

Centre de Gestion

de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère

2 bis, Bd Théophile ROUSSEL - 48000 MENDE

☎ : 04.66.65.30.03

**CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE LA LOZÈRE**

CONCOURS EXTERNE SUR TITRES AVEC EPREUVES SAGE FEMME TERRITORIALE DE CLASSE NORMALE

Jeudi 26 mars 2015

U.P.V.D. de Mende

13h30 – 16h30

↓ EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE ↓

Rédaction d'un rapport, à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales, et notamment la déontologie de la profession (durée : trois heures ; coefficient 1).

Il sera tenu compte de la présentation ainsi que de l'orthographe.

Consignes :

- Les compositions sur les feuilles de brouillon ne seront pas prises en compte et ne seront pas corrigées.
- Aucun signe distinctif ne doit apparaître sur la (les) copie(s) de concours (votre nom, un nom fictif, une signature ou un paraphe, l'usage de plusieurs couleurs d'encre...).
- L'usage d'une calculatrice non programmable et sans imprimante est interdit.
- L'usage d'une seule couleur d'encre, bleue ou noire, est autorisé.

Nombre total de pages : 39

3. 3/2 = 1.5

↓ SUJET ↓

Vous êtes sage-femme au service de P.M.I. du département X. et effectuez régulièrement des entretiens prénataux précoces.

Dans ce cadre vous recevez une patiente âgée de 20 ans, Madame A., enceinte de vingt semaines d'aménorrhée. Lors de l'entretien vous apprenez qu'elle vit en couple et que son conjoint, intérimaire, et actuellement sans emploi. D'après Madame A., il vit très mal cette situation et ne l'aide pas au quotidien. Sur un plan obstétrical c'est une deuxième grossesse avec le même compagnon. Madame A. a accouché il y a deux ans d'une petite fille, la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans particularité. Madame A. vous signifie qu'elle ne souhaitait pas cette deuxième grossesse qui intervient dans un contexte difficile d'autant plus que son conjoint a parfois des comportements violents qui l'inquiètent.

A partir de la situation exposée et des documents du dossier, vous rédigerez un rapport présentant les problèmes identifiés. Que proposez-vous à cette patiente en tenant compte de vos missions et de votre qualité de sage-femme ?

- DOCUMENT 1 La sage-femme de PMI : Profession et mode d'exercice. Extrait du site du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (4 pages)
- DOCUMENT 2 Code de déontologie des sages-femmes (extrait). Source : site Internet Légifrance (3 pages).
- DOCUMENT 3 Haute Autorité de Santé - Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité, Fiche de synthèse, novembre 2005 (3 pages).
- DOCUMENT 4 Margaux JOLY, Violences conjugales pendant la grossesse, *Vocation sage-femme*, 2010, vol. 9, n° 80, pp. 14-17 (4 pages).
- DOCUMENT 5 Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences faites aux femmes, *Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes*, n° 4, novembre 2014 (4 pages).
- DOCUMENT 6 Art. 515-9 à 515-13 de la loi 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* (2 pages).
- DOCUMENT 7 Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, Fiche sur Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violence, novembre 2014 (6 pages).
- DOCUMENT 8 Art. 226-14 du Code pénal (1 page).
- DOCUMENT 9 Plaquette d'information sur les violences au sein du couple éditée par STOP-VIOLENCES-FEMMES.gouv.fr (4 pages)

DOCUMENT 1

Document 1 : la sage-femme de PMI profession et mode d'exercice. Extrait du site du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

La sage-femme de PMI

Relevant des Conseils généraux, les sages-femmes de P.M.I (ou sages-femmes territoriales) ont essentiellement un rôle de prévention par le biais d'une fonction à la fois sociale et médicale, notamment lors de la surveillance de grossesse à risque : prise de rendez-vous, visites à domicile, prévention des menaces d'accouchement prématuré, suivis des traitements de toute pathologie liée à la grossesse (HTA, diabète, etc.), examen obstétrical et gynécologique.

Ainsi, à l'exception de l'accouchement, les sages-femmes territoriales contribuent au bon déroulement de la grossesse. Pour ce faire, elles travaillent avec les médecins de P.M.I. ou participent à l'activité d'un réseau d'obstétrique.

Les sages-femmes territoriales organisent par ailleurs des séances d'informations notamment auprès des jeunes dans les établissements scolaires, les associations et le centre de planning pour les mineurs.

Leurs règles d'emploi sont issues de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et du décret n°92-855 du 28 août 1992 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales.

Pour en savoir plus sur les textes relatifs à la fonction publique territoriale.

Déontologie

L'article R.4127-348 du code de la santé publique dispose que le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut avec une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et, en particulier, à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.

En aucune circonstance, la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à

son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et des nouveau-nés.

En effet, les dispositions du Code de déontologie s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre et les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre. (R.4127-301 du code de la santé publique)

Néanmoins, au même titre que toute sage-femme chargée d'un service public et inscrite au tableau de l'Ordre, une sage-femme territoriale ne peut être traduite devant la juridiction disciplinaire de l'Ordre pour des faits se rattachant à sa fonction au sein d'une collectivité territoriale (conseil général ou commune), que par le Ministre de la santé, le préfet du département, le directeur général de l'ARS, le Procureur de la République, le Conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel la sage-femme est inscrite. (Art. L.4124-2 du code de la santé publique)

Par ailleurs, toute sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux. (Art. R.4127-309 du code de la santé publique)

Enfin, la sage-femme liée à son employeur par convention ou contrat ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle. (R.4127-350 du code de la santé publique)

Organisation et missions des centres de PMI

Dispositions légales

Après le Code de la famille promulgué en 1939, l'ordonnance du 2 novembre 1945 puis le décret du 19 juillet 1962 et la loi du 18 décembre 1989, ont établi les règles de la protection de la maternité et de l'enfance.

Les dispositions relatives au fonctionnement de la protection de la maternité et de l'enfance sont codifiées aux articles L.2111-1 et suivants du code de la santé publique.

Les missions

La protection maternelle et infantile (P.M.I.) s'adresse aux familles, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans. Elle consiste en des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants. Elle développe des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans.

L'organisation

Depuis la loi du 22 juillet 1983 de décentralisation relative au transfert de compétence en matière d'action sociale et de santé, les services de protection maternelle et Infantile et ceux de l'aide sociale à l'enfance sont placés sous la responsabilité des présidents des Conseils généraux.

Depuis, le département est donc chargé de l'organisation et du financement des services et consultations de santé maternelle et infantile ainsi que des activités de la P.M.I. à domicile.

Les sages-femmes territoriales

Les missions des sages-femmes territoriales

La sage-femme de PMI a essentiellement un rôle de prévention. Elle devra, dans le cadre de ses missions :

- renforcer la protection des femmes enceintes dont l'état de santé ou la situation matérielle ou morale le nécessite
- favoriser la santé physique, psychologique et sociale des femmes enceintes et de leurs futurs enfants
- concourir à la diminution du taux de mortalité maternelle, périnatale et de morbidité néonatale
- participer à une politique de planification et d'éducation familiale en matière de grossesse, de contraception et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH

Pour cela elles assurent en différents lieux (centres de PMI, centres sociaux) des consultations prénatales. Elles procèdent ainsi aux examens des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e mois de la grossesse.

Elles sont amenées à exercer au domicile des patientes :

- en prévention primaire, sollicitées directement par celles-ci, par les autres professionnels de santé (maternités publiques et privées, praticiens libéraux) ou par d'autres professionnels du secteur social
- en prévention secondaire lors de la surveillance de grossesse à risque (prévention des menaces d'accouchement prématuré, suivis des traitements de toute pathologie liée à la grossesse HTA, diabète, etc.).

Elles assurent aussi un rôle essentiel de proximité dans la coordination des soins ainsi que dans l'orientation et l'accompagnement des femmes enceintes et de leur famille auprès des différents réseaux sanitaires et sociaux.

Elles effectuent ainsi un suivi global de la grossesse tant sur le plan médical que psychologique et social.

Les sages-femmes territoriales organisent des séances d'informations et de préparation à la naissance auprès des futurs parents et sont présentes auprès des jeunes lors de séances d'informations sur le thème de la sexualité dans les établissements scolaires, les associations et les centres de planification et d'éducation familiale.

Par ailleurs, leur exercice au sein d'une collectivité territoriale s'inscrit dans une dynamique de partenariat avec d'autres professionnels du champ social et leur permet de participer ainsi à la prévention de la maltraitance.

Ce rôle de prévention les situe à l'interface entre le médical et le social et demande outre les connaissances propres à la profession de sage-femme, une spécialisation indispensable en termes de formation à l'écoute, au dialogue ainsi qu'une bonne connaissance des partenaires.

Document 2 : extraits code de déontologie des sages-femmes
legifrance

DECRET

**Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code
de déontologie des sages-femmes**

Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes.

Article R4127-301

Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre, aux sages-femmes exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 ainsi qu'aux étudiants sages-femmes mentionnés à l'article L. 4151-6.

Article R4127-302

La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

Article R4127-303

Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié,

mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.

La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers médicaux et de tout autre document, quel qu'en soit le support, qu'elle peut détenir ou transmettre concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible.

Article R4127-309

La sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants.

En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux.

Article R4127-313

Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.

Article R4127-314

La sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié.

La sage-femme ne peut proposer aux patientes ou à leur entourage, comme salutaires ou efficaces, des remèdes ou des procédés insuffisamment validés sur le plan scientifique.

Article R4127-315

Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés.

Article R4127-316

Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article R4127-317

Une sage-femme sollicitée ou requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que cette personne ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi des sévices ou de mauvais traitements.

