05/2016	01/09/2016
Royaume-Uni	08/06/2012		
Saint-Marin	30/04/2014	28/01/2016	01/05/2016
Serbie	04/04/2012	21/11/2013	01/08/2014
Slovénie	08/09/2011	05/02/2015	01/06/2015
Suède	11/05/2011	01/07/2014	01/11/2014
Suisse	11/09/2013		
Turquie	11/05/2011	14/03/2012	01/08/2014
Ukraine	07/11/2011		





© Dr Bernard Marc

**Photo 4 : Marques de strangulation manuelle.**

la violence fondée sur le sexe est une forme de discrimination en vertu de la Convention et que les États parties doivent agir avec diligence pour la prévenir [10].

La Cour européenne des droits de l'homme a établi depuis lors dans sa jurisprudence que la violence fondée sur le genre doit être considérée comme couverte par l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants visée à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et comme une violation du droit au respect de la vie privée et familiale visé en son article 8. Ceci engage tous les États membres de l'Union Européenne, qui ont tous ratifié la CEDH [10]. Malgré cela, la violence de genre est un thème relativement nouveau en droit de l'Union Européenne (UE), car l'UE n'avait encore adhéré qu'à une seule convention portant sur des droits fondamentaux, la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées signée en 2010.

Par sa résolution du 26 novembre 2009 sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, le Parlement européen avait demandé aux États membres de renforcer leurs législations et leurs politiques nationales concernant la lutte contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes et d'engager des actions pour s'attaquer aux causes de la violence à l'égard des

femmes, en particulier des actions de prévention, et à l'Union Européenne de garantir le droit à l'aide et au soutien pour toutes les victimes de violences. C'est à partir de 2010 que la législation contraignante de l'UE a commencé de s'intéresser aux exigences requises pour combattre la violence fondée sur le genre avec la directive 2011/99/UE relative à la décision de protection européenne [11] imposant des prescriptions minimales à la législation des États membres, qui ont suivi, comme le Droit français. La résolution du Parlement européen du 10 février 2010 sur l'égalité entre les femmes et les hommes au sein de l'Union européenne visait à introduire la décision de protection européenne pour les victimes des violences de genre [11].

Le Conseil de l'Europe a ensuite pris la résolution du 10 juin 2011 visant à renforcer les droits et la protection des victimes, en particulier dans le cadre des procédures pénales au niveau de l'UE afin de renforcer les droits et la protection des victimes de la criminalité des violences de genre [11].

Jusqu'aux années 2000, les mesures adoptées pour combattre la violence envers les femmes avaient consisté en dispositions non contraignantes ou en politiques de financement. Le programme de financement Daphné, qui fonctionne depuis 1997 par décisions du Parlement et du Conseil, constitue sans doute l'engagement de la plus grande envergure dans ce domaine. Il en est tout autrement de la Convention d'Istanbul, officiellement Traité n°210 Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [12, 13], ratifiée à Strasbourg par l'Union Européenne le 13 juin 2017 [12]. A cette date, la convention d'Istanbul avait été signée par tous les États membres de l'UE (et plus largement 44 membres du Conseil de l'Europe) et ratifiée par 13 d'entre eux (Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie et Suède) de 2011 à 2016. [Tableau 1] [14]. Cette convention est entrée en vigueur dans différents pays qui ont adapté leur législation en 2014 (Autriche, Danemark, Espagne, France, Italie, Malte, Pologne, Portugal, et Suède), en 2015 (Finlande et Pologne) et en 2016 (Belgique et Pays-Bas) [14].

La Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique a pour but premier de « *protéger les femmes contre toutes les formes de violence, et de prévenir, poursuivre et éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique* » [13].

Le chapitre VI de la Convention, relatif aux enquêtes, aux poursuites, au droit procédural et aux mesures de protection, établit de nombreuses obligations auxquelles répond largement le droit de l'UE. Elle oblige les services répressifs responsables à offrir une protection rapide et appropriée aux victimes, précisant que les États membres doivent fournir des informations et



services aux victimes, et veiller à recenser les besoins spécifiques de protection des victimes de violence fondée sur le genre, de violences domestiques et de violences sexuelles [10]. La Convention exige aussi des États membres qu'ils garantissent que, dans des situations de danger immédiat, les autorités compétentes aient le pouvoir d'ordonner à l'auteur de violence domestique de quitter la résidence de la victime ou de la personne en danger, et puissent assurer la protection physique des victimes et des membres de leur famille, dans le cadre d'une procédure pénale.

L'acquis de l'UE comporte déjà l'interdiction de harcèlement sexuel dans divers contextes. L'obligation prévue par la Convention de prendre les mesures nécessaires à l'encontre de ce type de harcèlement a une portée plus large, hormis sur un point, à savoir que la législation de l'UE en matière de protection contre le harcèlement sexuel couvre les personnes transgenres [4, 5].

Un autre but de cette Convention est de « *contribuer à éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de promouvoir l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, y compris par l'autonomisation des femmes* ». La Convention utilise des notions développées dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme telles que « la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre », dénie comme toute violence « faite à l'égard d'une femme parce qu'elle est une femme ou affectant les femmes de manière disproportionnée ».

La violence à l'égard des femmes et la violence domestique se propose de « *concevoir un cadre global, des politiques et des mesures de protection et d'assistance pour toutes les victimes de violence à l'égard des femmes et de violence domestique* ». Le chapitre IV de la Convention, qui concerne les services de protection et de soutien, exige une coopération entre les autorités judiciaires, les procureurs, les services répressifs et autres autorités, ainsi que les ONG, via un mécanisme formel ou informel. La coordination plus explicite des politiques de l'UE est un des objectifs assignés suite à l'adhésion à la Convention en juin 2017. Il existe déjà pour ce faire un organe de suivi, à savoir le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO).

Les violences de genre ne se limitent pas à l'Union Européenne et la Convention demande de « *promouvoir la coopération internationale en vue d'éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique* ». Le chapitre VII de la Convention, consacré à la migration et l'asile, contient des dispositions relatives à des situations dans lesquelles le statut de résident de la victime d'une infraction fondée sur le genre dépend de celui de leur conjoint ou partenaire. Les États parties sont invités à prendre les mesures législatives ou autres nécessaires pour garantir qu'un permis de résidence autonome soit accordé en cas de dissolution du mariage ou de la relation, et qu'une suspension des

procédures d'expulsion soit assurée pour permettre à la victime de demander ce permis, dans le cadre de la protection d'un demandeur d'asile.

La Convention a également pour but de soutenir et d'assister les organisations et services répressifs pour coopérer de manière effective afin d'adopter une approche intégrée visant à éliminer la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. La directive relative aux victimes prévoit la formation des professionnels en contact avec les victimes et les auteurs de faits de violence, comme l'exige la Convention. L'UE joue un rôle dans la formation des services judiciaires et de police, et ses différentes agences contribuent d'ores et déjà au renforcement de la protection des victimes. Un accent plus marqué devrait être mis sur la violence envers les femmes. Les programmes préventifs et de traitement destinés aux auteurs de violence [7], tels que prévus par les instruments de financement de l'UE, doivent être prioritairement axés sur les droits fondamentaux des victimes [13]. Les mesures possibles sont multiples comme l'obligation de fournir des services de soutien spécialisés aux victimes de violence fondée sur le genre et de violence domestique – les Unités Médico-Judiciaires répondant en partie à ce critère – ainsi qu'aux enfants des femmes victimes. Le chemin est long entre les principes théoriques et la réalité de terrain, la prestation et le financement de ces services n'étant pas nécessairement garantis par la loi, la mise à disposition de lieux d'accueil insuffisante, les permanences téléphoniques souvent assurées par des associations, comme le soutien aux victimes de violences sexuelles davantage encore assuré par des ONG.

Restent encore de nombreux points d'avancée possibles. Les ordonnances d'urgence d'interdiction sont prévues dans la quasi-totalité des États membres, mais avec des disparités en termes de conditions comme les ordonnances d'injonction ou de protection émises dans le but de prévenir des actes de violence ou de protéger la victime qui existent sous des appellations à des degrés divers, dans les États membres.

Les obligations de la Convention garantissant que les enquêtes ou les poursuites d'infractions relevant des actes les plus graves visés par la Convention se poursuivront même si la victime se rétracte ou retire sa plainte, ne sont pas respectées de manière cohérente. Il apparaît en effet que dans de nombreux États membres et pour beaucoup de ces infractions, l'engagement de poursuites continue d'incomber à la victime, et cette perception est encore souvent partagée par bon nombre de femmes victimes de violences en France actuellement.

L'instauration de mesures de protection à prendre par les parties à la convention d'Istanbul en vue de mettre les victimes, leurs familles et les témoins à charge à l'abri des risques d'intimidation, de représailles et de nouvelle victimisation varie selon les États membres de l'UE, bien qu'on en connaisse l'importance en pra-

tique dans la vie des victimes après leur dépôt de plainte [4, 15].

## CONCLUSION

L'égalité entre les hommes et les femmes est une valeur essentielle de l'Union européenne, et l'UE s'attache depuis longtemps à protéger les citoyens contre la violence de genre. Elle a mis en place au fil des années des mesures qui visent à soutenir et protéger les victimes de ces crimes et leur garantit un accès à la justice où qu'elles se trouvent dans l'UE, avec des déclinaisons dans les différents pays, plus ou moins rapidement adoptées et mises en œuvre, y compris en France [16]. Cette lutte contre la violence de genre est pleinement d'actualité puisque c'est seulement en mars 2016, que la Commission européenne a proposé la signature et la conclusion de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), aux côtés des États membres. Par cette signature, l'Europe s'est dotée de son premier instrument européen juridiquement contraignant qui vise à protéger les victimes et à poursuivre les auteurs de violence à l'égard des femmes et qui met en place des mesures ayant pour but de prévenir ce type de violence. Les unités médico-judiciaires, comme les associations d'aide aux femmes victimes de violences voient ainsi leurs actions de terrain soutenues par la législation européenne, déclinée dans les États membres. Les professionnels en charge des victimes, tout comme ceux en charge des auteurs de ces crimes et délits ne peuvent voir qu'une reconnaissance de leur action menée depuis des décennies dans un esprit de Santé publique. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Violence against women: an EU-wide survey. Main results report  
<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-main-results>
- [2] Estimating the costs of gender-based violence in the European Union  
<http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0414745EN2.pdf>
- [3] COMMISSION EUROPÉENNE. *La violence de genre. Eurobaromètre spécial 449 – Vague EB85.3 – TNS opinion & social*. Novembre 2016.  
<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/.../75840>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [4] DIE G, HANAFY I, MARC B. Victimes de harcèlement vues en unité médico-judiciaire. Réponses médico-psychologiques aux nouvelles dispositions pénales. *J. Med. Leg.* 2015, 58 (5-6), 2-11.
- [5] CODE PÉNAL. Article 222-33-2-2 (Loi n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 41).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029334247&cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [6] HANAFY I, MARC B. Emprisonnement des êtres, meurtrissures des âmes : de l'identification à l'appropriation. Analyse médico-psychocriminologique de violences contemporaines *Ethics, Medicine and Public Health* 2017, 3, 74-82 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.019>
- [7] DUPONT G. *Violences conjugales : « J'ai franchi les limites »*. Le Monde. 26 avril 2017 ; 13.
- [8] Ministère de la Justice. Sous-direction de la statistique et des études. (2016) *Les chiffres clés de la Justice 2016*.  
[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_CC%202016.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_CC%202016.pdf)
- [9] HANAFY I, MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Editions In Press, Paris, 2017.
- [10] EUROPEAN COMMISSION. EUROPEAN NETWORK OF LEGAL EXPERTS IN GENDER EQUALITY AND NON-DISCRIMINATION. Legal implications of EU accession to the Istanbul Convention  
[http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/news/160524\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/news/160524_en.htm) Consulté le 6 août 2017
- [11] UNION EUROPEENNE. Directive 2011/99/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 relative à la décision de protection européenne. *J.O.E.* 21-12-2011  
[http://eurlex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2011.338.01.0002.01.FRA&toc=OJ:L:2011:338:TOC](http://eurlex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2011.338.01.0002.01.FRA&toc=OJ:L:2011:338:TOC) Consulté le 6 août 2017
- [12] CONSEIL DE L'EUROPE. Istanbul Convention. Action against violence against women and domestic violence.  
<http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home?desktop=true>. Consulté le 6 août 2017.
- [13] CONSEIL DE L'EUROPE. Traité n°210. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique  
<http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210> Consulté le 6 août 2017.
- [14] CONSEIL DE L'EUROPE. Etat des signatures et ratifications du traité 210. *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. Situation au 06/08/2017  
[http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures?p\\_auth=v50LoJPL](http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures?p_auth=v50LoJPL); Consulté le 6 août 2017.
- [15] G. DIE., I. HANAFY, B. MARC. Typologie et conséquences psychologiques des violences. *J. Med. Leg.* 2016, 59 : 73-83.
- [16] [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/protecting-victims-of-gender-violence/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/protecting-victims-of-gender-violence/index_en.htm)

# INTERPERSONAL VIOLENCE : A NEW SOUTH WALES (AUSTRALIA) / ENGLAND AND WALES PERSPECTIVE

## *VIOLENCE INTER-INDIVIDUELLE : NOUVELLES PERSPECTIVES AUX GALLES DU SUD (AUSTRALIE), EN ANGLETERRE ET AU PAYS DE GALLES*

Maria NITTIS\* and Margaret M. STARK\*\*

### ABSTRACT

Domestic Violence is clearly a global problem with, in many cases, similar remedies sought by differing jurisdictions worldwide. This paper seeks to look at two of those jurisdictions: New South Wales, an eastern state within Australia, and England & Wales within Great Britain. It aims to look at the working definitions for domestic violence, the recorded incidents, and social and legal measures that have been used to address the issues.

Definite similarities in the approaches of government to the public health menace of domestic violence are present in both jurisdictions. Forensic practitioners could, and should, play a role in improving evidence gathering in the documentation and interpretation of injuries sustained by victims of interpersonal violence.

### KEYWORDS

Australia, England and Wales, Domestic violence, Forensic practitioners, Legal measures.

### RÉSUMÉ

*La violence domestique est à l'évidence un problème global auquel, dans un bon nombre de cas, des solutions semblables sont proposées par des dispositions juridiques de différents pays dans le monde. Cet article s'intéresse plus particulièrement à deux systèmes juridiques : celle des Nouvelles Galles du Sud, état de l'Est de l'Australie et celle de l'Angleterre et du Pays de Galles, au sein de la Grande-Bretagne. Son but est de comparer les définitions de la violence domestique, les faits enregistrés, les mesures sociales et légales prises pour répondre aux situations.*

*Des similarités claires dans les approches gouvernementales et des politiques de santé publique face au problème de la violence domestique existent dans les deux systèmes juridiques. Les praticiens en médecine légale pourraient et devraient jouer un rôle dans l'amélioration du recueil des informations pour une meilleure documentation et interprétation des violences subies par les victimes de la violence dans le couple.*

### MOTS-CLÉS

*Australie, Angleterre et Pays de Galles, Violence domestique, Praticiens médico-légaux, Dispositions légales.*

\* The New South Wales Department of Health Sydney - Western Sydney Local Health District, Sydney, Australia.  
Maria.Nittis@health.nsw.gov.au

\*\* Royal College of Physicians, Faculty of Forensic and Legal Medicine, London, Great Britain.  
margaretmarystark@gmail.com

## INTRODUCTION

Domestic Violence is clearly a global problem with, in many cases, similar remedies sought by differing jurisdictions worldwide. This paper seeks to look at two of those jurisdictions: New South Wales, an eastern state within Australia, and England & Wales. It aims to look at the working definitions for domestic violence, the recorded incidents, and social and legal measures that have been used to address the issues.

## NEW SOUTH WALES - DEFINITION & STATISTICS

NSW Health defines domestic and family violence as:

*“Any behaviour, in an intimate or family relationship, which is violent, threatening, coercive or controlling, causing a person to live in fear.”* [1]

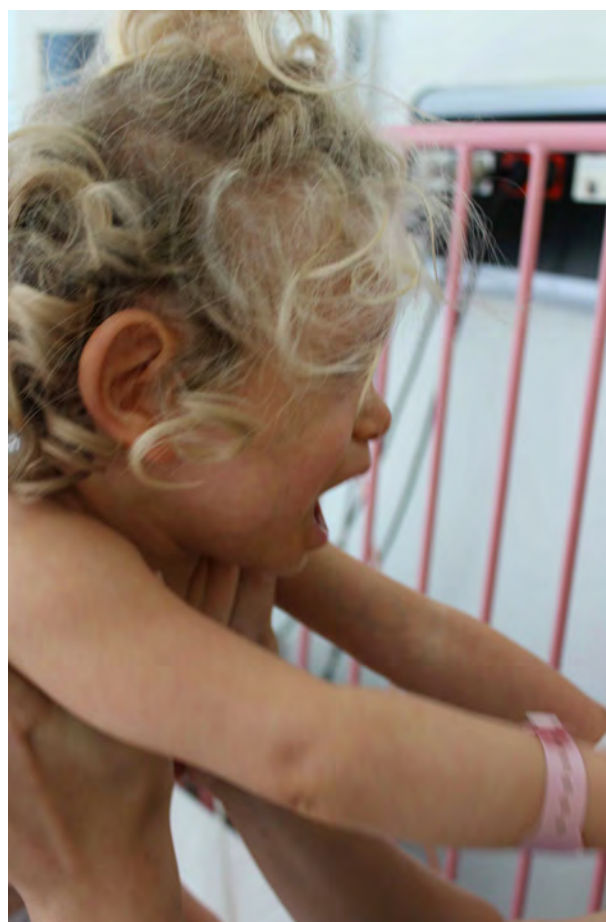
It is estimated that one in six Australian women and one in twenty Australian men have, since the age of 15, experienced physical or sexual violence from a partner they have lived with.<sup>1</sup> If you add violence from a non-cohabitating partner this increases to one in four Australian women. It rises to one in three if emotional abuse is also considered. [2] Emotional abuse can include isolating partners from family or friends, insults designed to make their partner feel ashamed or humiliated, monitoring their partner's whereabouts, controlling household money and threats of harm to themselves or others. For 62% of the women who had experienced physical assault by a male perpetrator, the most recent incident was in their home. [3]

NSW recorded crime statistics April 2012 to March 2017 documented over 144,000 reported incidents of domestic violence which had been reported to NSW police. That is an average of about 80 per day, every day, for the last five years. [4]

A University of Newcastle study tracked 3 generations of women, over 16,500 participants, for 16 years. Overwhelmingly, those that had been victims of domestic violence had experienced both poorer physical and poorer mental health outcomes. [5] Professor Loxton concluded, “Unfortunately, the reality for one in four Australian women is that the physical and mental health impacts of domestic violence could last a lifetime » [6]

Burden of disease studies measure both non-fatal burdens (impact of living with injury and illness) as well as fatal burden (dying prematurely). Attributable burden is the combination or, essentially, the amount of “burden” that could have been avoided if no Australian woman in 2011 had been exposed to interpersonal violence in their lifetime. It was estimated

(1) Australian Bureau of Statistics (2013) Personal Safety, Australia 2012 Cat. No. 4906.0



© Dr Bernard Marc

**Photo 1 : Victime collatérale / Side victim.**

that 5.1% of the disease burden in women, aged between 18 and 44 years and over, was attributable to physical and/or sexual interpersonal violence when considering violence perpetrated by both co-habiting and non-cohabiting partners as well as emotional abuse. This increases to 10.9% of the disease burden in indigenous women. “This is more than any other risk factor” when looking at 200 diseases. [3]

## NSW SOCIAL MEASURES

NSW Government doubled its investment in specialist domestic violence services and initiatives to more than \$300 million over four years, up from \$148.5 million in the 2015-16 Budget. This is in addition to money already spent in mainstream services such as Health, Justice, Child Protection and Housing.

### Safer Pathways Programme

Key components of the programme include:

- ✓ A Domestic Violence Safety Assessment Tool (DVSAT) to better and more consistently identify risk to victims.



- ✓ A state-wide Central Referral Point where a person can be referred if there is an identified threat or serious threat. The victim will be contacted with a view to helping them increase their safety.
- ✓ A Safety Action meeting. People can be referred here if considered to be at serious threat of disability, injury or death. Members are government and non-government service providers who will share information needed to develop a plan to increase partner and children safety.
- ✓ Information sharing legislation allowing service providers to share information without victims having to repeat it multiple times.

In 2015 there were 6 sites involved. During 2016-2017 this will be extended to a further 21 sites and then rolled out state wide by 2018-2019.

### Domestic and Family Violence App

Aurora is a free smart phone app that contains emergency contacts, information on the sorts of behaviour considered to be domestic and family violence and vital information and links to support services in NSW. It also allows the user to message their friends and family members (up to 5 nominated) or call emergency services immediately. It has been designed so that it can be used discreetly without tipping off a perpetrator, thereby putting the user in further danger. It is available via iPhone App Store or Android Google Play. It was developed by NSW Government, NSW Police, Women NSW and NSW Women's Refuge Movement.

### Men's Telephone Counselling and Referral Service

A toll free NSW number open 24 hours 7 days per week is available for men who may be either violent or potentially violent. They can obtain referral to men's behaviour change programs should they wish or simply talk to a trained counsellor on the phone. There is also funding for a Men's Behaviour Change Network, an advisory body to find effective ways of working with men to reduce domestic and family violence.

### Staying Home Leaving Violence (SHLV)

This program aims to prevent homelessness as a result of intimate partner violence, by supporting a victim to remain in their home, as well as reducing post-separation abuse. Research indicates that the period following separation from an abusive relationship can put victims at higher risk of violence. SHLV will provide careful safety planning, implement safety modifications around the victim's home as well as an SOS

Duress alarm if appropriate and available. When a victim's safety at home cannot be guaranteed, SHLV will provide options about relocation.

### Start Safely

Start Safely is a government subsidy which provides short to medium term (up to 2 years) financial help for someone leaving domestic and family violence so that they can secure private rental accommodation.

