

Année 2024

2024 TOU3 1162

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Hortense ROUGÉ RIEU-BEILLAN

Le 12 décembre 2024

ÉTUDE DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES EN ZONE RURALE, EXEMPLE DU GERS

Directeur de thèse : Docteur Marion VERGNAULT

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Assesseur

Madame le Docteur Marion VERGNAULT

Assesseur

Madame le Docteur Émilie FRANZIN

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUDAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURRA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeurs Associés de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BIREBENT Jordan M. BOYER Pierre Mme FREYENS Anne Mme IRI-DELAHAYE Motoko Mme LATROUS Leila M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓVHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale	
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PIAU Antoine	Médecine interne	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie	
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol-Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDY Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Dédicaces aux membres du jury

A Monsieur le Professeur, Stéphane OUSTRIC,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Merci pour votre investissement auprès de notre formation de futurs médecins généralistes.

A Monsieur le Professeur, Norbert TELMON

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse, merci de m'avoir accueillie dans votre service lors de mes études de sages-femmes, merci pour vos mots toujours positifs, et vos encouragements dans mon travail.

A Madame le Docteur, Marion VERGNAULT

Tu me fais l'honneur et le plaisir de vouloir partager un nouveau projet écrit à mes côtés, après ce mémoire de sage-femme où tu m'avais plus que sérieusement accompagnée. Merci de me faire confiance, merci pour ton investissement et ta disponibilité. Notre passion commune pour la balle orange nous fait aimer le travail collectif. J'espère pouvoir un jour travailler à tes côtés.

A Madame le Docteur, Émilie FRANZIN

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury de thèse, en tant que médecin généraliste gersoise engagée dans la santé des femmes. Merci pour ton approche toujours bienveillante et pleine de lumières. Au plaisir de collaborer ensemble.

Je remercie aussi le **Professeur Frédéric SAVALL**, qui a su éclaircir mes lacunes de statisticienne. Merci pour ta disponibilité depuis ce Master 1 sur les bancs de la Faculté, merci pour ma toute première autopsie à tes côtés et merci pour ton accompagnement dans le Master 2 de recherche en anthropobiologie intégrative. Tu as su me faire aimer cette discipline médicale.

Les dédicaces personnelles

Aux sages-femmes bienveillantes d'ici et d'ailleurs,

Et plus particulièrement ;

A toi **Mathilde**, merci pour toute l'inspiration que tu as amené pendant mes études de sages-femmes, et les années qui ont suivi. Tu as été un modèle.

A toi **Françoise**, merci à toi ma petite maman sage-femme, merci pour tout ce que tu m'as enseignée, et ces bons moments à tes côtés. Cette découverte du Gorgonzola Mascarpone, et tous ces moments de féminisme acharné.

A toi **Perrine**, merci de m'avoir fait confiance depuis ma sortie d'école à aujourd'hui, je me suis régalée auprès de tes patientes.

A toutes ces sages-femmes engagées et rayonnantes qui ont croisé mon chemin : **Stéphanie, Marie-Thé, Elise** et toutes **mes super copines**.

Aux médecins qui ont éveillé en moi tant d'envie et de curiosité pour ce métier,

Au **Docteur TOLLON Christophe** qui a accepté de me faire découvrir les blocs opératoires lors de mes vacances scolaires alors que je n'étais que lycéenne.

Au **Professeur TACK Ivan**, qui m'a encouragée dans ma démarche de passerelle et de Master 2 de recherche.

A mes **différents maîtres de stage** pendant ces longues années d'études : sages-femmes et médecins compris. Et plus particulièrement aux professionnels de santé croisés aux urgences du **CHU de Toulouse**, aux **urgences de Carcassonne**, à ceux du service du **SSR Neurolocomoteur** et de l'**USLD** de l'hôpital Garonne.

Aux équipes du service de **Médecine légale du CHU de Toulouse : les agents mortuaires, Valérie, Babeth, Vanessa, Docteur GUILBEAU, Docteur SERIN, Docteur ABRAVANEL**, merci pour tous ces bons moments à vos côtés, et pour tout ce que vous m'avez appris.

Au **Docteur COSTAGLIOLA**, cher Rémi, merci pour toutes ces autopsies à tes côtés, ces moments d'échanges, comme un maître et son élève, j'ai tellement appris à tes côtés. Merci pour ta pédagogie, et ta bienveillance.

A la famille **DESPAS : Fabien, Laetitia, Louison et Céleste** merci pour ces baby-sittings pleins de rires et de joie.

A la famille **ABBO : Olivier, Émilie, Léon, Malo, et César**, merci pour ces soirées de révisions à vous « surveiller ».

A mes patients, patientes,

Merci pour votre reconnaissance, vous donnez du sens à cette vocation qui m'habite depuis de nombreuses années, vous nourrissez cette énergie par moment un peu trop intarissable, pourvu que les prochaines années soient aussi intéressantes.

A madame Nicole PASCOLINI, A madame l'adjudante Pauline DEFIANAS et toute son équipe de la MPF de Auch, merci pour votre temps et toutes vos explications sur le réseau local gersois. Cela m'a permis de compléter ce travail.

Merci à tous les professionnels de santé : médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et urgentistes du Gers pour avoir participé à ce travail de thèse.

A ma famille,

A mes parents, **Papa, Maman,** merci de m'avoir donnée cette vision de la vie, toujours du bon côté et pleine de possibilités. Merci de m'avoir permise de m'épanouir et de croire en mes rêves, notamment celui de devenir médecin. Merci pour cette curiosité que vous avez su cultiver en moi. Mais surtout merci de m'avoir donnée une petite sœur formidable, modèle de dynamisme et d'investissement. Je sais que tu seras toujours là. Merci ma **Nini** d'avoir chamboulée ma vie d'enfant unique, les traces de tes morsures restent de merveilleux souvenirs. Tu pourras toujours compter sur moi.

Maman, merci pour tous les sacrifices que tu as fait pour nous. Merci de m'avoir transmis cette énergie inépuisable qui rythme nos emplois du temps de ministre, merci de m'avoir appris à être engagée et toujours volontaire. Je te souhaite d'être épanouie, tu le mérites.

Papa, tu as su me faire aimer les dimanches au rugby, autant que les samedis où tu étais là au basket pour m'encourager. Merci de m'avoir transmis la persévérance et le goût du travail, ton parcours en est le témoin, merci pour tes mots doux dans des moments clés de ma vie.

Mamie, merci d'être là depuis toujours, merci pour tous ces repas hebdomadaires, toutes ces crêpes au rhum, et toutes ces longues discussions aussi enrichissantes les unes que les autres, merci d'être cette super mamie branchée.

Papi, tu n'es plus là, mais je sais que tu es fier, et que tu penses à nous, merci pour ta douceur et ta tendresse. Tu me manques tous les jours.

Pierrette, merci d'exister de nouveau dans nos vies.

A **Marc** mon parrain, et **Ewa**, je suis tellement chanceuse de vous avoir dans ma vie, merci pour toute votre affection, et vos encouragements.

Valérie, merci pour ces nouvelles années à tes côtés, merci pour ta bienveillance. Merci pour tes potions miracles lors de mes gastros saisonnières.

A **Béatrice** ma marraine, **Gérard, Charlotte, Damien, Laetitia, Simon, Paul, Julia, William**, et **Sophie** ma filleule. Merci la **Team Claraco** pour votre soutien.

A **Maître Jean-Damien CAZANAVE**, merci pour tes talents d'orateur et ton avis d'expert.

A ma belle-famille,

Marie-Luce, merci pour toute cette douceur, et l'intérêt que tu portes à mon travail depuis le début ; de belles années t'attendent. N'oublie pas la battante que tu es.

JC, merci pour ton dévouement, et ton aide manuelle plus que rassurante face aux talents de Sébastien.

Alain, on le sait tous les deux j'aurais pu être ta fille, mais on n'aurait pas été là aujourd'hui, merci pour ta bonne humeur et tes encouragements.

Merci à **Laurence** de t'accompagner tous les jours, merci pour tes bons conseils et attentions, continue de cultiver ton talent.

A mon beau-frère **Paul**, merci pour ton soutien sans faille depuis le début, que tu puisses continuer de t'épanouir dans ta vie.

A mon beau-frère **Thomas**, que de souvenirs à tes côtés, sûrement le frère que je n'ai jamais eu, merci pour tes encouragements et ton admiration tout du long, merci d'avoir été si patient quand je pouvais te casser les pieds. Être papa te va à ravir.

A ma super belle-sœur **Déborah**, toujours souriante, pleine de vie et de volonté. Bravo pour ton parcours. Puisses-tu te régaler dans cette nouvelle vie.

A toi **Martin**, mon petit neveu, tu es une bouffée de vie, et une source de bonheur intarissable.

A la famille **Rieu-Beillan** qui m'a accueillie à bras ouverts dès le début : **Mariette, Jean-Philippe, Jean-Luc, Régy, Lucette**. Les petits cousins : **Valentine, Titouan, et Léa**. Sans oublier **Papi Claude**, on pense fort à toi.

A ma deuxième famille, mes amis,

Ma Cécile, ma super copine de terrain, la plus belle rencontre de ces dix dernières années, merci pour ta loyauté et ta présence au quotidien. Merci pour toutes ces discussions à refaire le monde et à se soutenir. A cette nouvelle maman que tu es devenue, à **Iris** cette petite princesse. Il nous reste encore beaucoup de beaux moments à vivre ensemble, j'ai hâte.

Ma FDG, merci pour tout ton soutien, et tous tes encouragements dans mes projets. Merci pour ta relecture attentive de tous mes écrits. Merci pour ton regard avisé, tes remarques toujours justes et bienveillantes. Merci pour cette sincère amitié. Avec **Gaspard, Maya** et **Poissonnet** vous formez une bien jolie petite famille.

Ma chère **Agathe**, ma chère **Estelle**, merci pour votre motivation, et votre bienveillance maternelle depuis cette rencontre dans le service de médecine légale, merci pour votre présence et votre disponibilité. Les trois mousquetaires comme diront certains.

Ma team Pickles, merci pour ces dernières années à vos côtés. Vous avez été un soutien infailible ;

Ma petite Dede, merci d'avoir rendu nos vies de « passerelliennes » moins difficiles entre vieilles, je te souhaite d'être heureuse dans tous tes projets, tu le mérites.

Ma petite Estelle, reine des verrues et du mélanome, merci pour tous tes topos et tout ton savoir, ton épanouissement est un réel plaisir, continue de vivre.

Mon petit Caillou du 09, ma Camille, merci de partager cet internat de médecine générale à mes côtés, merci pour toutes ces discussions qui font bien relativiser, merci d'exister, et d'être un réservoir sans fin d'expressions hors du commun. Merci pour le gîte et le couvert à l'escadron de Pam's.

A mes copines d'enfance,

Ma Popo merci pour ton énergie, et ta bienveillance. Une petite maman depuis de nombreuses années, et encore plus aujourd'hui. Tu es un roc.

Mon Lilou, merci pour toutes ces discussions à refaire le monde, merci pour ta présence, ta joie de vivre. Je te souhaite de t'épanouir dans ta vie, tu le mérites.

Alicia, merci d'avoir bien voulu me prêter tes polly pocket il y a de nombreuses années, merci pour toutes ces soirées à St Pierre à danser sur du France Gall, et ces après-midis à Ernest-Wallon. Le bonheur reste à venir. A quand un retour dans le sud-ouest ?

Et aux **copains du 32** : **Charlène, Léo, la team Mauvezin, les Pinkets**, ... Toutes ces personnes qui m'ont permises de me construire.

Julie, mon minou, merci pour cette jolie rencontre dans le fameux musée d'anatomie de la faculté de Médecine de Rangueil, un soir d'automne 2011. Cette réelle amitié a été un soutien important pendant ces deux PACES, et pour les années qui ont suivi.

Ma petite planchette, alias **Marine**, merci pour tes remarques toujours adaptées et pleines de bon sens. Puisses tu t'épanouir dans votre nouveau manoir et vos si beaux voyages.

Benjamin, mon petit Ben merci d'avoir un jour écrit un blog sur Harry Potter, plus de 10 ans après tu es toujours là, présent et plein de bons conseils. Merci d'avoir un jour croisé mon chemin cher Peter.

A mes copines sages-femmes, **Marie, Cécile, Claire, Camille, Fanny, Aliciane et Elisa**, mes **kikoos**. A toutes les femmes et mamans que vous êtes devenues, merci d'avoir cru en mon projet, merci de m'avoir soutenue dans cette aventure. A tous ces souvenirs passés ensemble, et aux futurs.