Document 3

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

FICHE DE SYNTHÈSE

Novembre 2005

Service des Recommandations professionnelles

Des outils pour les professionnels

Un guide pour l'entretien du 1^{er} trimestre

ET Une liste de facteurs de vulnérabilité

Préciser :
 Qui est la femme enceinte, le couple
 Ce que la femme vit et a vécu
 Ce qu'elle ressent
 Ce qu'elle fait
 Ce qu'elle sait
 Ce qu'elle croit
 Se sent-elle menacée et par quoi
 Ce dont elle a envie
 Ce qu'elle veut connaître et apprendre
 Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire

Problèmes de type relationnel
 Antécédents obstétricaux/mal vécu
 Violence domestique
 Stress, anxiété, troubles du sommeil
 Épisode dépressif
 Addictions
 Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants parent isolé ou rupture conjugale)
 Naissance à haut risque psycho-affectif (maladie, malformation ou handicap)

Des objectifs spécifiques et un contenu pour les séances prénatales individualisées, sans obligation de tout aborder

- la compréhension et l'utilisation des informations : élaboration du projet de naissance, repères sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir
- l'apprentissage des techniques de travail corporel : exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme, techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter la naissance, positions de protection du dos
- le développement de compétences parentales comme : nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant, veiller à son bon développement psychomoteur, s'adapter à un contexte différent de celui de l'apprentissage, en particulier le transfert du savoir-faire au domicile
- le développement de ressources personnelles utiles dans la vie quotidienne comme : faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress, savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher de l'information utile, connaître les associations d'usagers.

Quelques liens utiles

Réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents : ministère délégué à la Famille et à l'Enfance (www.familles.org)
 Violence domestique : ministère des Affaires sociales (www.santepubliquefrance.fr/ministere/violence/)
 Tabac, alcool, cannabis et autres substances toxiques : numéro vert de Drogues Alcool Tabac Info Service (0 800 23 13 13) ou mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (www.drogues.gouv.fr).

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

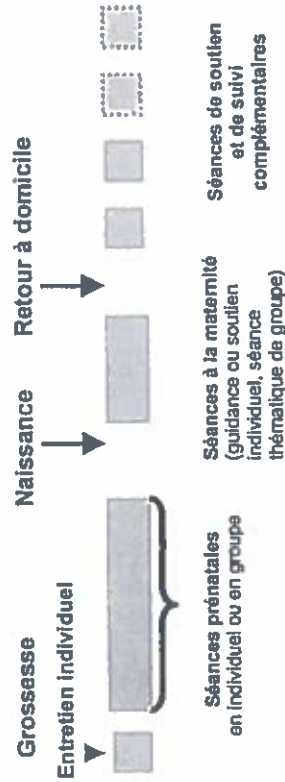
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la PNP et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes et des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité.

Objectif : Proposer aux professionnels de santé une démarche qui vise à :

- préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes des futurs parents
- accompagner les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, pour prévenir les troubles de la relation parents-enfant
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal

Planification de la PNP



Évaluation régulière et adaptation du suivi selon les besoins

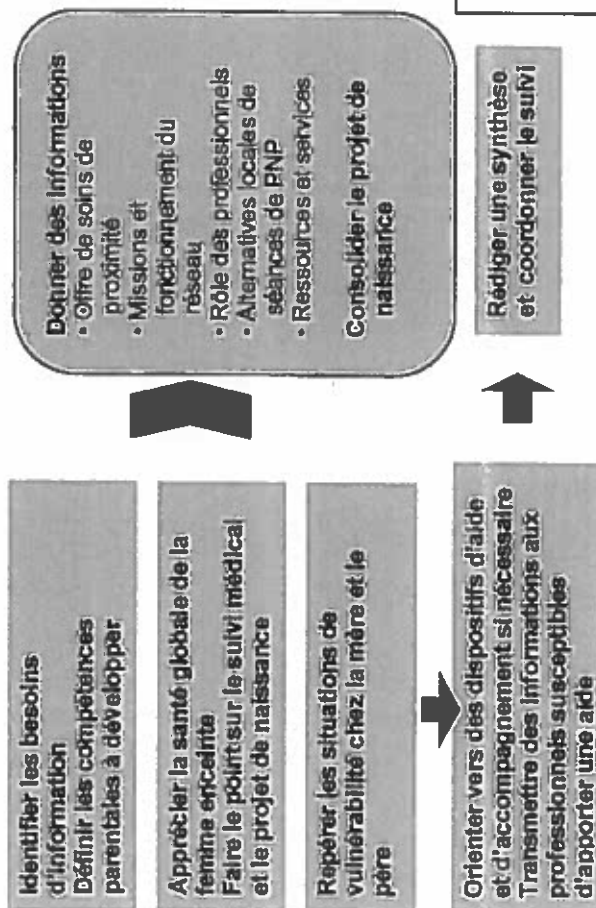
Coordination et transmission des informations dès l'entretien individuel

La mise en œuvre de la PNP

Un entretien précoce, individuel ou en couple

- proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse
- réalisé durant le 1^{er} trimestre de la grossesse par une sage-femme ou un médecin
- ne doit pas se substituer à la première consultation médicale de suivi de la grossesse
- est une aide pour le professionnel, qui assure le suivi médical de la grossesse, qui pourra ajuster sa vigilance grâce aux transmissions

Les conditions de dialogue et l'utilisation des techniques de communication appropriées permettent d'accéder au ressenti des femmes et des couples et de consolider leur confiance en eux et dans le système de santé.



Une coordination dès l'entretien individuel ou en couple

- Un travail en réseau quels que soient la discipline et le mode d'exercice
- Une fonction de coordination pour assurer la cohérence du suivi
- Un partage et des modalités de transmission de l'information
- Une évaluation à tous les stades pour adapter le suivi en fonction des besoins

Les séances prénatales

- Un programme structuré proposé en individuel ou en groupe
- Un contenu adapté aux stades de la grossesse et sélectionné selon les besoins individuels : information, repères, apprentissage, confiance en soi
- Des techniques éducatives favorisant la participation et l'interactivité

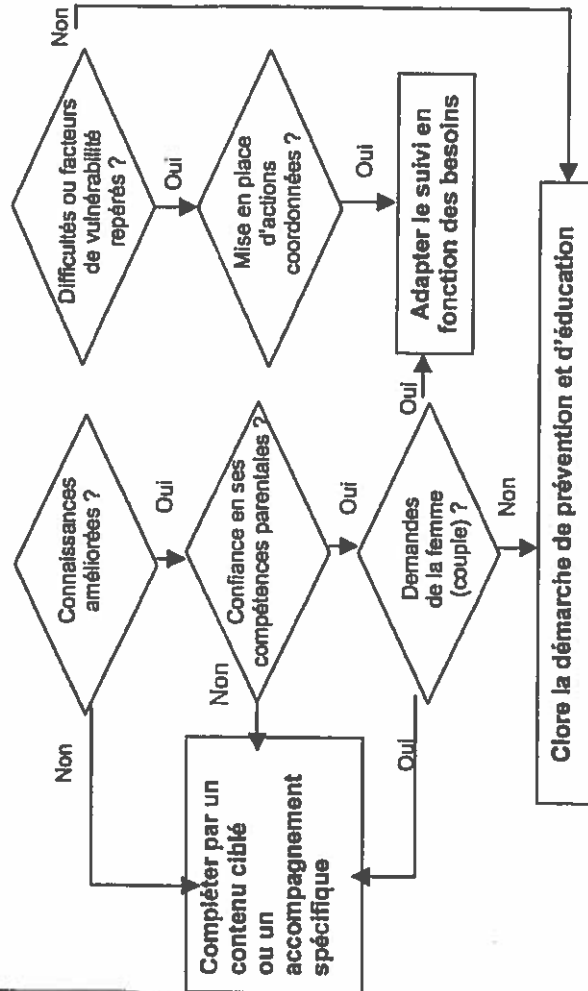
Les séances durant le séjour à la maternité

- Une guidance et un soutien individuel, des séances collectives thématiques
- Une évaluation individuelle avant la sortie identifiant les besoins de séances complémentaires au domicile

Les séances postnatales en cas de sortie précoce, de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou reconnus après la naissance ou en réponse à des demandes des parents

- Un accompagnement des soins au nouveau-né, un soutien à l'allaitement
- Une vérification du bon développement psychomoteur de l'enfant
- Un soutien à la parentalité et à la confiance en soi
- Une recherche des signes de dépression du *post-partum*
- Une adaptation du suivi en fonction des besoins

Une évaluation individuelle de la PNP



Document 4

Violences conjugales pendant la grossesse, les conséquences obstétricales

Parce que la violence conjugale subie pendant une grossesse semble engendrer une augmentation de la morbidité obstétricale, la vigilance de chaque professionnel de santé, permettant l'identification des femmes à risque, doit être accrue. La mise en place d'un dépistage efficace est, en effet, un élément indispensable concourant à l'amélioration de la prise en charge de ces patientes.

La violence conjugale est un problème qui touche de nombreuses femmes, comme l'a révélé dernièrement l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)¹. Elle ne semble pas épargner les femmes enceintes puisqu'une sur quatre serait touchée pendant la grossesse². Pourtant, peu d'études évaluent les conséquences obstétricales de cette violence.

Nous avons donc souhaité analyser, dans un travail rétrospectif, les conséquences maternelles et fœtales durant la grossesse, ainsi qu'à l'accouchement. Dans ce cadre, une population à risque et des facteurs aggravants ont été identifiés afin de dégager des axes permettant un dépistage ciblé.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins, observationnelle et comparative, réalisée dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin d'études de sage-femme.

Les données ont été recensées à partir de dossiers obstétricaux de patientes ayant accouché entre le 1^{er} juin 1999 et le 31 octobre 2008 dans les maternités des Hospices civils de Lyon (Hôpital Lyon Sud, Hôpital de la Croix Rousse, Hôpital Femme Mère Enfant, Hôtel-Dieu, 69).

Deux groupes de patientes ont ainsi été recrutés :

- un groupe exposé au facteur "violence conjugale pendant la grossesse" ;
- un groupe non exposé à ce facteur.

Au total, cent trente patientes ont été incluses dans l'étude :

- 65 dans le groupe exposé ;
- 65 dans le groupe non exposé.

La comparabilité des populations a été vérifiée sur trois critères socio-économiques qui n'ont *a priori* pas de lien entre eux : l'âge, l'activité professionnelle et le statut marital.