## NSW LEGAL CHANGES

### NSW Domestic Violence Disclosure Scheme

This scheme helps people who may be at risk of domestic violence to find out if their current or former partner has a history of violent criminal offences. This is believed to be the first scheme of its kind in Australia. It is being piloted in four local area commands: Oxley (Tamworth region), Shoalhaven (Nowra region), Sutherland and St George (the latter being within Metropolitan Sydney). An application is made and police determine if the applicant may be



© Dr Bernard Marc

**Photo 2 : Violences sur femme enceinte /  
Violence on pregnant woman.**

facing a serious threat to life, health or safety. A police check is done on the partner. If the applicant is thought to be at serious risk they will be notified within 48 hours. Application can also be made by a friend, relative or professional who has an ongoing relationship with the person who may be at risk.

#### Apprehended Domestic Violence Order Program (ADVO)

The *Crimes (Domestic and Personal Violence) Act 2007 (NSW)* replaced Part 15A of the *Crimes Act 1900 (NSW)*. This allows the making of an ADVO if the court is satisfied, on the balance of probabilities, that the applicant has reasonable grounds to fear and does fear violence, intimidation or stalking by the other party. It prohibits the defendant from engaging in the following proscribed behaviours: assault, molestation, harassment, threats, stalking and intimidation (s 36). It prohibits intimidation by telephone, text messaging, emailing or any other technologically assisted means (s7(1)(b)). Additional protections can be added prohibiting the defendant from approaching the person, accessing any premises occupied by the person including where they work, approaching the

person within 12 hours of consuming intoxicating liquor or illicit drugs or from possessing firearms or prohibited weapons. (s35(2)). In 2013 in NSW Local Courts 24,605 ADVOs were granted and 8,891 breaches were recorded (as opposed to the number of people charged with breaching an ADVO). [7]

#### Police Direction and Detention Powers/ Determination of ADVO applications

Changes to the *Crimes (Domestic and Personal Violence) Act 2007 (NSW)* on 20<sup>th</sup> May 2014 enabled police to direct and detain offenders for the purpose of applying for and serving apprehended domestic violence orders (ADVOs). Police can choose to instruct the offender to remain where found by police or to accompany police to a police station and remain there while an application for an ADVO is made. A defendant can remain in police custody for 2 hours. A second change authorised senior police (of or above the rank of sergeant) to authorise the provisional application rather than having to refer the application to a Justice from the courts. It is thought that this will provide faster and immediate access to provisional ADVOs, saving time and resources for police and the court, ensuring immediate victim safety and increased deterrence to DV offenders.



**Photo 3 : Prises en force femme âgée /  
Violent handling of aged woman.**

#### Domestic Violence Evidence in Chief

On 1<sup>st</sup> June 2015 the *Criminal Procedure Amendment (Domestic Violence Complainants) Act 2014 NSW* came into force. The legislation allows for video or audio recorded statements taken from domestic violence complainants to be admitted as all or part of their evidence in chief during a defended hearing for charges and associated ADVO applications. The benefits to victims are thought to include a reduction in their trauma and reduction in difficulty experienced in remembering details at a later court date. It brings the demeanour and personal experience of the complainant into the court room. It renders useless any attempts at intimidating a complainant to change their statement.

This is an Australian and world first. The Daily Telegraph (Australian national newspaper) reported on April 22, 2016 that police are getting convictions in 9 out of 10 domestic violence prosecutions “as video statements from victims have an impact in our court rooms missing the closing quotes. [8] It was reported that these video statements were replacing written statements in up to 90% of cases. As at the time of the article, DVEC had been used in 3600 NSW cases.

© Dr Bernard Marc

The Domestic Violence Suspect Management Plan is a police initiative which targets repeat DV offenders, using the same monitoring regime police use to target robbers. Police conduct overt checks and surveillance to ensure those on the management plan are not engaged in any illegal activity including breaching any domestic violence orders. In the five month period since its state wide roll out in February 2016 exactly half of the 642 domestic violence offenders put on the plans have been re-arrested, charged and put before the courts. 240 of them were refused bail. [9]

### FORENSIC APPROACH

Forensic services in NSW are artificially divided into sexual assault services, provided by NSW Health, and “everything else” provided by NSW police. Victims of domestic violence, however, could not access specialised forensic services for the purpose of recording their injuries relying instead on Emergency Doctors and General Practitioners.

The DV injury documentation project was commenced at Nepean Hospital in December 2008 in conjunction with staff from the Forensic Medical Unit (who, until that time, were providing services to victims of sexual assault) and local police. This was a NSW first. Complainants of domestic violence, aged 16 years or above, who had obvious injuries as a result of an assault by a partner or ex-partner were eligible to visit the hospital and have their injuries documented. This was extended to those who had been assaulted by a family member with whom they reside. A forensic history was taken, concentrating on the mechanism of assault. Injuries were documented both on a diagram and with photographs. An Expert Certificate for court was produced and was sent to local police along with any images taken. An examiner from the Forensic Medical Unit was available to appear in court as an Expert witness.

Two comparison groups were looked at, 3 years later, comprised of 56 DV complainants each who had documentable or obvious injuries as a result of their assault. One group had attended the FMU and the other group had attended either their General Practitioner or an Emergency Department. In 48% of the cases in which documentation had been performed by either a forensic nurse or doctor and where the defendant had initially pled not guilty, the defendant was later convicted at court. Conversely, there was a 30% conviction rate for those cases where documentation had been done by a non-forensically trained examiner. While forensic assessment cannot guarantee a positive outcome in court, for a DV complainant, it can assist with ensuring the



© Dr Bernard Marc

**Photo 4 : Lésion ecchymotique en forme /  
Ecchymotic shaped lesion.**

best quality documentation of the injuries sustained. [10]

### ENGLAND & WALES - DEFINITION AND STATISTICS

In England & Wales there has been a cross government definition of domestic violence and abuse since 2013:

*“Any incident or pattern of incidents of controlling, coercive, threatening behaviour, violence or abuse between those aged 16 or over who are, or have been, intimate partners or family members regardless of gender or sexuality.”*[11]

The abuse may be psychological, physical, sexual, financial, and emotional. Controlling behaviour was defined as a range of acts designed to make a person subordinate and/or dependent by isolating them from sources of support, exploiting their resources and capacities for personal gain, depriving them of the means needed for independence, resistance and escape, and regulating their everyday behaviour. Coercive behaviour is an act or a pattern of acts of assault, threats, humiliation and intimidation or other abuse that is used to harm, punish, or frighten their victim.

For the year ending March 2016 the Crime Survey for England and Wales (CSEW) [12] estimates that 2 million adults aged 16 to 59 experienced domestic abuse in the last year, equating to a prevalence rate of 6 in 100 adults. Women were more likely to say they have experienced domestic abuse than men, with an estimated 1.3 million female victims compared to 716,000 male victims, according to the survey (7.7% compared with 4.4%). Overall, 26% of women and 14% of men had experienced domestic abuse since the age of 16, equivalent to an estimated 4.3 million female victims and 2.2 million male victims.



## THE ROLE OF POLICE

Her Majesty's Inspectorate of Constabulary & Fire and Rescue Services (HMICFRS Previously HMIC) conducted an inspection on the police response to domestic abuse in 2014<sup>[13]</sup> and concluded that:

*'The overall police response to victims of domestic abuse is not good enough. Unacceptable failings in core policing activities, investigating crime, preventing crime, bringing offenders to justice and keeping victims safe are the principal reasons for this.'*

The HMIC made a number of recommendations for the police service and followed this up with a progress report in December 2015. They found that there had been improvements in the overall police response to victims of domestic violence. [14] In particular the police had started recording whether offences are domestic abuse related.

In the 12 months to March 2015, the police service in England and Wales received an average of over 100 calls an hour with domestic abuse related crime equating to 10% of all recorded crime and 33% of all recorded assault with injury crimes. [14]

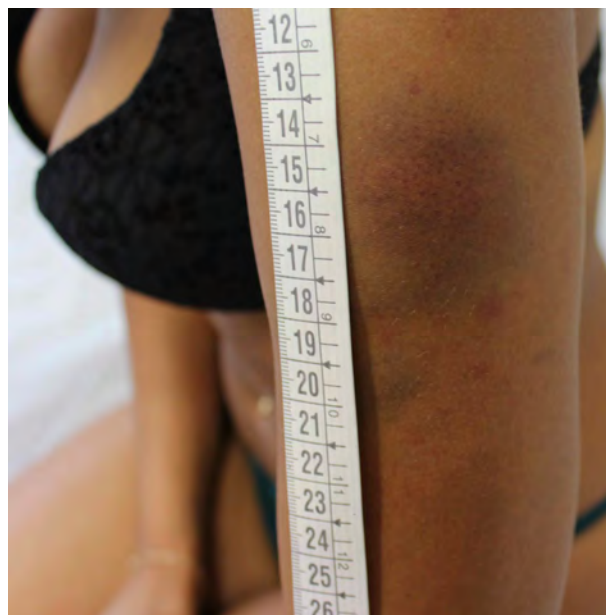
There was increasing usage of the THRIVE decision model (Threat, Harm, Risk, Investigation, Vulnerability and Engagement), which provides a structured assessment of calls to the police control room.

The Domestic Abuse, Stalking and Honour Based Violence (DASH 2009) Risk Identification, Assessment and Management Model was implemented across all police services in the UK from March 2009 (<http://www.dashriskchecklist.co.uk/>). This checklist is used by other agencies for identifying, managing and assessing risk.

The multi-agency risk assessment conference (MARAC) process is often led by the police. This is a local multiagency victim focused meeting where information is shared on the highest risk cases of domestic abuse between different agencies such as police, victim support agencies, probation, social services, housing and health services.



**Photo 5 : Suffusion conjonctivale /  
Hiperhemial conjunctivitis.**



**Photo 6 : Recueil de preuves lors de l'examen /  
Witnessing proof juring examination.**

## LEGAL CHANGES

A new offence of coercive or controlling behaviour against an intimate partner or family member came into force in 2015 under Section 76 of the *Serious Crime Act 2015*. Under civil legislation the *Family Law Act 1996* (as amended by Part 1 of the *Domestic Violence Crime and Victims Act 2004*) has two important orders – an occupation order which can be used to temporarily exclude an abuser from the home and surrounding area and a non-molestation order which prohibits an abuser from molesting another person they are associated with. The *Protection from Harassment Act* (as amended) include non-harassment and restraining orders. This Act was also amended in 2013 to introduce two explicit offences of stalking.

Domestic violence protection orders (DVPOs) were introduced in England and Wales in 2014 because of a perceived gap in providing protection to victims. Police often did not have the evidence immediately to charge the suspect and impose bail conditions and the granting of civil injunctions took time.

The Domestic Violence Protection Notice (DVPN) is an emergency non-molestation and eviction notice issued by the police with immediate effect. Within 48 hours of the DVPN being served on the perpetrator, an application for a DVPO may then be made by the police to the magistrates' court. A DVPO can prevent the perpetrator from returning to a residence and from having contact with the victim for up to 28 days. A recent review [15] of the DVPO was positive as it provides victims with the immediate protection from a violent and/or abusive situation.





**Photo 7 : Strangulation homicide VFF.**

© Dr Bernard Marc

The domestic violence disclosure scheme (DVDS) introduced in March 2014, gives individuals the “right to ask” the police to check whether a new or existing partner has a violent past. If the police find out that the individual may be at risk of domestic violence from their partner then they can disclose the information “right to know”. This is often referred to as “Clare’s law”, named after Clare Wood who was murdered in February 2009 by a man she had met on an internet dating site who had a history of violence.

## FORENSIC APPROACH

One of the original HMIC (2014) criticisms was the lack of collection of evidence by officers at the scene of domestic abuse incidents. There was an improvement noted in evidence gathering in the HMIC report in 2015 but there was also a lack of photographs if there were visible physical injuries. In the College of Policing Authorised Professional Practice, the official source of professional practice on policing, officers are advised to take photographs of victims’ and suspects’ injuries as soon as possible and book an appointment for professional forensic photographs. [16] Photographs by police or by health care practitioners can provide compelling evidence in court. [17] However there is no mention of the documenta-

tion and interpretation of injuries by a trained and experienced forensic practitioner to provide the best possible evidence. [18] Minor injuries not requiring hospital treatment are often significant. Forensically trained clinicians should be able to evaluate whether the injuries were accidental or intentional and whether the injuries match the victim’s statements. [19]

Forensic health care in the UK is now often provided by multidisciplinary teams of doctors, nurses, and paramedics, with the overall focus on healthcare in custody. Forensic aspects will be covered, such as the assessment of fitness to interview, forensic sampling, and documentation of injuries, but with varying degrees of skill dependent on the competency of the individual practitioner. Victims of sexual assault are taken to Sexual Assault Referral Centres (SARC) for a full assessment. Victims with physical injuries are not always able to access appropriately trained forensic practitioners.

## THE FUTURE

In recent years the Government have announced a number of positive steps for victims of domestic violence. [20] These have included increased funding for charities in 2015, in particular an early intervention

project “Sooner the Better”. The ratification of the Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, the “Istanbul Convention”, has received Royal Assent through the *Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence Act 2017*. Plans have also been announced to end direct cross examination of domestic violence victims by alleged perpetrators in the family courts in a forthcoming Courts Bill mentioned in the Queens’ Speech 2017.

For forensic practitioners, the publication of guidelines on photography with the intention of raising standards of HCPs in all fields who document injuries as part of their daily repertoire, along with approved training in photo documentation, is an excellent initiative to improve the evidence gathering in cases of IPV.

## CONCLUSIONS

There are definite similarities in the approaches of government to the public health menace of domestic violence in both jurisdictions. Forensic practitioners could, and should, play a role in improving evidence gathering in the documentation and interpretation of injuries sustained by victims of interpersonal violence. ■

## REFERENCES

- [1] NSW Ministry of Health - Domestic and Family Violence Blueprint for Reform 2016-2021 - August 2016.
- [2] Australian Bureau of Statistics (2013) Personal Safety, Australia 2012 Cat. No. 4906.0.
- [3] Webster, K. (2016) A preventable burden: Measuring and Addressing the prevalence and health impacts of intimate partner violence in Australian women: Key findings and future directions. (ANROWS (Australia’s National Research Organisation for Women’s Safety) Compass) – Research to policy and practice Issue 07 November 2016 <http://media.aomx.com/anrows.org.au/s3fs-public/28%2010%2016%20BOD%20Compass.pdf>
- [4] Australia’s National research Organisation for Women’s Safety (2015) Violence against women: Additional Analysis of the Australian bureau of Statistics’ Personal Safety Survey 2012. Horizons Research Report, October 2015.
- [5] NSW Bureau of Crime Statistics and Research Ref: kr17-15176.
- [6] Health Times Published 14/06/2017 [https://healthtimes.com.au/hub/public-health/50/news/aap/longterm-impact-of-domestic-violence-on-womens-health/2639/?utm\\_source=HealthTimes+Allied+Health&utm\\_campaign=ad47b65655-EMAIL\\_CAMPAIGN\\_2017\\_06\\_20&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_639f677229-ad47b65655-201785905](https://healthtimes.com.au/hub/public-health/50/news/aap/longterm-impact-of-domestic-violence-on-womens-health/2639/?utm_source=HealthTimes+Allied+Health&utm_campaign=ad47b65655-EMAIL_CAMPAIGN_2017_06_20&utm_medium=email&utm_term=0_639f677229-ad47b65655-201785905)
- [7] Trimboli, L. Legal service for defendants in Apprehended Domestic Violence Order (ADVO) proceedings: An evaluation. *Crime and Justice Bulletin* Number 174 November 2014.
- [8] Fife-Yeomans, Janet The Daily Telegraph April 22, 2016 <http://www.dailytelegraph.com.au/news/nsw/domestic-violence-victim-video-statements-having-a-positive-impact-on-conviction-rates/news-story/99a7165d95151b0652831c821e98aa6f>
- [9] <https://www.nsw.gov.au/news-and-events/news/repeat-domestic-violence-perpetrators-targeted/>
- [10] Nittis, Maria; Hughes, Rod; Gray, Cecile; Ashton, Mandy Domestic violence documentation project 2012 *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2013; 20: 683-689
- [11] [www.gov.uk/guidance/domestic-violence-and-abuse](http://www.gov.uk/guidance/domestic-violence-and-abuse)
- [12] <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/compendium/focusonviolentcrimeandsexualoffences/yearendingmarch2016>
- [13] HMIC. (2014) Everyone’s business: Improving the police response to domestic abuse. <https://www.justiceinspectorates.gov.uk/hmicfrs/wp-content/uploads/2014/04/improving-the-police-response-to-domestic-abuse.pdf> Accessed 25/08/2017.
- [14] HMIC. (2015) increasingly everyone’s business: A progress report on the police response to domestic abuse. <http://www.justiceinspectorates.gov.uk/hmicfrs/wp-content/uploads/increasingly-everyones-business-domestic-abuse-progress-report.pdf> Accessed 25/08/2017
- [15] Home Office. (2016) Domestic Violence Protection Orders (DVPO) One year on – Home Office assessment of national roll-out.
- [16] <https://www.app.college.police.uk/app-content/major-investigation-and-public-protection/domestic-abuse/first-response/#injury-photos> Accessed 22/08/2017
- [17] FFLM. (2017) PICS Working Group. Guidelines on photography. <https://fflm.ac.uk/wp-content/uploads/2017/06/PICS-Working-Group-Guidelines-on-Photography-Dr-Will-Anderson-May-2017.pdf> Accessed 22/08/2017
- [18] Stark MM. Rogers DJ. Howitt J. Domestic violence: do forensic physicians have a role? *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1997; 4: 59-63.
- [19] Reijnders ULJ, Ceelen M. 7208 Victims of domestic and public violence: an exploratory study based on the reports of assaulted individuals reporting to the police. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014; 24: 18-23.
- [20] Strickland P & Allen G. (2017) Domestic Violence in England and Wales. House of Commons Library Briefing Paper Number 6337 21 June 2017 <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06337> Accessed 25/08/2017

# LE PSYCHOTRAUMATISME DANS LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

## PSYCHOTRAUMATISM IN VIOLENCE AGAINST WOMEN

I. HANAFY\*, B. MARC\*, M. LECLÈRE\* & G. DIE\*

### RESUMÉ

Le traumatisme (physique ou psychologique) est un phénomène d'effraction de la psyché qui occasionne une mémoire traumatique. Cette dernière apparaît avec les (premiers) faits de violence, mettant la mémoire autobiographique – normale – en stand-by pendant quelques heures à quelques jours. Par la suite, jusqu'à ce que la victime fasse preuve de résilience, ces deux types de mémoire fonctionneront en parallèle. L'une en fonction de la réalité sociétale, l'autre à l'aune de tout ce qui peut rappeler, de près ou de loin, la ou les agressions subies. Le psychotraumatisme peut-être unique ou répété. Dans les violences chroniques, comme dans la maltraitance conjugale, cette mémoire traumatique, non seulement de ne pouvoir être traitée, va être entretenue et exacerbée – prise dans les filets d'une emprise, autrement dit, de violences psychologiques instillées de façon permanente et insidieuse.

Pour se défendre contre ce psychotraumatisme, la victime use de stratégies de répétition ou d'évitement, ou encore d'outils psychiques comme l'hypervigilance ou le stress, qui aident à supporter d'un côté, et facilitent l'apparition (ou entretiennent) les symptômes anxio-

dépressifs post-traumatiques, de l'autre. À l'heure où la violence est la première cause de morbidités et de mortalité dans le monde, il convient de mettre tout en œuvre pour prendre en charge, de façon judiciaire pour l'aspect répressif, et sanitaire, pour l'aspect préventif, les deux pôles de cette violence : l'auteur et la victime. D'abord, l'incapacité totale de travail devrait comprendre un volet psychologique pour évaluer les perturbations idoine. Ensuite, une obligation ou injonction de soins pour les premiers, et un repérage et une incitation de soins pour les secondes, permettraient de réduire la récurrence des uns et la survictimisation des autres.

### MOTS-CLÉS

Psychotraumatisme, Effraction, Mémoire traumatique, Violence, Emprise, Résilience, Maltraitance intrafamiliale, Evaluation médico-psychologique, Symptomatologie anxio-dépressive, Repérage, Obligation de soin, ITT.

### ABSTRACT

*Traumatism (whether physical or psychological) is a psyche-breaking in phenomenon that causes traumatic memory. That last comes with the (first) facts of violence, setting – normal – autobiographic memory on a standby mode from a few hours to several days. Subsequently, until the victim displays any resilience, those two types of memory function in a parallel way. One in terms of societal reality, the other in the light of anything that can*

\* Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France)

Mme Isis HANAFY  
Psychologue-victimologue UMJ, doctorante en neurosciences,  
Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ)  
Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)  
Site de Marne-la-Vallée  
2-4, cours de la Gondoire 77600 Jossigny, France  
ihanafy@ghcf.fr



remind, near or far, the suffered aggression(s). Psychotraumatism can be unique or repeated. In the case of chronic violence, as in marital abuse, this traumatic memory, not only untreatable, will be maintained and even enhanced – trapped in the web of a grip or, in other words, of psychological violence instilled in a permanent and insidious way.

In order to defend against that psychotrauma, the victim resorts to repetition or avoidance strategies or psychic tools like hypervigilance or stress, helping to endure on one side, facilitating the appearance (or maintenance) of post-traumatic anxiety-depressive symptoms on the other. At a time when violence is the first cause of morbidity and mortality in the world, every effort should be made to take charge, in a judiciary way for the repressive aspect, and sanitary for the preventive one, the two poles of that violence: abuser and victim. First, total incapacity for work should include a psychological component to evaluate suitable disorders. Then, an obligation or order of care for the former, spotting and care incentive for the last, would pave the way to reduce recidivism for some and overvictimization for others.

## KEYWORDS

*Psychotraumatism, Breaking in, Traumatic memory, Violence, Grip, Resilience, Intrafamilial abuse, Medico-psychological evaluation, Anxiety-depressive symptomatology, Spotting, Obligation of care, Total incapacity for work.*

## INTRODUCTION

Le Pr Louis Crocq, imminent spécialiste de la névrose traumatique a défini le traumatisme comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes, lié à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur. [1] Plus précisément, on peut qualifier le psychotraumatisme selon le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), comme les conséquences psychiques sur une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s). On distingue deux formes de psychotraumatismes : le type I quand l'événement est unique, et le type II quand il est répété ou durable. [2]

Les troubles psychotraumatiques sont ainsi issus d'une confrontation à une menace contre son inté-



© Dr Bernard Marc

**Photo 1 : Alopécie traumatique.**

grité physique (i.e. la mort) ou psychique (i.e. la néantisation face au non-sens et à l'impuissance). Ils sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (récemment découverts) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital intrinsèque cardiovasculaire et neurologique induit par une réponse émotionnelle (hormonale et neuronale) dépassée et non contrôlée par un psychisme en état de sidération. [3] Ces mécanismes s'apparentent à une disjonction du circuit émotionnel lors d'un survoltage par stress extrême, et sont à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et d'une anesthésie psychique et physique qui vont être responsables des symptômes psychotraumatiques et d'une souffrance psychique à part entière.