A mon ancienne équipe de basket, merci d'avoir écouté toutes mes histoires les plus dingues et les plus folles tous ces mardis et jeudis soir, merci pour votre patience et votre présence dans des études tellement dures. Ces moments de partage sur le terrain m'ont permis de m'aérer dans des moments parfois difficiles. Alors merci à cette jolie brochette de saucisses : **Cécile, Julie, Marine, Marie, Amandine, Adèle, Marion, Ségolène, Céline, Clémence, Capucine, Madeline, Zoé, Alisson, Elodie, Floriane, Joséphine, Laurie, Solène, Oumi**. Vous avez été une bouffée d'air frais. Mention spéciale à **Marie** pour ce mardi 30 avril où tu m'as fait me découvrir une passion pour excel ... ou pas. Et à **Isa** notre éternelle supportrice merci pour tous tes cadeaux en tricots et tes talents de traductrice.

Aux copains de la **PACES** et de la **Fac de Médecine** : **Jean-Clément, Pauline, Anaïs, Manon, Alice, Sylvain, Jordi, Maël**, ... on ne se voit presque plus, mais il fait bon de se rappeler ces bons vieux souvenirs.

Aux copains du **DU de Montpellier** : **Maxime, Thomas, Camille et Elise**. Le signe du serpent reste encore un mystère pour moi.

Aux copains,

Dudu, Elo, Guigui, Rayss, Cyril, Chinois, Jerem, Jeanne, Nono, Maël, Nico, Marine, Hugo, Candice, Capucine, Manille, Iris... Merci d'être là depuis de nombreuses années.
« Tié la famille ».

Une pensée à **Amelye** et **Yann** pour ces repas arrosés et riches en histoires sordides.

Merci à **Amélia** et **Matthieu**, pour tous ces bons moments à vos côtés, et votre intérêt pour mes projets.

Aux amis de la montagne : Coline, Xavier, Aurélie, Nico, Audrey, Florian, Margot, Franck, Julie ... merci pour tous ces moments partagés dans ce si joli pays Ariégeois. Une pensée pour **Francine**.

Aux copains d'Escouloubre : Guillaume, Yannick, Émilie, Fabien à nos virées annuelles dans les gorges audoises, quelle sera l'expérience de l'été prochain ?

Une pensée pour **Garance, Thierry**, et plus particulièrement **Stéphanie**, merci pour ta confiance.

Enfin le meilleur pour la fin, mention spéciale à mon remarquable époux, **Sébastien**, mon Ninou. Merci pour cette presque décennie à tes côtés, merci d'avoir pris le package avec la reprise d'études, et d'avoir cru en moi depuis le début. On n'a jamais été aussi proche du but, merci pour ta patience et ton dévouement. Merci pour les sacrifices, ta reconnaissance et surtout ton amour. Notre complicité me permet de me réveiller chaque matin en me disant à quel point j'ai de la chance d'être ta femme. Notre petite famille avec **Lily et Orphée** n'a de sens qu'ensemble. Le meilleur reste à venir. Je t'aime.

"La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité :
Il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux."

Simone de Beauvoir – *Le deuxième sexe*, 1949

« Le monde est dangereux à vivre,
Non à cause de ceux qui font du mal
Mais à cause de ceux qui regardent et laissent faire. »
Albert Einstein

« Le secret du changement, c'est de concentrer toute son énergie,
Non pas à lutter contre le passé, mais à construire l'avenir »
Socrate

Table des matières

<i>Liste des tableaux et figures</i>	2
<i>Glossaire</i>	3
<i>Introduction</i>	4
<i>Matériel et Méthodes</i>	8
1. Schéma de l'étude	8
2. Population étudiée	8
3. Élaboration du questionnaire	8
4. Analyse statistique	9
<i>Résultats</i>	10
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	10
2. Pratiques des professionnels ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Gers.....	13
3. Les freins liés à la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales	15
<i>Discussion</i>	17
1. Limites et forces de l'étude.....	17
2. État des lieux des pratiques.....	17
2.1. Concernant le repérage des situations de violences et ses modalités :	17
2.2. Accompagnement dans le parcours judiciaire	20
2.2.1. Dépôt de plainte	20
2.2.2. Signalement.....	21
2.2.3. Rédaction du certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure	22
3. Freins au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales	23
3.1. Difficultés inhérentes aux professionnels de santé, à leur pratique générale.....	23
3.2. Difficultés externes liées à la victime, à l'environnement et au réseau des professionnels de santé	25
3.3. Difficultés spécifiques au territoire rural	26
4. Le rôle crucial du médecin généraliste, praticien « référent » en milieu rural.....	28
5. Perspectives, pistes d'amélioration des pratiques et solutions à l'étude pour désenclaver ces femmes.....	29
5.1. Utilisation et développement d'outils	29
5.2. Plan de lutte contre les violences faites aux femmes département du Gers 2023-2027	30
5.3. Connaissance, intérêt et développement du réseau	31
5.4. La formation.....	33
5.5. Création de structures spécialisées	35
<i>Conclusion</i>	37
<i>Références bibliographiques</i>	38
<i>Annexes</i>	44

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Profession et durée d'exercice

Figure 2 : Secteur d'exercice et profession

Figure 3 : Cantons d'exercice

Figure 4 : Mode d'exercice principal

Figure 5 : Pratique du repérage systématique

Figure 6 : Évaluation des connaissances concernant le réseau local en fonction des professionnels de santé

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CH : Centre Hospitalier

CIDFF : Centres d'Information sur les Droits des Femmes et de la Famille

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNVIF : Comité National des Violences Intrafamiliales

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DU : Diplôme Universitaire

EVARS : Éducation à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ITT : Incapacité Totale de Travail

LAEO : Lieu d'Accueil, d'Écoute, et d'Orientation violences

MDEF : Maison Départementale Enfance et Famille

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MPF : Maison de Protection des Familles

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

UE : Unité d'Enseignement

UMJ : Unité Médico Judiciaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger

VIF : Violences Intra Familiales

VVS : Vigilance Violence Sécurité

Introduction

Les violences au sein du couple constituent un problème majeur de santé publique. Elles touchent tous les milieux sociaux, religieux, économiques et culturels mais également toutes les générations et tous les territoires. L'Assemblée Générale des Nations Unies a défini en 1993 les violences faites aux femmes comme : « Tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2012, la violence conjugale se définit comme « l'adoption, par le/la conjoint(e) d'un comportement qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, comme les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination, envers son/sa conjoint(e) » (2). Les violences « conjugales », « dans le couple » ou encore « entre partenaires intimes » concernent donc les violences exercées par le conjoint ou le partenaire, actuel ou passé. On distingue ainsi la violence du conflit conjugal par la relation inégalitaire, asymétrique qui s'exerce entre les partenaires. Le conflit fait partie de la vie de couple, il met en opposition deux partenaires du fait de leurs opinions se reconnaissant comme deux semblables, à sa différence la violence porte atteinte à l'égalité entre les deux partenaires (3). L'enjeu de la violence est d'exercer son pouvoir de domination sur le partenaire. En 2015, l'étude réalisée par l'OMS a montré que sur plus de 80 pays dans le monde, 1 femme sur 3 avait déjà été exposée à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime, ou de quelqu'un d'autre au cours de la vie, soit environ 35% des femmes (4). Cette étude qui exclut les violences verbales, psychiques et économiques, montre l'ampleur mondiale des violences faites aux femmes.

En 2022 en France, 118 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire (5), 27 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire et 12 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple. De plus, 82% des morts au sein du couple sont des femmes. Parmi les femmes tuées par leur conjoint, 31% étaient victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon (ANNEXE I).

Ces violences peuvent être de différents types : physiques, psychologiques, verbales, sexuelles et économiques (ANNEXE II). Les violences psychologiques restent les plus difficiles à repérer. Elles ont des répercussions financières mais aussi des conséquences multiples, profondes, et durables sur la santé des femmes. Elles affectent tous les domaines

de la vie : affectif, familial, social et professionnel. Toutes les formes de violence engendrent des conséquences néfastes sur la santé qui peuvent avoir un impact à court comme à long terme notamment de par leur effet cumulatif. Ces conséquences peuvent aussi persister après l'arrêt des violences. Cet impact négatif sur la santé psychique permet de mieux comprendre le comportement des victimes. On parle généralement d'escalade des violences : en effet l'installation est souvent subtile suivie d'une aggravation progressive en fréquence et en intensité. Selon le modèle du cycle des violences (ANNEXE III), 4 étapes se répètent et s'accroissent dans le temps, cette spirale infernale tend à prendre une forme binaire : tension et agression se succédant sans justification et réconciliation. L'agresseur véritable stratège exerce son pouvoir sur la victime en utilisant différents types de comportements et propos. Ces stratégies expliquent notamment les difficultés de la victime à se séparer de son agresseur.

Au-delà des violences dans le couple, les femmes subissent au quotidien des violences sexistes et/ou sexuelles dans l'espace public, sur le lieu d'étude ou de travail. Menée par l'enquête démographique Violences et Rapports de Genre (VIRAGE), il a été montré l'existence d'un continuum des violences "dans les différentes sphères de la vie." (6).

Pour lutter contre ces violences, depuis 2012 le Gouvernement agit pour mieux protéger les victimes et condamner les agresseurs. L'égalité entre les femmes et les hommes a été déclarée grande cause nationale du quinquennat par le Président MACRON, en ce sens le 6^{ème} plan interministériel de 2023-2027 vise à poursuivre la politique volontariste portée par le Gouvernement dans la continuité du Grenelle de lutte contre les violences conjugales (7). Des progrès ont été réalisés, les violences sont mieux repérées et les victimes mieux prises en charge. L'intérêt du questionnement systématique est mis en avant pour découvrir la présence de violences conjugales dans le cadre du dépistage systématique (8).

Nous savons que l'impact des violences sur les pathologies traitées en médecine de ville est important. De par leurs conséquences polymorphes, les violences conjugales sont donc une préoccupation lorsque l'on exerce la médecine générale, d'autant plus qu'il n'existe pas de symptomatologie typique. Le médecin généraliste en tant que professionnel de santé de premier recours et personne de confiance, a une proximité avec les familles, il est en première ligne pour détecter et prendre en charge la violence au sein des foyers. La « sensibilisation des médecins et professionnels de santé » dans le dépistage des violences conjugales a notamment démarré avec le rapport Henrion en 2001 (8). Elle est poursuivie avec la modification de la formation initiale et continue des médecins sur les violences intra familiales suite à la loi du 4 août 2014 (9). D'autres approches sont proposées dans le cadre

de la formation continue telles que des Diplômes Universitaires (DU) ou des journées de formation organisées par des réseaux locaux. La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), la Haute Autorité de Santé (HAS) mais aussi le conseil de l'ordre des médecins ou des sages-femmes mettent des outils à disposition des professionnels pour les aider dans ce questionnement (ANNEXE IV). En ce sens les recommandations de l'HAS en 2019 sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ont pu influencer le regard des médecins sur leur pratique. Si auparavant la question du dépistage était peu abordée, et plutôt réalisée sur facteurs de vulnérabilité, depuis 2019 le dépistage systématique est recommandé par l'HAS (10) et mis en avant par cette institution (11) au travers d'outils de repérage en 2022 (ANNEXE V). Malheureusement en 2024, un nombre important de médecins confrontés à ces situations déclare encore ne pas être assez formés au repérage et à la prise en charge des victimes de violences conjugales, alors que celles-ci font partie intégrante des consultations en médecine générale.

Ces violences existent dans tous les milieux : ruraux comme urbains. Un constat alarmant est d'ailleurs réalisé en 2021 en France : près de la moitié des féminicides soit 47% a lieu en milieu rural, l'Occitanie est d'ailleurs la première région de France concernée. A noter que près de $\frac{3}{4}$ des bassins de vie sont définis comme « ruraux » avec plus de 88% des communes, alors que seulement 3% de la population y habite (12). Depuis 2020 l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) définit les territoires ruraux comme l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses d'après la grille communale de densité (13). Cette seule caractéristique de l'espace rural ne permet pas d'en appréhender toutes les dimensions. Il faut y associer des critères de type fonctionnel, notamment le degré d'influence d'un pôle d'emploi. 11 millions de femmes vivent dans ces espaces ruraux. Seulement un quart des appels pris en charge par le numéro spécial 3919 provenait de départements essentiellement ruraux alors que quasiment un féminicide sur deux s'y produit. Au regard de ces chiffres, les femmes résidant en zone rurale semblent donc moins solliciter les services nationaux d'accompagnement en situation de violences (12). Selon les chiffres du service statistique ministériel de la sécurité intérieure de 2023 dans les communes rurales, les violences domestiques recensées représentaient un taux de 7,5 pour 1000 habitants en 2023 (83% entre 15 et 64 ans). Un chiffre qui reste cependant assez faible en comparaison des différentes unités urbaines : plus de 13,4 victimes pour 1000 habitants dans les unités urbaines de plus de 50000 âmes, 8,8 pour les plus petites d'entre elles. Il semble ainsi plus facile d'identifier les victimes en zone urbaine (13).