Critère d'inclusion

Tout dossier a été inclus dans le groupe exposé lorsque l'équipe soignante a identifié la patiente comme victime de violence conjugale pendant la grossesse et que l'information a été recueillie par la sage-femme archiviste des maternités participantes. Pour le groupe non exposé, les dossiers ont été inclus au hasard.

Critère d'exclusion

Ont été systématiquement exclues de l'enquête les femmes excisées ou présentant un vaginisme.

Méthodologie

Une grille de recueil a été utilisée pour chaque dossier, construite en fonction des objectifs de l'étude.

L'analyse des données a été réalisée par le logiciel ExcelTM et l'analyse statistique des variables par le test du khi-2.

Résultats

Population exposée à la violence conjugale

- En termes socio-économiques, l'échantillon était constitué en grande majorité de femmes immigrées, représentant 83 % des parturiantes. Un tiers des femmes exposées de l'enquête était estimé en situation de précarité par l'équipe soignante et 42 % consommaient au moins un produit toxique pendant la grossesse (a été considérée comme toxique pour la grossesse la consommation régulière d'alcool, de tabac, de drogues et de psychotropes) (figure 1).

- En termes médicaux, davantage de dépression ou d'antécédents de dépression traitée ont été observés chez les femmes victimes (OR = 25 ; test du khi-2 statistiquement significatif). Une différence statistiquement significative entre les deux groupes était également notée en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST) et les antécédents

gynécologiques. En effet, un plus grand nombre d'IST (OR = 4,2) et d'antécédents gynécologiques (OR = 2,2) était retrouvé chez les femmes victimes de violence.

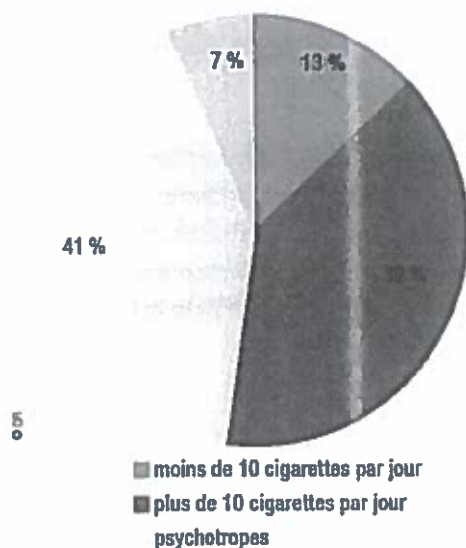


Figure 1 : Type de toxiques consommés pendant la grossesse.

Type de violence

La plus grande partie de la violence décrite dans cette étude était de la violence physique (85 %). C'est ce type de violence qui a majoritairement permis le dépistage des femmes victimes. La violence sexuelle était plus rarement retrouvée (5 %). Elle était, par ailleurs, systématiquement associée à de la violence physique et psychologique (figure 2).

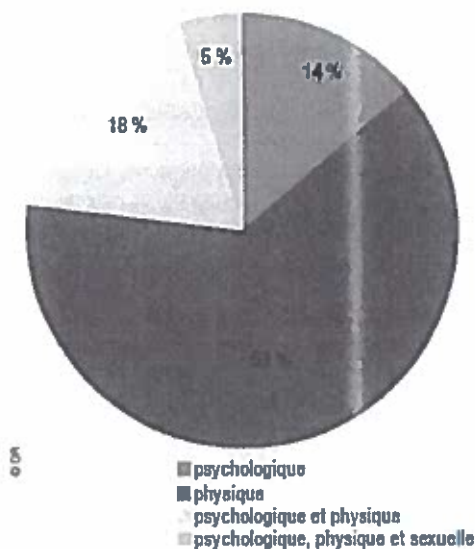


Figure 2 : Types de violence infligée à la population victime.

Morbidité materno-fœtale durant la grossesse

Pendant la grossesse, davantage de pathologies fœtales (toutes pathologies confondues) ont été observées chez les femmes victimes (OR = 2,9). Du point de vue maternel, un plus grand nombre d'infections vulvo-urinaires (OR = 5,2) et de douleurs abdominales (22 % chez les femmes victimes versus 3,1 % chez les femmes non victimes) ont également été observées.

Par ailleurs, chez ces femmes, étaient dénombrées plus de consultations en urgence, significativement plus d'hospitalisations, et notamment plus longues (figure 3).

Enfin, fait notable, quatre tentatives de suicide réalisées pendant la grossesse ont été répertoriées dans le groupe exposé, ce qui n'est pas apparu dans le groupe témoin.

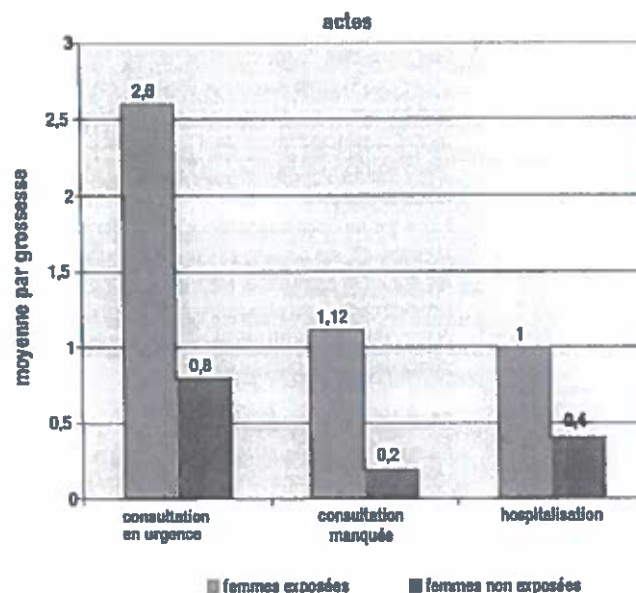


Figure 3 : Comparaison du nombre moyen d'actes par grossesse dans la population victime et non victime de violences conjugales.

Morbidité materno-fœtale à l'accouchement

Chez les femmes victimes, la plupart des accouchements se sont déroulés à terme et par voie basse. En revanche, un plus grand nombre de complications est survenu au moment de la délivrance (OR = 4,7) : hémorragie de la délivrance, rétention placentaire... Les pathologies fœtales – notamment des nouveau-nés de poids plus faible et plus souvent transférés dans les services de néonatalogie – ont également été plus nombreuses dans ce groupe.

Discussion

Impact de la violence subie pendant la grossesse

La violence conjugale se définit, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme « *tous comportements violents au sein d'une relation intime (conjoint, ex-conjoint) qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui font partie de cette relation [...] Un moyen choisi par des individus pour contrôler leur conjointe* »². Cette violence revêt différentes formes et a toujours un effet désastreux sur la santé des personnes victimes.

Cette étude rend compte de la multiplicité des conséquences de la violence conjugale.

• Conséquences obstétricales

Les patientes touchées présentant significativement une plus forte proportion de pathologies fœtales et de certaines pathologies maternelles (infections vuvo-urinaires et douleurs abdominales) pendant la grossesse. Lors de l'accouchement sont observées significativement plus de complications de la délivrance et de pathologies fœtales, et notamment des nouveau-nés de plus petit poids et plus souvent transférés en service de néonatalogie.

• Conséquences psychologiques

Il semble important de remarquer que, dans l'étude, le taux de dépression de femmes victimes est très élevé, beaucoup plus élevé que celui de la population témoin (28 % ; OR = 25 ; test de khi-2 significatif). Par ailleurs, quatre femmes, victimes de violences conjugales pendant la grossesse, ont tenté de se suicider, ce qui n'est pas apparu dans le groupe témoin. Cet ensemble de faits, retrouvés dans d'autres études^{4,6}, appuie l'idée que les femmes victimes sont dans un état de grande souffrance psychologique générée par les tensions, les angoisses et la peur permanentes.

• Conséquences économiques

Cette étude souligne le fait que les parturientes victimes de violences nécessitent une prise en charge plus importante ou, tout du moins, sont en demande plus importante de soins que celles appartenant au groupe témoin. Ces patientes semblent consulter plus souvent en urgence : 72 % au moins une fois, 32 % plus de trois fois ; en moyenne, 2,6 consultations en urgence sont dénombrées par grossesse. Ces femmes sont hospitalisées plus souvent et plus longtemps (6 jours en moyenne contre 3,6 jours dans le groupe témoin). Elles présentent également davantage de pathologies et nécessitent un plus grand nombre d'actes médicaux, qui exigent que les services de soins y consacrent plus de temps. Selon l'OMS, « *la violence fait passer un énorme fardeau économique sur les sociétés, en incluant une perte de productivité et un recours accru aux services sociaux* »².

Qui sont les femmes victimes ?

Actuellement, en France, il n'existe pas de dépistage systématique de la violence conjugale pendant la gros-

sesse. Sans dépistage systématique, la violence conjugale semble particulièrement difficile à mettre en évidence. Il paraît donc important de définir des contextes évocateurs pouvant alerter le professionnel.

Dans cette étude, les femmes immigrées, consommant des produits toxiques pendant la grossesse et en situation de précarité, semblent plus à risque. Au niveau clinique, les troubles psychologiques (dépression, tentative de suicide...) et les atteintes physiques doivent éveiller l'attention. Deux études^{3,6}, utilisant de plus larges échantillons, retrouvent des résultats similaires en y ajoutant :

- les antécédents de maltraitance dans l'enfance ;
- la déclaration tardive de grossesse ;
- le partenaire trop prévenant...

Il est donc essentiel d'être vigilant devant ce type de situations afin de pouvoir prendre en charge les victimes de violences conjugales.

Vers une modification de nos pratiques

Le problème de la violence conjugale est délicat, car trop souvent tabou. Les femmes victimes abordent très peu spontanément les violences subies. De plus, le personnel soignant semble peu attentif à ces questions et se trouve souvent démuné lorsque la situation est évoquée. Comment sortir de cette impasse ?