Les psychotraumatismes sont à l'origine d'une dissociation entraînant : 1) une anesthésie émotionnelle accompagnée de troubles de la conscience (e.g. sentiment d'irréalité, de dépersonnalisation) avec incapacité à intégrer la situation stressante d'un point de vue cérébral ; 2) une mémoire traumatique, qui devient un champ de mines pour la mémoire autobiographique, avec des réminiscences intrusives faisant revivre les violences avec une souffrance et une détresse peu ou prou identiques – suffisamment similaires pour que des rappels automatiques soient dès lors effectués, et 3) des conduites de contrôles et d'évitements (traduites notablement par une hypervigilance), ou des conduites à risques qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique. Les psychotraumatismes sont aussi à l'origine de perturbations cognitives, de troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité et de la personnalité. [3]

Il s'agit d'un problème de santé publique majeure ; la violence est la première cause de mortalité et de morbidité dans le monde. Celle-ci engendre fréquemment des troubles psychotraumatiques qui peuvent être graves : 58 % d'état de stress-post-traumatique chez les femmes victimes de violences conjugales / 24 %



chez l'ensemble des victimes de traumatismes [4], avec des chiffres encore plus importants quand des violences sexuelles sont présentes, et 60 % d'état de stress-post-traumatique chez les enfants témoins ou victimes directes de maltraitances intrafamiliales. Les troubles psychotraumatique peuvent également être responsables de nombreuses conduites paradoxales de la part des victimes (e.g. confusion, banalisation, tolérance, dépendance à l'agresseur, conduites à risques) ; ce qui rend la prise en charge difficile.

Connaître ces conséquences psychotraumatiques permet d'approfondir la compréhension des victimes et leurs comportements, de mieux les accueillir et conduire un entretien, tant au niveau de l'évaluation des conséquences des violences, qu'à celui des accompagnements, des aides, des conseils, des orientations et des traitements. Connaître les mécanismes psychotraumatologiques permet aussi de mieux comprendre les mécanismes de la violence, les stratégies des agresseurs, de mieux évaluer la dangerosité de certaines situations de violences, et *in fine*, d'améliorer la prévention des violences et de lutter efficacement contre celles-ci.

## LES VIOLENCES EN GÉNÉRAL...

Il existe de nombreux types de violences, volontaires et involontaires, dont les impacts à court et long termes sont de toutes natures et de toutes importances, notamment mortelles. Initialement se placent les violences naturelles, celles qui correspondent aux catastrophes idoine (tempêtes, inondations, tremblements de terre, etc.) et à l'agressivité animale. Les premières ne présentent aucune intention ou volonté de nuire. La seconde peut avoir la motivation ou volition de le faire à dessein protecteur ou nourricier ; dans leurs comportements dits instinctuels, les animaux obéissent simplement aux lois inexorables de la Nature.

Chez l'être humain, la conscience et les connaissances dont il est détenteur font de la violence volontaire qu'il exerce un outil de domination, de puissance, de pouvoir dont il usera en fonction de son éthique personnelle et des mœurs de la société dans laquelle il vit. Le terme violence vient du latin « *vis* » qui peut désigner l'emploi de la force sans égard à la légitimité (et



© Dr Bernard Marc

**Photo 2 : Automutilations suite agression.**



© Dr Bernard Marc

**Photo 3 : Juste après agression.**

à la légalité) de son usage. Cette force peut être physique ou psychologique, et causer des dommages jusqu'au décès, par destruction partielle (blessures et mémoire traumatique) ou totale. On dit que les violences sont intentionnelles, elles ont pour but de contraindre et de dégrader l'autre.

On note trois catégories principales de violences :

- ✓ les violences psychologiques (e.g., harcèlement, négligence) ;
- ✓ les violences physiques (e.g., négligence, maltraitance) ;
- ✓ les violences sexuelles (e.g., attouchements, viol).

[3, 5].

Il est à noter que l'une n'est jamais plus « importante » que l'autre ; il faudra en mesurer le degré selon la fréquence et l'intensité des agissements, pour établir un diagnostic clinique et un pronostic de retentissement psychologique. Toutefois, si la violence psychologique (donc entraînant nécessairement une restructuration de la personnalité) n'est pas nécessairement sexuelle (par exemple via la corruption de mineur qui visionnerait un film pornographique projeté par ses parents), l'inverse est vrai ; la violence sexuelle est inéluctablement physique, et cette dernière entraîne inévitablement une mémoire traumatique, autrement dit des séquelles sur la psyché d'actes qui ont été portés sur le corps. Ainsi, la violence sexuelle sera, elle, obligatoirement aussi psychologique.

Les violences physiques sont de natures différentes – les conflits guerriers en sont l'illustration paroxys-

tique. On distingue au sens de l'inventaire médico-légal les violences par armes naturelles (pieds, poings, coudes, genoux, etc.) qui sont la base des arts martiaux, les violences par armes par destination (bâton, chaise, outil, tesson de bouteille, etc.), les violences par armes blanches (couteau, rasoir, hache, machette, etc.) et les violences par armes à feu (auxquelles se rattachent les violences par explosifs). Toutes ces violences caractérisées par des lésions physiques différentes – et souvent pathognomoniques – ne sont pas exemptes de violences psychologiques associées, comme on le sait bien dans la pratique médico-judiciaire. [3, 6]

Les automutilations et le suicide (ou ses tentatives) sont des violences de soi-même envers soi-même, presque toujours associées à des violences psychologiques et souvent révélatrices de violences sexuelles à l'encontre de celle ou celui qui s'automutile.

Les violences routières, s'ajoutent à cette liste des violences d'autant que le conducteur fait prendre des risques à ses passagers ou à ceux qu'il rencontre, par une conduite enfreignant le code de la route ou sous l'influence de l'alcool et/ou des stupéfiants. Les séquelles physiques et psychiques et les invalidités qui en résultent figurent parmi les plus importantes.

En outre, les violences peuvent être passives, *i.e.* par omission (comme dans la négligence), ou actives, *i.e.* par commission (comme dans le braquage). Elles peuvent être directes, immédiates ou indirectes, médiates ou collatérales. Les violences peuvent également être uniques ou répétées, en ce sens, on préfère parler de maltraitance. Elles peuvent avoir lieu dans un contexte intrafamilial ou extrafamilial, toucher des mineurs ou des majeurs, du genre masculin, comme féminin. Elles peuvent intervenir dans tous les milieux sociaux, économiques, politiques, religieux, culturels, qu'ils soient urbains ou ruraux.

Notons cependant que les violences sont le plus souvent commises par des proches ; les auteurs sont fréquemment connus de la victime. D'ailleurs, force est de constater, aujourd'hui, en France, que les violences sont régulièrement méconnues, sous-estimées, non-identifiées, souvent banalisées, déniées ou tolérées – ou parfois, à l'extrême inverse, surexploitées. De plus, la grande majorité des violences reste tue. En outre, elles sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui sont toujours très peu formés.

## LES VIOLENCES EN PARTICULIER...

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. [7] Les maltraitances conjugales sont, pour les femmes et les enfants, qu'ils en soient témoins ou victimes directes, à l'origine d'importants traumatismes psychiques et de conséquences plus ou



moins graves et durables sur leur santé psychique et physique, sur leur vie personnelle, affective, sociale et professionnelle – pour les unes, et sur leur développement, sur leur scolarisation, leur socialisation et leur vie affective – pour les autres. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. 30 % de la gent féminine aurait subi des violences conjugales, et 38 % des homicides de femmes sont réalisés par leur partenaire intime ; en 2014, 148 sont ainsi décédées en France. [5]

La Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) nous rappelle que les violences conjugales affectent durablement et profondément la santé physique, mentale et génésique des victimes jusqu'à la dépression (symptômes anxio-dépressifs), la psycho-somatisation (maladies chroniques) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Elles constituent également un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche et augmentant de 17 % celui d'une naissance prématurée. En outre, les femmes ayant subi des violences au cours des douze derniers mois ont 26 fois plus de risques de faire une tentative de suicide. L'abus de substances psychoactives est une comorbidité souvent rencontrée. [7]

Attention cependant, les maltraitements conjugales ne concernent pas que les femmes. Les hommes en subissent également, même si la virilité dicte souvent de ne pas faire appel à la Justice, ou que cette dernière, rendue par des êtres humains, tombe dans le tabou de « l'homme battu » (physiquement comme psychiquement). L'avenir semble indiquer que les violences faites aux hommes seront un axe futur de préoccupation sanitaire et juridique. D'autre part, il faut distinguer les violences conjugales de la conjugopathie. Cette dernière engage la personnalité des deux partenaires intimes dont le mode de communication dans

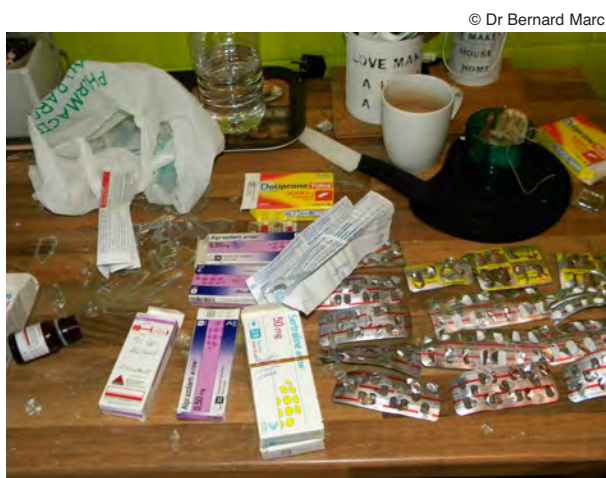
leur vie conjugale passe par des disputes fréquentes qu'ils assument tous les deux pour en être tantôt l'instigateur, tantôt le récepteur.

À l'instar de la maltraitance infantile, qui considère la répétition des violences infligées (fonction de la piété filiale naturelle, aliénante dans ce cas), [8, 9] les violences conjugales entraînent de la maltraitance conjugale (scellée par une emprise qui facilite la répétition des actes – elle-même fonction de la piété conjugale acquise). On parle alors de maltraitance parce qu'il y a une répétition et une diversification des actes de violences. Il en existe plusieurs types : 1) verbale (*e.g.* insultes, cris) ; 2) économique (*e.g.* inaccessibilité au compte joint, argent de poche) ; 3) relationnelle (*e.g.* séparation du cercle amical et/ou familial) ; 4) affective (*e.g.* rejets, moqueries) ; 5) psychologique (*e.g.* intimidations, menaces) ; 6) matérielle (*e.g.* coup de poing dans le mur, jet d'objet) ; 7) physique (*e.g.* coups et blessures) ; 8) sexuelle (*e.g.* rapports forcés, pratiques non-désirées).

La violence psychologique, à l'origine des intimidations, des rabaissements, des provocations, des humiliations, des comportements tyranniques, des rejets, des corruptions, des critiques, des injures, des réprimandes, etc., sans oublier les menaces, d'hospitalisation, de faire retirer les enfants, de divulguer des éléments de l'intimité, de coups et blessures, et de mort (cette dernière représentant désormais un chef d'accusation à part entière), est l'essence même de l'emprise conjugale que l'on rencontre presque toujours dans la maltraitance idoine. Elle constitue un faisceau de contraintes qui bloque une victime, annihilant sa propre identité, pour la fixer à un assujettissement dont elle peinera toujours plus à sortir, d'autant qu'elle a d'abord éprouvé des sentiments amoureux, donnant lieu à la dépendance affective non pathologique de base. [10]

Il faut apprendre à repérer, dépister ces maltraitements de façon à prévenir la (sur)victimisation, et en traiter, soigner les auteurs afin d'éviter la récurrence. En France, des réponses sociales, sanitaires et juridiques sont délivrées aux victimes, et des obligations (ou injonctions) de soins sont ordonnées aux infracteurs. De nouvelles actions pour améliorer la prise en charge spécifique des unes et des autres sont menées chaque année depuis quelque temps. C'est parallèlement à cette thématique que l'intérêt pour la violence psychologique a vu le jour ces dernières années – faisant notamment entrer le harcèlement dans le Code Pénal en 2015. [11]

Notons qu'en France, après être sorti d'un plan quinquennal interministériel en 2016 au sujet des violences faites aux femmes, nous entrons cette année dans une mesure similaire traitant de manière plus globale la violence intrafamiliale, avec un zoom particulier réalisé sur les enfants des couples dans lesquels règne la maltraitance, victimes collatérales, directes et/ou indirectes.



© Dr Bernard Marc

**Photo 4 : Risque suicidaire et dépression réactionnelle.**



## LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE...

La mémoire traumatique, ou sidération neurobiologique du traumatisme psychologique, est rencontrée dans tous les types de violences (sexuelles, physiques et psychologiques), de façon plus ou moins importante, et peu ou prou ancrée. Lorsque les violences sont répétées depuis un certain temps et/ou avec une certaine force (*Cf.* psychotraumatisme de type II), cette mémoire traumatique tend à se confondre avec la mémoire autobiographique, chaque épisode de vie entraînant régulièrement un ou plusieurs éléments offrant similarité avec la situation traumatogène généralement rencontrée. [3]

En situation de stress lié à un élément traumatogène effractant, et donc sidérant, le système nerveux central (SNC) engage la sécrétion de cortisol et d'adrénaline. À forte dose, présentant un risque léthal, ces hormones provoquent une disjonction cérébrale. Celle-ci verrouille les amygdales, responsables de l'échange avec le système limbique (pôle de la mémoire et des émotions), et produit de l'endorphine et de la kétamine-like, ce qui entraîne une analgésie physique et émotionnelle. On perçoit, mais on ne sent plus, ni ne traite, la douleur et la peur, éprouvant des distorsions spatio-temporelles jusqu'au sentiment d'étrangeté, d'irréalité, voire de dépersonnalisation. La réponse émotionnelle ainsi piégée, non traitée, non intégrée, correspond à la mémoire traumatique, et explique les dissociations péri-traumatiques (qui calment l'état de détresse). [1, 3]

Quand le SNC redémarre normalement (celui-ci peut prendre jusqu'à sept jours), la mémoire traumatique reste, sorte de machine à remonter le temps qui fera revivre au moindre lien, à l'identique, tout ou partie, des événements vécus, parallèlement à la mémoire explicite narrative et autobiographique normale. C'est pour se faciliter la vie qui est devenue un terrain miné, que les victimes mettent en place des stratégies d'adaptation. Elles peuvent être d'évitement ou de dissociation (de façon à retrouver chroniquement l'anesthésie psychique susmentionnée), causes et / ou conséquences sur le long terme, de troubles anxio-dépressifs, de troubles identitaires, voire de troubles de la personnalité. [2, 3]

## LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES

Les violences sont des atteintes à l'intégrité psychique et physique des victimes, à leur dignité et à leur droit de vivre en sécurité. Elles ont de graves conséquences sur la santé de celui ou celle qui en est victime. Le psychotraumatisme est une réponse universelle, normale et proportionnelle aux violences, avec une atteinte neurologique qui est réversible au moyen de traitements, avant tout, psychothérapeutiques.



© Dr Bernard Marc

**Photo 5 : Ecchymoses par objet contondant.**

À côté des conséquences traumatologiques directes des violences physiques (avec une femme tuée par son (ex)partenaire tous les trois jours en moyenne, en France), les conséquences sur la santé mentale et physique des victimes de violences sont directement liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères qui peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, avec des répercussions sur leur santé pouvant représenter un risque vital (e.g. suicide, accidents, conséquences de conduites à risques et addictives, maladies liés aux stress). [5, 7]

Voici une liste des divers troubles post-traumatiques que l'on peut rencontrer :

- 1) Les altérations cognitivo-émotionnelles sont en rapport avec les fonctions instrumentales (e.g. attention, concentration), avec des répercussions sur l'efficacité intellectuelle, les processus mnésiques (amnésie antérograde, rétrograde, dysmnésie, hypermnésie), le langage (dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dysgraphie), le développement moteur et/ou des fonctions visio-spatiales (dyspraxie), celui des activités numériques (dyscalculie), et la perception par chaque sens (dysgnosie). Elles sont également en rapport avec les fonctions exécutives (e.g. insight, introspection), avec des perturbations du raisonnement, de la pensée abstraite, de l'organisation, de la planification, de la prise de décision, de l'orientation, aboutissant à de l'hypo ou hyperactivité – de la brady ou tachypsychie.

- 2) Les troubles psychiques et relationnels sont représentés par les éléments anxio-dépressifs classiques, et donc par une détresse cliniquement significative (en lien direct avec l'effroi ressenti au moment du traumatisme, c'est-à-dire de l'effraction psychique par néantisation), une tristesse pathologique (*i.e.* une envie irrépressible de pleurer), du stress (élément neurobiologique), de l'anxiété (*i.e.* une crainte liée à l'intuition), de l'anxiété (*i.e.* une peur liée aux éléments du monde extérieur), des sentiments d'inquiétude, d'insécurité, de peur des représailles, de l'amotivation, de l'anhédonie, un repli sur soi qui peut engendrer un isolement social.

Ils donnent également lieu aux symptômes suivants : fébrilité, apragmatisme, asthénie, psychique généralisée, apathie, hypersensibilité, hyper-susceptibilité, hypervigilance, ruminations, irritabilité ou déprime, réminiscences, images intrusives jusqu'à la reviviscence de tout ou partie de l'évènement traumatique, baisse de l'élan vital, passivité, soumission (*Cf.* survictimisation), et perte d'intérêt, fléchissement dans les activités (scolaires, professionnelles, de type loisir) ou surinvestissement (*Cf.* *burn-out*).



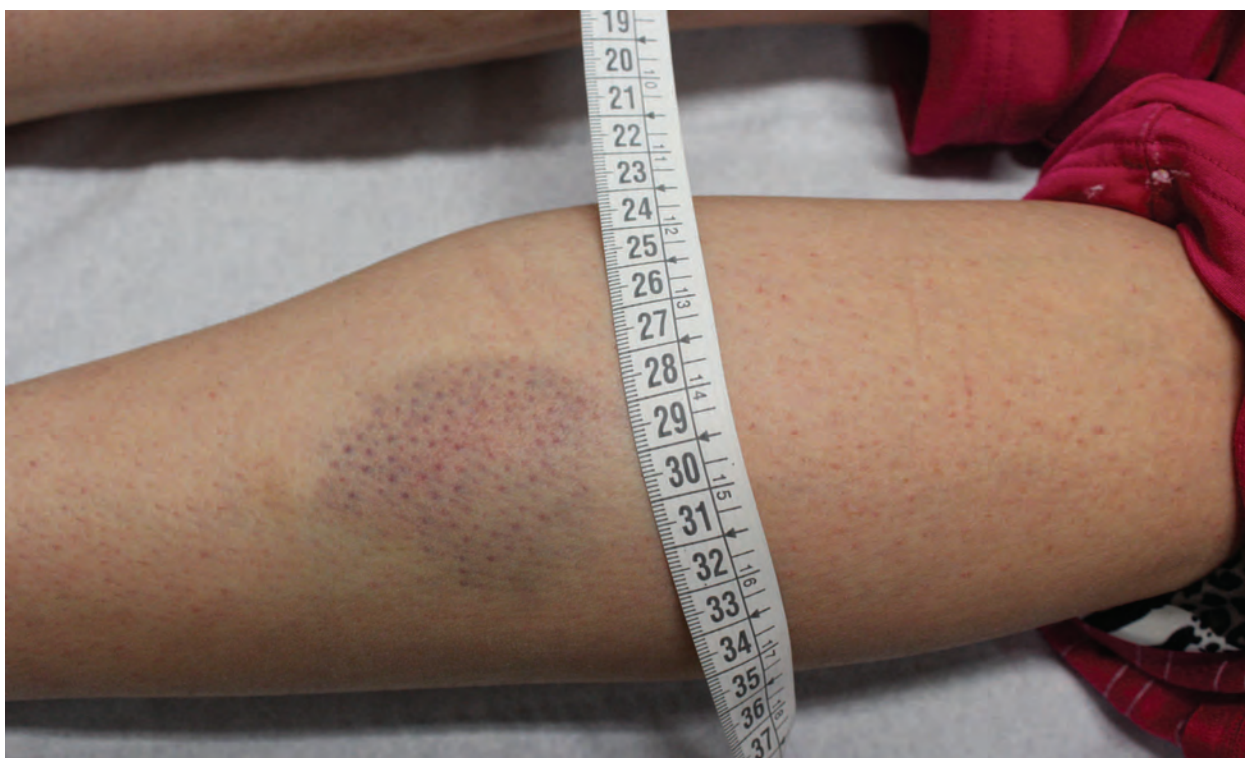
© Dr Bernard Marc

**Photo 6 : Violences par armes blanche tentative homicide.**

Ce sont des troubles qui entraînent des sentiments d'incompréhension, d'impuissance, d'échec, de honte (déstructurant, générateur de failles narcissiques), de culpabilité (désocialisant, producteur de difficultés relationnelles), de responsabilité (de la victimisation actuelle, de l'éclatement familial secondaire, de l'emprisonnement de l'agresseur), non sans lien avec l'emprise, l'aliénation, l'influçabilité, la fragilité ou la vulnérabilité que présentera le sujet. Ils s'accompagnent d'atteintes de l'estime de soi (dépréciation), de la confiance en soi (inhibition) et de l'affirmation de soi (dépression), jusqu'à former des perturbations de la personnalité, dans son identité, et *de facto*, un faux-self (*i.e.* une adaptation de soi aux désirs d'autrui).