Si les types de violences exercées ne diffèrent pas de celles existantes en zone urbaine, la ruralité présente des particularités propres à la vie à la campagne, avec notamment un isolement géographique et social, un manque de mobilité, l'éloignement des services, une précarité accrue et aussi l'insuffisance de la couverture numérique (12). Il est mis en avant « la double peine » de ces femmes « rurales », confrontées à des difficultés supplémentaires en milieu rural du point de vue de leur prise en charge, du traitement des violences et de leur parcours de sortie des violences (12). L'isolement du monde rural (14, 15), rend le dépistage et la prise en charge plus complexe. Dans ces territoires, on connaît le rôle central du Médecin généraliste dans la vie des habitants, il est parfois le seul professionnel de santé sur sa zone géographique, intervenant sur une zone importante. Les services sociaux sont souvent absents de ces espaces ruraux. La coordination entre le dépistage des violences conjugales, la prise en charge et l'enclenchement d'une procédure peut parfois être mise en difficulté de par le maillage territorial.

Dans ce contexte épidémiologique, nous avons voulu nous intéresser aux pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en zone rurale, en prenant en exemple le département du Gers, situé dans le sud-ouest, avec comme chef-lieu Auch. Le Gers est un département rural, caractérisé par une densité démographique faible et une population vieillissante (15, 16). Il compte plus de 191 000 habitants en 2019, avec une densité de 30 habitants par km², ce qui représente moins d'un tiers de la densité nationale, qui atteint 105 habitants par km². La majorité de la population du département se regroupe autour d'Auch et de sa communauté d'agglomération, ainsi que de la communauté de communes Gascogne Toulousaine en direction de Toulouse et de la communauté de communes de la Lomagne Gascogne en direction de Montauban (ANNEXE VI et VII). Dans le Gers, la gendarmerie a enregistré 578 victimes de violences intrafamiliales pour l'année 2023, 422 sont des femmes. Du côté de la police nationale, 138 faits de violences intrafamiliales et 123 faits de violences conjugales ont été recensés.

Nous avons donc voulu faire un état des lieux des pratiques des professionnels de santé gersois, en mettant notamment en avant leurs difficultés locales mais aussi générales, tout en proposant des perspectives d'amélioration.

Matériel et Méthodes

1. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive quantitative évaluant les difficultés rencontrées par les professionnels de santé concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Gers.

2. Population étudiée

La population cible est celle des professionnels de santé cliniciens de premier recours du territoire gersois à savoir les médecins généralistes, les professionnels de la santé de la femme (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et médicaux), et les urgentistes du CH d'Auch.

Pour plus de facilité dans notre analyse nous avons choisi de regrouper les sages-femmes et les gynécologues en tant que professionnels de Santé de la femme.

3. Élaboration du questionnaire

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire en ligne anonymisé sur Google form pour les médecins généralistes, sages-femmes, urgentistes, et gynécologues médicaux et obstétriciens du territoire gersois. Notre questionnaire a été mis en ligne et diffusé à partir d'avril 2023 jusqu'à décembre 2023 inclu.

Il a ainsi été envoyé sur l'adresse mail des différents professionnels de santé par des canaux de distribution variés : avec notamment les adresses mail des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) gersois, à partir d'adresses mail récupérés auprès des différents cabinets contactés, par le conseil de l'ordre des sages-femmes du Gers. Nous avons également pu utiliser les adresses mail professionnelles des urgentistes du CH d'Auch.

Ce questionnaire comprend 22 questions, et est présenté en ANNEXE VIII.

La réponse à chaque question est obligatoire afin de passer à la suivante, mais en fonction de certaines réponses des questions complémentaires sont posées.

Il se divise en plusieurs parties :

- La première partie concerne les caractéristiques des professionnels de santé : le sexe, l'âge, la profession, le secteur d'exercice, le canton, la durée d'exercice, le mode d'exercice principal, les formations sur les violences conjugales,

- La deuxième partie concerne les pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales avec : le type de repérage réalisé, l'expérience de prise en charge de femmes victimes de violences conjugales ou non, les pratiques lors de la consultation, l'orientation vers d'autres professionnels, la pratique du signalement.
- La dernière partie s'intéresse aux avis des professionnels de santé sur les freins à la prise en charge, il est abordé la vie en zone rurale, la connaissance du réseau d'aide dans la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales, les outils à disposition dans leurs structures, et les difficultés rencontrées par ces soignants dans la prise en charge. Il est également demandé les axes d'amélioration qui pourraient être proposés.

Trois relances par mail ont par ailleurs été réalisées.

4. Analyse statistique

Les données ont été exportées à partir du questionnaire Google form vers le logiciel Excel.

Les réponses incomplètes au questionnaire ont été exclues.

Résultats

Nous avons décidé de présenter les données statistiques selon 3 parties :

- Une première sur les données générales de l'échantillon source
- Une deuxième sur les données inhérentes aux professionnels ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Gers
- Une troisième partie sur les freins à la prise en charge de ces femmes

1. Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 344 professionnels ayant reçu le questionnaire, nous avons reçu 75 réponses soit 22% de taux de réponse

Sur 194 médecins généralistes contactés, nous avons eu 32 répondants (16,5% de taux de réponse), sur 63 professionnels de la santé de la femme contactés (54 sages-femmes et 9 gynécologues) nous avons eu 28 répondants (44.5% de taux de réponse), sur 87 urgentistes contactés nous avons eu 15 répondants (17% de taux de réponse).

Sur les 75 répondants au questionnaire :

On compte 32 médecins généralistes (soit 43%), 28 professionnels de la santé de la femme (soit 37%), et 15 urgentistes (soit 20%).

Les femmes représentent 76% de notre population, et les hommes 24%.

L'âge moyen était de 42 ans, et la médiane de 42 ans également.

La durée d'exercice est variable, la majorité soit 53% des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire exercent depuis plus de 10 ans.

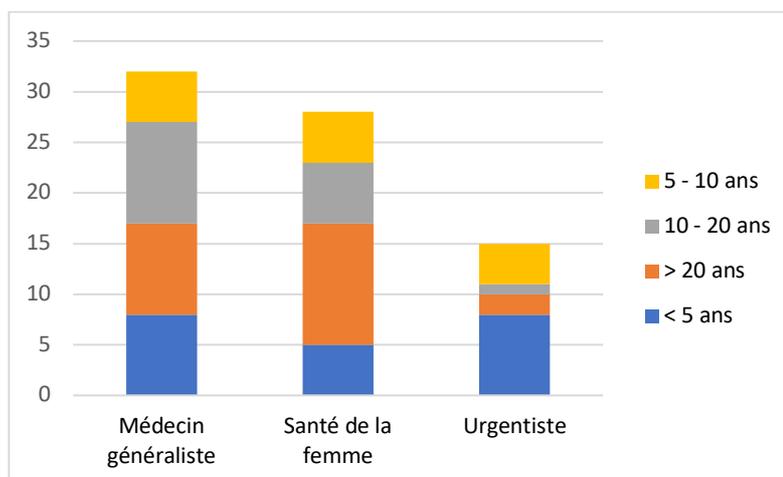


Figure 1 : Profession et durée d'exercice

La majorité des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire soit 63% rapportent exercer en zone rurale, ces derniers représentent 27% de notre échantillon. Au total 43% des répondants déclarent exercer en zone rurale : 20 médecins généralistes, 12 professionnels de la santé de la femme et aucun urgentiste. Nous pouvons illustrer ceci par l’histogramme ci-dessous.

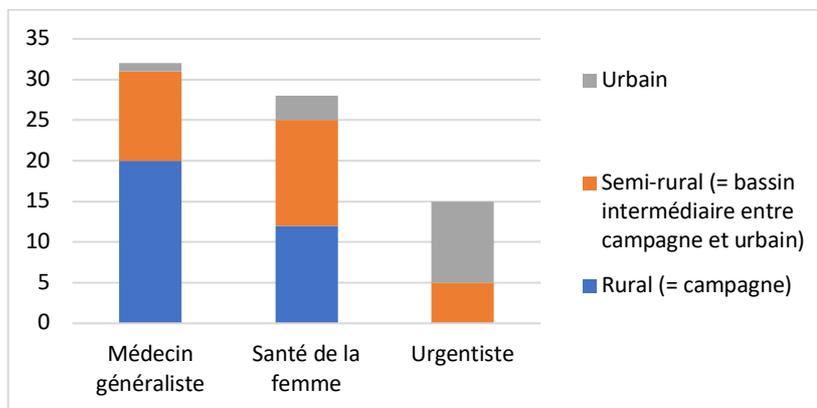


Figure 2 : Secteur d'exercice et profession

Plus précisément et selon les cantons gersois, nous retrouvons cette dispersion. Le nombre de professionnels de santé exerçant dans le canton d'Auch reste majoritaire. Notamment la présence exclusive des urgentistes.

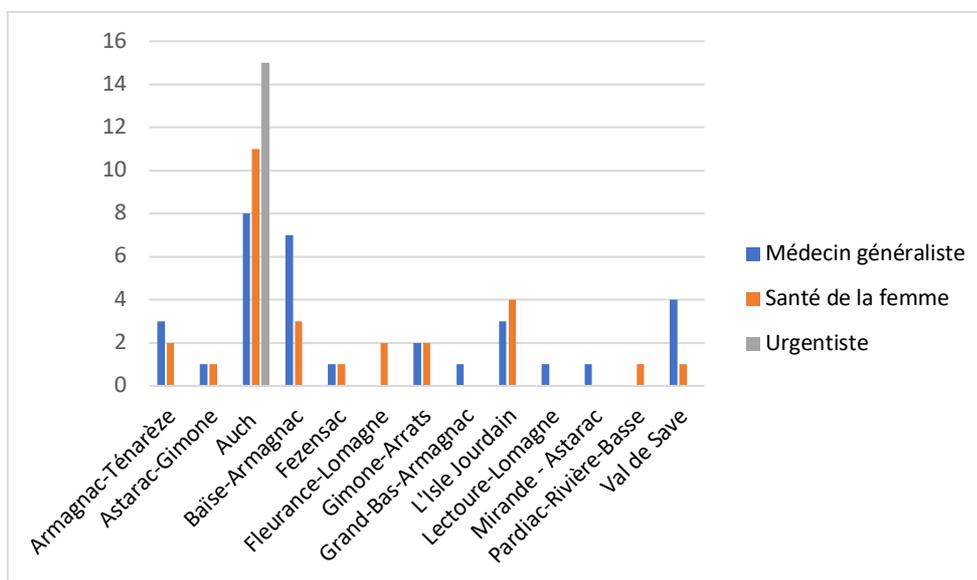


Figure 3 : Cantons d'exercice

Pour le mode d'exercice principal, la plupart des professionnels ayant répondu au questionnaire soit 58,5% pratiquent une activité libérale stricte, pour 35% il s'agit d'une activité de salariat, et pour 6,5% une activité mixte.



Figure 4 : Mode d'exercice principal

Concernant la formation sur les violences conjugales, 17% des répondants déclarent ne jamais en avoir reçu. Il s'agit de 7 médecins généralistes, 4 professionnels de la santé de la femme, et 2 urgentistes.

Dans le cadre du repérage des violences conjugales, le diagramme en secteurs ci-dessous illustre les pratiques de nos répondants. Seuls 2 individus ne réalisent aucun repérage, il s'agit de deux professionnels de la santé de la femme, qui justifient l'absence de questionnement cela par manque de temps, et ne pas y penser lors de la consultation.

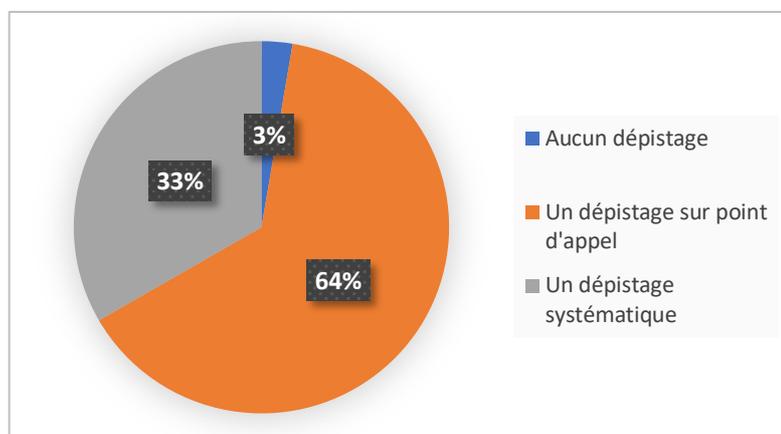


Figure 5 : Pratique du repérage systématique

Par ailleurs, 37% de nos professionnels de santé n'ont jamais pris en charge de femmes victimes de violences conjugales dans le Gers. Il s'agit de 6 médecins généralistes, 9 professionnels de la santé de la femme et de 13 urgentistes.

2. Pratiques des professionnels ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Gers

Dans cette partie, nous étudions le sous-groupe des professionnels de santé ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Gers soit 62,5% des répondants.

Il s'agit de 26 médecins généralistes (13 femmes et 13 hommes), 19 professionnels de la santé de la femme (soit 19 femmes), et 2 urgentistes (1 homme et 1 une femme).