• Sensibilisation des professionnels

Les 65 dossiers obstétricaux utilisés dans cette étude représentent l'ensemble des dossiers de patientes dépistées par les Hospices civils de Lyon (69) en 9 ans, soit de 1999 à 2008. Selon les études, l'incidence des violences conjugales pendant la grossesse varie de 3 à 8 %. En sachant que les Hospices civils de Lyon effectuent environ 10 000 accouchements par an, on aurait pu s'attendre, dans l'absolu, à retrouver entre 300 et 800 dossiers par an, soit entre 2 700 et 7 200 sur 9 ans. Cela illustre bien la faiblesse du nombre de patientes dépistées, soit l'absence de dépistage pendant la grossesse aux Hospices civils de Lyon.

Ainsi, en regard des conséquences des violences conjugales, il semble important de sensibiliser les professionnels de santé et d'organiser une prise en charge collective. C'est ce que souligne le professeur Henrion, dans son rapport de février 2001⁷. Il faut « *sensibiliser les médecins et professionnels de santé. Les inciter à dépister au moindre soupçon [...] Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.* » Par ailleurs, il souligne l'importance de continuer les publications dans ce domaine et de « *recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.* »

• Améliorer le dépistage

Depuis plus de 10 ans, l'*American college of obstetricians and gynecologists* (Acog) recommande

vivement le dépistage systématique de la violence conjugale chez toutes les patientes. Il n'y a pas de consensus sur un outil particulier, mais l'Acog conseille plutôt l'utilisation d'un questionnaire court, sensible, facile à réaliser et à répéter plusieurs fois, car cette répétition assurerait un meilleur dépistage. Si cette mesure semble actuellement complexe à mettre en place sur une large échelle et risque de poser de nombreux problèmes logistiques, on peut toutefois commencer par promouvoir l'utilisation de ce type de questionnaires lors de contextes évoquant la violence conjugale. Ainsi, l'identification de facteurs de risque et la diffusion de protocoles ciblant ces facteurs à l'ensemble des professionnels de santé permettraient d'engager le processus de dépistage. De fait, l'information et la sensibilisation des professionnels pourraient contribuer à encourager et améliorer le dépistage.

• Prise en charge de la parturiente dépistée

La prise en charge d'une victime de violence se résume en différents points⁷.

Il importe en premier lieu d'analyser la gravité de la situation. Cette appréciation doit comporter un examen clinique afin d'évaluer les conséquences somatiques et la sécurité de la patiente.

Il faut assurer les soins, constituer un dossier médical complet et rédiger un certificat. Ce certificat est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée. L'opportunité de poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendent largement.

Il faut ensuite organiser le suivi, informer la patiente des risques encourus, de ses droits et des personnes pouvant lui venir en aide.

Enfin, il semble important d'orienter la patiente vers d'autres professionnels permettant ainsi la mise en place d'une action globale : la police, la justice, les travailleurs sociaux...

Néanmoins, il semble également intéressant de souligner les facteurs de risque liés à la violence conjugale et particuliers à la femme enceinte. Dans cette étude, les femmes victimes consommaient plus de toxiques, étaient dans de plus grandes souffrances psychologiques. Au fil des consultations, il faut donc être vigilant à l'évolution de cette consommation, en ne se focalisant pas uniquement sur la cigarette, mais

en pensant également à l'alcool et aux psychotropes, tout comme à l'état psychologique de la patiente.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence les multiples conséquences de la violence conjugale subie pendant la grossesse, qu'elles soient économiques, psychologiques ou médicales. Elle a également permis de cibler une population sur laquelle il est nécessaire d'axer le dépistage, ce qui semble important puisque le dépistage de masse n'est pas réalisé actuellement en France.

Mais le problème des violences conjugales reste complexe et nécessite une action globale afin d'être réellement endigué. En effet, il ne suffit pas de sensibiliser les professionnels aux conséquences médicales et de lancer un dépistage de masse, mais il est indispensable de les former à la prise en charge de ces patientes et d'organiser des réseaux partenaires compétents avec des acteurs dont l'action est complémentaire. Cela semble être la condition *sine qua non* pour commencer à apporter une réponse efficace à ce problème. ■

Margaux Joly

École de sages-femmes de Bourg-en-Bresse

Sage-femme, Bourg-en-Bresse (01)

margaux-joly@hotmail.fr

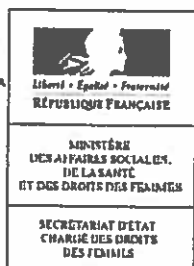
Cet article a reçu
le 1^{er} Prix *Vocation Sage-femme* 2009,
catégorie "Étudiant".

Références

1. Bréart G, Saurel-Cubizolles MJ. Domestic violence. Epidemiologic data. *Bull Acad Natl Med* 2002; 166: 839-48.
2. Saurel-Cubizolles MJ. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertill Sex* 1997; 25: 159-84.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002.
4. Hilberman E, Munson K. Sixty battered women. *Victimology* 1977-78; 2 (3-sup-4): 460-70.
5. Stark E, Filcraft A. Violence among intimates: an epidemiological review. In: Van Hasselt VB, Morrison R, Bellack A, Hersen M (éd.). *Handbook of Family Violence*, New York, Plenum Press, 1988: 293-318.
6. Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1998-1997. PRAMS Working Group. *Matern Child Health J* 2000; 4: 85-92.
7. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales. Le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre de la Santé, réalisé par un groupe d'experts sous la présidence du professeur Roger Henrion. La Documentation française, 2001.

À retenir

La prise en charge des patientes enceintes victimes de violences nécessite une connaissance importante du problème de la violence conjugale, une information suffisante pour pouvoir rédiger des certificats et constituer les dossiers, et, enfin, l'établissement d'un réseau de partenaires complémentaires afin d'être réellement efficace.



Document 5

La lettre

DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

N°4 – Novembre 2014

MIPROF
MISSION INTERMINISTÉRIELLE
POUR LA PROTECTION DES FEMMES
CONTRE LES VIOLENCES ET LA LUTTE
CONTRE LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS.
stop-violences-femmes.gouv.fr

Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données

EDITO

La lutte contre les violences faites aux femmes nécessite d'en évaluer l'ampleur, de comprendre les caractéristiques de ces agressions et de connaître les démarches entreprises par les victimes. L'amélioration de ces connaissances permet de construire des politiques publiques plus efficaces, notamment concernant les formations destinées aux professionnel-le-s.

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, dite Convention d'Istanbul, ratifiée par la France le 4 juillet 2014 et entrée en vigueur le 1er novembre, oriente désormais notre action en matière de lutte contre les violences faites aux femmes. Elle engage notamment les parties « à collecter les données statistiques désagrégées pertinentes, à intervalle régulier » et à « s'efforcer d'effectuer des enquêtes basées sur la population, à intervalle régulier, afin d'évaluer l'étendue et les tendances » de toutes les formes de violences faites aux femmes (articles 11.1.a et 11.2). L'amélioration des connaissances sur les violences faites aux femmes repose sur une mobilisation des différents ministères concernés et des organismes de recherche français. En décembre 2014, débutera la phase de recueil de l'enquête VIRAGE, seconde enquête française de grande ampleur spécifiquement consacrée à l'ensemble des violences subies par les femmes, leurs caractéristiques, leur fréquence. Elle permettra également de mesurer les violences subies par les hommes. Par ailleurs, de nouveaux logiciels de recueil de données sont en cours déploiement par les ministères de l'Intérieur et de la Justice qui permettront notamment de fournir des statistiques plus complètes sur les démarches engagées par les femmes victimes de violences auprès des forces de sécurité et de la Justice.

A l'occasion de la journée du 25 novembre 2014, nous publions les principales données sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. En collaboration avec l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) et l'INSEE, nous avons poursuivi l'exploitation de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) pour mieux estimer le nombre de femmes victimes, chaque année, de violences graves au sein du couple, de viols et de tentatives de viols. Nous présentons également pour la première fois une estimation du nombre d'enfants qui vivent dans un foyer où existe des violences conjugales graves. Le dossier réalisé par l'Institut national des études démographiques (INED) propose une analyse territoriale des violences dans le couple en France. Leur prévalence est aussi importante dans les territoires urbains que ruraux mais les démarches entreprises par les victimes diffèrent. Enfin, nous présentons les principales conclusions de l'étude sur l'actualisation du coût économique des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants réalisée cette année par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

De la connaissance naît la possibilité d'une action plus efficace.

SOMMAIRE

FICHES STATISTIQUES

- Les violences physiques et sexuelles subies par les femmes au sein du couple ... 3
- Le nombre annuel de viols et de tentatives de viol subis par les femmes ... 5
- Les condamnations pour violences au sein du couple et violences sexuelles en 2013 ... 6
- Les morts violentes au sein du couple en 2013 ... 7
- L'activité en 2013 des lignes d'écoute « 3919 – Violences femmes info » et « viols femmes information » ... 8

NOUVELLE ENQUETE

Etude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France ... 11

DOSSIER

Sortir des violences conjugales : quelles différences territoriales? ... 12

RESSOURCES ... 16

LES PRINCIPAUX POINTS A RETENIR

- ▶ En 2013, **121 femmes et 25 hommes ont été tués par leur conjoint ou ex-conjoint**. Parmi les femmes victimes, 40% avait déjà été victime de violences de leur compagnon. On compte également 13 homicides (8 femmes et 5 hommes) au sein de couple *non-ociel*. **33 enfants mineurs ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple**.
- ▶ En moyenne, chaque année, on estime que **216 000 femmes** âgées de 18 à 75 ans sont **victimes de violences conjugales graves** (violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint). Parmi elles, 16% ont déposé plainte.
- ▶ En 2013, 16 294 hommes et 552 femmes ont été condamnés pour des crimes ou des délits sur leur conjoint ou ex-conjoint.
- ▶ **145 000 enfants** vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex-conjoint. 42% de ces enfants ont moins de 6 ans.
- ▶ En moyenne chaque année, on estime que **86 000 femmes** âgées de 18 à 75 ans sont **victimes de viols ou de tentatives de viol**. Dans 86% des cas, la victime connaît son agresseur. 10% des victimes déclarent avoir déposé plainte.
- ▶ En 2013, 821 hommes et 12 femmes ont été condamnés pour viol sur des personnes de plus de 15 ans.
- ▶ La prévalence des violences au sein du couple est identique en milieu rural et en milieu urbain. Toutefois, la nature de l'accompagnement des femmes victimes varie en fonction de leur lieu de résidence : plutôt médical en milieu rural, et plutôt de type pluri-professionnel, y compris associatif, dans l'aire urbaine parisienne, qui se distingue également par un recours supérieur aux forces de sécurité.