- 3) Les perturbations physiologiques concernent la Santé mentale d'une manière générale, y compris les addictions, les idéations, les velléités ou les raptus suicidaires, les automutilations (ou scarifications) et tentatives de suicide, et tout ce qui se rapporte à la fatigabilité. Elles altèrent le sommeil, l'alimentation, le cycle menstruel, la digestion, en même temps qu'elles définissent les troubles neurovégétatifs, d'ordre vagotonique : bradycardie, syncope, myosis, hypersalivation, hypersudation, constipation, etc., comme d'ordre sympathicotonique : tachycardie, tétanie, mydriase, amaigrissement, sécheresse de la peau et des muqueuses, etc.
- 4) Les affections psychosomatiques – en lien avec les cicatrises psychiques – les plus couramment rencontrées sont les suivantes : urticaire, psoriasis, eczéma, sensations d'engourdissements et/ou de fourmillements, palpitations, arythmie, céphalées, migraines, lombalgies, douleurs abdominales et / ou pelviennes, vertiges, nausées, diarrhées, vomissements, etc.
- 5) Les troubles de la sphère affectivo-sexuelle touchent d'abord l'image de soi – avec l'impression d'avoir été sali(e), bafoué(e) – qui entraîne un dégoût, puis un rejet de son corps, une difficulté avec son schéma corporel et une ambivalence avec sa corporéité, qui perturberont ou rejetteront la sexualité (ou présexualité si on se situe autour de l'adolescence), et seront accompagnés de difficultés à entrevoir un avenir en la matière (*Cf.* dyspareunie, dysfonction érectile), de masturbations excessives et de préoccupations à thème sexuel envahissant, ou de pudeur exagérée. Chez les enfants, on notera la persistance ou la réapparition de l'énurésie et l'encoprésie.

Si les violences entraînent de nombreux troubles post-traumatiques, les maltraitances génèrent d'autant plus de dégâts qu'elles sont subséquentes à une emprise, autrement dit une empreinte modelée au fil du temps, sur la personnalité de la victime, qu'elle soit en structuration comme c'est le cas dans la maltraitance infantile, ou déjà structurée (plus ou moins correctement)



© Dr Bernard Marc

**Photo 7 : Ecchymose récente coup de pied sur mollet.**

comme c'est le cas dans la maltraitance conjugale. [17]

### CONCLUSION : DES EXPLICATIONS UTILES À L'ACTION PÉNALE ET À LA PRÉVENTION

Actuellement, il est proposé l'hypothèse selon laquelle les auteurs de violence conjugale ont connu de la dys-traitance infantile, autrement dit, des apports affectivo-éducatifs qui ont été fournis en « trop plein » (enfant roi qui évoluera vers une intolérance à la frustration et tous les méfaits qu'on lui connaît adulte, tels que l'impulsivité, l'instabilité, l'insatisfaction, l'intolérance, ou encore l'immaturité), ou en « trop vide » (on parle alors de carences affectivo-éducatives, génératrices de failles narcissiques qu'il va falloir combler à tout prix). De cette dystraitance, le sujet évolue avec des besoins nouveaux, « hors-normes », auxquels il tente de répondre avec ce que le « dans-la-norme » lui propose. Cela crée une dissonance collective, sociétale qui aboutit au couple auteur-victime, scellé par l'agressivité. Aider un auteur donnera lieu à la reconnaissance des faits qu'il a commis, celle du vécu de la victime et celle de la Loi, parallèlement à toutes effectuations des recâblages psychiques nécessaires (avec les cadres, limites, repères et références appropriés) afin de prévenir la récidive.

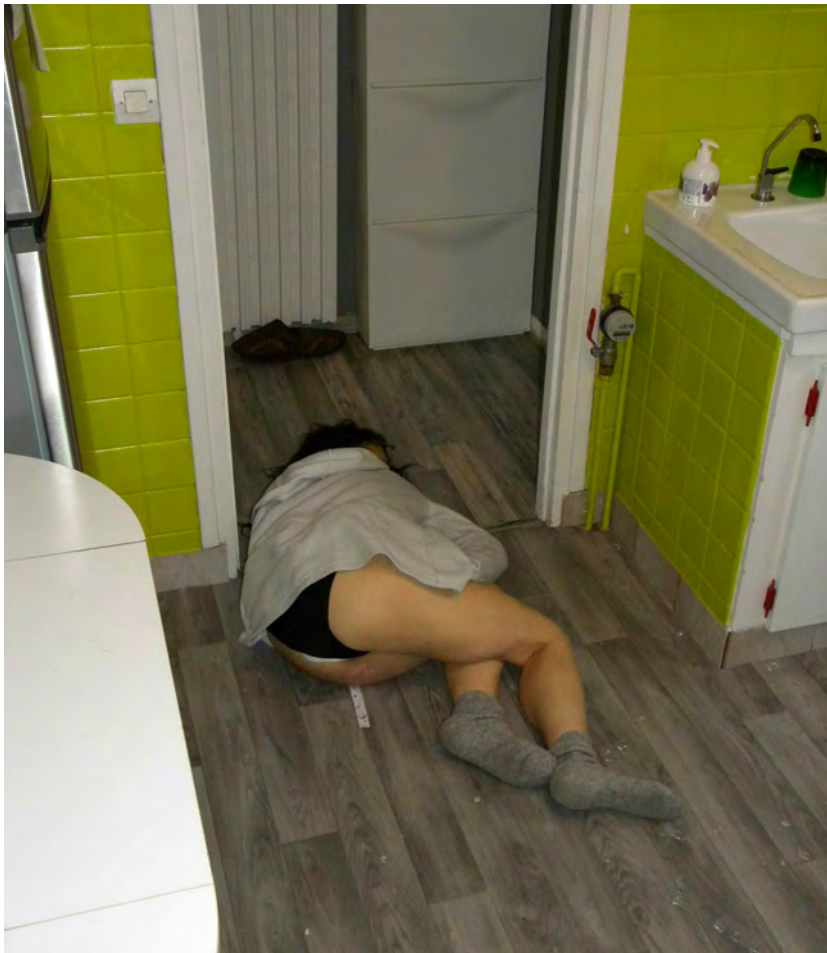
En ce qui concerne les victimes, les protéger consiste dans un premier temps à les faire quitter le lieu de la commission des infractions, autrement dit leur lieu

de vie, et les éloigner de l'auteur, autrement dit leur partenaire intime, qui sera assigné en Justice dans un second temps (avec ou sans l'accord de la victime si le Procureur, représentant l'action publique au sens pénal, décide de le poursuivre). Il faut les accompagner dans cette double démarche peu aisée devant lui donner l'opportunité *in fine*, d'effacer symboliquement cette partie de vie pour en entamer une autre propice à la réappropriation de soi, *i.e.* une reconnexion à son identité propre. L'appareil judiciaire facilitera cette étape en ordonnant une interdiction d'entrer en contact de celui ou celle qui l'en a dépossédé.

La prise en compte du retentissement psychologique dans la détermination d'une durée d'incapacité Totale de Travail (ITT) apparaît dès lors indispensable. [12, 13] Celle-ci repose sur les critères cliniques (signes et facteurs de risque) susmentionnés au niveau de la sphère psychotraumatique et ses répercussions fonctionnelles (psycho-somatiques).

Pour rappel, les arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation des 22 novembre 1982, 30 juin 1999 et 6 février 2001 définissent l'incapacité totale de travail ; celui de 1982 précise que « l'ITT n'implique pas l'amputation totale de toute la capacité de l'individu » mais qu'elle concerne « l'amputation de la capacité totale qu'avait l'individu avant le fait traumatique ». Elle correspond en somme à la période d'indisponibilité pendant laquelle – pour des raisons en relation directe, certaine avec le fait générateur – l'intéressé ne peut plus exercer les actes essentiels de la vie courante sans pour autant les interdire. [12]





© Dr Bernard Marc

**Photo 8 : Suicide réactionnel à VFF.**

Dès 2002, l'OMS parle de « dommage psychologique ». [14] En France, la loi du 9 juillet 2010 a introduit le délit de violences psychologique dans le Code Pénal. [15], faisant de la composante psychologique une composante inhérente aux faits de violence, pénalement reconnue. En octobre 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations qui consacrent une importance égale à l'évaluation des troubles somatiques et psychiques. [16] Tout récemment, à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes, Emmanuel Macron a notifié la création d'un délit « d'outrage sexiste » pour punir le « harcèlement de rue ». De plus, pour favoriser les plaintes, le Président de la République a également annoncé « un signalement en ligne pour les victimes de violence, harcèlement ou discrimination » et la possibilité de porter plainte dans les lieux de prise en charge, y compris les hôpitaux. L'accent sur l'aspect psychologique des violences n'est plus à démontrer.

Principalement, l'hypervigilance, les syndromes de répétition et d'évitement et l'état de stress post-traumatique ont été reconnu comme pathognomonique d'une ITT supérieure à 8 jours. On peut secondairement regarder les facteurs prédictifs de l'ESPT et ses formes subsyndromiques, la sémiologie anxio-dépres-

sive, ainsi que la nature, la gravité, la durée et la fréquence des violences, déterminent la survenue de complications – comme les facteurs dits protecteurs (e.g. le soutien socio-familial dont peut bénéficier la victime). Une attention particulière devra être portée aux violences chroniques, caractérisées par une succession de faits dont les retentissements ne peuvent pas tous être évalués en même temps, et pouvant donner lieu à des durées d'ITT exceptionnellement longues qui pourraient porter à controverses. Il conviendra dès lors de ne pas préjuger d'une durée d'évolution ou d'une imputabilité à certains faits de violences en particulier. [13]

L'ITT est nécessaire au magistrat pour quantifier les violences au sens pénal. Très majoritairement, elle est physique, déterminée par le médecin légiste au sein d'une UMJ (ou par tout autre praticien). De plus en plus la nécessité de fixer une ITT correspondant à l'incapacité psychologique à réaliser les gestes de la vie courante (en lien avec une symptomatologie anxieuse post-traumatique avérée).

La fixation d'une ITT psychologique pourrait suivre le même schéma :

- ✓ 0 jour quand le retentissement psychologique est inexistant (n'occasionnant aucune symptomatologie spécifique) ;

- ✓ inférieure à 8 jours quand il est estimé de courte durée (symptomatologie anxio-dépressive légère tel que le syndrome d'évitement) ;
- ✓ supérieure à 8 jours quand il est évalué de moyenne durée (symptomatologie anxio-dépressive lourde tel que le syndrome de dissociation) ;
- ✓ supérieure à 30 jours quand il est considéré comme important jusqu'au PTSD.

Enfin, au-delà de 8 jours d'ITT évalués, il semble pertinent de solliciter une évaluation complémentaire, qu'il s'agisse d'un examen médico-psychologique (psychiatrique) ou d'une seconde appréciation psychologique ; au même titre que les lésions physiques d'une victime suffisamment importantes nécessitent une réévaluation de l'ITT à distance du premier examen médico-légal. C'est ce que prévoit le Code de procédure pénale lorsqu'il évoque la détermination médicale de l'ITT. [12]

## RÉFÉRENCES

- [1] CROCQ L. et al. (2014) *Traumatismes psychologiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier Masson.
- [2] CROCQ L. (2012) *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- [3] HANAFY I, MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Paris : In Press éditions.
- [4] ASTIN MC, OGLAND-HAND SM, COLEMAN EM, FOY DS. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995, 63(2) : 308-312.
- [5] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014. [http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_lettre\\_de\\_l\\_Observatoire\\_national\\_des\\_violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_no4\\_-\\_nov\\_2014-2.pdf](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf) (consulté le 27 novembre 2017)
- [6] G. DIE., I. HANAFY, B. MARC. Typologie et conséquences psychologiques des violences. *J. Med. Leg.* 2016, 59 : 73-83.
- [7] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 6, mai 2015. [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre\\_ONVF\\_-\\_no\\_6\\_-\\_mai\\_2015\\_-\\_violences\\_et\\_sante.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf) (consulté le 31 août 2017)
- [8] MARC B., HANAFY I. (2016) *Children : Physical abuse*. In: Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2<sup>nd</sup> edition, Vol. 1, pp. 513-527. Oxford: Elsevier.
- [9] MARC B., HANAFY I. (2016) *Children : Neglect*. In: Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2<sup>nd</sup> edition, Vol. 1, pp. 482-490. Oxford: Elsevier.
- [10] HANAFY I, MARC B. Emprises des êtres, meurtrissures des âmes : de l'identification à l'appropriation. Analyse médico-psychocriminologique de violences contemporaines *Ethics, Medicine and Public Health* 2017, 3, 74-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.019>
- [11] Code pénal. Article 222-33-2-2 (Loi n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 41). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029334247&cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [12] HANAFY I., MARC B., DIE G., MARTINEZ M, MAHE V., DUPIC E. Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire et l'Incapacité Totale de Travail (ITT) d'un point de vue psychologique. *J. Int. Victimol.* N°33, 2016. <http://www.jidv.com/index.php/parnumero/536-jidv-n-33> (consulté le 27 novembre 2017).
- [13] HUCK A. « *La détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers.* » Thèse de médecine, 2014, Faculté de médecine d'Angers.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé. KRUG E.G., DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A., LOZANO-ASCENCIO R. (eds). Rapport mondial sur la violence et la santé. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf) (consulté le 27 novembre 2017)
- [15] LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JORF n°0158 du 10 juillet 2010 page 12762. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=C62BE7BF1C6453E6AEE6910188711BDD.tplgfr41s\\_3?cidTexte=JORFTEXT000022454032&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000022453922](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=C62BE7BF1C6453E6AEE6910188711BDD.tplgfr41s_3?cidTexte=JORFTEXT000022454032&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000022453922) (consulté le 27 novembre 2017).
- [16] Haute Autorité de Santé : recommandations pour la pratique clinique : certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Octobre 2011. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat\\_medical\\_initial\\_concernant\\_une\\_personne\\_victime\\_de\\_violences\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf) (consulté le 27 novembre 2017).
- [17] Commission européenne. *La violence de genre. Eurobaromètre spécial 449 – Vague EB85.3 – TNS opinion & social*. Novembre 2016. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/.../75840>. Consulté le 23 juillet 2017.

# VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : LES CHIFFRES ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS UN DÉPARTEMENT D'ILE DE FRANCE

## *VIOLENCE AGAINST WOMEN: FIGURES AND PREVENTION INITIATIVES IN A DEPARTMENT THE PARIS SURROUNDING AREA*

Paul VITANI\*, Danielle RICARD\*\*, Aude REDOLFI\*\*, Ines AYAD\*\*

### RÉSUMÉ

Les problématiques portant sur les droits des femmes et l'égalité femmes-hommes touchent à toutes les dimensions de notre société.

En conséquence, elles engagent tous ses acteurs qui doivent travailler en réseau avec toutes les parties prenantes, qu'elles soient institutionnelles, associatives, du monde de l'entreprise ou qu'elles relèvent de chaque individu.

Le délégué départemental aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes (DDDFE) est en charge de la conduite et de la coordination départementale de la politique interministérielle des droits des femmes et de l'égalité. Le DDDFE et son équipe constituent un maillon nécessaire à la réussite des réseaux départementaux contre les violences faites aux femmes. Il exerce une mission de veille, d'expertise, d'ingénierie, d'animation et de coordination des acteurs départementaux (institutions, collectivités terri-

toriales, associations, entreprises...). La variété des actions déclinées en Seine et Marne, département de la grande couronne parisienne est décrite dans cet article.

### MOTS-CLÉS

Violences faites aux femmes, Egalité hommes-femmes, Violence de genre, Seine-et-Marne, Délégué départemental, Action publique, Réseau.

### ABSTRACT

*Problems concerning the rights of the women and the equality women-men touch all the dimensions of our society. Accordingly, they commit all their actors who have to work in network with all the stakeholders, that they are institutional, associative, of the business world or that they are of every individual. The departmental delegate in the rights of the women and in the equality between the women and the men (DDDFE) handles the conduct and the departmental coordination of the interministerial policy of the rights of the women and the equality. The DDDFE and his/her team constitute a link necessary for the success of the departmental networks against violence*

\* Délégué départemental aux droits des femmes et à l'égalité  
Direction départementale de la cohésion sociale  
20, quai Hippolyte Rossignol, 77000 Melun, France.  
paul-vitani@seine-et-marne.gouv.fr

\*\* Direction départementale de la cohésion sociale,  
20, quai Hippolyte Rossignol, 77000 Melun, France.



*against women. He/She exercises a monitoring mission, of expertise, engineering, animation and coordination of the departmental actors (institutions, territorial communities, associations, companies). The variety of the actions declined in Seine et Marne, department of the big Parisian crown is described in this article.*

## KEYWORDS

*Violence against women, Gender equality, Gender violence, Seine-et-Marne, Departmental delegate, Public action, Network.*

## VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : LE RÔLE DE LA DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE AUX DROITS DES FEMMES

Le délégué départemental aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes (DDDFE) est en charge de la conduite et de la coordination départementale de la politique interministérielle des droits des femmes et de l'égalité. [1]

A ce titre, il exerce une mission de veille, d'expertise, d'ingénierie, d'animation et de coordination des acteurs départementaux (institutions, collectivités territoriales, associations, entreprises...)

Intégré au sein de la DDCS (direction départementale de la cohésion sociale), il dispose d'une autonomie dans la gestion des liens avec les partenaires, notamment la préfecture, les autres services de l'Etat, les collectivités, les associations et les entreprises.

Avec une collaboratrice et une jeune service civique ; toutes deux indispensables pour mener à bien les missions afférentes ; ils constituent la délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

A noter que seulement deux hommes sont actuellement DDDFE sur le territoire national.

Arrivé sur le poste le 1<sup>er</sup> février 2017, le DDDFE 77 s'est efforcé d'établir un diagnostic de la situation dans le département, avant de déterminer des objectifs, que le préfet a approuvés.

## I. QUELQUES ACTIONS SYMBOLIQUES DE 2016

### 1. En matière d'égalité femmes – hommes [2]

Du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 30 septembre 2016, le programme d'aide pour les primo-arrivantes du CIDFF (centre d'information sur le droit des femmes et des familles) et le FAMI (fonds asile migration intégration) ont permis :

- ✓ De former des professionnels de l'OFII (office français de l'immigration et de l'intégration) aux violences faites aux femmes migrantes,
- ✓ La mise en place de permanences psychologiques et juridique au profit d'une cinquantaine de femmes primo arrivantes et d'accompagnement vers l'emploi pour autant de femmes,
- ✓ L'installation de 9 ateliers de sensibilisation pour 64 primo accédantes « égalité femmes hommes, respect et dignité » à Melun, Montereau-Fault-Yonne, Lognes, Torcy et Meaux,
- ✓ 2 interventions sur les femmes migrantes et violences sexistes (aspects juridiques et psychologiques) auprès d'une trentaine de travailleurs sociaux.

En 2016 aussi, l'éducation et la formation à la mixité des métiers se sont poursuivies dans le cadre de journées portes ouvertes, de la semaine de l'industrie et de partenariats avec les CFA (centres de formation pour apprentis) et les entreprises.

Dans le cadre du schéma départemental aux familles, les modes d'accueil des jeunes en enfants pour favoriser l'emploi des femmes des quartiers se sont développés avec la CAF (caisse d'allocations familiales) et le conseil départemental.

Par ailleurs, à partir du déjeuner organisé le 8 mars 2016 par le préfet, une formation des professionnels ; directeurs de structure et animateurs d'accueils collectifs de mineurs ; a été organisée en septembre 2016 en faveur de l'égalité et de la mixité filles-garçons.

## 2. Concernant les violences faites aux femmes

Le 4<sup>e</sup> plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes s'est achevé en 2016. [3]

Pour la Seine-et-Marne, le nombre de plaintes pour violences conjugales reste autour de 2 000, dont environ 2/3 constatées par la police et 1/3 par la gendarmerie.

Il n'y aucune main courante : suite aux instructions du ministère de la Justice, les infractions liées aux violences faites aux femmes doivent faire obligatoirement l'objet d'un procès-verbal.

Plusieurs intervenants sociaux en commissariat de police et en brigade de gendarmerie, ont continué d'assister les victimes dans leurs démarches.

Ces professionnels sont mis à disposition par plusieurs associations (Croix-Rouge, Espoir, CIDFF).

Si la prise en charge des femmes victimes de violence est assurée dans des établissements spécialisés (ainsi que dans des CHRS généralistes), ces publics mis à l'abri à l'hôtel bénéficient aussi d'une prise en charge adaptée : chaque femme faisant appel au 115 de Seine-et-Marne se voit proposer une mise à l'abri à l'hôtel.

Chaque mise à l'abri est suivie d'une évaluation sociale transmise au SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) et d'un accompagnement social spécifique.

Cette évaluation et cet accompagnement sont assurés par deux associations spécialisées :

- ✓ Solidarités Femmes le Relais 77 sur le sud seine-et-marnais, avec 144 places, dont 67 d'urgence et 74 d'insertion,
- ✓ SOS Femmes 77 dans le nord avec 93 places, dont 49 d'urgence et 33 d'insertion,

Le nombre de 106 places supplémentaires a augmenté de 81% par rapport à 2012.

55 places d'hébergement d'urgence «alternatives à l'hôtel» ont aussi été créées en 2015 et 2016 pour ce public.

Le relogement des femmes dans le parc social est aussi en progression : de 0 en 2013 à près d'une centaine en 2016.

Concernant le téléphone grave danger (TGD) [4], 17 demandes d'évaluation ont été demandées par la Procureure de la République à Meaux.

Elles ont abouti à 12 signalements à l'audience, 3 par avocat et 2 par la police ou la gendarmerie.

Au total, 9 femmes en ont bénéficié.

Le TGD n'est attribué que si une interdiction de contact a été prononcée.

La communication entre magistrats (juges aux affaires familiales ou aux enfants et ceux d'application des peines), comme avec l'association SOS femmes 77 ; financée par l'Etat (budgets opérationnels de programme 117, 137 et FIPDR – fonds interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation) fonctionne très bien.

Après le conseil départemental, le conseil régional financera l'attribution de nouveaux téléphones à compter de 2017.

Par ailleurs, 98 ordonnances de protection ont été rendues depuis 2013, dont une vingtaine en 2016.

Ce dispositif permet d'éloigner le conjoint de la femme menacée.

Il est activé par le juge aux affaires familiales.

Le 20 octobre 2015, mesure un protocole relatif à l'accompagnement des enfants exposés aux violences conjugales a été signé entre le parquet de Melun l'Etat et l'association Solidarité femmes le Relais 77. [5]

Dans ce cadre, le commissariat de police met en lien les enfants avec l'association.