Sur ces 47 professionnels, 53% indiquent exercer en zone rurale (16 médecins généralistes, 9 professionnels de la santé de la femme), 4 en zone urbaine (1 médecin généraliste, 2 professionnels de la santé de la femme et 1 urgentiste), et 18 en zone semi-rurale (9 médecins généralistes, 8 professionnels de la santé de la femme et 1 urgentiste).

Concernant le repérage des violences conjugales, 55,5% des répondants déclarent réaliser un dépistage sur point d'appel, 40,5% un dépistage systématique.

Concernant les pratiques de ces professionnels de santé dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, on retrouve différentes interventions :

- 77% d'entre eux apportent des informations (conseils, numéros utiles)
- 23% d'entre eux proposent une hospitalisation (avec l'accord de la patiente)
- Orientent vers un confrère ou vers une structure dédiée pour 40% d'entre eux
- L'ensemble des répondants déclare avoir eu une démarche médico-légale, à savoir :
 - o Traçabilité et notification dans le dossier de la consultation pour 94% d'entre eux. Afin d'enclencher le suivi, 66% d'entre eux programment un rendez-vous ultérieur.
 - o 51% réalisent un certificat de coups et blessures
 - o 26% évoquent intégrer dans leur pratique le signalement judiciaire, parmi ceux-là 7 en auraient déjà réalisé un. Il s'agit de 4 généralistes, et 3 professionnels de la santé de la femme.
- 26% d'entre eux déclarent apprécier l'exposition des enfants à la violence domestique (soit 8 médecins généralistes, et 4 professionnels de la santé de la femme), 38% indiquent réaliser une évaluation de la dangerosité (avec la prise en compte de la présence ou non d'une arme au domicile, de menaces de mort, usages

de substances psychoactives ou d'alcool, ...) cela concerne 2 urgentistes, 9 médecins généralistes et 7 professionnels de la santé de la femme.

Deux personnes ont également proposé en commentaire libre : « proposition de refuge à la victime », et « accueil au domicile ».

Concernant l'accompagnement dans le parcours judiciaire, les professionnels de santé orientent préférentiellement les patientes vers :

- Les forces de l'ordre pour 83% d'entre eux
- Les psychologues pour 72% d'entre eux
- Les assistantes sociales pour 60% d'entre eux
- Les associations pour 57% d'entre eux
- Le médecin légiste ou l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) pour 26% d'entre eux

Concernant la rédaction du signalement, pour les 40 personnes n'ayant jamais réalisé de signalement dans le cadre de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales plusieurs points sont mis en avant, comme ayant participé à la non réalisation de ce dernier. Pour la majorité d'entre eux soit 60 % certains évoquent l'absence d'occasion pour le rédiger.

Pour les autres, les principales raisons évoquées comme freins sont :

- Une crainte des conséquences notamment médico-légales pour 7,5% d'entre eux, de la part de l'agresseur pour 5% d'entre eux, mais surtout le risque de rompre le lien soignant-soigné 25% d'entre eux.
- Des difficultés méthodologiques pour 20% d'entre eux, avec une appréhension à la rédaction pour 10% d'entre eux, et une sensation d'inconfort avec ce type de déclaration pour 17,5% d'entre eux
- Une méconnaissance de l'existence de ce document pour 10% d'entre eux

Certains évoquent en réponse libre un parcours judiciaire déjà engagé.

Concernant l'évaluation de leurs connaissances selon une échelle de Lickert sur 4, 38% des répondants considèrent avoir été bien formés (note de 3 sur 4), 26% une formation moyenne (2/4), 19% une formation plutôt insuffisante (1 sur 4), et 17% une formation complète (4 sur 4). Les professionnels les plus représentés pour la note de 3 sur 4 sont les soignants de la santé de la femme (10 personnes), puis les médecins généralistes (7 personnes), et enfin 1

urgentiste. Pour la note maximale, les répondants sont 4 médecins généralistes et 4 professionnels de la santé de la femme.

3. Les freins liés à la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales

Nous nous sommes intéressées aux difficultés rencontrées par tous les professionnels de santé, qu'ils aient ou non déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales, il est décrit par les répondants :

- Un manque de formation dans la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales pour 64% d'entre eux.
- L'impact du ressenti du professionnel de santé avec notamment un sentiment d'impuissance pour 45% d'entre eux, un sentiment d'intrusion pour 12% d'entre eux, un sentiment d'inconfort face à ces situations pour 21% d'entre eux, sur un sujet tabou pour 4% d'entre eux. Il est également souligné pour 39% d'entre eux un problème social plus que médical, qui peut amener des problèmes déontologiques et juridiques pour 17% d'entre eux.
- Le poids du réseau, de par son inexistence pour 7% d'entre eux, mais surtout de par sa méconnaissance par les professionnels pour 55% d'entre eux.
- La particularité de la position du médecin de famille pour 11% d'entre eux. Avec un temps médical qui pour 40% d'entre eux est insuffisant.
- La crainte de représailles pour 9% d'entre eux.
- L'ambivalence de la patiente, avec une réticence à en parler pour 63% d'entre eux.

Certains évoquent en réponse libre : « Chronophage ++ », « Complexité du phénomène et de la coordination entre les différents acteurs amenés à prendre en charge les violences conjugales ».

Concernant la maîtrise du réseau et du maillage territorial local, nous nous sommes intéressés à l'évaluation qu'en faisaient l'ensemble des répondants (qu'ils aient ou non déjà pris en charge des victimes de violences conjugales). Il s'avère que plus de la moitié des répondants (64%) considèrent avoir un niveau de connaissances insuffisant.

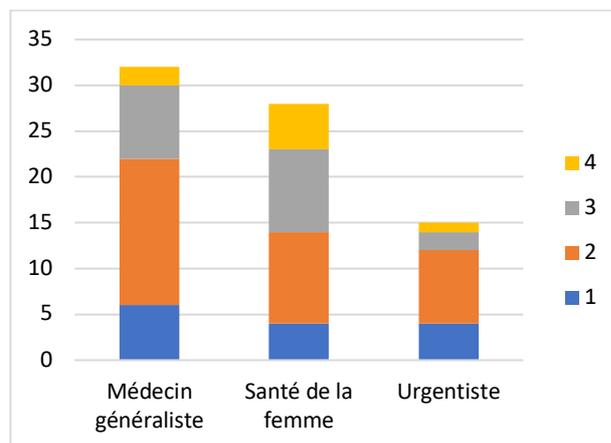


Figure 6 : Évaluation des connaissances concernant le réseau local en fonction des professionnels de santé

En ce sens, nous avons également constaté que 82,5% des répondants ne connaissaient pas le guide pour les professionnels du Gers sur les violences conjugales réalisé par la préfecture, et réactualisé en 2023.

Concernant les difficultés pouvant être amenées par la ruralité, 76% des répondants considèrent que celle-ci peut être un frein à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Il est ainsi décrit en priorité des difficultés :

- Liées au maillage territorial :
 - o Avec un isolement géographique pour 69% d’entre eux,
 - o Une population moins informée pour 45% d’entre eux,
 - o Mais aussi un manque de professionnels de santé sur le territoire pour 59% d’entre eux, ainsi qu’un manque de structures d’hébergement pour 53% d’entre eux.
- Liées à l’isolement social pour 60% d’entre eux :
 - o Les violences conjugales sont un sujet tabou en zone rurale pour 39%,
 - o La recherche d’anonymat est problématique sur ce territoire pour 43%
 - o On note une importance du contrôle social avec la prégnance des stéréotypes sexistes pour 23% d’entre eux
 - o La plus grande dépendance économique et financière pour 43% d’entre eux de par notamment le manque de ressources
- En réponse libre possible certains ont évoqué : "professionnels du milieu judiciaire en sous-effectif, policiers et gendarmes pas assez formés et sensibilisés au sujet".

Discussion

1. Limites et forces de l'étude

Nous avons fait le choix dans notre étude de nous intéresser aux professionnels de santé gersois qui peuvent être amenés à prendre en charge des femmes victimes de violences conjugales. A savoir les professionnels de la santé des femmes : les sages-femmes, les gynécologues (obstétriciens et médicaux), les médecins généralistes mais aussi les urgentistes. Cette étude a donc été orientée vers ces professionnels de santé cliniciens du Gers. Nous n'avons pas sollicité les pharmaciens, ni les dentistes. Pourtant les pharmaciens ont été très présents lors de l'épidémie de COVID, leur point de vue aurait pu être intéressant. Notre taux de réponse est de 22% est quand même faible. Par rapport à d'autres études cela reste faible à similaire.

Nous avons eu des difficultés à solliciter l'intérêt des généralistes gersois, notamment par les canaux de distribution de ce questionnaire. Les sages-femmes ont été très réactives dès le premier partage du questionnaire. Nous avons fait le choix de réaliser le questionnaire en ligne sur Googleform, nous permettant une plus grande souplesse en dématérialisé, notamment pour répondre et récupérer les données. Le questionnaire existait également au format papier, mais je ne suis pas allée personnellement à la rencontre des professionnels. Cela aurait pu potentiellement amener plus de réponses.

Faire le choix de répondre à ce questionnaire c'est porter un intérêt à cette thématique des violences conjugales. Ainsi les professionnels ayant répondu à ce questionnaire sont sûrement sensibilisés à cette problématique. Les femmes représentaient d'ailleurs 76% de nos répondants.

Enfin le thème de la ruralité est un thème original, peu d'études sont réalisées à ce sujet.

2. État des lieux des pratiques

2.1. Concernant le repérage des situations de violences et ses modalités :

En matière de santé publique, le terme dépistage est employé dans le cadre de la prévention secondaire. Il s'agit selon sa définition d'interroger toutes les personnes qui consultent pour des soins de santé, avec pour but de surveiller l'apparition de la « maladie » et la prendre en charge le plus tôt possible pour mieux la soigner et la guérir.

La pratique du dépistage ou questionnement systématique peut se poser dans le cadre du repérage des violences conjugales. En effet, elles sont un problème majeur de santé publique

encore trop sous-estimé (17). De par leur fréquence, les victimes de violences se retrouvent partout notamment dans les patientèles des médecins généralistes.

En France, les études de prévalence réalisées en consultation de médecine générale sont rares et de faible envergure. Néanmoins, 3 à 4 femmes sur 10 pourraient être victimes de violences conjugales (18). Les travaux de thèse de Bolot et Dechenaud (19, 20) ont retrouvé respectivement 28,9% et 44% de femmes ayant subi des violences de couple (tous types confondus) en consultation de médecine générale. Dans ces patientes victimes de violences conjugales seulement ¼ des victimes concernées par les violences conjugales consulte un médecin, et parmi elles 2/3 souhaiteraient être questionnées à ce sujet sans en parler d'elles-mêmes (21, 22).

Ce constat rend pertinent le repérage des violences dans un contexte adapté par le questionnement « systématique » des soignants (8, 23). L'argumentaire de l'HAS à ce sujet de 2019 aborde les différentes modalités du « dépistage » systématique et repérage des signes évocateurs (10). Le questionnement systématique permet ainsi d'ouvrir le dialogue avec la patiente, et lui donne l'opportunité d'y répondre. Poser la question multiplierait par 3 le nombre de chances de repérer une victime de violence. Cette pratique est préconisée par de nombreuses institutions nationales, et internationales, certains rapports réaffirment son importance : le Rapport Henrion (8), les recommandations de bonne pratique de l'HAS de juin 2019 (10), ou encore « l'American College of Obstetrician and Gynecologist » aux États-Unis (24). L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Occitanie a rédigé un outil en 2024 pour les professionnels de santé insistant sur la pertinence d'une pratique de dépistage par le questionnement systématique : « Pour repérer, il faut questionner », pour cela « la question des violences doit être abordée au même titre que la question concernant les antécédents familiaux » (25).

Des nuances sont apportées concernant la pratique du dépistage systématique. Ainsi les recommandations indiquent que si le « dépistage » augmente l'identification des femmes victimes de violences exercées par le partenaire intime, il ne réduit pas la violence exercée par le partenaire et il n'a pas d'influence favorable notable sur la santé des femmes. Chez les femmes enceintes, le dépistage systématique a montré une amélioration quant à l'identification des victimes et leur prise en charge.

Une proposition plus nuancée est apportée par le Dr Ghada Hatem dans le webinaire de l'HAS de juin 2023 (26), elle parle ainsi de « questionnement adapté » et non systématique, avec un questionnement gradué et étalé sur différentes consultations. Poser la question peut amener à une prise de conscience progressive quand la victime n'identifie pas clairement la violence vécue. Cela laisse le temps à la patiente de répondre à la question.

Parmi les sources sus-citées, toutes s'accordent sur l'importance du repérage à partir de signes évocateurs (sur point d'appel) ou de situations à risque. Ainsi pour certains ce repérage doit être effectué dans certaines situations cliniques spécifiques. En particulier, en cas de trouble de la santé mentale chez la femme (dépression, anxiété, tentative de suicide, syndrome post-traumatique), en cas de recherche ou de diagnostic d'infections sexuellement transmissibles, en cas de soins prénataux, la grossesse étant une période à risque de violences qui par ailleurs engage la santé de la mère et de l'enfant. Dans ce cadre, la recommandation HAS réactualisée en janvier 2024 préconise le questionnement des violences conjugales lors de l'entretien prénatal précoce au 4^{ème} mois de grossesse (27).