Précisions méthodologiques concernant les données issues des enquêtes « Cadre de vie et Sécurité ».

Les résultats présentés dans les fiches 1 et 2 sont des estimations issues de l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) réalisée chaque année par l'INSEE et l'ONDRP. Ces chiffres reprennent les mêmes catégories que celles présentées dans "La lettre de l'Observatoire national des violences n°1" (novembre 2013). Comme en 2013, il s'agit de moyennes calculées à partir des résultats de plusieurs années cumulées. Cette année, les résultats de enquêtes 2013 ont été ajoutés à ceux des enquêtes 2010, 2011, 2012 qui étaient prises en compte dans la publication précédente. Les résultats fournis sont des estimations et peuvent s'écarter légèrement des résultats qu'aurait donnés une interrogation exhaustive. Cumuler les enquêtes permet de travailler sur un échantillon plus important, et ainsi de réduire les marges d'erreur et de pouvoir étudier plus précisément les démarches entreprises par les victimes.

Nous avons choisi de publier des chiffres sur un an afin de faciliter leur compréhension. Ces données doivent être lues en complément des taux de victimation sur deux ans et des tendances publiés, chaque année, dans le rapport de l'ONDRP (<http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/rapports-annuels>).

L'enquête CVS est une enquête de victimation par sondage en population générale. Elle interroge un échantillon représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. L'enquête ne recense donc pas les victimes vivant en outre-mer et vivant dans des collectivités (cités universitaires, foyers de jeunes travailleurs, prisons...) ainsi que les personnes sans domicile.

FICHE 1 - LES VIOLENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES SUBIES PAR LES FEMMES AU SEIN DU COUPLE ET LES DEMARCHES ENTREPRISES PAR LES VICTIMES SUITE AUX VIOLENCES

Les violences entre conjoints et ex-conjoints prennent des formes variées. Elles sont physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, administratives, économiques. Elles peuvent être exercées de manière isolée ou combinée. Cette fiche se concentre sur les violences physiques et sexuelles et présente une estimation du nombre de femmes victimes sur un an.

Chaque année, 216 000 femmes déclarent subir des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint

En moyenne, chaque année, 1 % des femmes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, soit près de 216 000 femmes, déclarent être victimes de violences de la part de leur conjoint ou ex-conjoint, qu'elles soient physiques ou sexuelles. Si, comme en 2013, on prend en compte les femmes âgées de 18 à 59 (voir la lettre de l'observatoire n°1), ce chiffre s'établit à environ 200 000. Ces résultats s'appuient sur les déclarations des faits subis au cours de l'année civile précédant l'enquête. Ils ne tiennent pas compte des faits de violences verbales ou psychologiques (menaces, dénigrement, chantage affectif...) non enregistrés dans l'enquête. L'auteur de ces violences conjugales est le conjoint, marié ou non, ou l'ex-conjoint au moment des faits.

Les violences conjugales touchent tous les âges. On constate toutefois une surreprésentation des tranches d'âge les plus jeunes parmi les victimes (figure 1). Ce point doit être nuancé car on peut supposer que les femmes les plus âgées sous-déclarent les violences. En effet, dans une dernière question, il est demandé aux répondants s'ils ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou d'un autre membre du ménage, sans qu'ils n'ait souhaité en parler dans l'enquête. Les femmes les plus âgées sont plus nombreuses à répondre « oui » à cette question. Le nombre de victimes réelles est donc plus élevé que les seules victimes déclarées dans l'enquête.

Répartition de la nature des violences : davantage de violences physiques que sexuelles

Parmi les victimes recensées dans l'enquête, deux sur dix ont déclaré des violences sexuelles, c'est-à-dire que leur conjoint ou ex-conjoint leur ont imposé des attouchements ou un rapport sexuel en utilisant la violence, la menace, la contrainte ou la surprise. Plus de sept sur dix ont subi des violences physiques (gifles, coups). Enfin, un peu plus d'une sur dix a subi à la fois des faits de violences sexuelles et d'autres faits de violences physiques (tableau 1).

Si, comme en 2013, on prend en compte les femmes âgées de 18 à 59, on estime à environ 200 000 le nombre moyen de femmes ayant déclaré être victimes de violences conjugales chaque année.

Ce chiffre monte à 216 000 si on élargit le champ aux femmes âgées de 18 à 75 ans.

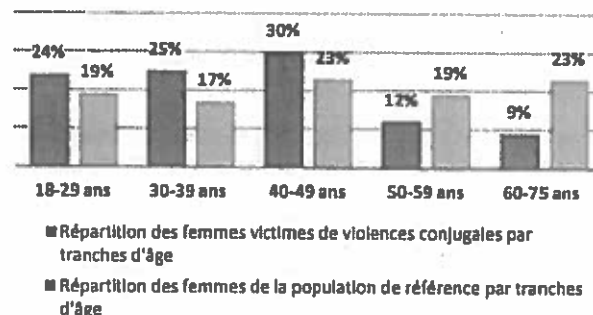
Les résultats présentés dans la suite de cette fiche se rapportent tous au champ des femmes âgées de 18 à 75 ans.

Tableau 1 : Effectifs et taux moyens de femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint au cours de l'année précédant l'enquête

	Nb femmes victimes sur un an	En % de la pop. de ref totale	Répartition par nature des violences
Victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part du conjoint ou ex-conjoint	216 000	1,0	100%
... dont victimes de violences uniquement physiques	158 000	0,7	74%
... dont victimes de violences uniquement sexuelles	35 000	0,2	15%
... dont victimes de violences physiques et sexuelles	23 000	0,1	11%

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013 - INSEE-ONDRP

Figure 1 - Répartition selon l'âge des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint et comparaison avec la composition de la population de référence



Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013 - INSEE-ONDRP.

Lecture : 24% des femmes se déclarant victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint sont âgées de 18 à 29 ans. Cette même tranche d'âge ne représente que 19% de l'ensemble des femmes âgées de 18 à 75 vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine (population de référence).

Des violences qui sont, la plupart du temps, répétées

Les femmes qui sont victimes de violences conjugales, physiques ou sexuelles, déclarent souvent avoir subi plusieurs fois ce type de violences au cours des deux dernières années.

Ainsi, près de sept sur dix déclarent avoir connu plusieurs épisodes de violences conjugales. Les faits de violences sexuelles sont un peu plus souvent répétés que les faits de violences physiques (tableau 2).

Tableau 2 – Fréquences des violences subies par les femmes victimes au cours des deux années précédant l'enquête

		Fait unique	Faits multiples	TOTAL
Violences physiques	Eff. %	54 000 34	104 000 66	158 000 100
Violences sexuelles	Eff. %	7 000 21	28 000 79	35 000 100
Violences phys. et sex.	Eff. %	-	-	23 000 100
TOTAL	E . %	61 000 33	155 000 68	216 000 100

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013- INSEE-ONDRP
Ce tableau présente la fréquence des violences au cours des deux années précédant l'enquête subies par les femmes ayant connu ce type de violence l'année précédant l'enquête.

Les chiffres présentés ne tenant pas compte des violences verbales et psychologiques, un fait unique ne signifie pas forcément que la victime n'a pas subi d'autres formes de violence.

Une femme sur six victime de violences conjugales physiques et/ou sexuelles déclare avoir porté plainte

On estime que parmi les victimes de violences conjugales, seule une femme sur quatre s'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie, 16 % ont déposé plainte et 8 % ont déposé une main-courante (tableau 3).

Tableau 3 – Démarches entreprises auprès des forces de sécurité par les femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physique et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint

	%
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	27
... et à déposé plainte	16
... et à fait une déclaration à la main courante	8

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013- INSEE-ONDRP

Les victimes se rendent moins souvent à la gendarmerie ou au commissariat lorsqu'elles vivent toujours avec leur conjoint : c'est le cas de deux femmes sur dix contre cinq sur dix lorsqu'elles ne vivent plus avec l'auteur des faits.

Plus des deux-tiers des victimes habitent toujours avec leur conjoint. Parmi ces dernières, un quart ont consulté un médecin, 19 % un psychiatre ou un psychologue et 18 % en ont parlé aux services sociaux. Le recours au numéro vert et aux associations d'aide aux victimes est moins fréquent. Certaines ont pu consulter plusieurs de ces services. Un peu plus de la moitié des victimes n'ont entrepris aucune des démarches citées (tableau 4).

Tableau 4 – Démarches entreprises par les femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physique et/ou sexuelles de la part de leur conjoint cohabitant au moment de l'enquête

Parmi les 149 000 femmes victimes vivant avec l'auteur des faits au moment de l'enquête	%
A été vue par un médecin à la suite de cet incident	24
A consulté un psychiatre, un psychologue	19
A parlé de sa situation aux services sociaux	19
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	18
A appelé un numéro vert, un service téléphonique d'aide aux victimes	10
A rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes	10
N'a fait aucune des démarches citées ci-dessus	52

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013- INSEE-ONDRP
Lorsque la victime a connu plusieurs faits de violence durant l'année précédant l'enquête, les résultats concernant les démarches entreprises portent sur la description d'un seul de ces événements.

145 000 enfants vivent dans des ménages où des femmes adultes sont victimes de violences conjugales, physiques et/ou sexuelles.

En moyenne, entre 2010 et 2013, 1 % des femmes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine déclarent avoir été victimes de violences conjugales, qu'elles soient physiques ou sexuelles, l'année précédant l'enquête. Ces violences ont des répercussions sur les autres membres du ménage, en particulier les enfants. Si l'enquête ne permet pas de recenser les conséquences sur les enfants exposés aux violences conjugales, il reste possible d'estimer le nombre d'enfants exposés et de savoir quelles sont les caractéristiques des ménages dans lesquels ils vivent. Rappelons, par ailleurs, que les enquêtes de victimation ne permettent pas de recenser les enfants maltraités, victimes eux-mêmes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

Entre 2010 et 2013, en moyenne, chaque année, 1 % des enfants âgés de moins de 18 ans vivaient dans un ménage où une femme a été victime de violences conjugales l'année précédant l'enquête, soit près de 145 000 enfants. En lien avec ce que déclarent les femmes victimes, deux tiers de ces enfants vivent dans un ménage où les faits de violences sont répétés.