## II. MALGRÉ CES ACTIONS, CERTAINS CONSTATS RESTENT ALARMANTS

Chaque année, 223 000 femmes sont victimes de violences conjugales, 84 000 sont victimes de viol ou de tentative de viol. [6]

Trop peu d'entre elles déposent plainte.

En 2015, 122 femmes sont décédées sous les coups de leur compagnon ou ex-compagnon.

En Seine-et-Marne, 2 femmes sont décédées en 2016 pour des raisons identiques.



© Dr Bernard Marc

Photo 1 : Ecchymoses sur seins.

Les femmes les plus vulnérables sont particulièrement concernées.

C'est le cas de 80 % des femmes en situation de handicap.

La persistance de ces violences est intolérable, non seulement parce qu'elles bafouent les droits et la dignité des femmes, mais aussi parce qu'elles sont le premier obstacle à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Ces constats, hélas non exhaustifs, appellent un engagement sans relâche de toutes et tous.

## III. LES OBJECTIFS

Ils sont issus notamment des instructions ministérielles et régionales, ainsi que des entretiens effectués avec les différents interlocuteurs du niveau départemental.

### 1. Développer la mixité et l'égalité entre les filles et les garçons, entre les femmes et les hommes et agir en faveur de l'égalité femmes hommes (à tous les niveaux de responsabilité)

- ✓ Dans la fonction publique (en interne comme vis-à-vis des usagers). A titre d'exemple, différentes circulaires imposent de veiller à l'égal accès aux postes à responsabilité comme à l'usage de la représentation équitable du féminin ou du masculin ou de la neutralité des genres dans la rédaction des documents administratifs. En lien avec les autres services de l'Etat, comme avec les diverses collectivités territoriales, le DDFE veille à leur bonne application.
- ✓ Dans l'entreprise, les promotions de femmes doivent tout autant être encouragées, en lien avec les représentants patronaux et syndicaux,
- ✓ En matière d'emploi, avec l'UD DIRECCTE (unité départementale de la direction régionale de

- la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), les SIAE (services d'insertion par l'activité économique), les missions locales, les chambres consulaires, les entreprises,
- ✓ Dans le sport et les activités culturelles, deux moyens de reconstruction et d'épanouissement pour les femmes fragilisées, et deux vecteurs d'accès aux responsabilités,
- ✓ Par l'accès aux droits (IVG, contraception, prestations sociales, logement...), parfois remis en cause par certains mouvements de la société.

## 2. Renforcer les dispositifs de lutte contre les violences faites aux femmes

- ✓ celles victimes de violences ; dans le cadre de la déclinaison départementale du 5<sup>e</sup> plan interministériel 2017-2020 [7] ; qu'elles soient physiques, psychologiques, comme sexistes,
- ✓ les prostituées, auxquelles un parcours de sortie sera proposé, en lien avec l'Amicale du nid,
- ✓ les étrangères, en les informant sur leurs droits ; lors des permanences du CIDFF ; et en leur donnant des cours français à l'occasion d'ateliers sociolinguistiques,
- ✓ celles en situation de handicap.

Ces femmes nécessitent d'autant plus d'être protégées et soutenues qu'une proportion non négligeable d'entre elles en sont victimes.

## IV. LES MOYENS DE PARVENIR AUX OBJECTIFS

### 1. Le soutien aux associations

Il s'applique tout d'abord à SOS femmes 77 et à Solidarité femmes le Relais, qui dans la moitié nord du département pour l'une et dans le sud seine-et-marnais pour l'autre, hébergent les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants.

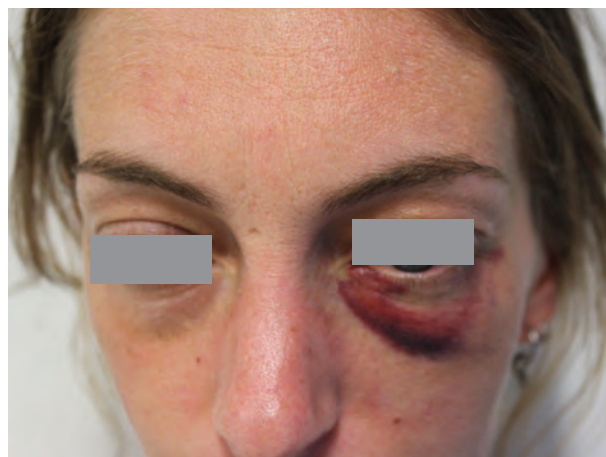
Des accueils de jour, inconditionnels, en individuel comme collectivement, permettent de préparer, d'éviter ou d'anticiper le départ du domicile.

Des lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation assurent un accompagnement spécialisé, dans la durée, ainsi que le suivi des parcours après la séparation.

Le CIDFF est tout autant soutenu, en particulier pour informer sur les droits lors des permanences effectuées sur l'ensemble du territoire du département. Outre des juristes, des psychologues interviennent sur ces lieux.

Des subventions d'Etat leur sont donc allouées, avec le soutien du DDDFE 77.

Afin de pérenniser leurs actions et de renforcer leur stabilité, des CPOM (conventions pluriannuelles



© Dr Bernard Marc

Photo 2 : Hématome sous-orbitaire.

d'objectifs et de moyens) leur seront proposées.

Les actions d'autres associations bénéficient aussi d'une attention particulière.

Il s'agit de l'AVIMEJ, qui informe toute victime ; 20% du public est composé de femmes victimes de violences conjugales ; de ses droits.

Les stages de sensibilisation des clients de prostituées, qui se tiendront en 2017, et qui seront mis en œuvre par l'ACJUSE, sont également soutenus.

Il en est de même pour les stages de responsabilisation des auteurs de violences conjugales dispensés par Horizon.

### 2. Le soutien aux dispositifs de lutte contre les violences faites aux femmes

En 2017, les TGI (tribunaux de grande instance) de Melun et Fontainebleau seront dotés de TGD.

Par ailleurs, après le conseil départemental, le conseil régional financera l'attribution de nouveaux TGD à compter de 2017.

Le Téléphone Grand Danger (TGD) est géré par SOS femmes 77 (TGI de Meaux), et l'AVIMEJ (TGI de Melun et Fontainebleau).

En lien avec les parquets, l'ordonnance de protection continuera de s'appliquer.

L'accueil en commissariat et en brigade de gendarmerie se poursuivra, en améliorant la formation des policiers et gendarmes, comme en développant les permanences d'associations au sein de ces services.

Le dispositif TRAQUE mis en place par l'UMJ du Grand Hôpital de l'Est Francilien sur son site de Marne-la-Vallée est expérimenté depuis début avril 2017. [8]

Sur le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF qui regroupe les hôpitaux de Marne-la-Vallée, Meaux et Coulommiers), il permet le repérage, puis la mise en place d'un accompagnement précoce des femmes enceintes victimes de violences conjugales.



En 2016 et en Ile-de-France, après examen de 1 248 situations, il est apparu que la 1<sup>re</sup> grossesse constitue la 3<sup>e</sup> cause de survenue des violences conjugales. TRAQUE est soutenu financièrement par l'État à travers le FIPDR.

### 3. Les actions en faveur de l'égalité dès le plus jeune âge, comme avec les enfants et adolescents

Attaquer le problème des violences à sa racine par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol, est fondamental.

Si les violences faites aux femmes sont protéiformes, elles s'inscrivent dans un continuum provoqué par une seule et même idéologie : le sexisme.

Le travail de déconstruction des stéréotypes, qui constituent le terreau des violences faites aux femmes, est essentiel.

Avec l'éducation nationale, un accord de principe prévoit la sensibilisation des collégiens et lycéens par les associations, notamment pour soutenir la mixité des métiers, comme pour lutter contre les stéréotypes, les comportements sexistes et le harcèlement, en particulier sur internet et les réseaux sociaux (diffusion de photos à caractère intime).

Toute information préoccupante sera aussi transmise à la DASEN (direction des services départementaux de l'éducation nationale).

En matière d'accueils collectifs de mineurs, un guide des bonnes pratiques sera élaboré et transmis aux directeurs et animateurs afin de favoriser la mixité, l'égalité filles-garçons et les pratiques culturelles et sportives différenciées.

### 4. Établir des liens durables avec l'ensemble des partenaires (autres services de l'État, collectivités territoriales et élus, autres associations, entreprises dont CCI, CA, BTP)

Outre la Justice, l'Éducation nationale et la préfecture, une action est prévue avec l'UD DIRECCTE.

Cette action part des constats suivants, relevés depuis 2011 dans l'Essonne, parmi 352 jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, qui ont bénéficié d'un parcours de citoyenneté :

- ✓ 33 % ont été victimes de violences conjugales,
- ✓ 20 % de viols et/ou agressions sexuelles,
- ✓ 15 % de mariages forcés,
- ✓ 9 % de mutilations sexuelles,
- ✓ 8 % de prostitution,
- ✓ 61 % étaient en grande difficulté familiale ou en rupture familiale,
- ✓ 35 % étaient hébergés et/ou logés de façon instable chez des amis ou SDF ou par leur famille,
- ✓ 21 % étaient maman,
- ✓ 70 % ont un niveau inférieur au bac.

Ces jeunes femmes ont été repérées par les missions locales de l'Essonne parmi celles qui étaient les plus éloignées de l'emploi, d'une formation et plus généralement de l'insertion sociale.

Une action similaire, tenant compte des caractéristiques de la Seine-et-Marne et des spécificités propres à chaque territoire de mission locale ou PDAD (plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs) pourrait être engagée.

Cette action consisterait à proposer un stage de 3 semaines aux jeunes femmes repérées.

Les PDAD pourraient également proposer des candidates, comme les deux associations référentes en matière de violences conjugales (Solidarité femmes le Relais, SOS femmes 77).

Le stage porterait sur plusieurs thèmes :

- ✓ l'égalité femmes/hommes ;
- ✓ la santé et la sexualité ;
- ✓ l'accès aux droits et la vie citoyenne ;
- ✓ la connaissance des structures locales et des institutions ;
- ✓ l'emploi et la formation ;
- ✓ l'estime de soi, la réappropriation de ses choix et projets de vie ;
- ✓ la réappropriation du corps.

Les résultats constatés dans l'Essonne, sont probants puisque, à l'issue du stage, 82 % des jeunes femmes se trouvent dans une démarche active vers la formation ou l'emploi.

En Seine-et-Marne, outre le Conseil départemental (PMI, MDS) et l'État (préfecture, DASEN, UD DIRECCTE, DDCE et DDDFE), le partenariat serait étendu aux missions locales, au réseau information jeunesse, aux PAEJ (points d'accueil écoute jeunes), à l'ARS, à la CAF, ainsi qu'aux associations intervenant sur les stages.

Les stages se dérouleraient tout au long de l'année scolaire puisqu'ils auraient successivement lieu, par cycle de 3 semaines, au sein de chacune des missions locales ou des PDAD.

### 5. Communiquer

En lien avec la préfecture, cette communication concernera tout d'abord les journées des 8 mars ; consacrée à la mise en valeur de 10 créatrices d'entreprises ; et 25 novembre 2017.

Depuis mars 2017, un message portant sur les stéréotypes, les représentations de la femme, leur visibilité, le harcèlement, les violences... est envoyé chaque semaine aux agents de la DDCE.

Il est prévu de l'étendre à l'ensemble des personnels de l'État en poste dans le département.

Le site internet de l'État comprend, depuis avril 2017, une rubrique dédiée aux droits des femmes et à l'égalité. [9]

## 6. Développer le réseau VIF (violences intrafamiliales)

Ce réseau, animé par le COPS (service municipal d'aide aux victimes) de Meaux, propose de sensibiliser tous les professionnels concernés, notamment ceux de la santé, de la police, de la gendarmerie, du secteur social et des collectivités territoriales.

Ainsi, des séminaires et conférences ont été organisés sur les violences conjugales.

Le réseau VIF est actuellement implanté sur le nord du département.

Sa réussite conduit à, sinon l'étendre à tout le département, du moins à développer un réseau similaire sur le centre et le sud seine-et-marnais.

## 7. Mettre en place un observatoire départemental

Diverses données statistiques sont actuellement disponibles, notamment sur les violences faites aux femmes, afin d'éclairer les acteurs sur les dispositions à mettre en œuvre.

Il s'agit notamment de l'outil SIMONE, développé par le réseau Solidarité femmes au plan régional, tout comme à ce niveau également, des données proposées par le centre Hubertine Auclert. [10]

Par ailleurs, la police, la gendarmerie, ainsi que l'UD DIRECCTE, par exemple, disposent d'autres types de renseignements.

L'ensemble pourrait être agrégé et mis à disposition de tous les acteurs, afin que chacun, individuellement, comme en réseau, puisse adapter ses interventions, au plus près des besoins et des réalités.

## CONCLUSION

En conclusion, il apparaît évident que les problématiques portant sur les droits des femmes et l'égalité femmes-hommes, de fait, touchent à toutes les dimensions de notre société.

En conséquence, elles engagent tous ses acteurs.

Pour ces raisons, il apparaît fondamental de travailler en réseau avec toutes les parties prenantes, qu'elles soient institutionnelles, associatives, du monde de l'entreprise ou qu'elles relèvent de chaque individu.

En cela, le DDDFE et son équipe constituent un maillon nécessaire à sa réussite. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Droits des femmes et à l'égalité.  
<http://www.seine-et-marne.gouv.fr/Politiques-publiques/Droits-des-femmes-et-a-l-egalite> Consulté le 27 novembre 2017
- [2] LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. JORF n°0179 du 5 août 2014 page 12949.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id> Consulté le 27 novembre 2017.
- [3] 4<sup>e</sup> plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes.  
<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/> Consulté le 27 novembre 2017.
- [4] Le dispositif Téléphone grave danger.  
<http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/le-dispositif-telephone-grave-danger-tgd-30752.html> Consulté le 27 novembre 2017.
- [5] Préfecture de Seine-et-Marne. Signature du protocole d'accompagnement des enfants exposés aux violences conjugales. Dossier de presse.  
<http://www.seine-et-marne.gouv.fr/content/download/13003/93031/file/7%20juillet%20DP%20Signature%20convention%20enfants%20expos%20E9s%20aux%20violences%20conjugalesr.pdf> Consulté le 27 novembre 2017.
- [6] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données*. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014.  
[http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_lettre\\_de\\_l\\_Observatoire\\_national\\_des\\_violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_no4\\_-\\_nov\\_2014-2.pdf](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf) (consulté le 27 novembre 2017).
- [7] MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES. Cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019).  
<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf> Consulté le 27 novembre 2017.
- [8] MARC B., HANAFY I., LECLERE M., ABAZA A., WAFO E., REBOUL-MARTY J. Tracer, Repérer et Accompagner au moyen d'un Questionnaire Utilisé dans les hôpitaux de l'Est Francilien les Violences Faites aux Femmes (TRAQUE-VFF) : méthodologie et premiers résultats. *J. Med. Leg. Droit Med.* 2018, 60, 1, 37-44.
- [9] Gouvernement.fr. *Les mesures en faveur de l'égalité femmes-hommes*.  
<http://www.gouvernement.fr/action/les-mesures-en-faveur-de-l-egalite-femmes-hommes> Consulté le 27 novembre 2017.
- [10] Centre Hubertine Auclert. Dispositif départemental des missions locales de l'Essonne.  
<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/ra-j-f-2015-2016-ilovepdf-compressed.pdf> Consulté le 27 novembre 2017

# TRACER, REPÉRER ET ACCOMPAGNER AU MOYEN D'UN QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LES HÔPITAUX DE L'EST FRANCILIEN LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (TRAQUE-VFF) : MÉTHODOLOGIE ET PREMIERS RÉSULTATS

*DRAW, SPOT AND ACCOMPANY BY MEANS OF  
A QUESTIONNAIRE USED IN EASTERN PARIS SUBURB  
HOSPITALS. Violence against women (TRAQUE-VFF):  
methodology and first results*

B. MARC\*, I. HANAFY\*, M. LECLÈRE\*, A. ABAZA\*\*, E. WAFO\*\*\* & J. REBOUL-MARTY\*\*\*\*

## RÉSUMÉ

Les violences au sein du couple sont un problème majeur avec des implications sociales, économiques et

des conséquences sur la morbidité et la mortalité. Elles constituent un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche. Le repérage des violences faites aux femmes doit être un outil diagnostique donné aux soignants

\* Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France

\*\* Fédération de la recherche clinique (Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Meaux, France)

\*\*\* Service de gynécologie-obstétrique (Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France)

\*\*\*\* Département d'information médicale Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France)

Dr B. MARC, Chef de service UMJ, référent VFF, Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF), Site de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire, 77600 Jossigny, France, bmarc@ghef.fr



hospitaliers, en particulier dans les services comme le service de gynécologie-obstétrique, avant de leur permettre une action pénale, judiciaire ou sociale et d'envisager la protection des femmes et des enfants. Raccourcir le délai entre le premier fait de violences commis et la première plainte est un moyen de prévention et de protection efficace largement développé par la Convention signée par le Conseil de l'Europe. Le protocole TRAQUE-VFF du Grand Hôpital de l'Est Francilien (Seine-et-Marne, France) se décline en trois points :

- a) former les professionnels soignants (médicaux et non-médicaux) pour le repérage, la prise en charge, l'information et l'orientation des femmes victimes de violences ;
- b) faciliter le repérage des victimes de violences faites aux femmes par l'utilisation d'un questionnaire comportant cinq questions portant sur les violences psychologiques, le contrôle par le partenaire, la peur générée par lui, les menaces et violences physiques, les abus sexuels ;
- c) apporter aux femmes victimes de violences faites aux femmes une réponse sanitaire, sociale et juridique dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec l'unité médico-judiciaire, le service social, et les associations d'aide aux victimes.

Les 303 premiers questionnaires recueillis l'ont été facilement avec une réponse presque toujours dès la première fois (97,7%). Parmi les 296 questionnaires remplis, 34 femmes ont donné au moins une réponse positive soit 11,5%. Parmi les femmes interrogées, 7,26% avaient subi violences psychologiques, 3,96% le contrôle par le partenaire, 5,94% la peur générée par lui, 3,96% les menaces et violences physiques et 1,65% des abus sexuels. Pour presque la moitié des femmes ayant été victimes de violences, celles-ci étaient multiples. Suite à ce repérage et au suivi, 9 femmes sur 30 (30%) ont débuté des actions, souvent multiples (psychologue et juriste, plainte et consultation par un médecin légiste, consultation du service social et recours à un juge pour une action civile.

## MOTS-CLÉS

Violences faites aux femmes, Grossesse, Service de gynécologie-obstétrique, Unité médico-judiciaire, TRAQUE-VFF, Prévention, Protection judiciaire et sociale.

## ABSTRACT

*Domestic violence is a major problem with social and economic impact as well as consequences on morbidity and mortality. They constitute a danger for maternal*

*and perinatal health, increasing by 1.9 the risk of miscarriage. Tracking violence against women must be a diagnosis tool given to hospital staff, especially in gynaecology and obstetrics services, before allowing either a penal, judicial or social action and envisaging women and children protection.*

*Shortening the delay between the first committed act of violence and the first complaint offers an effective prevention and protection tool widely developed by the Convention signed by European Council.*

*The so-called TRAQUE-VFF protocol from the Grand Hôpital de l'Est Francilien (Seine-et-Marne, France) acts on three levels:*

- i) Train the nursing professionals (medical and not medical) for the location, the care, the information and the orientation of the women victims of violence;*
- ii) Facilitate the location of the victims of violence against women by the use of a questionnaire containing five questions concerning the psychological violence, the control by the partner, the fear generated by him, the threats and the physical violence, the sexual abuses;*
- iii) Bring to the women victims of violence against women a sanitary, social and legal answer within the framework of a coordinated coverage.*

*The first 303 collected questionnaires were it easily with an answer almost always from the first time (97,7%).*

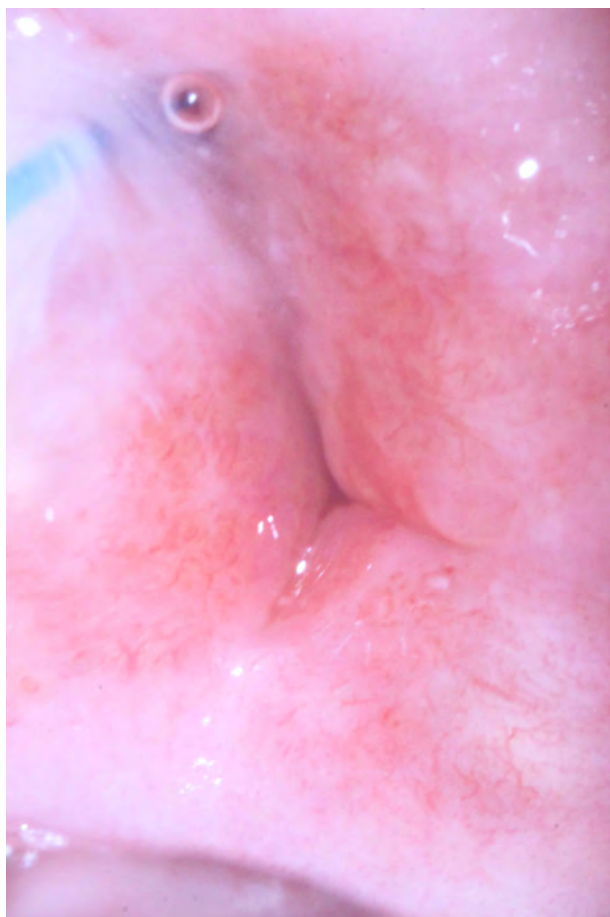
*Among 296 filled questionnaires, 34 women gave at least a positive answer that is 11.5%. Among the questioned women, 7.26% had undergone psychological violence, 3.96% controls by the partner, 5.94% the fear generated by him, 3.96% the threats and the physical violence and 1.65% the sexual abuses. For almost half of the women having been victims of violence, these were multiple. Further to this tracking and to the follow-up, 9 women on 30 (30%) began actions, often multiple (psychologist and jurist, complaint and consultation by a medical examiner, a consultation of the social services department and resort to a judge for a civil action).*

## KEYWORDS

*Violence against women, Pregnancy, gynaecology and obstetrics, Forensic medicine unit, TRAQUE-VFF, Prevention, Social and judicial protection.*

## INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. [1] Les violences conjugales affectent durablement et profondément la santé physique, mentale et génésique des victimes jusqu'à la dépres-



**Photo 1 : Aspect tuméfié col utérin suite AS.**

sion (symptômes anxio-dépressifs), la psycho-somatization (maladies chroniques) et le syndrome de stress post-traumatique (PTSD). [2] Elles constituent également un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche et augmentant de 17% celui d'une naissance prématurée. [3]

Travaillant depuis un certain temps sur le sujet des violences conjugales, nous intervenons tant auprès des auteurs que des victimes, dans la prise en soins, mais également dans la prévention (souvent secondaire) dont on sait qu'elle est beaucoup plus difficile d'atteinte pour les femmes victimes. Les associations sont présentes, les brochures distribuées, les affiches placardées, mais aucune ne suffit à permettre d'engager les démarches aisément. Le système de santé est en France le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences. [3] A partir de ces constatations, il est apparu que le repérage des victimes de violences faites aux femmes, maltraitances de toutes natures (verbales, socio-économiques, psychologiques, physiques et/ou sexuelles) [4], doit être un outil diagnostique donné aux soignants hospitaliers, en particulier dans les services comme le service de gynécologie-obstétrique dans lequel les femmes sont suivies pour leur grossesse, avant de leur permettre une action pénale,

judiciaire ou sociale et d'envisager la protection des femmes et des enfants.