Dans notre étude, le dépistage systématique est réalisé par 1/3 de nos répondants, avec un taux plus élevé chez les professionnels de santé s'intéressant à la santé de la femme. Nous savons en effet que les sages-femmes et gynécologues interviennent à des périodes qui sont des situations à risque de survenue des violences.

Nous constatons dans ce travail que le taux de professionnels réalisant ce dépistage systématique est meilleur que dans les travaux que nous avons pu lire, soit 33% alors que dans la thèse du Dr Bimier de 2019 (28), on retrouve un taux de questionnement systématique autour des 18% dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne, et de la Sarthe (des départements ruraux pouvant ressembler au Gers), ou encore dans la thèse du Dr Dhuny en Lorraine où l'on retrouvait un taux à 8,5% (23). Par ailleurs, 64% de nos répondants réalisent un questionnement sur point d'appel, alors que seulement 4% soit 2 répondants ne réalisent pas de questionnement. Pour ces personnes qui ne posent aucune question ; ils déclarent ne pas y penser, ressentir un manque de connaissance, et être mal à l'aise à l'idée de poser la question. En effet cette question « Avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie ? » n'est pas anodine. On retrouve une sensation d'intrusion et une peur de gêner les patientes, le sujet des violences relevant de la sphère privée et intime. Pourtant une étude canadienne réalisée en 2011 démontre que les patientes sont favorables à un questionnement systématique par le médecin généraliste (29), cela est réaffirmé par l'HAS (10) qui met en avant la position du médecin comme interlocuteur privilégié, ce sont souvent les premiers acteurs à qui les victimes s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations. Cette conclusion est également rapportée dans le travail de thèse du Dr Buchaillet (30).

Pour aider le professionnel de santé dans sa pratique, l'HAS en novembre 2022 a réalisé un outil d'aide au repérage des violences conjugales (11), qui s'adresse prioritairement aux

médecins généralistes. Chaque professionnel peut adapter le type de questionnement en fonction de sa pratique et de sa patientèle. La meilleure des questions étant avant tout celle qu'on se sent capable de poser.

2.2. Accompagnement dans le parcours judiciaire

En tant que professionnel de santé, nous avons tous un rôle à jouer dans l'accompagnement et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales notamment sur le plan de l'écoute et sur le plan judiciaire (11). Le médecin généraliste a un rôle de protection et d'informations auprès de ses patientes, néanmoins sa position reste délicate.

Nous devons en tant que professionnel de santé compléter le dossier médical avec nos observations. Les patientes sont souvent ambivalentes dans leur souhait de porter plainte, notamment de par les altérations psychiques que mettent en jeu les violences conjugales, comme le rappelle le cycle de la violence (ANNEXE III), l'accompagnement doit rester bienveillant, tolérant et constant avec la possibilité de programmer un futur rendez-vous cela est bien sûr à ajuster à la situation. L'isolement du médecin face à cette situation est à éviter, le 3919 prévoit une ligne dédiée aux professionnels de santé pour guider et orienter mais aussi l'existence d'autres canaux d'aide tels que les commissions Vigilance Violence Sécurité (VVS) depuis décembre 2021 avec les conseils de l'ordre des médecins. Le professionnel de santé a donc un rôle à jouer dans l'initiation du parcours judiciaire.

2.2.1. Dépôt de plainte

Concernant le dépôt de plainte, le professionnel de santé peut mettre en relation la patiente victime avec les intervenants adaptés principalement des juristes mais aussi les forces de l'ordre, c'est le cas de 83% des répondants ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales. Il existe également dans les services hospitaliers la possibilité d'intervention des forces de l'ordre, c'est notamment le cas sur l'hôpital d'Auch. Un « Protocole de lutte contre les violences conjugales santé – sécurité – justice » a été signé en février 2020 par la Préfecture du Gers, le Parquet d'Auch, la Direction Départementale de la Sécurité Publique du Gers, le Groupement de Gendarmerie Départementale du Gers, le Conseil départemental du Gers, le Centre Hospitalier d'Auch (ANNEXE IX). Cette convention permet notamment l'intervention des services de police et de gendarmerie sur les sites des établissements de santé, avec aussi la possibilité d'exécution d'actes de police dans les services d'accueil d'urgences et la possibilité de réaliser un dépôt de plainte simplifié au sein de l'établissement.

2.2.2. Signalement

Dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, il est possible de réaliser en tant que professionnel de santé un signalement permettant d'alerter et protéger les victimes. Il concerne les situations graves nécessitant une protection judiciaire sans délai. L'article 44 du code de déontologie médicale (31) impose au médecin de « mettre en œuvre les moyens les plus adéquats » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privations « en faisant preuve de prudence et de circonspection ».

L'article 226-14 du Code pénal prévoit des dérogations au secret professionnel, permettant le signalement de faits de violences ou maltraitance même si la victime ne souhaite pas porter plainte (32). Dans ce cadre selon l'alinéa 2, tout professionnel de santé peut réaliser un signalement s'il constate des « sévices, maltraitances ou privations » avec accord de la victime majeure, voir sans son accord si cette victime n'est pas en mesure de se protéger : « en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ». La « vulnérabilité » reste une notion très subjective, laissée à l'appréciation de chacun et des juges en ce qui concerne la loi. La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (33) a permise l'intégration de l'alinéa 3 prévoyant la possibilité pour le professionnel de santé de réaliser un signalement également en cas de violences conjugales en cas de danger immédiat et d'emprise.

Cette évolution législative a donné lieu à la signature de protocoles entre les conseils départementaux et les parquets, dont l'objectif est de mettre à la disposition des « signalants » tous les outils nécessaires pour sa mise en œuvre (ANNEXE IX). Ces protocoles doivent être généralisés et mis en application par les commissions VVS au sein des conseils départementaux.

Concernant la mise en pratique et la réalisation du signalement, dans notre population 15% des répondants ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales en ont déjà réalisé un, il s'agit de 4 médecins généralistes et 3 professionnels de la santé de la femme. Quand l'on aborde les freins à son exécution, plusieurs raisons sont rapportées sur l'absence de déclarations aux autorités judiciaires, la principale étant ne pas en avoir eu l'occasion pour 51% des répondants. De plus, 8,5% ne pensaient pas pouvoir le faire, il s'agit de 3 médecins généralistes et un professionnel de la santé de la femme. Dans le même ordre d'idée, on retrouve également 19% qui déclarent ne pas savoir comment faire, il s'agit de 6 médecins généralistes et 3 professionnels de la santé de la femme. La mise en pratique semble donc être en défaut pour ces professionnels, des formations pourraient être

intéressantes pour améliorer la réalisation. Par ailleurs, 15% des professionnels de santé déclarent ne pas être à l'aise avec ce type de démarche, effectivement certains praticiens ont toujours peur de la limite entre le secret médical et le signalement, avec la crainte de conséquences médico-légales. On retrouve également dans les freins à la réalisation une crainte de représailles de la part de l'agresseur pour 4% d'entre eux. Enfin, 21% ont peur de rompre le lien de confiance soignant soigné essentiel à la relation médecin-patient.

Au regard de ces résultats, il apparaît indispensable d'accompagner les professionnels de santé dans leur pratique du signalement. Des outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels à l'instar du vade-mecum édité lors de la parution de la loi du 30 juillet 2020 (34). Cet outil aide à l'évaluation des situations de danger et d'emprise (ANNEXE X). Il semble pertinent de rappeler aux professionnels de santé la possibilité de s'appuyer sur les conseils départementaux de l'ordre (commission spécifique type VVS), les autorités judiciaires, et les médecins légistes pour aider dans la rédaction de ce type de document. En outre, la signature des protocoles locaux dans le cadre de l'application de la loi du 30 juillet 2020 engage les institutions concernées à réaliser des journées de sensibilisation et d'information des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, y compris en zone rurale. A cet égard, le conseil de l'ordre des médecins organise régulièrement des formations sur « le médecin face aux violences intrafamiliales », c'est notamment le cas en Haute-Garonne. Les interactions avec des relais locaux, comme certaines associations. Par exemple avec le CIDFF 32 (Centre d'Information sur les droits des femmes et des familles) qui joue un rôle important dans l'accompagnement juridiques des victimes, et dans la mise en place de formations locales pour les professionnels dans le Gers est également une bonne initiative.

2.2.3. Rédaction du certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure

Parmi les professionnels ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales 51% des répondants ont déjà réalisé un certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure, anciennement appelé certificat de coups et blessures. L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. S'il rédige un certificat conforme au modèle proposé par le conseil de l'ordre des médecins il n'encourt aucune sanction disciplinaire (Article 226-14 du CCP) (32). Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée,

et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier. Nous présentons en annexes (ANNEXE XI) une fiche pratique ainsi que la notice explicative du certificat médical établi sur la demande du ou de la patiente par le conseil national des médecins (ANNEXE XII). Concernant les sages-femmes, le conseil de l'ordre national a également réalisé une notice et un modèle de certificat médical, présenté en annexe (ANNEXE XIII).

Le médecin peut dans son certificat déterminer une ITT (Incapacité Totale de Travail), cela reste facultatif, cette notion pénale permet au magistrat de qualifier les faits en contravention, délit ou crime, elle permet également d'orienter la procédure et la peine encourue. Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT selon l'article 222-13 du Code Pénal en raison de la qualité de l'auteur (35). Un modèle de certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure est présenté en annexe (ANNEXE XIV).

Au-delà du certificat médical, chaque professionnel de santé doit délivrer un certain nombre de conseils et d'informations aux victimes, tout en adoptant une posture professionnelle adaptée pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ce temps d'échange est essentiel pour l'orientation, l'accompagnement, et l'évaluation du danger pour la victime.

3. Freins au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

Comme dans la pratique du repérage systématique des victimes de violences conjugales, il est difficile de prendre en charge ces femmes de façon optimale. La diversité et l'absence de généralité des situations, l'environnement et l'ambivalence des victimes peuvent perturber les professionnels de santé les prenant en charge.

Nous nous sommes intéressés dans notre étude aux difficultés ressenties par nos répondants qu'ils aient ou non déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ils ont ainsi mis en avant des difficultés internes du fait de leur position de professionnel de santé, des difficultés externes liées à la victime, son environnement et le réseau en place, mais aussi spécifiques à la ruralité empêchant une prise en charge adaptée et optimale des agressées.

3.1. Difficultés inhérentes aux professionnels de santé, à leur pratique générale

Concernant les freins internes, les professionnels de santé manquent d'assurance face aux victimes de violences faute de sensibilisation et de formation initiale, ce qui constitue un frein important, 64% de nos répondants déclarent ainsi présenter un défaut de formation. Les

nouvelles générations de professionnels de santé sont tout de même plus sensibilisées à la thématique des violences intrafamiliales lors de la formation initiale, de formations continues mais aussi au travers de groupes de pairs avec partages d'expériences et optimisation des connaissances. Une étude réalisée en Pays de Loire démontre un gain de confiance ainsi qu'une prise en charge plus adaptée des patientes suite à la participation à une formation (36).

La formation concernant la compréhension de la psychopathologie des victimes de violences conjugales et la compréhension du cycle de la violence reste un réel manque dans le cursus initial ou post universitaire. Le médecin doit ainsi s'adapter à l'évolution de la patiente dans son processus d'acceptation et de reconnaissance de son statut de victime. L'accompagnement de la femme s'établit sur la durée pouvant parfois ne pas aboutir à un résultat satisfaisant pour le médecin, de par notamment l'ambivalence de la victime. Dans la pratique courante, le praticien veut tendre vers un résultat de guérison ou de stabilisation des pathologies, ce qui apporte la satisfaction professionnelle recherchée par tout médecin. La prise en charge des violences conjugales implique d'autres mécanismes et méthodes pour aboutir à une « guérison » que les professionnels de santé ont parfois des difficultés à accepter et qui peuvent engendrer de la frustration. L'angoisse de se retrouver face à l'échec peut bloquer le dépistage. Les médecins généralistes remettent en question leur rôle face aux violences (37, 38). Ils insistent sur l'importance de la responsabilité des autres intervenants en minimisant leur propre intervention (37). L'isolement découle de la méconnaissance de leur position dans la prise en charge des femmes. Ils sont pourtant des acteurs centraux du réseau et du parcours de suivi des victimes.

Cet impact du ressenti du professionnel de santé avec notamment le sentiment d'impuissance pour 45% de nos répondants, le sentiment d'intrusion pour 12% d'entre eux, mais aussi le sentiment d'inconfort face à ces situations pour 21% d'entre eux sont des freins non négligeables à l'accompagnement des victimes. L'aisance et l'habileté d'échange font partie intégrante de la qualité de la relation médecin-malade, face aux violences conjugales un sentiment de malaise peut apparaître et freiner « l'approche » de la victime. Par conséquent, l'attitude du médecin laisse la possibilité ou non à la patiente de se confier (38, 39).