Plusieurs tendances se dégagent pour caractériser ces enfants et les ménages au sein desquels ils vivent, en comparant ces enfants exposés aux violences à une population de référence composée de l'ensemble des enfants de moins de 18 ans vivant en France au sein d'un ménage ordinaire (c'est-à-dire hors foyers, institutions, hôpitaux...) :

- Ces enfants sont plus jeunes : 42% ont moins de 6 ans contre 32% des enfants de la population de référence.
- Ils vivent plus souvent dans des familles monoparentales : un tiers contre 14% de la population de référence.
- Ils vivent plus fréquemment dans les ménages les moins aisés : 61% d'entre eux vivent au sein d'un ménage faisant partie des 25% des ménages les moins aisés contre 40% des enfants composant la population de référence.

Document 6 : Extrait de la loi 2010-769 du 09/07/2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples

I. — Le livre Ier du code civil est complété par un titre XIV ainsi rédigé :

« TITRE XIV

« DES MESURES DE PROTECTION
DES VICTIMES DE VIOLENCES

« Art. 515-9.-Lorsque les violences exercées au sein du couple ou par un ancien conjoint, un ancien partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou un ancien concubin mettent en danger la personne qui en est victime, un ou plusieurs enfants, le juge aux affaires familiales peut délivrer en urgence à cette dernière une ordonnance de protection.

« Art. 515-10.-L'ordonnance de protection est délivrée par le juge, saisi par la personne en danger, si besoin assistée, ou, avec l'accord de celle-ci, par le ministère public.

« Dès la réception de la demande d'ordonnance de protection, le juge convoque, par tous moyens adaptés, pour une audition, la partie demanderesse et la partie défenderesse, assistées, le cas échéant, d'un avocat, ainsi que le ministère public. Ces auditions peuvent avoir lieu séparément. Elles peuvent se tenir en chambre du conseil.

« Art. 515-11.-L'ordonnance de protection est délivrée par le Juge aux affaires familiales, s'il estime, au vu des éléments produits devant lui et contradictoirement débattus, qu'il existe des raisons sérieuses de considérer comme vraisemblables la commission des faits de violence allégués et le danger auquel la victime est exposée. A l'occasion de sa délivrance, le juge aux affaires familiales est compétent pour :

« 1° Interdire à la partie défenderesse de recevoir ou de rencontrer certaines personnes spécialement désignées par le juge aux affaires familiales, ainsi que d'entrer en relation avec elles, de quelque façon que ce soit ;

« 2° Interdire à la partie défenderesse de détenir ou de porter une arme et, le cas échéant, lui ordonner de remettre au greffe contre récépissé les armes dont elle est détentrice ;

« 3° Statuer sur la résidence séparée des époux en précisant lequel des deux continuera à résider dans le logement conjugal et sur les modalités de prise en charge des frais afférents à ce logement. Sauf circonstances particulières, la jouissance de ce logement est attribuée au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences ;

« 4° Attribuer la jouissance du logement ou de la résidence du couple au partenaire ou au concubin qui n'est pas l'auteur des violences et préciser les modalités de prise en charge des frais afférents à ce logement ;

« 5° Se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et, le cas échéant, sur la contribution aux charges du mariage pour les couples mariés, sur l'aide matérielle au sens de l'article 515-4 pour les partenaires d'un pacte civil de solidarité et sur la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants ;

« 6° Autoriser la partie demanderesse à dissimuler son domicile ou sa résidence et à élire domicile

chez l'avocat qui l'assiste ou la représente ou auprès du procureur de la République près le tribunal de grande instance pour toutes les instances civiles dans lesquelles elle est également partie. Si, pour les besoins de l'exécution d'une décision de justice, l'huissier chargé de cette exécution doit avoir connaissance de l'adresse de cette personne, celle-ci lui est communiquée, sans qu'il puisse la révéler à son mandant ;

« 7° Prononcer l'admission provisoire à l'aide juridictionnelle de la partie demanderesse en application du premier alinéa de l'article 20 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique.

« Le cas échéant, le juge présente à la partie demanderesse une liste des personnes morales qualifiées susceptibles de l'accompagner pendant toute la durée de l'ordonnance de protection. Il peut, avec son accord, transmettre à la personne morale qualifiée les coordonnées de la partie demanderesse, afin qu'elle la contacte.

« Art. 515-12.-Les mesures mentionnées à l'article 515-11 sont prises pour une durée maximale de quatre mois. Elles peuvent être prolongées au-delà si, durant ce délai, une requête en divorce ou en séparation de corps a été déposée. Le juge aux affaires familiales peut, à tout moment, à la demande du ministère public ou de l'une ou l'autre des parties, ou après avoir fait procéder à toute mesure d'instruction utile, et après avoir invité chacune d'entre elles à s'exprimer, supprimer ou modifier tout ou partie des mesures énoncées dans l'ordonnance de protection, en décider de nouvelles, accorder à la personne défenderesse une dispense temporaire d'observer certaines des obligations qui lui ont été imposées ou rapporter l'ordonnance de protection.

« Art. 515-13.-Une ordonnance de protection peut également être délivrée par le juge à la personne majeure menacée de mariage forcé, dans les conditions fixées à l'article 515-10.

« Le juge est compétent pour prendre les mesures mentionnées aux 1°, 2°, 6° et 7° de l'article 515-11. Il peut également ordonner, à sa demande, l'interdiction temporaire de sortie du territoire de la personne menacée. Cette interdiction de sortie du territoire est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. L'article 515-12 est applicable aux mesures prises sur le fondement du présent article. »

II. — Le même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa de l'article 220-1 est supprimé ;

2° Au quatrième alinéa de l'article 220-1, le mot : « autres » est supprimé ;

3° Au troisième alinéa de l'article 257, après la référence : « 220-1 », est inséré la référence : « et du titre XIV du présent livre ».

ELI: http://legifrance.gouv.fr/eli/loi/2010/7/9/JUSX1007012L/jo/article_1

ELI: http://legifrance.gouv.fr/eli/loi/2010/7/9/2010-769/jo/article_1

Liens relatifs à cet article

Cite:

[Loi n°91-647 du 10 juillet 1991 - art. 20 \(V\)](#)

Document 7

FICHE ETABLIE PAR
LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES
LES CERTIFICATS MEDICAUX ETABLIS PAR LES SAGES-FEMMES EN VUE DE
CONSTATER DES LESIONS ET SIGNES QUI TEMOIGNENT DE VIOLENCES

Article R.4127-316 du code de la santé publique

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article R.4127-333 du code de la santé publique

L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci.

* *

*

Les atteintes à l'intégrité de la personne sont constitutives d'infractions prévues et réprimées par le code pénal. Par violences, il faut entendre atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique.

La consultation médicale peut être une étape vers la révélation des faits de violences. Elle constitue alors le pendant médical de la plainte que pourra déposer la victime.

Le certificat médical de constatation que pourrait délivrer la sage-femme à l'issue de la consultation fait ainsi partie des éléments qui permettront à la victime d'engager une action en justice devant le juge pénal et/ou civil, notamment pour obtenir des mesures de protection.

En ce sens, il constitue un document écrit par lequel la sage-femme atteste de l'existence de signes ou de lésions traumatiques, voire d'une souffrance psychologique. C'est le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner.

En outre, en toute hypothèse, en cas de constatation de faits de violences, la sage-femme conseille la victime de se rendre auprès des services de police ou de gendarmerie. Elle l'invite également à contacter pour information le 3919 (violences femmes info) et l'oriente vers une association locale d'aide aux femmes victimes.

Un tel certificat constitue bien évidemment un mode de preuve : sa rédaction engage donc la responsabilité du praticien qui, parfois, sous-estime les risques qu'implique un certificat non conforme aux principes établis. La sage-femme ne viole pas le secret professionnel lorsqu'elle respecte les règles de rédaction énoncées ci-dessus après. Quelques précautions sont donc nécessaires.

En cas de doute, il ne faut pas hésiter à contacter le conseil départemental de l'Ordre.

– L'exercice de la profession comporte l'établissement par la sage-femme de certificats, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire. Indifféremment de son mode d'exercice, elle ne peut donc se soustraire à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical attestant des signes cliniques et des lésions constatés. La sage-femme ne peut refuser de délivrer un certificat au motif que la victime n'entend pas lui indiquer la destination du certificat.

– Un certificat médical engage la responsabilité de la sage-femme signataire. Il doit donc être rédigé sur papier à en-tête, comporter ses nom, adresse, établissement (si employée), n° RPPS ou d'inscription à l'Ordre et sa signature manuscrite (tampon éventuel).

– Il convient préalablement de procéder correctement à l'identification de la victime (nom, prénom, date de naissance). En cas de doute sur son identité, la sage-femme notera l'identité alléguée par la victime, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... ».

Dans le cas d'une personne mineure ou d'une majeure protégée (incapable majeure), il convient également de préciser sur le certificat le nom et le prénom du représentant légal dans l'hypothèse où il serait présent lors de la consultation.

– La sage-femme ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la patiente dont il s'agit.

– En aucun cas, la sage-femme ne peut attribuer les troubles présentés par une patiente au comportement d'une personne qu'elle ne connaît pas ou révéler la pathologie d'une personne qui a été sa patiente. Aucun tiers ne doit être mis en cause.

Il est donc recommandé de ne jamais se prononcer sur la réalité des faits ni affirmer la responsabilité d'un tiers, et de ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences. La sage-femme rapporte les dires de la patiente sur les faits sur le mode déclaratif et entre guillemets (« madame X dit avoir été victime de... »)

– La sage-femme doit prendre son temps tant pour écouter et examiner la patiente que pour la rédaction du certificat. La rédaction d'un certificat mérite préalablement quelques réflexions : Pourquoi un certificat ? Dans quel but ? Suis-je obligé, est-ce bien mon rôle ? Il faut également être capable d'expliquer à la patiente les motifs qui pourraient, le cas échéant, justifier le refus.