Les unités médico-judiciaires, tout comme les services judiciaires savent bien le délai entre le premier fait de violences commis et la première plainte, seule à même de déclencher tout le dispositif judiciaire et social de protection, largement développé par la Convention d'Istanbul récemment signée par le Conseil de l'Europe [5]. Ce délai peut avoir des conséquences fatidiques, bien répertoriées par un bilan médico-légal annuel [6] mais aussi des conséquences sur la santé physique, psychique et génitale des victimes [2,3].

À force d'études, de lectures, de constats professionnels (d'un point de vue médico-psycho-légal), nous nous sommes aperçus qu'il fallait une incitation toujours plus directe pour espérer des résultats. Dans le but de repérer vite pour agir plus tôt, un simple questionnaire portant sur différents types de violences pouvant justifier d'un repérage a été proposé aux femmes suivies dans un service de gynécologie-obstétrique du Grand Hôpital de l'Est Francilien (site de Marne-la-Vallée). Le questionnaire proposé est concis (5 questions), simple (réponses par oui ou non) et direct (phrases courtes, mais ciblées sur les cinq types de violences que l'on rencontre dans la maltraitance conjugale : verbales [insultes, cris], socio-économiques [relations, finances], psychologiques [intimidations, humiliations], physiques [coups, matériel] et / ou sexuelles [rapports forcés]). Il est accompagné simultanément d'une information aux patientes victimes, dans le cadre de cette étude, menée dans l'esprit du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016). [7] Le but est que, si un questionnaire posé à l'occasion d'une consultation au long d'un suivi de grossesse contient une ou des réponses positives, la patiente soit recontactée, un mois plus tard, au numéro qu'elle aura donné, pour juger du suivi et des effets sur la protection de la femme enceinte.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. Elles touchent tous les milieux socio-culturels, religieux, économiques, ruraux ou urbains. On estime que 30% de la gent féminine aurait subi des violences conjugales, et 38% des homicides de femmes sont réalisés par leur partenaire intime ; en France, au cours de l'année 2015, 136 personnes sont décédées, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (conjoint, concubin, pacsé ou bien « ex » dans les trois catégories) [6].

Le système de santé est le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences : en France, un quart des femmes victimes en parlent premièrement à un

médecin (alors que 18% seulement se rendent au commissariat de police).

A partir de ces constatations, il apparaît que le repérage des victimes de violences faites aux femmes, maltraitances de toutes natures (verbales, socio-économiques, psychologiques, physiques et/ou sexuelles – Cf. questionnaire infra), doit être un outil diagnostique donné aux soignants dans le monde hospitalier, en particulier dans les services ciblés : services des urgences, de gynécologie-obstétrique, de chirurgie et de psychiatrie.

Cet état des lieux est dans l'esprit du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) [7] et dans celui de la circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes. [8]

## DÉROULEMENT DU PROTOCOLE

Le protocole Tracer, Repérer et Accompagner au moyen d'un Questionnaire Utilisé dans les hôpitaux de l'Est Francilien les Violences Faites aux Femmes (TRAQUE-VFF) est une étude observationnelle de l'efficacité du repérage des situations de violences faites aux femmes, par des professionnels de santé hospitaliers formés, mesurée sur les critères de mise en route d'actions personnalisées de santé publique et/ou de protection.

Le protocole TRAQUE-VFF est une Formation / Action qu'il est possible de décliner en trois points :

A) former les professionnels soignants (médicaux et non-médicaux) pour le repérage, la prise en charge, l'information et l'orientation des femmes victimes de violences au moyen de formations régulières (par les intervenants de l'UMJ, des associations, du service social) avec utilisation des outils pédagogiques mis à disposition par la MIPROF et explication de l'entretien spécifique et de l'emploi du questionnaire de repérage dans leur pratique de soins.

B) faciliter le repérage des victimes de violences faites aux femmes par l'utilisation d'un questionnaire comportant cinq questions (dont l'utilisation est expliquée aux professionnels) dont la réponse demandée est binaire OUI ou NON :

- 1° Votre partenaire vous a-t-il déjà rabaisée, insultée, humiliée ?
- 2° A-t-il déjà essayé de contrôler ce que vous faites (au travail, à la maison) ?
- 3° Avez-vous déjà eu peur de ce que votre partenaire fait ou dit ?
- 4° Vous a-t-il déjà menacé physiquement ou a-t-il déjà été violent ?

- 5° Vous a-t-il déjà imposé des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ?

C) apporter aux femmes victimes de violences faites aux femmes une réponse sanitaire, sociale et juridique dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des femmes victimes par tous les acteurs concernés (notamment par les services des urgences, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie et de psychiatrie, par les psychologues, médecins légistes, le service social, et les associations d'aide aux victimes). Cette réponse fait appel aux partenaires utiles au sein de l'établissement hospitalier (en particulier l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) et les services sociaux) ainsi que les autres acteurs locaux institutionnels et associatifs impliqués dans la prise en charge des femmes victimes.

Selon les réponses au premier questionnaire, un contact est repris avec les victimes, téléphoniquement, selon des modalités de discrétion pré-définies. L'action de prévention est vérifiée chez les femmes dont le questionnaire s'est avéré positif (sur au moins une question) et qui ont reçu une réponse adéquate, par un questionnaire de suivi à un mois (effectué par un rappel téléphonique) pour savoir quelles ont été les suites données par la personne (plainte, consultation d'un juriste, prise en charge sanitaire et social).

Ce rappel évalue les effets à un mois de la prise en charge et de l'information donnée en relevant les éléments suivants :

« Avez-vous consulté un médecin au sujet des VFF ? »

« Avez-vous consulté un psychologue ? »

« Avez-vous consulté un juriste des associations d'aide aux victimes (au GHEF, site de MLV ou sur le département 77) ? »

« Avez-vous eu recours au service social (au GHEF, site de MLV ou sur le département 77) ? »

« Avez-vous bénéficié d'une consultation auprès de l'UMJ (hors réquisition – médicale et/ou psychologue) ? »

« Avez-vous déposé plainte ? »

« Avez-vous bénéficié d'un examen sur réquisition à l'UMJ (médical et/ou psychologique), après plainte judiciaire ? »

« Avez-vous intenté une action judiciaire autre (civile, affaires familiales, juge des enfants) ? »

« Sur une échelle de 1 à 5, à combien estimeriez-vous l'intérêt du questionnaire posé par un professionnel de la santé dans les démarches que vous avez effectuées ? »

« Sur une échelle de 1 à 5, à combien vous trouvez satisfaite du questionnaire posé par un professionnel de la santé dans lors d'un accueil pour un autre motif ? »





**Photo 2 : Lésions palmaires de défense contre arme blanche.**

© Dr Bernard Marc

## CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

Peuvent être incluses les femmes adultes enceintes suivies par le service gynécologie- obstétrique du GHEF, site de Marne-la-Vallée (et bénéficiant d'une dizaine de rendez-vous en neuf mois) ayant accepté l'entrée dans l'étude observationnelle respectant strictement les conditions du secret professionnel (passation du questionnaire et acceptation d'un rappel téléphonique à un mois de distance).

Les motifs de non-inclusion comprennent le refus des patientes, la minorité des femmes enceintes, les femmes enceintes privées de liberté ou hospitalisées sous contrainte, les femmes pour lesquelles le barrage de la langue rend impossible la compréhension du questionnaire et de ses annexes.

## ANALYSE STATISTIQUE

Suivant les règles éthiques de la recherche, celles de la clinique hospitalière et la déontologie médicale et psychologique, les données sont recueillies pour analyse de façon anonyme grâce à un système de codage. La confidentialité la plus stricte est respectée à chaque étape du déroulement de ce protocole, du premier questionnaire posé à l'occasion d'une des consultations au long du suivi de la grossesse et lors de l'entretien à un mois, si les réponses ont été positives. Les résultats obtenus de chaque participante font ensuite l'objet d'un traitement statistique anonymisé avant de faire l'objet de synthèses et présentations.

Les femmes sollicitées qui ne voudront explicitement pas participer à cette étude, envisageant la possibilité qu'une crainte les fasse prendre cette décision, reçoivent des éléments simples et rapides quant à la possibilité d'être entendues si elles étaient victimes de violences conjugales. À celles qui répondent, si au moins une réponse positive est donnée, sont donnés conseils et orientation, avant que celles qui auront donné au moins une réponse positive ne soient rappelées un mois plus tard afin de répondre à un second questionnaire téléphonique visant à évaluer les démarches médico-socio-psycho-judiciaires et l'impact de l'intervention primaire.

Deux objectifs primaires ont été définis :

- ✓ Repérage des violences faites aux femmes (dépistage, aide à la révélation, orientation et prévention) ;
- ✓ Effet du repérage sur une prise en charge sanitaire, sociale, judiciaire.

Les critères d'observation du repérage comportent :

- 1) Le taux d'exhaustivité jugé par le rapport entre le nombre de femmes vues pour le suivi de leur grossesse et le nombre de femmes ayant accepté de participer ;
- 2) Le taux de réponses jugé par rapport au nombre de questionnaires positifs par rapport au nombre d'entrées enregistrées dans le service cible et au nombre de réponses positives par questionnaire (de 1 à 5 possibles) par rapport au nombre total de passations ;
- 3) Le nombre (mensuel) de questionnaires correctement remplis.

Les critères d'observation des effets du repérage comportent le nombre de rappels possibles, le nombre

d'acceptations du questionnaire à un mois, les effets sur la prise en charge sanitaire, sociale et judiciaire des questionnaires remplis par le professionnel.

Un objectif secondaire a également été défini, celui de la validation de la formation des professionnels selon le nombre et la qualité de questionnaires remplis et leurs effets.

Ses critères d'observation sont :

- 1) Le nombre de questionnaires remplis par professionnel formé et par mois après sa formation (juger l'intégration dans la pratique au fil des mois et à distance de la formation initiale) ;
- 2) La qualité de la passation des questionnaires (de une à cinq questions posées et de zéro à cinq réponses positives) par professionnel formé et par mois après sa formation (juger l'intégration dans la pratique des soignants au fil des mois et à distance de la formation initiale).

## MÉTHODOLOGIE STATISTIQUE

Le nombre d'inclusions a été défini, sur une période d'un an, en estimant que 75% des femmes suivies pour leur grossesse dans le service de gynécologie-obstétrique du site hospitalier de Marne-la-Vallée (3 600 accouchements/an) accepteraient de répondre au questionnaire 1 donc un nombre d'inclusion de 2 400 à 2 880 en fonction des fourchettes d'estimation. Comme dans la population générale, le taux de femmes ayant subi, au moins une fois au cours de leur vie, une violence conjugale est de 30%, l'hypothèse était que le taux de questionnaire positif serait identique (oui à au moins 1 des 5 questions) donc, sur 2 400 à 2 880 inclusions (questionnaires « passés »), le nombre de réponses positives serait compris entre 720 à 860. Sur le nombre de femmes identifiées comme subissant une violence conjugale, l'hypothèse initiale était que 20% pourraient enclencher une action sanitaire sociale ou judiciaire soit de 140 à 170 procédures diverses.

Analyse statistique (efficacité selon les critères primaires et secondaires) : Les analyses statistiques seront faites avec le logiciel SAS version 9.3.

Une analyse uni-variée descriptive finale reposera sur des items qualitatifs décrits par des pourcentages et un intervalle de confiance à 5% (par exemple : les taux de réponse positive au questionnaire initial) et sur des items quantitatifs (par exemple l'âge) décrits par leur moyenne et leur écart-type.

Une analyse uni-variée comparative finale sera établie par rapport aux réponses au second questionnaire, avec 2 groupes de femmes identifiés : « Action + » : celles ayant enclenché une action suite à la détection de la violence conjugale et « Action - » celles qui ne l'ont pas fait (lui-même composé de deux sous-groupes : celles qui ne veulent pas le faire et celles qui

vont le faire, i.e. ayant eu besoin d'un délai de réflexion plus grand ou de la deuxième incitation que constitue ce second questionnaire) Le test du Chi2 comparera le taux de réponse positive à chaque question du questionnaire 1 entre les groupes « Action + » et « Action - », permettant ainsi de déterminer lesquelles permettent de prédire l'enclenchement de l'action ; ce seront les variables prédictives de l'action. Le test du Chi2 le taux de satisfaction et le taux d'efficacité estimé par la participante elle-même entre les groupes « Action + » et « Action - ».

## RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

L'étude a pu débuter en avril 2017, après des formations des différents professionnels du service de gynécologie-obstétrique du GHEF, site de Marne-la-Vallée (Dr E. Wafo) avec des difficultés de mise en place de formations complètes, au vu de la charge de travail des différents professionnels impliqués, formés et formateurs.

Plus de 1 100 femmes ont été suivies pour leur grossesse de début avril 2017 à fin juillet 2017, mais seulement 303 questionnaires d'inclusion ont été réceptionnés par la psychologue de l'UMJ chargée de recontacter les femmes à un mois, selon les modalités définies.

Les femmes interrogées étaient le plus souvent au second ou bien au troisième trimestre de leur grossesse (moyenne : 2,56).

Lorsque les questionnaires ont été proposés, la réponse a été très majoritaire (97,7%, 7 refus de participation) et le questionnaire a été presque toujours été rempli dès sa première présentation (293/303 ; moyenne 1,02), demandant rarement une seconde (9/303) ou troisième présentation (1/303).

Parmi les 296 questionnaires remplis, 34 femmes ont donné au moins une réponse positive soit 11,5%, pourcentage relativement faible sans doute par sous-estimation de certaines violences ou par la courte vie en couple.

En effet, la population concernée par ces questionnaires était jeune, au moins dans la vie génésique, car le nombre moyen d'enfants à charge était de 1 (moyenne : 0,99), avec un grand nombre de primigestes parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, ceci confirmant l'existence des violences conjugales dès les premiers temps des vies de couple, et souvent leur renforcement lors, ou autour, d'une grossesse.

La réponse positive à la question : « Votre partenaire vous a-t-il déjà rabaissée, insultée, humiliée ? » concerne 22/34 (7,26% de la totalité des 303 réponses) des femmes ayant répondu positivement, celle à la question « A-t-il déjà essayé de contrôler ce que vous faites (au travail, à la maison) ? » 12/34 (3,96% de la totalité des réponses), celle à la question

« Avez-vous déjà eu peur de ce que votre partenaire fait ou dit ? » 18/34 (5,94% de la totalité) et 12/34 (3,96% de la totalité des réponses) d'entre elles ont répondu positivement à « Vous a-t-il déjà menacé physiquement ou a-t-il déjà été violent ? ».

Enfin 5/34 des femmes ayant répondu positivement (1,65% de la totalité des réponses) ont indiqué que leur partenaire leur avait imposé des rapports sexuels qu'elles ne voulaient pas.

Pour 15 des 34 femmes ayant signalé avoir été victimes de violences, celles-ci étaient multiples, de trois ou quatre formes pour 10 de ces 34 femmes.

En ce qui concerne l'évaluation secondaire, parmi les 34 femmes ayant répondu positivement à une des propositions du questionnaire de dépistage, 30 ont été rappelées, 3 sont en attente de rappel (délai d'un mois non écolé mois entre le questionnaire d'inclusion et la date théorique d'appel) et une n'a pas souhaité être rappelée.

Parmi les 30 femmes rappelées, 11 échecs d'appel sont survenus, deux femmes ont refusé de répondre à ce second questionnaire, une autre réfutant ses réponses au questionnaire d'inclusion.

Seize réponses au questionnaire de suivi ont été données, indiquant quelles suites avaient été données par les femmes enceintes au repérage des violences qu'elles subissaient et à l'information qui leur avait été donnée. Les femmes ayant répondu ont indiqué, concernant les actions de prévention qu'elles avaient enclenché :

- ✓ avoir consulté leur médecin à ce sujet (1/16 : 6,2%) mais ne pas avoir eu recours à une consultation sans réquisition à l'UMJ ;
- ✓ 3 sur 16 avoir consulté un psychologue (18,7%) ;
- ✓ 2 un service juridique (12,5%) et 3 un service social (18,7%).

Concernant les actions judiciaires, on note :

- ✓ 2 dépôts de plaintes (1 faite et 1 intention de le faire) (12,5%) ;
- ✓ 2 dépôts de mains courantes, ce qui peut sembler surprenant pour les délits qu'elles révèlent mais qui indiquent encore des freinages dans la procédure pénale (12,5%) ;
- ✓ 1 consultation sur réquisition judiciaire à l'UMJ (6,2%) ;
- ✓ 2 sollicitations d'un juge des affaires familiales (12,5%).

Sur le nombre de femmes identifiées comme subissant une violence conjugale, l'hypothèse initiale était que 20% pourraient enclencher une action sanitaire, sociale ou judiciaire. Sur les 30 femmes repérées et qui ont pu être ré-interrogées, dans cette première partie de l'étude, on note 16 actions de ce type, soit 53%, ce qui semble nettement supérieur à l'hypothèse retenue. Mais en fait, seules 9 femmes sur les 30 ont enclenché ces 16 actions, souvent multiples (psychologue et juriste, plainte et consultation sur réquisition à l'UMJ, consultation du service social et recours à un

juge civil), donc un pourcentage de 30%, néanmoins supérieur à l'hypothèse émise.

## CONCLUSION

Les violences au sein du couple sont un problème majeur avec des implications multiples, socialement et économiquement impactantes [3, 4]. Leur nature est plurielle et les impacts de ces différentes violences sont profonds [9], avec des conséquences sur la morbidité et la mortalité [2, 6]. Repérer ces violences pour agir plus tôt, en utilisant un simple questionnaire portant sur différents types de violences, proposé par des professionnels formés à son utilisation, a été utilisé pour les femmes suivies dans un service de gynécologie-obstétrique du Grand Hôpital de l'Est Francilien, recontactées ensuite par les psychologues du service médico-judiciaire pour évaluer les actions de protection entreprises. La facilité de réponse à ce questionnaire (97,7% de réponses), dont 96% à la première présentation a été la première évidence de cette enquête, avec une adhésion facilitée de professionnels de santé à cette méthodologie simple et bien acceptée. Les premiers résultats intermédiaires montrent aussi que 30% des femmes ainsi repérées ont entrepris au moins une action de protection, chiffre supérieur à l'hypothèse de départ de l'étude, encourageante pour la mener à bout et analyser à son issue les données obtenues, avant de proposer plus largement ce protocole de repérage aux nombreux services concernés par les violences faites aux femmes, ouvrant la possibilité d'une véritable prévention. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] OMS. La violence à l'encontre des femmes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/> (consulté le 31 août 2017).
- [2] Etude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes (2005) <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/fr/> (consulté le 31 août 2017).
- [3] ONVFF. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. La lettre de l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 6, mai 2015. [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre\\_ONVFF\\_-\\_no\\_6\\_-\\_mai\\_2015\\_-\\_violences\\_et\\_sante.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVFF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf) (consulté le 31 août 2017).
- [4] ONVFF. Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données. La lettre de



- l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014.  
[http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_lettre\\_de\\_l\\_Observatoire\\_national\\_des\\_violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_no4\\_-\\_nov\\_2014-2.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf) (consulté le 31 août 2017).
- [5] CONSEIL DE L'EUROPE. Traité n°210. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.  
<http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210> Consulté le 6 août 2017.
- [6] MINISTÈRE DE L'INTERIEUR. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple (année 2015).  
<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/parution-du-rapport-annuel-concernant-les-morts-violentes-au-sein-du-couple/> Consulté le 31 août 2017.
- [7] MINISTÈRE DES DROITS DES FEMMES. Quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016).  
[http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF\\_22112013.pdf](http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf) Consulté le 31 août 2017.
- [8] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes.  
[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/12/cir\\_40284.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/12/cir_40284.pdf). Consulté le 31 août 2017.
- [9] HANAFY I, MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Editions In Press, Paris, 2017.

# « FÉMINICIDE » : VIOLENCE ULTIME, LE DEVENIR DES ENFANTS... UN PROTOCOLE INDISPENSABLE

*“FEMICIDE”: ULTIMATE VIOLENCE, BECOMING  
OF CHILDREN: A NECESSARY PROTOCOL*

Frédérique BROISIN-DOUTAZ\*

## RÉSUMÉ

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, le féminicide se définit comme le meurtre de filles ou de femmes au simple motif qu'elles sont des femmes.

En France on estime qu'une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son partenaire ou ex partenaire, on parle alors de « féminicide ».

Les enfants témoins du meurtre (féminicide ou homicide conjugal), en France, à ce jour, ne bénéficiaient d'aucune prise en charge pédopsychiatrique, les professionnels de justice, de santé, de la protection de l'enfance étant démunis et non préparés.

A l'initiative de l'observatoire des violences envers les femmes de Seine Saint Denis, une réflexion pluridisciplinaire a abouti à un protocole de prise en charge médicale systématique, expérimental et pilote en France, depuis mars 2014.