La vision réductrice des violences conjugales et leur banalisation par les médecins sont un frein majeur au repérage et à la prise en charge des victimes ; les violences conjugales sont largement sous-estimées dans la population générale et donc au sein même de leur patientèle (40). Ils ont tendance à réaliser un dépistage ciblé d'une partie de leurs patientes (contexte de chômage, alcoolisme...) au détriment d'autres patientes potentiellement victimes. Les violences sont réduites dans la majorité des études au terme de « physique » délaissant les

violences psychologiques et sexuelles (40, 41, 42). La banalisation peut être analysée comme un mécanisme de défense pour les soignants (41). Le sentiment d'intrusion perçu par les professionnels peut aussi provenir du découragement ressenti face à des victimes ambivalentes dans leurs choix et leurs démarches (43). Les sentiments d'impuissance et d'échec sont ainsi facilement relatés par les professionnels dans notre questionnaire. Il est retrouvé un sentiment d'impuissance d'origine multifactorielle : les praticiens ne savent pas toujours prendre en charge la victime et face à l'incompréhension de l'attitude des victimes qui expriment de l'attachement à leur agresseur et ne souhaitent pas porter plainte ou quitter le domicile familial, il y a souvent une prise en charge non optimale (44). Idem chez les professionnels de santé de la femme, leur intervention auprès des femmes à des moments clés : grossesse, suivi de prévention gynécologique, accompagnement à la parentalité permettent sur une période d'être à proximité des victimes, mais il existe à un moment donné une perte de vue qui peut être préjudiciable pour l'accompagnement des victimes.

Le sujet des violences est générateur d'angoisse et de remise en question des valeurs de la famille pouvant faire écho à un vécu personnel difficile chez les professionnels (37, 41). Enfin les violences conjugales semblent poser plus de questions déontologiques que d'autres situations cliniques difficiles de médecine et sont évoquées à plusieurs reprises comme tabou (40, 42, 43 et 44). Les soignants se sentent ainsi en difficultés notamment avec le risque de répercussions juridiques à leur égard, ce qui est le cas pour 17% de nos répondants.

3.2. Difficultés externes liées à la victime, à l'environnement et au réseau des professionnels de santé

Ces freins externes liés au contexte environnemental de la femme victime de violences conjugales sont retrouvés par nos répondants qui déclarent notamment avoir une méconnaissance du réseau pour 55% d'entre eux. De plus, 64% de l'ensemble des répondants considèrent avoir des connaissances insuffisantes sur le réseau gersois. C'est notamment le cas des urgentistes (80% d'entre eux) qui pour la plupart viennent travailler depuis Toulouse, et connaissent peu le maillage territorial gersois. On retrouve également la majorité des médecins généralistes ayant répondu (69%) ainsi que la moitié des professionnels de la santé de femme (50%). Maîtriser l'offre territoriale et les outils locaux permet de se sentir plus à l'aise dans la prise en charge des victimes.

Concernant l'ambivalence des patientes victimes de violences conjugales au sujet de leurs démarches judiciaires ou non, cela entraîne pour les professionnels de santé une réticence à en parler pour 63% des répondants. Il faut souvent aux victimes beaucoup de temps pour

parvenir à mettre en place des actions leur permettant de sortir des violences. Murielle Salmona explique cette difficulté des femmes à se séparer de leur conjoint violent en faisant le lien avec la mémoire traumatique et la dissociation traumatiques qui impactent les femmes victimes de violence. Elle note un processus de répétition, les femmes reviennent vers leur conjoint violent même après une séparation ou se retrouvent un autre partenaire, violent lui aussi. Bien que cela puisse paraître paradoxal, les victimes de violences se sentent souvent « mieux » (en fait plus dissociées et anesthésiées) avec un conjoint violent que lorsqu'elles sont séparées de lui, et pensent à tort qu'elles l'aiment, alors qu'elles sont en fait tellement terrorisées avec lui. Un seul regard suffit à les dissocier et à les anesthésier. Se remettre avec un agresseur c'est échapper à sa mémoire traumatique par dissociation, tout en se mettant en danger (45).

La prise en charge d'une femme victime de violence conjugale nécessite donc souvent un temps de suivi long, nécessaire pour que la femme réalise les violences subies, accepte son statut de victime et parvienne ensuite à élaborer psychiquement et matériellement une nouvelle manière de vivre. La qualité de l'environnement reste importante, pour accompagner les victimes dans les démarches, des professionnels de professions différentes peuvent ainsi intervenir. La rupture de l'isolement passe essentiellement par une connaissance des acteurs, des associations du réseau local et des moyens existants à leur disposition. En ce sens, l'étude du Dr Cornilleau montre qu'en 10 ans, le recours au réseau et l'orientation des victimes auprès des associations se sont améliorés de 30% (41). Des initiatives départementales, telles que la création d'un guide pour les professionnels du Gers permet ces améliorations, afin de guider plus précisément et de façon efficiente les soignants. Il faut cependant veiller à ce que la multiplicité de ces acteurs ne soit pas une source de difficulté supplémentaire, si les différentes missions se recoupent et manquent de coordination ou de lien.

3.3. Difficultés spécifiques au territoire rural

La nouvelle approche de l'INSEE définit désormais les territoires ruraux comme l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses d'après la grille communale de densité, la notion de pôle ne repose plus sur la notion d'unité urbaine (14).

Nous avons questionné les professionnels de santé sur l'impact de la ruralité dans l'accompagnement des femmes victimes de violences, pour 76% des répondants elle aurait une incidence sur la prise en charge.

Les raisons mises en avant sont multiples, pour la plupart l'isolement géographique (89%) et social (79%) en sont les principaux arguments, le manque de professionnels de santé est

aussi un frein (75%). Ils mettent également en avant un manque de structures d'hébergements (70%), avec une recherche d'anonymat problématique (56%) sur un sujet tabou (51%) dans ces campagnes où tout le monde se connaît et où il existe une prégnance des stéréotypes sexistes (30%). Un certain habitus peu favorable à la parole. On trouve une minimisation des violences encore parfois à l'œuvre dans ces territoires qui accroît la honte et la stigmatisation des victimes ce qui renforce leur repli. Il y aurait aussi une population moins informée (58%) avec une plus grande dépendance économique (54%) et donc une plus grande précarité. On note également un métropolisation des périphéries qui tend à isoler d'avantage les femmes victimes.

Toutes ces raisons sont reprises dans le Rapport d'information du Sénat fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la situation des femmes dans les territoires ruraux. Il est écrit que la ruralité amène avec elle des difficultés liées au manque de mobilité, à l'éloignement des services, et aussi l'insuffisance de la couverture numérique. Les difficultés de mobilité signifient un accès plus compliqué à l'emploi, aux services publics, aux offres de soins, aux modes de garde des enfants, aux commerces, aux associations et aux loisirs. Elles sont aussi à l'origine d'un isolement plus grand des femmes, phénomène qui a été renforcé au cours de la crise sanitaire et entravent la lutte contre les violences conjugales en rendant complexes le déplacement en gendarmerie comme le départ du domicile (12). Johanna DAGORN sociologue siégeant à l'observatoire des violences sexistes et sexuelles de Nouvelle Aquitaine, aborde en novembre 2023 dans son rapport sur les femmes victimes de violences en milieu rural l'isolement humain de ces femmes, avec notamment le manque de voisins-témoins-citoyens, ces voisins qui sont souvent à plus de 500 mètres des habitations. Cet isolement n'est pas que géographique, il est aussi moral, avec des stéréotypes de sexe fortement ancrés et un contrôle social prégnant. Elle décrit également l'oppression perçue par les rurales qui connaissent tout le monde, et se sentent ainsi stigmatisées. Tous ces éléments sont des facteurs aggravants pour ces victimes (46).

Par ailleurs l'existence d'une bonne connexion internet est le préalable au développement des procédures administratives dématérialisées, des téléconsultations, des formations, et au télétravail. Il est ainsi mis en avant « la double peine » des femmes rurales, qui sont confrontées à des difficultés supplémentaires du point de vue de leur prise en charge, du traitement des violences et de leur parcours de sortie des violences.

4. Le rôle crucial du médecin généraliste, praticien « référent » en milieu rural

Les professionnels de la santé sont souvent en « première ligne » dans les territoires ruraux, avec les forces de l'ordre et les élus. Le médecin traitant joue un rôle crucial dans la détection et la prise en charge des violences conjugales de par notamment sa proximité auprès des familles, mais aussi sa présence sur le territoire. En zone rurale, l'accès aux soins, aux services de protection et aux ressources sociales est souvent limité. Il est un maillon clé du réseau de prise en charge, de par son rôle de coordinateur.

Sa position « privilégiée » de médecin de famille est décrite comme un atout mais aussi une difficulté par les professionnels (37, 40, 43). Lorsque la relation de confiance est établie avec la victime, l'approche de certains sujets est plus aisée. Au contraire, certains voient cette position comme une difficulté supplémentaire car bien souvent le médecin suit également l'agresseur et a peur d'un manque d'objectivité face à la situation, cela peut donc être un obstacle à la révélation. Dans notre questionnaire 11% des répondants ont déclaré que la particularité de la position du médecin de famille pouvait être un frein à la prise en charge. Or les violences relèvent de la sphère privée, la légitimité à aborder le sujet par le médecin traitant est normale. La prise en charge des victimes implique un temps de consultation adapté et des consultations itératives pour être le plus confortable et global possible (47). Il permet à la victime de parler, de l'écouter avec attention tout en soulignant son courage. Le médecin respecte les décisions de la victime, il l'aide à formuler ses choix, l'accompagne, propose un suivi médical et l'oriente vers les services adaptés (42).

Cependant dans de nombreuses études, les contraintes de temps et de disponibilités personnelles sont évoquées comme un frein majeur par les médecins. En effet, les professionnels ont conscience de l'implication nécessaire à une prise en charge efficace, qui doit s'intégrer avec le suivi des autres patients. Pour 40% de nos répondants le temps médical est insuffisant et ne permet pas une prise en charge optimale. De plus le cadre légal entourant le secret professionnel et la notion «de non-assistance à personne en danger » engendrent beaucoup de questionnement des médecins sur leurs conduites face aux patientes et la peur de retombées médico-légales (34), il faut se rapprocher des VVS pour être guidés. A noter que dans la majorité des cas, la prise en charge des victimes par les médecins consiste en une écoute, en la prescription d'anxiolytiques et en la rédaction du certificat médical initial. Dans une approche purement médicale, la femme violentée ne présente pas de profil type ni de symptômes spécifiques, il faut aller au-delà dans la consultation. L'outil mis à disposition par l'URPS Médecins Occitanie concernant les violences intrafamiliales, dont les violences

au sein du couple en avril 2024, rappelle le rôle et le place du médecin, il reprend également les ressentis des médecins et problématiques rencontrées face à une patiente victime (25). Ce rôle de praticien « référent » est mis en avant par le Docteur CECCALDI, vice-présidente du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et présidente du Comité national des violences intrafamiliales (CNVIF), qui a rappelé que « le praticien référent en milieu rural est le médecin généraliste ou de famille. La désertification médicale n'est pas négligeable dans ces zones. Elle rend la prise en charge des victimes de violences conjugales plus difficile. » (12). Au-delà de son rôle de détection, d'écoute et d'orientation vers les ressources adéquates (48), le médecin généraliste a une place fondamentale et indispensable dans la chaîne de protection, de coordination, et de soutien des victimes (ANNEXE XV).

5. Perspectives, pistes d'amélioration des pratiques et solutions à l'étude pour désenclaver ces femmes

5.1. Utilisation et développement d'outils

Face aux hésitations des professionnels de santé, concernant les violences conjugales, des outils sont à leur disposition pour les accompagner et les guider. C'est le cas du « violentomètre » (ANNEXE XVI) mais aussi du questionnaire WAST (ANNEXE XVII) qui participent au repérage des victimes de violences conjugales. La fiche de l'HAS sur « Outil d'aide au repérage des violences conjugales » (ANNEXE V) permet également de rassurer et encourager au questionnement en consultation. Malheureusement ces outils sont encore trop méconnus, et sous utilisés par les professionnels de santé.

Côté victimes, des applications sont en train d'être mises en place sur le territoire français, elles permettent notamment d'alerter. C'est le cas de l'application THE SORORITY (ANNEXE XVIII), et du dispositif APP-ELLES (ANNEXE XIX) que nous présentons en annexes.

Il existe également un dispositif en cours d'essai dans le Gers : le plan ANGELA (ANNEXE XX) qui vise à lutter contre le harcèlement de rue, sexuel, ou les violences conjugales. Ce dispositif permet de créer un réseau de lieux sûrs (bars, restaurants, hôtels, supermarchés, commerces...) partout sur le territoire, sur le modèle du Royaume-Uni.