– Le certificat doit être rédigé de manière lisible, précise, sans termes techniques et abréviation.

– Le certificat doit être daté. La sage-femme ne peut antidater ou postdater un certificat : le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.

– A la différence du signalement, le certificat, une fois rédigé, doit être remis en main propre à la patiente ou au représentant légal de la victime (si la victime est une mineure ou fait l'objet d'une mesure de protection) dans la mesure où celui-ci n'est pas impliqué dans la commission des faits.

Il ne faut jamais remettre un certificat à un tiers, le conjoint devant être considéré comme tel. Le certificat ne peut pas être remis à l'autorité judiciaire, sauf si le praticien est requis dans les conditions prévues par la loi.

- Une copie du certificat doit être conservée par la sage-femme.

* *

*

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

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

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

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

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

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

domiciliée à _____,

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

en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom,
Prénom) _____ⁱⁱⁱ.

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

Elle déclare « avoir été victime de ^{iv} _____, le
_____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) »^v.

Elle présente à l'examen clinique :

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

- Sur le plan physique _____

- Sur le plan psychique : _____

Depuis, elle dit « se plaindre de _____ »^{vi}.

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

Signature (et cachet) d'authentification

Dans certains cas, le certificat médical ne dispense pas du signalement

La sage-femme peut lever le secret professionnel afin de porter à la connaissance des autorités judiciaires, médicales ou administratives les sévices ou privations dont elle a eu connaissance. Lorsque ces violences sont commises à l'égard d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, le recueil préalable du consentement de ces derniers à cette divulgation n'est pas obligatoire (article 226-14 1° du code pénal).

Il est à noter, par ailleurs, que quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, est dans l'obligation d'informer les autorités judiciaires ou administratives (article 434-3 du code pénal).

De la même manière, la loi punit quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril imminent nécessitant une intervention immédiate l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours (article 226-3 du code pénal).

L'ensemble des dispositions précitées, auxquelles s'ajoutent les obligations prévues par le code de déontologie (article R.4127-316 du code de la santé publique), exigent de la sage-femme de devoir, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives lorsqu'elle a connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un enfant ou à une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

Il convient d'ailleurs de préciser que ce signalement aux autorités compétentes effectué dans ces conditions ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire à l'égard de la sage-femme.

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

¹ La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

¹ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

¹ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) susnommé, le préciser

¹ Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif.

¹ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser

Comment constater les faits dans le certificat ?

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

- L'ensemble des lésions et des symptômes constatés doivent être décrits : le certificat ne doit pas comporter d'omissions et la sage-femme se doit d'éviter toute description dénaturant les faits.

- Il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux.

- Il ne faut pas affirmer ce qui n'est que probable et ne pas interpréter les faits : le certificat doit se borner aux constatations de la sage-femme sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales.

- La sage-femme rapporte les dires de la patiente sur le mode déclaratif et entre guillemets (« madame X dit avoir été victime de... »)

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

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

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

¹ La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

¹ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

¹ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) susnommé, le préciser

¹ Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif.

¹ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser

Comment constater les faits dans le certificat ?

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

- L'ensemble des lésions et des symptômes constatés doivent être décrits : le certificat ne doit pas comporter d'omissions et la sage-femme se doit d'éviter toute description dénaturant les faits.

- Il ne faut certifier que les faits médicaux personnellement constatés à travers un examen clinique minutieux.

- Il ne faut pas affirmer ce qui n'est que probable et ne pas interpréter les faits : le certificat doit se borner aux constatations de la sage-femme sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales.

- La sage-femme rapporte les dires de la patiente sur le mode déclaratif et entre guillemets (« madame X dit avoir été victime de... »)

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

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

Code pénal

Article 226-13

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

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 226-14

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

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

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

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

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

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

FACE AUX VIOLENCES, LIBÉRONS LA PAROLE

« Aux femmes victimes de violences, je veux dire qu'elles ne sont pas seules et qu'elles peuvent être accompagnées et protégées. »

Pascal BOISTARD
Secrétaire d'Etat
chargée des Droits des femmes



« Les violences conjugales sont l'affaire de toutes et tous. Pour prévenir les violences, accueillir, conseiller et protéger les victimes, la loi avance. Ensemble, avec les professionnels et les associations, refusons le silence ! »

Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des femmes



VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE 3919*
*Appel anonyme et gratuit.

Renseignez-vous sur
stop-violences-femmes.gouv.fr

EFFACER LES TRACES DE VOTRE PASSAGE
QUITTER RAPIDEMENT CE SITE



stop-violences-femmes.gouv.fr

VIOLENCES CONTRE LES FEMMES LA LOI VOUS PROTÈGE

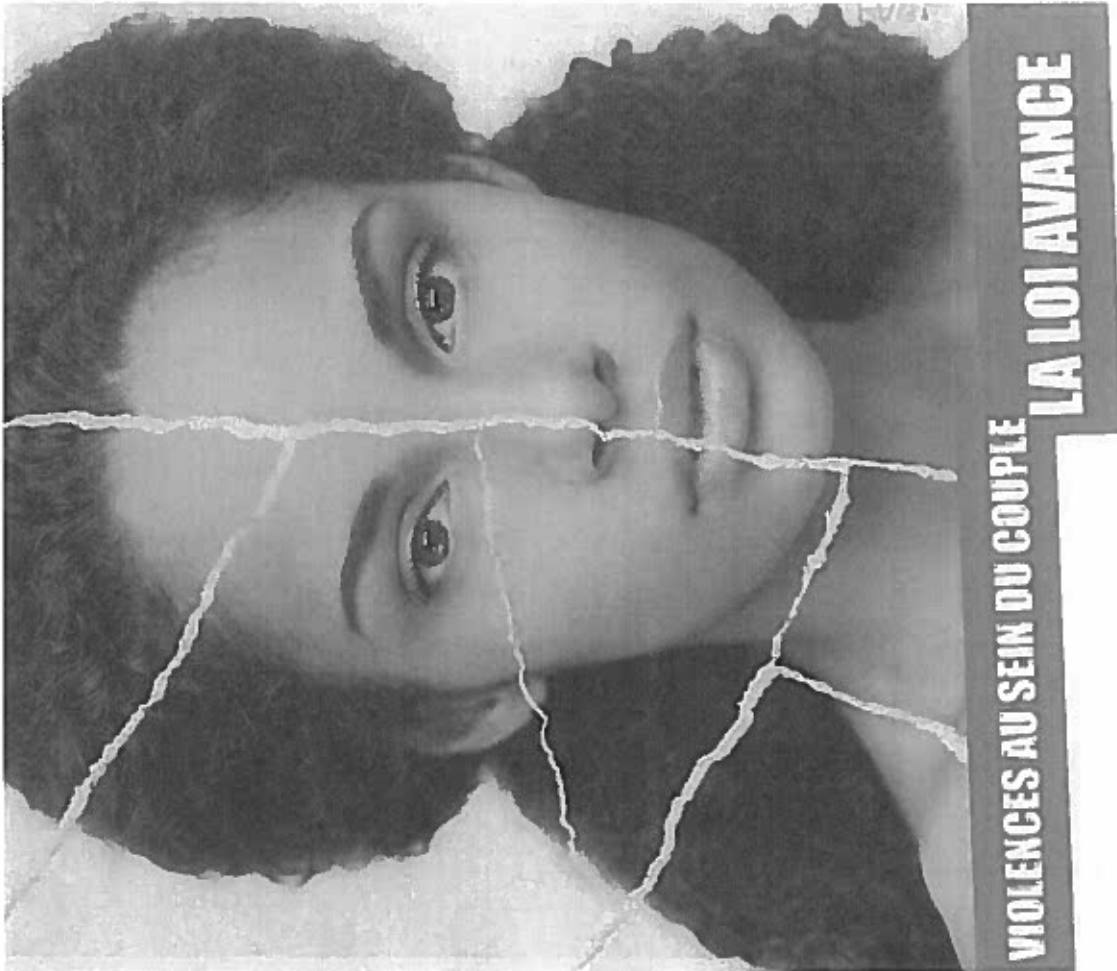
APPELEZ LE 3919

Face aux violences, libérons la parole

CHANGER LES VIOLENCES CONTRE LES FEMMES

Zone de repiquage

DICOM # 514-11



VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE LA LOI AVANCE



Conférence par le programme PROTECTOS de l'Union Européenne

VIOLENCES CONTRE LES FEMMES LA LOI VOUS PROTÈGE

APPELEZ LE **3919**
*Appel anonyme et gratuit.
stop-violences-femmes.gouv.fr



Les violences au sein du couple diffèrent des disputes ou conflits conjugaux ou de points de vue opposés dans un rapport d'égalité.

- Dans les violences s'exerce un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime. Par ses propos et comportements, l'auteur veut contrôler et éliminer, sinon détruire son/la partenaire. Ces violences créent un climat de peur et de tension permanente. Les conséquences pour la victime sont désastreuses : peur, culpabilité, perte de l'estime de soi et d'autonomie, isolement, stress.
- Les formes des violences sont multiples (verbales, physiques, psychologiques, économiques, sexuelles) et peuvent se cumuler. L'absence de blessure physique ne signifie pas l'absence de violence. Les violences psychologiques sont reconnues comme des violences par la loi. Aucune violence n'est justifiable.
- La loi protège les victimes et organise pour elles une écoute, une orientation et un accompagnement. Elle prévoit des sanctions, un suivi et/ou une prise en charge pour les auteurs de violences.

Brisez le silence : les professionnel-le-s et les associations spécialisées sont là pour vous aider.

SIGNALER LES FAITS À LA POLICE OU À LA GENDARMERIE : VOS DROITS

Que les faits soient anciens ou récents, les policiers et gendarmes ont l'obligation d'enregistrer votre plainte, même si vous ne disposez pas d'un certificat médical. Si vous ne voulez pas déposer plainte, vous pouvez signaler les violences en faisant une déclaration sur main courante (police) ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (gendarmerie). Il s'agit d'un élément de preuve dans le cadre de poursuites ultérieures. À votre demande, un récépissé de votre déposition vous sera remis ainsi qu'une copie intégrale de votre déclaration.