Le protocole consiste à hospitaliser sous X, tout enfant victime, témoin (présent au domicile) de féminicide ou d'homicide conjugal en Seine-Saint Denis par une OPP de 3 jours (prolongeable jusqu'à 8 jours) prise par le parquet pour le confier à l'ASE et à l'hôpital Robert Ballanger dans le service de pédiatrie, avec droits de visite réservés. L'enfant sera pris en charge conjointement par les pédopsychiatres et les pédiatres L'ASE et le parquet sont en charge des modalités d'accompagnement et de sortie de l'enfant. Être témoin d'un féminicide, dans un contexte de violences intrafamiliales doit être considéré comme le traumatisme le plus grave pour un enfant qui l'expose à un risque de complications psychopathologiques et développementales majeures d'autant que sans prise en charge adaptée le soutien familial et professionnel dysfonctionne fréquemment.

\* Participante au groupe de travail de Seine Saint Denis (Conseil général, ASE, Parquet, CEDEF, SIS, Institut de victimologie (75), Hôpital R. Ballanger) à l'élaboration du dispositif expérimental pour la prise en charge des enfants mineurs lors d'un féminicide/homicide ou d'une tentative grave de féminicide/homicide au sein du couple.  
PH URGENCES/Hôpital Robert Ballanger/Référente violences faites aux femmes  
93602 Aulnay sous Bois  
frederique.broisin-doutaz@ch-aulnay.fr

Il est indispensable que ce protocole soit appliqué de façon nationale, il est actuellement étendu en Seine Saint Denis quand la victime est dans un état grave.

## MOTS-CLÉS

Féminicide, Impact psychologique, Mineurs, Services d'urgences, Aide sociale à l'enfance, Protocole.

## ABSTRACT

*For the World Health Organisation, femicide is defined as the murder of girls or women simply because of being females.*

*In France it is currently estimated that a woman dies each three days from violence of her partner or past-partner: it is so called "femicide".*

*Children witnessing the murder (femicide or domestic murder), in France to date did not benefit from a pedopsychiatric care of any kind. Furthermore, justice, health and child protection professionals were needy and unprepared.*

*On the initiative of the observatory of violence against women of Seine Saint Denis, a multidisciplinary reflexion has led to a systematic care protocol, experimental and pilot in France, since March 2014.*

*The aim of the protocol is to hospitalize under an X name, every child being present on crime scene either victim or witness of femicide or domestic murder in Seine-Saint Denis (Paris North Suburb). The hospitalisation is made possible by a three days interim care order (up to eight days) issued by a Public prosecutor in order entrusting Child Welfare Service and the pediatric service of Robert Ballanger hospital, with restrained visit rights. Child is taken in charge simultaneously by psycho-psychiatrists and pediatricians. At the same time, the Child Welfare Service and the Public prosecutor are in charge of the modalities of support and exit of the child. To be witness of a femicide, in a context of domestic violence must be considered as the gravest trauma for a child which exposes him to a risk of major psychopathologic and developmental complications adults especially as without adapted care the family and professional support dysfunction frequently. It is essential that this protocol is applied in a national way, it is at present widened, in in Seine-Saint Denis when the child victim is in a serious condition.*

## KEYWORDS

*Femicide, Psychological impact, Minors, Emergency units, Social help for children, Protocol.*

## INTRODUCTION

Bien connu dans d'autres pays, le terme « féminicide » gagne peu à peu du terrain en France, le mot a été ajouté en 2014 au vocabulaire du droit des sciences humaines « homicide d'une femme, d'une jeune fille ou d'une enfant en raison de son sexe » et à l'édition 2015 du Petit Robert. [1] Il figure dès le titre au glossaire des définitions du viol, du féminicide et de la violence par le partenaire intime de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes. [2]

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le féminicide se définit comme le meurtre de filles ou de femmes au simple motif qu'elles sont des femmes. Il s'agit donc d'un meurtre individuel ou collectif en raison du genre. [3] Le féminicide qui est commis dans la plupart des cas par des hommes se distingue des homicides masculins par des particularités propres et est sous-tendu par des situations de dominations des femmes par les hommes. L'OMS propose une catégorisation des féminicides en quatre types : intime, familial, communautaire et sociétal et prône une reconnaissance du terme au niveau international et régional. [3] En France la question se pose juridiquement de savoir s'il convient de modifier le code pénal pour y introduire le terme de « féminicide » ou seulement de reconnaître qu'un meurtre commis en raison du genre de la victime doit être sanctionné par des circonstances aggravantes.

Les violences intimes commises au sein du couple constituent un problème majeur dans notre société étant donné leur impact sur ses fondements, ces violences occupant notamment une place importante dans les crimes et délits contre les personnes.

Au niveau mondial, on considère qu'un homicide sur sept et plus d'un tiers des homicides dont la victime est une femme sont perpétrés par le conjoint ou ex conjoint dans un contexte de violences conjugales et qu'il existe en plus, d'après une étude américaine, trois fois plus de tentatives d'homicides graves que de meurtres réels. [4]

En France actuellement, on estime qu'une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son partenaire ou ex partenaire, on parle alors de « féminicide ». Quand la femme tue son mari, c'est le plus souvent dans un contexte de légitime défense qui intervient dans un lourd passé de violences subies.

Dans le monde, on évalue à 40% les femmes victimes ayant en moyenne 2 enfants ce qui correspond à 55 000 enfants par an, endeuillés dans le cadre d'un homicide conjugal. [5] En France, les chiffres des morts violentes au sein du couple, en 2016 sont les suivants :

123 femmes tuées par leur conjoint ou ex conjoint ; 109 ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint officiel et 27,5 % d'entre elles étaient des victimes de violences connues.





© Dr Bernard Marc

**Photo 1 : Homicide par partenaire.**

25 enfants mineurs tués (dont 9 en même temps que leur mère et 16 dans le cadre de violences conjugales) ; 34 hommes tués (sur les 28 femmes ayant tué leur conjoint, 61% étaient victimes de violence au sein du couple) et 12 victimes collatérales. Il est à noter que 58 auteurs se sont suicidés ce qui porte à 252 le nombre total de décès des suites de violences au sein du couple en 2016. [6]

De plus, 38 enfants étaient présents au domicile dont 16 témoins des scènes de crime. [6]

En 2015, 68 enfants étaient présents sur la scène de crime (8 avaient donné l'alerte) et 96 enfants étaient

devenus orphelins (19 de père et mère ; 66 de mère et 11 de père). [7]

Le Dr Karen Sadlier indique que : « Le fait d'avoir une figure d'attachement, de bien-être et de protection violentée par une autre figure censée être, elle aussi, une figure de protection est parmi les situations les plus traumatisantes pour un enfant. Pour les violences conjugales, on constate que 60 % des enfants présentent des troubles de stress post-traumatiques. C'est 10 à 17 fois plus de troubles comportementaux et anxio-dépressifs que pour la population enfantine en général. En cas de féminicide, le taux atteint 100 % ». [8]



**Photo 2 : Tentative homicide traumatisme abdominal majeur.**

Ces enfants, en France, à ce jour, ne bénéficient d'aucune prise en charge pédopsychiatrique. Les professionnels de justice, de santé, de la protection de l'enfance sont démunis et non préparés à ces situations très particulières.

## UN PROTOCOLE SPÉCIFIQUE

A l'initiative d'Ernestine Ronai, responsable de l'observatoire des violences faites aux femmes de Seine Saint Denis, une étude locale sur les féminicides avait montré que, dans 50 % des cas de ces meurtres, les enfants étaient présents lors de la commission de l'acte et que, dans l'urgence, ils étaient confiés à un proche sans accompagnement spécifique ce qui donnait de grandes difficultés comportementales par la suite.

Devenue responsable ensuite de la MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence) Madame Ronai a engagé sur le sujet une réflexion pluridisciplinaire impliquant le conseil général via l'observatoire, le parquet du tribunal de grande instance de Bobigny (Seine-Saint Denis), les services de l'aide sociale à l'enfance de Seine-Saint Denis, le service d'intervention spécialisé (SIS) du CEDEF (centre départemental de l'enfance et de la famille), le centre de psycho-trauma de l'institut de victimologie de Paris, les services de pédopsy-

chiatry, pédiatrie et des urgences de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint Denis). Un protocole de prise en charge médicale systématique, expérimental et pilote en France a été rédigé par tous les intervenants en novembre 2013 et mis en place en mars 2014. [9]

Le protocole consiste à hospitaliser sous X, tout enfant victime, témoin (présent au domicile) de féminicide ou d'homicide conjugal en Seine Saint Denis par une Ordonnance de placement provisoire de 3 jours (prolongeable jusqu'à 8 jours) prise par le parquet pour le confier à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et à l'hôpital Robert Ballanger dans le service de pédiatrie, avec droits de visite réservés. L'enfant est accompagné depuis le lieu du crime jusqu'aux urgences de l'hôpital par des professionnels du SIS (formés préalablement comme ceux des urgences et des services d'hospitalisation, les uns à l'extraction de la zone de crime avec des affaires indispensables aux enfants, les autres à l'accueil à l'hôpital).

Lors de son hospitalisation en pédiatrie l'enfant est accompagné par « une grand-mère » professionnelle de l'enfance 24/24H mandatée et formée par l'observatoire qui assure une présence continue et rassurante pour l'enfant.

L'enfant sera pris en charge conjointement par les pédopsychiatres et les pédiatres, avec un bilan global et un compte rendu auprès de l'observatoire (plusieurs réunions de suivi et d'amélioration du protocole ont



eu lieu par ailleurs). La prise en charge psychologique pourra se poursuivre au-delà de l'hospitalisation, l'hôpital devenant un lieu connu et sûr pour les enfants comme pour les accompagnants. L'ASE et le parquet sont en charge des modalités d'accompagnement et de sortie de l'enfant en tenant compte de l'évaluation pédopsychiatrique en cours, les auditions éventuelles se feront au sein de l'hôpital et si possibles enregistrées et filmées.

Le rôle de chacun des intervenants est particulièrement détaillé dans le protocole qui est à la disposition de toute structure qui voudrait le mettre en place, sachant qu'il devrait prochainement être repris par le parquet de Paris.

L'hospitalisation en pédiatrie permet de proposer un « sas » à l'enfant après le drame, de lui signifier la gravité de l'évènement, d'inscrire des traces mnésiques autour de ce dernier.

Le protocole a malheureusement été utilisé pour la prise en charge de 5 enfants ; une fratrie de 3 enfants (5ans, 3ans et demi et 2 ans et demi) témoins du double meurtre de leur mère et de leur grand-mère par leur père ; un garçon de 3 ans présent quand sa mère a tué son beau père ; une fillette de 14 mois prise en charge hors protocole sans hospitalisation, non présente lors du meurtre de la mère par son père et hébergée chez la grand-mère paternelle.

La prise en charge de ces 5 enfants a fait l'objet d'une thèse par le docteur David Martinez « *Violences conjugales : l'enfant témoin de féminicide, spécificités cliniques et pédopsychiatriques à propos de 5 enfants* » soutenue à la Faculté de médecine de Paris. [10]

Il en ressort que l'on distingue plusieurs types de traumatismes selon que l'enfant a été témoin ou pas, que les effets et le mode d'expression dépendent de son stade comportemental et de son histoire précoce. Être témoin d'un féminicide, dans un contexte de violences intrafamiliales doit être considéré comme le traumatisme le plus grave pour un enfant qui l'expose à un risque de complications psychopathologiques et développementales majeures d'autant que sans prise en charge adaptée le soutien familial et professionnel dysfonctionne fréquemment. Le pédopsychiatre a une triple mission d'évaluation, d'enveloppe et de thérapeute dans le chaos qui suit le drame.

Ce protocole a été, depuis, élargi à la prise en charge d'enfants témoins de tentative de féminicide ou d'homicide conjugal avec victime gravement blessée ; une fratrie de 3 enfants a pu en bénéficier. ■

## CONCLUSION

Dans cette optique la commission consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans son assemblée plénière du 26/05/2016 a mis en place un groupe de travail sur les violences faites aux femmes et les fémi-

nicides [11] et la Voix de l'enfant a décidé de participer à ces travaux afin de faire valoir la nécessité d'une prise en charge et d'un accompagnement des enfants témoins d'un féminicide, en recommandant notamment l'application de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance reconnaissant désormais le statut de victime à l'enfant témoin de violences. [12]

Les professionnels de santé que nous sommes ne sont ni préparés ni suffisamment formés à la prise en charge de cette forme de violence ultime et à ses conséquences. Il semble indispensable que ce type de protocole s'applique au niveau national et qu'il y ait un retour d'expériences du fait du niveau de fréquence, de l'impact traumatique sur les professionnels de ces situations d'une rare violence, de la complexité des enjeux et du peu de données scientifiques dont on dispose pour optimiser la prise en charge des enfants dont on sait qu'ils présenteront tous un syndrome de stress post traumatique et que l'hospitalisation immédiate par OPP permettra de gérer au mieux et au plus vite. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Collectif, Rey A, Verdier F. *Le Petit Robert de la langue française*. Le Robert, Paris, 2015.
- [2] Glossary of definitions of rape, femicide and intimate partner violence Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes 2017-06-06 ISBN 978-92-9493-759-9.  
<https://publications.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/07fc474a-4b2b-11e7-aea8-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>
- [3] OMS, Organisation panaméricaine de la santé. *Féminicide*. 2012.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12\\_38/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_38/fr/) Consulté le 25 novembre 2017.
- [4] Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013, 382: 859-65
- [5] OMS. *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes*. 2012.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw\\_series/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/) Consulté le 25 novembre 2017.
- [6] Ministère de l'intérieur/DGPN, DGGN, DaV. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016.  
<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [7] Ministère de l'intérieur/DGPN, DGGN. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2015. 33 p.



- <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/95814/748984/file...> Consulté le 25 novembre 2017.
- [8] Sadlier K. (sous la direction de). *L'enfant face à la violence dans le couple* – 2<sup>e</sup> éd. Dunod, Paris, 2015.
- [9] Dispositif expérimental pour la prise en charge des enfants mineurs lors d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple en Seine Saint Denis. Protocole de partenariat.  
[http://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/protocole\\_20de\\_20partenariat\\_20-feminicide.pdf](http://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/protocole_20de_20partenariat_20-feminicide.pdf) Consulté le 25 novembre 2017.
- [10] Martinez D. « *Violences conjugales : l'enfant témoin de féminicide, spécificités cliniques et pédopsychiatriques à propos de 5 enfants* » Thèse de médecine, 2016, Paris 11 Kremlin-Bicêtre.
- [11] Commission consultative des droits de l'homme (CNCDH). Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides. Commission consultative des droits de l'homme (CNCDH). Assemblée plénière du 26/05/2016.  
[http://www.cncdh.fr/sites/default/files/160526\\_avis\\_sur\\_les\\_violences\\_aux\\_femmes\\_et\\_feminicide.pdf](http://www.cncdh.fr/sites/default/files/160526_avis_sur_les_violences_aux_femmes_et_feminicide.pdf) Consulté le 25 novembre 2017.
- [12] LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. JORF n°0063 du 15 mars 2016.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id> Consulté le 25 novembre 2017.

# RÔLE AUX URGENCES DU MÉDECIN RÉFÉRENT DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

## *THE ROLE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN (VAW) MEDICAL ADVISER IN AN EMERGENCY SERVICE*

Dr Frédérique BROISIN-DOUTAZ\* & Dr Bernard MARC\*\*

### RÉSUMÉ

Les violences subies par les femmes sont progressivement reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé et celle de leurs enfants. Face à ce constat ont été mis en place, dans les services d'urgences, des médecins, formés, référents, sur les violences faites aux femmes.

En moyenne, chaque année, on estime que 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales. Les urgences ont une place privilégiée pour la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants, carrefour des premiers effets de la violence, avec 19 millions de passages environ par an.

Les conséquences sur la santé de ces femmes, en dehors de celles traumatologiques au moment des coups les font consulter aux urgences pour des pathologies médicales, gynéco-obstétricales, psychiatriques,

des déséquilibres de pathologies chroniques et consulter également pour leurs enfants.

L'urgentiste se retrouve donc en première ligne dans l'accueil et la prise en charge de ce type de patiente. Il est indispensable qu'il soit sensibilisé et formé.

Des signaux d'alertes doivent éclairer l'urgentiste comme le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime, les attitudes du conjoint, des enfants.

La deuxième étape est le questionnement systématique, au même titre que les autres antécédents de façon simple et explicite.

La mission du médecin référent urgences violences faites aux femmes est donc complexe ;

il doit à la fois connaître les mécanismes et les conséquences des violences, savoir les dépister les appréhender savoir s'entourer de professionnels compétents et créer un réseau d'aval.

Le médecin référent devra agir en étroite collaboration, dans son établissement, avec le médecin référent des violences faites aux enfants qui devra être nommé avant décembre 2017 dans le cadre du plan national de lutte contre les violences faites aux enfants en France.

### MOTS-CLÉS

Violences faites aux femmes (VFF), Services des urgences, Repérage/détection, Prise en charge.

\* Participante au groupe d'expert.e.s pour la conception des fiches pratiques à destination des professionnel.le.s urgentistes MIPROF dans le cadre de la Circulaire DGOS R2/MIPROF/2015/345 « Outils référent.e.s urgentes » PH URGENCES/Hopital Robert Ballanger/Référente violences faites aux femmes  
93602 Aulnay sous Bois  
frederique.broisin-doutaz@ch-aulnay.fr

\*\* Chef de service UMJ, Référent violences faites aux femmes, Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF), Site de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire 77600 Jossigny, France  
bmarc@ch-marnelavallee.fr

**ABSTRACT**

*Acts of violence against women are gradually recognized as one of the most important determinants influencing their health and their children's health. Based on this observation, trained doctors, with the function of a violence against women (VAW) resource adviser, have been introduced in emergency services.*

*An average of 225 000 women aged 18 to 75 are estimated to be the victims of domestic violence each year. Emergency services have a central role to play in caring for these women and their children as they are at the crossroads of the first effects of violence, with around 19 million people admitted each year.*

*Leaving aside the direct traumatic consequences of the blows they undergo, what leads these women (or their children) to be seen in an emergency unit is the impact on their health – psychiatric, obstetric and gynaecological disorders or instability in chronic diseases –.*

*Emergency doctors are thus on the front line when it comes to admit and care for this kind of patients. It is therefore essential that they should be made sensitive to this phenomenon and given adequate training.*

*Some warning signs must alert emergency doctors, such as the number of admissions in the service, the way the victim, her partner or the children behave.*

*The second stage is systematic interviewing, as it is done for other aspects of a patient's medical history-in a simple and explicit manner.*

*So the mission of the VAW emergency medical adviser appears to be complex: he must be familiar with both the mechanisms and the consequences related to violence, be able to detect them, tackle with them, manage to get surrounded and assisted by other experts and create a downstream network.*

*In their hospitals, VAW medical advisers will have to work in close collaboration with the medical advisers in charge of violence against children, who are supposed to be appointed before the end of 2017 in the framework of the French National plan on Struggle against Violence against Children.*

**KEYWORDS**

*VAW (Violence Against Women), Emergency service, Screening/detection, Support.*

**INTRODUCTION**

Grace au travail de l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1] et à l'implication grandissante des professionnels concernés, les violences subies par les femmes sont progressivement reconnues comme l'un

des déterminants majeurs influant sur leur santé et celle de leurs enfants. Face à ce constat une prise en charge adaptée s'impose et se traduit par la mise en œuvre de politiques publiques dédiées dont celle relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes (plan violences 2014/2016) depuis le 25/11/2015, date de la circulaire n°DGOS/R2/MIPROF/2015/345. [2]

Ce référent « violences faites aux femmes » est désigné parmi les médecins du service des urgences ou du SMUR dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence. Ce dernier a pour mission, entre autres, de sensibiliser le personnel des services hospitaliers sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles.

**BILAN DES VIOLENCES VUES AUX URGENCES**

En 2016, 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans ont été victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves et moins d'une sur cinq a porté plainte. On évalue à 93 000 femmes âgées de 18 à 75 ans les victimes de viol ou de tentatives de viol, ces dernières connaissent dans 9 cas sur 10 leur agresseur et pourtant moins d'une sur dix seulement a porté plainte. [3] En 2015, selon les estimations, 143 000 enfants vivaient dans un foyer où une femme déclarait y être victime de violences et 42 % avaient moins de 6 ans. [3]

Les urgences ont une place privilégiée pour la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants. Carrefour des premiers effets de la violence, avec 19 millions de passages environ par an sur toute la France [4], un accueil 24h/24, elles préservent une certaine forme d'anonymat et permettent la prise en charge des victimes, leur orientation, voire même un dépistage systématique par un questionnement simple.

Les conséquences sur la santé de ces femmes, en dehors des conséquences traumatiques directes au moment des coups (1 décès tous les 3 jours [5]) les font consulter aux urgences pour des pathologies médicales, psychiatriques (tentatives de suicide, conduites addictives, consommation de psychotropes, dépression) des pathologies gynéco-obstétricales (grossesse = facteur déclenchant) des déséquilibres de pathologies chroniques et consulter également pour leurs enfants qui sont impactés de la même manière qu'ils reçoivent ou non des coups.

**FORMATION ET ACTION DES MÉDECINS RÉFÉRENTS VFF AUX URGENCES**

L'urgentiste se retrouve donc en première ligne dans l'accueil et la prise en charge de ce type de patiente. Il est indispensable qu'il soit sensibilisé et formé. En dehors





**Photo 1 : Véhicules de secours aux urgences.**



**Photo 2 : Urgences la nuit.**

des situations de violences avérées ou déclarées, la façon la plus simple de repérer ces violences est le dépistage par le questionnement systématique, questionnement bien accepté d'après différentes études scientifiques, et qui permet une prise en charge médicale adaptée.

Depuis la parution de la circulaire en novembre 2015, 690 médecins référents ont été nommés dans des services d'urgence, trois sessions de formation ont déjà eu lieu sous l'impulsion de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) qui ont permis d'instruire 370 d'entre eux. [6] Un rappel est prévu pour les établissements non dotés, une journée « bilan » sera proposée également à ceux qui ont eu leur kit afin d'évaluer leurs pratiques, les éventuelles difficultés rencontrées et favoriser les échanges au niveau régional et national.