5.2. Plan de lutte contre les violences faites aux femmes département du Gers 2023-2027

Ce plan de lutte départemental du Gers s'inscrit dans la continuité du Grenelle de 2019 (49), et celle du plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes de 2023-2027 (50). Il a également été construit autour des recommandations des institutions et associations gersoises en charge des victimes et auteurs de violences conjugales. Il souhaite rappeler que « chaque violence, chaque injure, chaque comportement déplacé à l'égard des femmes, déshonore notre pacte républicain fondé sur la liberté, l'égalité, la fraternité » (ANNEXE XXI). Il développe ainsi plus de 30 mesures résolument ancrées sur le territoire gersois tout en s'articulant autour de 3 grands axes prioritaires : axe 1 : Prévenir les violences faites aux femmes ; axe 2 : Accueillir, protéger et accompagner les victimes et leurs enfants ; et axe 3 : Poursuivre, sanctionner et prendre en charge les auteurs. Nous n'aborderons que l'Axe 1 et 2, qui semblent essentiels pour les professionnels de santé.

L'objectif principal de l'Axe 1 est de favoriser la culture de l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi que la connaissance du sujet des violences. Il est ainsi indispensable de mener une politique de prévention auprès de tous les professionnels gersois, du grand public et ce dès le plus jeune âge. A travers différentes actions, ce plan a pour but de développer une meilleure connaissance du sujet des violences faites aux femmes. C'est le cas par exemple en diffusant le violentomètre sur les pochettes de pain ou de pharmacie. Réaliser des stands de sensibilisation aux violences faites aux femmes lors d'événements festifs, tels que les bandes de Condom par exemple. Lutter contre l'isolement en allant à la rencontre des femmes, afin de mieux prévenir et mieux repérer. La mise en place de cet axe passe également par la formation des professionnels de santé, ceux de l'éducation, des forces de l'ordre, il faut ainsi garantir l'information des professionnels sur les dispositifs et structures existantes. Au niveau scolaire, la mise en place systématique de cours d'Éducation à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (EVARS) dans les établissements scolaires est primordial. Enfin l'application de cet axe, passe par la poursuite du recensement des violences faites aux femmes dans le Gers, et bien sûr par la promotion de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans le milieu sportif, mais aussi auprès du grand public.

Concernant l'axe 2 son objectif principal est garantir une prise en charge globale et homogène des victimes sur l'ensemble du territoire. Quand les faits de violences n'ont pu être évité il faut accompagner les victimes de manière globale. Il est donc indispensable d'assurer un maillage territorial homogène de l'ensemble des dispositifs de prise en charge des victimes. Par différentes actions telles que la création d'une structure médico-sociale, le développement des permanences des associations d'aides aux victimes dans les Maisons

France Services et Maisons des Solidarités, l'amélioration du dispositif "Bon Taxi" ou encore par la poursuite du déploiement du Bracelet anti-rapprochement et du Téléphone Grave Danger mais aussi la possibilité d'octroyer une ordonnance de protection dans un délai de 24 heures pour garantir la sécurité des victimes et de leurs enfants. Les dépôts de plainte peuvent aussi être facilités comme nous avons pu en parler précédemment. Enfin, afin d'améliorer la prise en charge globale des victimes de violences conjugales une UMJ est en train de voir le jour sur Auch pour novembre 2024, une UAPED (Unité d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger) est également en cours de développement.

5.3. Connaissance, intérêt et développement du réseau

Comme dit précédemment, le département du Gers a courant 2023 remis à jour son guide « Violences conjugales » (ANNEXE XXII) pour les professionnels de son département, celui-ci regroupe un annuaire exhaustif de l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge les femmes victimes de violences conjugales sur le territoire, idem pour les professionnels du social. Il reprend également les structures et dispositifs présents sur place, et propose une approche pluridisciplinaire. Il fait par ailleurs des rappels sur la prise en charge, et l'orientation à proposer à ces patientes. Il met à disposition des modèles de certificats et d'attestation pour les sages-femmes, les urgentistes... Lors de sa réalisation, les acteurs locaux ont été sollicités pour apporter des précisions et informations sur leurs missions dans le secteur. Ce guide a été repris par Madame PASCOLINI déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité, qui a également participé au plan de lutte départemental contre les violences faites aux femmes avec le Préfet.

Afin d'optimiser les moyens mis en place et la connaissance du réseau entre acteurs locaux, il est essentiel de travailler de manière collective et coordonnée avec tous les professionnels / partenaires mobilisés et œuvrant pour lutter contre ces violences. Il semble intéressant de poursuivre la diffusion et la sensibilisation aux outils déjà existants. Et notamment de ce guide des violences conjugales dans le Gers, qui était méconnu pour 82,5% de nos répondants. En ce sens une campagne auprès des conseils de l'ordre des différentes professions de la santé, mais aussi auprès des professionnels du social, de l'éducation nationale devrait être entreprise. Il faut par ailleurs continuer à sensibiliser la population générale. Proposer des « relais ruraux » comme c'est le cas dans le département rural du Tarn, ou encore en Haute-Garonne peut être une alternative dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Sur la base du volontariat, des « personnes relais »

bénévoles peuvent après avoir été formées et sensibilisées à détecter, accompagner, orienter les victimes mais aussi sensibiliser le grand public à la thématique (12).

L'engagement des élus locaux en faveur de la lutte contre les violences dans les collectivités des territoires ruraux, avec notamment des initiatives de bonnes pratiques locales peuvent servir d'exemple. Les départements sont avant tout des collectivités de proximité, chefs de file de l'action sociale, apportant leur soutien financier aux associations spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Ils participent également à la mise en réseau des acteurs de proximité et ont pour vocation de mailler le territoire par le biais notamment de leurs centres médicaux sociaux. Leur compétence en matière de protection maternelle et infantile (PMI) permet également de repérer les cas de violences et d'inciter à la confiance des victimes. Parmi les initiatives mises en place dans le Gers on retrouve la MDEF (Maison Départementale Enfance et Famille) qui est un établissement public, habilité et financé par le département dans le cadre de sa mission de Protection de l'enfance (ANNEXE XXIII). Des femmes victimes de violences peuvent y être hébergées sur orientation des différents partenaires notamment associatifs (12). C'est le cas du CIDFF 32, cette association bénéficie d'un agrément délivré par le préfet, elle organise également des formations violences au sein du couple auprès des professionnels de santé et bénévoles sur Auch. Les départements ont donc des atouts pour mettre en œuvre une politique dynamique de lutte contre les violences faites aux femmes. Encourager les collectivités de ces territoires ruraux à travailler en réseau avec les autres acteurs locaux de cette politique publique, permet de décloisonner les actions et réponses en faveur des victimes. Le guide repris en 2023 en est le parfait exemple. Cette mobilisation s'inscrit dans la dynamique plus large du « Réseaulument Égalité » (ANNEXE XXIV) qui regroupe aujourd'hui une centaine de structures œuvrant pour l'égalité femmes-hommes dans leurs domaines respectifs (emploi, agro-alimentaire, restauration, industrie, culture, éducation, sport, politique ...).

Dans les autres acteurs participant au réseau, la Gendarmerie nationale est parfois le « seul recours » des victimes dans les territoires ruraux en raison du maillage territorial. Depuis le 1^{er} janvier 2022 la Gendarmerie a créé des maisons de confiance et de protection des familles (MCPF), le nombre s'élevait à 53 au 11 février 2021 sur le territoire national. Ces MCPF constituent un point d'entrée unique, ce sont des unités d'appui y compris judiciaire et un outil de coordination des actions de prévention par unité départementale. Elles s'occupent des violences intrafamiliales (VIF), des discriminations, de la prévention de la radicalisation, des addictions et des usages numériques à risque. Elles sont en lien notamment avec les partenaires locaux associatifs, les personnels des structures hospitalières et les intervenantes sociales en gendarmerie. C'est le cas notamment à Auch de la Maison de Protection des

Familles (MPF) créée le 1^{er} octobre 2022 suite au Grenelle des violences en septembre 2019 (51). Cette « maison » se différencie des brigades de gendarmerie par son environnement plus chaleureux. Cette unité départementale d'appui à l'initiative ou sur ordre, peut se déplacer sur l'ensemble du territoire gersois, pour venir en aide de brigades locales. A noter que sur la MPF de Auch est présente une intervenante sociale en gendarmerie, membre actif du CIDFF 32, une des associations centrales de Auch en matière d'accompagnement auprès des femmes victimes de violences conjugales.

Les associations sont au rendez-vous malgré la faiblesse du maillage dans certains territoires isolés. L'aide qu'elles peuvent apporter aux victimes dans leurs démarches est précieuse. Notamment lorsque les victimes méconnaissent l'existence des dispositifs de recours. La question des moyens consacrés à ces structures associatives, très mobilisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes et qui constituent un appui essentiel à l'action des pouvoirs publics est importante. Il faut mettre en avant le rôle en milieu rural des CIDFF, organismes associatifs à compétences locales, qui interviennent donc dans une logique de proximité et sont à même de répondre à des demandes très spécifiques notamment celles formulées par les collectivités rurales. Sur 2 100 permanences déployées par les CIDFF sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin, 422 lieux de permanence le sont en milieu rural. La délégation du Sénat estime que des moyens financiers et humains supplémentaires sont nécessaires pour appuyer l'action des CIDFF dans les territoires ruraux, tout en renforçant leur maillage territorial et leur capacité d'accueil et de soutien à l'égard des femmes rurales (12). Le CIDFF 32 est un LAEO ou Lieu d'Accueil, d'Écoute, et d'Orientation violences avec l'accès à un juriste (ANNEXE XXIII). Travailler en lien pour l'ensemble de ces acteurs est primordial pour offrir une prise en charge globale et optimale aux victimes de violences conjugales.

5.4. La formation

Mettre en avant les formations semble une bonne perspective d'amélioration pour les pratiques. Les différents professionnels de santé représentés dans cette étude ont pour la plupart aujourd'hui une formation initiale qui aborde la thématique des violences familiales. Dans notre étude différentes générations de professionnels sont présentes, les connaissances peuvent ainsi être insuffisantes ou inégales. C'est peut-être pour cela que 17,3% des répondants n'auraient pas eu de formation sur les violences conjugales. Ce chiffre est assez parlant, presque 20% n'auraient pas pu être formés sur cette thématique pendant leurs études, alors que 44% disent avoir été formés lors de leur formation initiale. Les autres répondants

déclarent s'être formées en formation continue, avec des congrès, groupes de pairs, et des recherches personnelles.

La formation initiale des médecins a été modifiée avec la loi du 4 août 2014, celle-ci doit contenir des notions sur les violences conjugales à partir du 2^{ème} cycle, on retrouve notamment ces informations dans les collèges de santé publique, de médecine légale et de médecine du travail au programme de l'internat. On y aborde notamment la rédaction de certificats descriptifs de coups et blessures, le signalement, mais aussi les critères de vulnérabilité. On sait que certaines spécialités y sont plus sujettes notamment la gynécologie obstétrique et médicale, la psychiatrie, la chirurgie orthopédique mais aussi la médecine générale, de ce fait ces thématiques sont abordées dans les cursus de spécialités (ANNEXE XXV). C'est le cas notamment à Toulouse lors de séminaires en médecine générale.

Pour la formation des sages-femmes depuis une dizaine d'années, les violences conjugales sont régulièrement abordées tout au long du cursus en cours comme en stage (52). Le développement professionnel continu des sages-femmes prévoit également un ensemble de propositions de formations en lien avec cette thématique.

Concernant le ressenti des professionnels de santé répondants sur la qualité de leur formation, la majorité se note plutôt négativement. On retrouve ainsi 22,5% des répondants qui jugent leur niveau à 1/5, pour seulement 12% qui se donnent la note de 4/5, 24% donnent une note de 2/5, et 41,5% donnent une note moyenne de 3/5. Ce constat montre que la formation des professionnels de santé à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales qu'elle soit initiale ou continue est nécessaire. Faire évoluer l'enseignement par des modules de formation duplicables sous forme de webinaires, ou en maintenant des équipes enseignantes venant à la rencontre des professionnels (médecins légistes, CIDFF, ...) est important.

Un autre canal de diffusion de formations auprès des professionnels de santé pourrait se réaliser localement auprès des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou avec les hôpitaux de proximité. Il pourrait ainsi toucher d'autres soignants, notamment les dentistes qui contribuent à la détection précoce, et à la prise en charge de traumatismes faciaux, mais aussi les pharmaciens qui avec le réseau des pharmacies d'officines se sont engagés dans la lutte contre les violences conjugales lors du premier confinement. S'appuyant notamment sur le dispositif espagnol où les victimes pouvaient se rendre dans les officines pour demander un « masque 19 », alertant par ce message codé le pharmacien qui se chargeait alors de contacter les forces de l'ordre pour protéger les personnes concernées. La proximité et la répartition des pharmacies sur le territoire reste un avantage important, 90% des communes bénéficient

d'une officine à moins de 7,2 kilomètres, et 66% à moins de cinq kilomètres (12). En milieu rural, les pharmaciens connaissent bien leurs patients, ainsi que leurs conditions de vie. En lien avec la MIPROF, une fiche réflexe a été élaborée à l'attention des professionnels des officines pour accueillir et orienter une femme victime de violences conjugales (ANNEXE XXVI).