AU MOMENT DES VIOLENCES

- Appelez
- le 17 (police secours) ou le 112 depuis un portable
 - le 18 (pompiers)
 - le 15 (urgences médicales) ou utilisez le 114 pour les personnes malentendantes.
- Pour vous mettre à l'abri, vous avez le droit de quitter le domicile. Dès que possible, allez à la police ou à la gendarmerie pour le signaler. Pensez également à consulter un médecin pour faire rédiger un certificat médical.

LES MESURES DE MISE EN SÉCURITÉ POUR VOUS PROTÉGER, LORSQUE VOUS DÉPOSEZ PLAINTE

En cas de dépôt de plainte, des mesures de protection immédiates peuvent être prises par le juge pénal :

- l'interdiction pour l'auteur de vous rencontrer ou de vous approcher ;
- l'interdiction pour l'auteur de fréquenter certains lieux ;
- la dissimulation de votre adresse et votre domiciliation à la police ou à la gendarmerie ;
- l'obligation d'un suivi pour l'auteur ;
- le placement en détention provisoire ;
- l'octroi d'un téléphone de protection pour alerter les forces de sécurité en cas de danger grave.

VOTRE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

À votre demande, et en cas de risque de nouvelles violences, l'éviction de l'auteur des violences peut être prononcée pour vous permettre de rester dans le domicile conjugal.

IL NE VOUS SERA PAS PROPOSÉ DE MÉDIATION PÉNALE SI VOUS NE L'AVEZ PAS EXPRESSÉMENT DEMANDÉE.

QUELQUES CONSEILS POUR ASSURER VOTRE SÉCURITÉ

DES GESTES PEUVENT VOUS AIDER À PRÉPARER VOTRE SÉPARATION ET À FAIRE FACE À UNE ÉVENTUELLE SITUATION DE CRISE

- Identifier des personnes pouvant vous venir en aide en cas d'urgence.
- Contacter une association locale pour les femmes victimes de violences au sein du couple, accueil inconditionnel, gratuit, confidentiel (cf. site stop-violences-femmes.gouv.fr).
- Enregistrer dans votre portable et apprendre par cœur les numéros de téléphone importants (police/gendarmerie, SAMU, 3919).
- Informer les enfants sur la conduite à tenir (aller chez les voisins, téléphoner au 17, etc.).
- Mettre à l'abri vos documents importants (papier d'identité, titres de séjour, carte de sécurité sociale, bulletins de salaires, documents bancaires, etc.) et les éléments de preuve des violences (certificats médicaux, récépissé de dépôt de plainte, main courante, lettre de témoignages) : les scanner et les enregistrer dans une boîte e-mail connue uniquement de vous, ou les déposer en lieu sûr (chez votre avocat, des proches ou des associations).
- Ouvrir un compte bancaire personnel à votre nom de naissance avec une adresse différente de celle du domicile conjugal.

17

LES MESURES DE PROTECTION POSSIBLES DANS LE CADRE DE L'ORDONNANCE DE PROTECTION

Vous êtes en danger en raison de violences exercées par votre partenaire ou ex-partenaire, vous pouvez obtenir rapidement du juge aux affaires familiales une ordonnance de protection.

Elle peut être prise avant ou après un dépôt de plainte.

La durée des mesures de protection est de 6 mois.

Vous pouvez demander à bénéficier provisoirement de l'aide juridictionnelle pour couvrir les frais d'avocats et les éventuels frais d'huisier et d'interprète.

Si l'auteur des violences ne respecte pas ces mesures, vous pouvez déposer plainte. Car il s'agit d'un délit puni de 2 ans d'emprisonnement et de 15000 € d'amende.

Pour votre sécurité, si vous êtes en situation de grave danger, un téléphone de protection peut vous être remis pour vous permettre d'appeler immédiatement les forces de sécurité.

Le juge peut vous autoriser à dissimuler votre adresse et à être domicilié chez un avocat, auprès du procureur de la République ou d'une personne morale qualifiée (associations).

POUR VOTRE PROTECTION ET CELLE DE VOS ENFANTS

En urgence, les mesures de protection pouvant être ordonnées par le juge :

- l'attribution du logement à la victime, sauf circonstances particulières ;
- l'expulsion de l'auteur des violences du domicile du couple ;
- l'interdiction à l'auteur d'entrer en contact avec vous ;
- l'interdiction de détenir ou de posséder une arme.

Pour vos enfants, le juge fixera les modalités d'exercice de l'autorité parentale et éventuellement la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants.

Vous pouvez obtenir l'immersion de sortie du territoire pour les enfants.

LA LOI FRANÇAISE PROTÈGE TOUTES LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES VIVANT EN FRANCE, QUELLES QUE SOIENT LEUR NATIONALITÉ ET LEUR SITUATION JURIDIQUE DE SÉJOUR

SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE ORDONNANCE DE PROTECTION :

la délivrance ou le renouvellement de votre carte de séjour, que vous soyez en situation régulière ou irrégulière, est **automatique**. Vous serez dispensée de payer les taxes et frais lors de la délivrance ou le renouvellement de votre titre de séjour.

DES PROFESSIONNEL·LE·S POUR VOUS ÉCOUTER ET VOUS AIDER

Que les violences soient anciennes ou récentes, il faut en parler pour en sortir.

UN NUMÉRO NATIONAL UNIQUE D'ÉCOUTE : 3919 (VIOLENCES FEMMES INFO)

Victimes, proches, professionnel·le·s, contactez sans hésitation le 3919, le numéro d'écoute gratuit et anonyme, depuis un poste fixe ou un mobile, partout en France. Si vous appelez depuis la France, l'appel n'apparaitra pas sur votre facture téléphonique. Il est ouvert 7j/7 du lundi au vendredi de 9 h à 22 h et les samedis, dimanches et jours fériés de 9 h à 18 h.

Des professionnel·le·s sont là, bienveillant·e·s et formé·e·s, pour vous écouter, sans jugement.

Une orientation vers les dispositifs locaux vous sera proposée.

Le 3919 n'est pas un numéro d'appel d'urgence.

DES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

- Fédération nationale solidarité femmes www.solidaritefemmes.org
- Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles www.infofemmes.com
- Mouvement français pour le planning familial www.planning-familial.org
- Collectif féministe contre le viol www.cfcv.asso.fr
- Femmes solidaires <https://www.femmes-solidaires.org>

Retrouvez toutes les informations utiles sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr>



LA LOI DU 4 AOÛT 2014 POUR L'ÉGALITÉ RÉELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES: DES AVANCÉES CONCRÈTES POUR LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

L'ORDONNANCE DE PROTECTION RENFORCÉE: UNE PROTECTION DES VICTIMES, MÊME SANS DÉPÔT DE PLAINTE, INTERVENANT PLUS VITE, DURANT PLUS LONGTEMPS ET COUVRANT MIEUX LEURS ENFANTS



LE TÉLÉPHONE PORTABLE GRAVE DANGER GÉNÉRALISÉ POUR PROTÉGER LES FEMMES EN GRAVE DANGER VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES OU DE VIOLS



L'AUTORITÉ PARENTALE DE L'AUTEUR D'UN CRIME OU DÉLIT SUR L'AUTRE PARENT OU SON ENFANT EST SYSTÉMATIQUEMENT MISE EN QUESTION PAR LA JUSTICE



LA MÉDIATION PÉNALE STRICTEMENT LIMITÉE POUR LES VIOLENCES CONJUGALES: ELLE N'EST DÉSORMAIS POSSIBLE OUÀ LA DEMANDE EXPRESSE DE LA VICTIME



L'ÉVICTION DU CONJOINT VIOLENT DU DOMICILE DEVIENT LA RÉGLE



LA CRÉATION D'UN STAGE DE RESPONSABILISATION DESTINÉ AUX AUTEURS DE VIOLENCES CONJUGALES POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE



LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DÉSORMAIS EN MESURE DE GARANTIR LA CONFIDENTIALITÉ



LA GRATUITÉ DE LA DÉLIVRANCE ET DU RENOUVELLEMENT DE TITRES DE SÉJOUR POUR LES FEMMES ÉTRANGÈRES VICTIMES DE VIOLENCES



UNE OBLIGATION DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DE TOUTS LES PROFESSIONNEL-LE-S EN CONTACT AVEC LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

UN RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE TOUTES LES FORMES DE HARCÈLEMENT ET DES PROTECTIONS NOUVELLES POUR LES VICTIMES

LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES MARIAGES FORCÉS: LE CONSENTEMENT AU MARIAGE VÉRIFIÉ, QUELLE QUE SOIT LA LOI PERSONNELLE DES ÉPOUX

Comment ça se passe dans votre couple?

Il me dit

- « Tu n'es même pas capable de faire cuire un steak, tu n'es bonne à rien ».
- « T'es nulle, tu ne ressembles à rien ».
- « Je vais te tuer ».

Il me fait subir

- Il veut toujours savoir où et avec qui je suis.
- Il ne supporte pas que je voie mes ami-e-s, ma famille.
- Il garde mes papiers, m'a retiré ma carte de séjour.
- Je travaille, mais c'est lui qui détient mon carnet de chèques et ma carte bancaire.
- Quand j'entends la porte de la maison s'ouvrir, je me demande ce qui va se passer ce soir, j'ai peur.
- Il vous agresse, puis vous promet de ne plus recommencer et de changer.
- Il vous force à avoir des relations sexuelles alors que vous ne le voulez pas.

Si vous vous reconnaissez dans certaines de ces situations, vous êtes victime de violences.

Vous n'en êtes pas responsable. La loi vous protège.

Il faut chercher de l'aide pour sortir de l'isolement et vous protéger, vous et, le cas échéant vos enfants.

Vous n'êtes pas seule, des professionnel-le-s sont là, formé-e-s pour vous écouter sans jugement et vous aider à reprendre votre vie en main.