La formation du médecin référent « Violences faites aux femmes » a lieu au ministère de la santé sur une journée complète avec remise d'un kit sous forme de documents papiers et vidéos sur clé USB. Ce kit per-

met que tous les médecins référents aient un socle commun de formation et qu'ils puissent s'en servir pour sensibiliser et former l'ensemble de leurs équipes dédiées. L'accueil de la patiente victime de violences a été décliné en treize étapes qui sont présentées par des professionnel·les de santé et par les intervenants du groupe d'experts qui ont pour mission d'explicitier les fiches réflexes établies et de présenter les expériences des établissements dans lesquels des choses ont été mises en place.

Il faut savoir que tous ces documents sont accessibles sur le site [stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr)

La première étape consiste à faire un constat et à colliger les signes et facteurs de risques. Il n'y a pas de profil type de femmes victimes de violences ni de symptomatologie typique puisque tous les retentissements sur la santé sont possibles (physique/santé psychique et comportements/santé sexuelle et reproductive). Des signaux d'alertes doivent éclairer l'urgentiste comme le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime, les attitudes du conjoint, des enfants, ce dernier doit également faire le lien entre la symptomatologie passée et présente et se méfier des symptômes « écrans ».

La deuxième étape est le questionnement systématique, au même titre que les autres antécédents de façon simple et explicite, de la manière qui lui correspond le mieux pour être à l'aise. Toutes les recherches sur le sujet montrent que les femmes acceptent largement ce questionnement. Il est bien sûr important de préserver une confidentialité parfois, c'est vrai, difficile aux urgences où le temps imparti fait défaut et où le médecin est fréquemment dérangé.

De nombreuses femmes viennent accompagnées de leurs enfants (souvent en bas âge), il convient de leur expliquer les conséquences des violences psycholo-

giques (témoins) et ou physiques sur leurs enfants et de leur proposer une prise en charge adaptée.

Il faut évidemment adopter une écoute active et bienveillante, la croire, l'écouter, la déculpabiliser la valoriser, la soutenir, lui rappeler que la loi punit les violences, respecter ses choix et les accompagner. Il faut l'examiner de la même façon.

Le dossier médical doit retranscrire le maximum de renseignements en commençant par les données administratives de la patiente, le détail des faits, la description des lésions, les examens complémentaires et la prise en charge éventuelle d'un viol hors réquisition judiciaire.

Il est donc indispensable que l'urgentiste se soit, au préalable, mis en rapport avec les urgences médico-judiciaires de son secteur pour pouvoir y prendre des conseils, y adresser des patientes de façon plus fluide et avoir des retours éventuels.

A l'issue de l'examen, l'urgentiste doit établir un certificat médical descriptif, en 2 exemplaires dont il existe un modèle dans le kit. La détermination de l'ITT peut être difficile, elle pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste d'où la nécessité d'être le plus minutieux et le plus descriptif tant sur les lésions physiques que sur les conséquences psychologiques.

Ce certificat sera complété par tout traitement utile, avis spécialisé et arrêt de travail si nécessaire.

Il est bien évidemment nécessaire d'évaluer la situation pour identifier le danger, les risques encourus et hospitaliser la patiente (et ses enfants éventuellement) si nécessaire. Cette évaluation se fait sur trois grands axes, la vulnérabilité et la peur de la patiente, l'isolement et l'absence de personne ressource, l'agressivité potentielle de l'agresseur (antécédents judiciaires de violences envers les personnes ou de violences dans le couple, antécédents d'agressions sexuelles, possession d'armes, addictions, etc.).

La victime doit être informée à sa sortie et orientée vers des réseaux de partenaires professionnels et associatifs. Il faut l'inviter à appeler le 3919 [7] et à porter plainte quand elle sera prête uniquement. Parallèlement l'urgentiste doit prévenir le service social ou un partenaire intra ou extra hospitalier ce qui nécessite aussi d'avoir fait un travail de recherche de contacts en amont, il peut également proposer une consultation de suivi, le tout en lui donnant tous les documents nécessaires à ses démarches.

La mission du médecin référent urgences violences faites aux femmes est donc complexe ; il doit à la fois connaître les mécanismes et les conséquences des violences, savoir les dépister les appréhender, savoir s'entourer de professionnels compétents et créer un réseau d'aval.

Il doit se signaler dans son établissement, organiser des temps de réflexion et de sensibilisation, il doit identifier les partenaires utiles tant au sein de son éta-



Photo 3 : Vers les services.



Photo 4 : Couloirs des urgences.



Photo 5 : Surveiller les patients.

blissement qu'à l'extérieur, il doit mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement des supports de communication.

Il est en charge des pratiques protocoles et dispositifs mis en place au sein des urgences et doit faire le point des pratiques des autres services notamment en gynécobstétrique et des urgences médico-judiciaires dont il dépend. Un partenariat étroit doit être établi avec ces dernières, d'une part parce que parfois elles se trouvent au sein du même établissement ce qui favorise pleinement l'échange et d'autre part parce qu'elles sont le lieu de passage obligatoire dès qu'il y a réquisition.

## PERSPECTIVES POUR LES MÉDECINS RÉFÉRENTS VFF AUX URGENCES

L'urgentiste ne se substitue en aucun cas au médecin légiste, son rôle est complémentaire étant donné l'ampleur du problème. Certaines UMJ ont créé des consultations sans réquisition pour les femmes de plus de 15 ans victimes de violences ce qui paraît être une solution d'avenir dans la mesure où ces femmes s'adressent à des médecins légistes avec un temps dédié beaucoup plus adapté, une problématique connue et gérée, du personnel paramédical d'avantage sensibilisé, expériences appelées à se généraliser dans le cadre de l'Égalité homme-femme, « grande cause » du quinquennat. [8] Il est nécessaire de travailler en réseau, de se réunir, d'échanger les pratiques pour que ces femmes, où qu'elles soient, trouvent une réponse à leurs attentes et à leur désarroi. Chaque structure est complémentaire et le dépistage systématique doit se faire aux urgences dans la mesure où, lors d'un passage aux UMJ, la révélation des violences est déjà établie. « Protéger la mère c'est protéger l'enfant » [9], il va de soi que le médecin référent « Violences faites aux femmes » aux urgences devra agir en étroite collaboration, dans son établissement, avec le médecin référent des violences faites aux enfants qui devra être nommé avant décembre 2017 dans le cadre du plan national de lutte contre les violences faites aux enfants. [10] ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/> Consulté le 25 novembre 2017.
- [2] Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes NOR : *AFSH1528453C*. [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste\\_201500\\_12\\_0000\\_0080.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_201500_12_0000_0080.pdf) Consulté le 6 juin 2017.
- [3] Enquêtes « Cadre de vie et sécurité » - INSEE-ONDRP-SSMSI-2012/2017. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html> Consulté le 25 novembre 2017.
- [4] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les établissements de santé, édition 2016*. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016> Consulté le 25 novembre 2017.
- [5] Ministère de l'intérieur / DGP, DGGN, DaV. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [6] Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. *Formation des référent.e.s. « violences faites aux femmes » des services d'urgence. Dossier de presse*. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/06/Dossier-de-presse-Formation-des-referents-violences.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [7] 3919 : « Violences femmes info » numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés. Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7 depuis le 01/01/2014.
- [8] Le Parisien. Violences faites aux femmes : les mesures annoncées par Macron. <http://www.leparisien.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-les-mesures-annoncees-par-macron-25-11-2017-7414530.php> Consulté le 25 novembre 2017.
- [9] Durand E. *Violences conjugales et parentalité*. Editions l'Harmattan, Paris, 2013.
- [10] République Française. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. [http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES\\_ENFANTS\\_2017-2019.pdf](http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_ENFANTS_2017-2019.pdf) Consulté le 25 novembre 2017.



Photo 6 : Salle de déchocage.

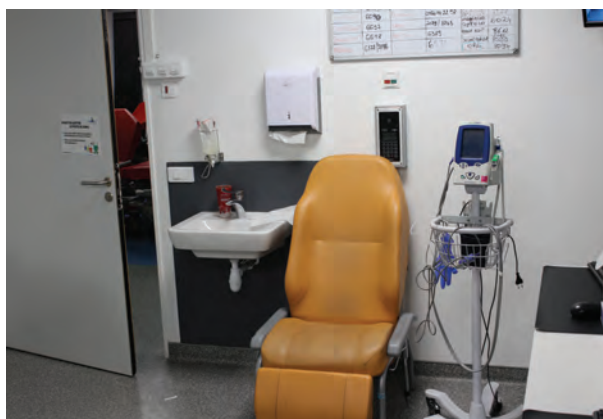


Photo 7 : Orientation et Accueil.



# Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

## MANUSCRIT

Tout **manuscrit, sollicité ou non**, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en **3 exemplaires** à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

- Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.
- 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyés les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs. Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : **agpaedit@wanadoo.fr**

**Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.**

## BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

- **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

## ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproductibles et fournis sur papier blanc ou sur calque.

Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

## REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

**ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE** à la rédaction de la revue : Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

## MANUSCRIPT

**Every manuscript, whether solicited or not**, is submitted to the reviewing committee for their opinion. They may decline the article or suggest alterations that they deem necessary. There are two reviewers, chosen from within the publication committee, but if needed, reviewers external to this committee may be called upon. In case of disagreement between the two reviewers, the editor in chief will have final decision after consulting a third reviewer.

**Three copies** of the text, typewritten with double spacing, one side only, 25 lines per page, should be sent.

We recommend the following lengths depending on the category of article:

- 20 pages maximum for original articles and literature reviews.
- 10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.

The pages are to be numbered in the top right-hand corner.

The first page should bear the title and/or the subtitle, the first name initials, the names of the authors, the title and complete address of the organisation (laboratory, hospital, university, etc.) where the work was carried out, along with the author's complete address to which proofs for correction, abstracts and any correspondence will be sent.

Key-words, in French and English, should be suggested by the authors.

The text of the article should begin on page 2. We strongly recommend following the conventional plan: introduction, material and methods, results, discussion, conclusion. Sub-titles of equal value should be indicated in an identical way. Known international abbreviations may be used.

For less familiar terms, the meaning should be given in brackets the first time they appear in the text. Definitions may be given in a glossary.

The names of the authors quoted in the text should be followed, in brackets, by a number referring to the bibliography.

A brief summary of no more than 10 lines must be enclosed with the manuscript. A summary in English should be provided by the author (along with the translation of the title of the article). Otherwise the author shall accept the translation provided by the editors.

It is essential that an electronic version of the article proposed be sent to the following email address: **agpaedit@wanadoo.fr**

**Please include the email address of the main author.**

## BIBLIOGRAPHY

References should be arranged in alphabetical order, and for each author in chronological order. They should be numbered and appear as follows:

- **Article references** should include in order: name and first name initials of authors, exact title in original language, name of journal according to Index Medicus international rules, year of publication, volume, first and last pages of article.

Example:

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Book references** should include in order: name and first name initials of authors, title of book, identification of publisher (name and town), year of publication and, when appropriate, page(s) quoted.

We strongly recommend limiting the references to 20.

## ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

- tables shall be numbered using Roman numerals and figures using Arabic numerals; all of them shall be quoted in the text;
- graphs and diagrams shall be provided in their original format, or as photographic images. They should be directly reproducible and supplied on white paper or tracing paper.

All illustrations must be accompanied by a detailed caption on a separate page.

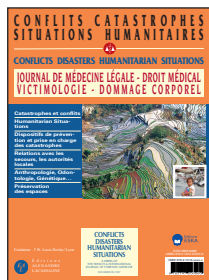
## ACKNOWLEDGEMENTS

They should not appear in the body of the article but individually on the last page of the article. Details of any grants awarded to the authors should also be mentioned here.

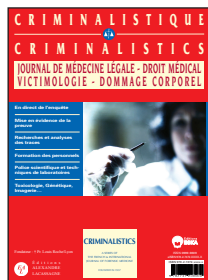
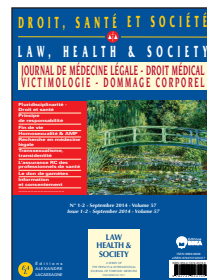
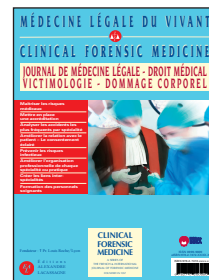
**ALL CORRESPONDENCE SHOULD BE ADDRESSED TO** The Editors, Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.



Série A : Journal des Instituts de Médecine légale



Série B : Conflits, Catastrophes, Situations humanitaires

Série C  
CriminalistiqueSérie D  
Dommage CorporelSérie E  
Droit, Santé et SociétéSérie F  
Médecine Légale du Vivant

## JOURNAL DES INSTITUTS DE MÉDECINE LÉGALE FORENSIC MEDICINE INSTITUTES JOURNAL

**Rédacteurs en chef / Chief Editors :** Pr. Bernd Brinkmann, Pr. Bertrand Ludes, Pr. Daniel Malicier

**Objectifs / Goals :** Prendre en charge les aspects pluridisciplinaires de la Médecine Légale / L'importance des membres du réseau médico-légal / Mettre en évidence le travail de recherche de chaque centre / Partager les compétences au niveau du pays, de l'Europe, des autres régions... *Managing multidisciplinary aspects of Forensic Medicine / Role and importance of members of the forensic networks / Highlights on the research work of each center / Expertise of Units or Institutes on a country, European or International level.*

## CONFLITS, CATASTROPHES, SITUATIONS HUMANITAIRES CONFLICTS, DISASTERS, HUMANITARIAN SITUATIONS

**Rédacteurs en chef / Chief Editors :** Pr. Jean-Pol Beauthier, Dr. Tania Delabarde

**Comité éditorial / Editorial Committee :** en cours / in progress : Dr. José Pablo Baraybar, Dr. François Beauthier, Dr. Anne Bécart, Pr. Sue Black, Pr. Soren Blau, Dr. Eddy De Valck, Dr. Annie Géraud, Pr. Sophie Gromb, Pr. Valéry Hédouin, Dr. Richard Junca, Dr. Christine Keyser, Dr. Philippe Lefèvre, Dr. Laurent Martrille, Dr. Caroline Polet, Pr. Gérard Quatrehomme, Dr. Jean-Pierre Werquin...

**Objectifs / Goals :** Prendre en charge les aspects globaux des catastrophes, conflits et humanitaires / Montrer l'importance des équipes sur le terrain / Mettre en évidence la disponibilité opérationnelle de chaque centre / Partager les compétences et procédures au niveau du pays, de l'Europe, des autres régions. *Management of the overall aspects of disasters, conflict and humanitarian situations / importance of the team on the battle field / Highlights of each country / Sharing skills and procedures in the country, in Europe and other regions.*

## CRIMINALISTIQUE / CRIMINALISTIC

**Comité éditorial / Editorial Committee (en cours / in progress)**

**Objectifs / Goals :** Le point sur les sciences criminalistiques / Prendre en charge les aspects scientifiques et techniques de la discipline / Montrer la palette des compétences et leur complémentarité / Favoriser le travail de recherche de la preuve / Partager les compétences entre tous les différents organismes : Police, Gendarmerie, Médecins, Magistrats. *State of the art in criminalistic techniques and Science / Management and maintenance of scientific and technical equipments / complementarity of competences / Evidence and traces / Making the different agencies work together: Police, Armies, International Police bodies, Doctors, Judges.*

## DOMMAGE CORPOREL / PHYSICAL INJURY

**Rédacteur en chef / Dr. Vincent Dang Vu**

**Comité éditorial / Editorial Committee :** Maître M.-E. Afonso, Maître Olivier Arnaud, Pr. P. Azouvi, M. Nicolas Gombault, Dr. Jean-Claude Serfati, Président de l'Association Nationale des Médecins Conseils de Recours (en cours / in progress)

**Objectifs / Goals :** Prendre en charge les aspects de la victime du préjudice à l'indemnisation / Protéger l'indépendance de la décision / Partager les compétences entre tous les différents organismes : Hôpitaux, Centres spécialisés, Médecins, Magistrats. *Management of the victim from injury to prejudice and compensation / ensuring the Independence of the decision / Sharing responsibilities between all the different organizations: Hospitals, specialized centers, doctors, judicial staff.*

## DROIT, SANTÉ ET SOCIÉTÉ / LAW, HEALTH & SOCIETY

**Rédacteur en chef / Chief Editor :** M. Christian Byk

**Comité éditorial / Editorial Committee :** Mme Maryline Bruggeman, M. Christian Byk, Pr. Jean-Pierre Markus, Pr. Claire Neirink, Mme Valérie Sebagnat...

**Objectifs / Goals :** Cette revue a pour objectif de mobiliser toutes les disciplines avec le souci d'être un outil de questionnement et d'analyse approfondis des pratiques et technologies dans le domaine de la santé et de la biomédecine afin de rendre aux rapports droit, santé et société leur dimension globale. *The aim of this Journal is to mobilize all the disciplines in the field of social sciences with the objective of questioning and analyzing practices and technologies in the health and biomedical areas. Its focus will be to give as much as possible a global approach to Law, health and social issues.*

## MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT CLINICAL FORENSIC MEDICINE

**Rédacteurs en chef / Chief Editors :** Dr. Antoine Watrelot, Pr. Michel Bénédic

**Objectifs / Goals :** Maîtriser les risques médicaux / Mettre en place une accréditation / Analyser les accidents les plus fréquents par spécialité / Améliorer la relation avec le patient - Le consentement éclairé / Prévenir les risques infectieux / Améliorer l'organisation professionnelle de chaque spécialité ou pratique / Créer les liens inter-spécialités / Formation des personnels soignants / Problèmes en psychologie et psychiatrie criminelles / Sciences pénitentiaires. *Preventing and managing medical and surgical risks / Establishing accreditation processes and audits / Reviewing and avoiding the most frequent accidents by Specialty / Improving the relationship with the patient - Informed consent / Preventing infectious risks / Upgrading the professional organization for each specialty or practice / Creating links between specialties / training and monitoring of medical staff.*

# JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE (6 SÉRIES)

## BULLETIN D'ABONNEMENT 2018 - VOLUME 61

Je désire m'abonner aux 6 séries du JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE

☐ VERSION IMPRIMÉE

☐ France Particulier : 303 €

☐ France Institution : 375 €

☐ Etranger Particulier : 364 €

☐ Etranger Institution : 440 €

☐ VERSIONS IMPRIMÉE+NUMÉRIQUE

☐ France Particulier : 456 €

☐ France Institution : 567 €

☐ Etranger Particulier : 544 €

☐ Etranger Institution : 658 €

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Email ..... Tél .....

Je joins mon règlement à l'ordre des Éditions ESKA, soit un montant total de ..... € par :

☐ Chèque à l'ordre des Editions ESKA

☐ Virement bancaire aux Editions ESKA - BNP Paris Champs Elysées - IBAN FR76 3000 4008 0400 0101 3995 536 - BIC BNPAFRPPPE

☐ Carte de crédit

☐ Visa

☐ Mastercard

Date d'expiration :

Date

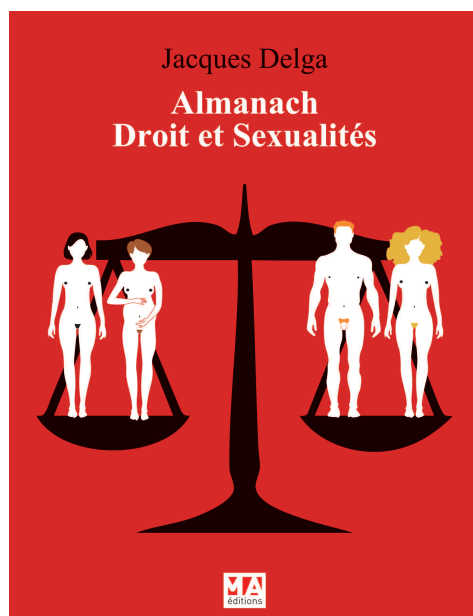
Signature

n°

Une facture vous sera retournée comme justificatif de paiement.

**Bulletin d'abonnement à photocopier et à nous retourner accompagné de votre règlement à :**

**Éditions ESKA, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS-FRANCE**



MA Éditions - ESKA

# ALMANACH DROIT ET SEXUALITÉS

Jacques DELGA

D'une grande actualité, cet ouvrage, présenté sous la forme d'un almanach, s'intéresse aux questions liées à la sexualité, aux sexualités diverses, à leur traitement par le droit, aux interactions qui peuvent exister. Des comparaisons entre la France et d'autres pays apportent, le cas

échéant, un éclairage sur les évolutions importantes passées ou en cours.

On observe souvent un certain flou, des errements sur des sujets qui occupent pourtant le débat public : prostitution, PMA, GPA, adoption suite à une procréation médicale assistée, harcèlement moral et sexuel dans les entreprises, sexisme, transsexualité, intersexualité, changement de sexe et d'état civil, agressions sexuelles, majorité sexuelle, notion de discrimination, de liberté sexuelle dans les couples, etc.

Autant de sujets dont les évolutions récentes, parfois spectaculaires, ont pu engendrer des idées fausses. C'est la raison pour laquelle chaque cas cité et étudié dans cet ouvrage est suivi d'une courte synthèse qui donne la solution juridique applicable actuellement.

Les grands thèmes qui figurent dans l'almanach sont récapitulés à la fin de l'ouvrage. Sous chacune de ces rubriques se trouvent répertoriés et classés les divers cas traités dans l'almanach.

Cet ouvrage, qui concerne des disciplines transversales, n'est pas réservé qu'aux experts, aux juristes ou aux sexologues. Il s'adresse à tout public.

\* \* \*

**Jacques DELGA** est avocat honoraire, professeur honoraire à l'ESSEC et ancien professeur associé des universités. Il a rédigé de nombreux ouvrages juridiques ou liés au management national ou international. Il intervient depuis plusieurs années aux assises nationales de sexologie. Il s'intéresse plus particulièrement aux droits humains. Les droits attachés à la sexualité et à la santé sexuelle en font partie.

## BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir ..... exemplaire(s) de l'ouvrage : « **ALMANACH DROIT et SEXUALITES** », de **Jacques DELGA** - Code EAN 978-2-8224-0541-6 – NUART - 8257443

Prix 24,90 € + 1,00 € de frais de port, soit ..... € x ..... exemplaire(s) = ..... €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° ..... ☐ Date d'expiration : .....

☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

Société / Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

MA Editions - ESKA – Contact : [adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35