A noter qu'il serait intéressant de proposer aussi une formation pour la prise en charge des agresseurs, le guide gersois aborde ainsi sur tout une partie les différentes associations à solliciter dans ce cadre-là. La formation est donc un levier important dans les pistes d'amélioration pour que le repérage systématique ne soit plus perçu comme quelque chose que l'on aurait préféré ne pas entendre mais plus comme une opportunité offerte à la patiente afin d'être accompagnée et prise en charge de façon optimale.

5.5. Création de structures spécialisées

Enfin une autre piste d'amélioration serait la création de structures spécialisées uniques comme sur le modèle de la « Maison des femmes » du Centre Hospitalier Delafontaine à Saint-Denis dans le 93, qui a vu le jour en juillet 2016.

Ces dispositifs hospitaliers innovants utilisent la santé comme point de départ du parcours de reconstruction physique et émotionnel chez les victimes de violences. Elles permettent un accompagnement médico-psycho-social et juridique systématique, avec des prises en charge personnalisées, autour de parcours diversifiés. Pour une réponse complète et efficace auprès des victimes, ces structures réunissent des compétences médicales incluant la santé mentale, des compétences de travail social et des compétences relatives au travail de coordination (53).

Ce type de structure répond à une triple mission générale :

- Assurer une prise en charge sanitaire spécifique à destination des femmes victimes de violences, notamment en urgence
- Contribuer à l'animation et au soutien des professionnels de santé du territoire, notamment par la formation, pour assurer le repérage et la prise en charge sanitaire adaptée de ces situations et en appui du rôle global des ARS (Agences Régionales de Santé) en matière d'animation des acteurs de santé de leur territoire
- Organiser in situ la possibilité d'un dépôt de plainte pour faciliter les démarches des femmes victimes de violences.

L'organisation de la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences est partenariale, avec des liens forts avec la médecine de ville qui est souvent à l'origine de

l'orientation des victimes mais aussi avec les autres services hospitaliers dont les UMJ (financées par le Ministère de la justice).

Par ailleurs, ces partenariats s'inscrivent forcément sur un territoire et mobilisent les ressources de celui-ci : la prise en charge à l'hôpital est l'un des aspects d'une prise en charge globale. Il convient dès lors que les liens avec les autres acteurs (collectivités au premier rang desquelles le Conseil départemental ; autres professionnels et structures de santé ; associations, notamment d'aide aux victimes) qui interviennent dans le parcours de ces femmes soient un axe prioritaire en tant que tel de ces projets, pour garantir la fluidité des parcours et assurer la montée en compétence des acteurs du territoire dans le domaine du repérage, de la prise en charge et/ou de l'orientation adaptée de ces femmes (ANNEXE XXVII).

En ce sens le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 souhaite conforter cette dynamique (50), en fixant l'objectif de doter chaque département d'un tel dispositif d'ici 2025 (53) et de rendre possible, sur chaque site le dépôt de plainte avec un local adapté en son sein (convention signée le 22 mai 2023 par le Ministre de la Justice). Dans la poursuite de l'implantation de ces structures sur le territoire national, le collectif « ReStart » créé en mars 2021 réunit les structures nées sur le modèle de la Maison des femmes. Aujourd'hui il compte 22 membres, avec 5 actuellement en projet. Pour garantir une action cohérente et une prise en charge qui respecte les fondamentaux du modèle de Saint-Denis, il a été élaboré un cahier des charges spécifique, qui a été actualisé en juillet 2024 par une circulaire ministérielle (54).

Ces dispositifs hospitaliers viennent ici appuyer et conforter ce que fait déjà le médecin généraliste au quotidien. Ils sont un « support » proposant des ressources adaptées indispensables à la prise en charge globale des victimes, le médecin généraliste participe ainsi à l'initiation et à la coordination des parcours des victimes.

Conclusion

Les professionnels de santé ont un rôle clé et primordial dans le repérage, l'écoute, la prise en charge et l'orientation vers les ressources adéquates des victimes de violences conjugales. Les médecins sont souvent en « première ligne » dans les territoires ruraux, avec les forces de l'ordre et les élus. Notre travail a souligné la position « privilégiée » de médecin de famille qui rend le professionnel acteur de l'accompagnement de la victime, et ce parfois contre sa volonté. Ce dernier doit être attentif à la dimension culturelle et socio-économique des violences conjugales sur ces territoires, qui isolent les victimes.

Cette étude a mis en avant l'implication et les pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge des victimes de violences. Elle a mis en exergue leurs habitudes dans le dépistage, dans l'accompagnement du parcours judiciaire et dans l'orientation vers les différents partenaires. Elle a également soulevé les difficultés inhérentes au contexte de prise en charge de ces femmes en zone rurale, ainsi que les craintes des professionnels sur le secret médical et ses exceptions, notamment dans le cadre du signalement judiciaire. Il ressort que se former mais aussi solliciter les institutions ordinaires sont des pistes de développement nécessaires au bon déroulement du travail de ces soignants pour une meilleure prise en charge des victimes. Il apparaît ainsi primordial d'informer le grand public, de favoriser l'accès aux services numériques, et de promouvoir la mobilité afin de désenclaver ces victimes. Tout en développant la formation des professionnels de santé, ainsi que des forces de l'ordre pour que leur parole soit libérée des stéréotypes sexués de la campagne et que les moyens mis à leur disposition pour pouvoir engager un parcours judiciaire soient facilités.

En conclusion, le département du Gers, dans le cadre de son plan de lutte contre les violences faites aux femmes, se distingue par son approche innovante en milieu rural. Avec des forces de l'ordre formées, une Maison de Protection des Familles accessible et des associations actives, il met en place un réseau de soutien solide. Par ailleurs, la création de l'Unité Médico-Judiciaire d'Auch constitue un pilier significatif, et le projet de Maison des Femmes pourrait venir compléter ce dispositif. Cette initiative hospitalière renforcerait le rôle du médecin généraliste en tant que coordinateur de parcours de soin, permettant une prise en charge plus globale et adaptée aux spécificités du territoire rural. En somme, l'engagement à soutenir les femmes victimes de violences conjugales en zone rurale contribue non seulement à la protection de leur santé, mais aussi à leur bien-être, condition essentielle pour une prise en charge effective et pérenne.

Le 26/11/2024
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maternité, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

22/11/24

Références bibliographiques

- (1) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Aide-mémoire N°239 : La violence à l'encontre des femmes. [en ligne]. 2021[cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- (2) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. [en ligne]. 2012 [cité le 30 octobre 2024] ; Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf
- (3) Coutanceau R. Auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention. Ministère de la cohésion sociale et de la parité. La Documentation française. Paris. 2006
- (4) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. London School of Hygiene and Tropical Medicine et South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [en ligne]. 2013 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625> Genève, 2013.
- (5) MIPROF, Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Ministère de l'Intérieur [en ligne]. 2022 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
- (6) VIRAGE, Enquête violences et rapports de genre. [en ligne]. 2015 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf
- (7) Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Prévenir et lutter contre les violences au sein du couple. [en ligne]. 2022 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/prevenir-et-lutter-contre-les-violences-au-sein-du-couple>
- (8) Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué de la Santé. Paris : Documentation française; 2001
- (9) 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. (Code civil, 9 Juillet 9 2010)

- (10) HAS, Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Argumentaire scientifique. [en ligne]. 2019 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_argumentaire.pdf
- (11) HAS, Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage des violences conjugales. [en ligne]. 2022 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf
- (12) Délégation aux droits des femmes du Sénat. Rapport : Femmes et ruralité en finir avec les zones blanches de l'égalité. [en ligne]. 2021 [cité le 14 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-11.pdf>
- (13) Ministère de l'Intérieur. Info rapide n°44 - Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2023. [en ligne]. 2024 [cité le 7 novembre 2024]. Disponible sur : <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-44-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2023>
- (14) INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations. [en ligne]. 2021 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
- (15) Adler C. Unheard and unseen, Rural women and Domestic violence. J Nurse Midwifery. 1996 Nov-Dec;41(6):463-6. [DOI: 10.1016/s0091-2182(96)00066-3].
- (16) Cour des comptes, Chambre régionales et territoriales des comptes d'Occitanie. Département du Gers – L'organisation territoriale des soins de premiers secours. [en ligne]. 2023 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/departement-du-gers-lorganisation-territoriale-des-soins-de-premiers-recours>
- (17) Edwards K. Intimate partner violence among sexual minority populations: a critical review. Psychology of violence. 2015 Feb;5(2):112-121. [DOI:10.1037/a0038656]
- (18) Déclic Violence. Un problème de santé publique sous-estimé. [en ligne]. 2024, [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <http://www.declicviolence.fr>
- (19) Bolot A-L. Repérage des violences conjugales en médecine générale : Évaluation de deux types d'interventions. Thèse d'exercice. Besançon : Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010. 60p.

- (20) Dechenaud M. Prévalence de la violence conjugale en soins primaires : une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône-Alpes et de 103 femmes au centre de planification ou d'éducation familiale de Bourg en Bresse. Thèse d'exercice. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2010. 79p.
- (21) MIPROF, Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'observatoire nationale violences faites aux femmes de novembre 2018. [en ligne]. 2018 [cité 29 octobre 2024]. Disponible sur : [https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/ONVF%20n%C2%B013%20violences au sein du couple et violences sexuelles novembre 2018.pdf](https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/ONVF%20n%C2%B013%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles%20novembre%202018.pdf)
- (22) Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes, Thèse d'exercice. Angers : Université d'Angers ; 2006.
- (23) Dhuny DN. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes Lorrains. Thèse d'exercice. Nancy : Université de Lorraine; 2012.
- (24) ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate partner violence and domestic violence. [en ligne]. 2022 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/intimate-partner-violence>
- (25) URPS, Union Régionale des Professionnels de Santé. [en ligne]. 2024 [Consulté le 11 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2024/05/URPS-ML-Violences-Intrafamiliales-VF.pdf>
- (26) HAS, Haute Autorité de Santé. Webinaire : violences conjugales. En parler pour mieux les repérer. [en ligne]. 2023 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/violences conjugales en parler pour mieux les reperer-support de presentation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/violences_conjugales_en_parler_pour_mieux_les_reperer-support_de_presentation.pdf)
- (27) HAS, Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques : Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple. [en ligne]. 2024 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_fiche_violence_couple_cd_2024_01_11_vd.pdf

- (28) Bimier J. Évaluation de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale. Étude quantitative réalisée dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. Thèse d'exercice. Angers : Université d'Angers ; 2019. 72p
- (29) Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Oxford Journals, Fam Pract.* 2012; 29(5) : 593-600. [DOI: 10.1093/fampra/cms008]
- (30) Buchaillet C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Étude comparative 6 ans après. Thèse d'exercice. Angers : Faculté de médecine d'Angers ; 2012
- (31) Code de la santé publique - Article. R.4127-44 [en ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843583
- (32) Code pénal – Article 226-14, actualisation suite à la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales [en ligne]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171
- (33) Code pénal – Article 132-80 [en ligne]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289721
- (34) CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. [en ligne]. 2020 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf
- (35) Code pénal – Article 222-13 [en ligne]. Code pénal. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049531818
- (36) Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales, évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Thèse d'exercice. Nantes : Université de médecine de Nantes ; 2006
- (37) Simonel F. La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales : barrières et stratégies pour y remédier Thèse d'exercice. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2013.
- (38) Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer.* 2010 ; 92:75-81

- (39) Tan E, O'Doherty L, Hegarty K. GP's communication skills, a study into women's comfort to disclose intimate partner violence, *Australian Family Physician*. 2012; 41(7);513-517
- (40) Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse d'exercice. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2012
- (41) Cornet P, Cornilleau A, Ibanez G. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. *Cahiers de santé publique et de protection sociale*. 2014 ; 12 :27-31.
- (42) Morvant C, Lebas J, Cabane J, et al. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. *Rev Prat*. 2005 ; tome n°19 ;702(3) :945-953.
- (43) Boutonné R. Représentation et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation : une étude qualitative exploratoire. Thèse d'exercice. Créteil : Faculté de médecine de Créteil ; 2014
- (44) Chambonet JY, Douillard V, Urion J, et al. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2000 ; 507)pp.1481–148.
- (45) Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psycho traumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. [en ligne]. 2017 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017_Muriel_Salmona_Violences_conjugales_le_droit_d_etre_protegee_DUNOD.pdf
- (46) Dagorn J. Les femmes victimes de violences en milieu rural de la Nouvelle-Aquitaine. [en ligne]. 2022 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2022-11/rapport%20rural%20der.pdf>
- (47) Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Thèse d'exercice. Paris : Faculté de médecine Paris Descartes V ; 2013.
- (48) Ronai E, Ouharzoune Y, Warnet S. Health professionals all have a role to play in identifying violence, *Rev infirm*. 2014; 205 :21-24
- (49) Gouvernement. Grenelle contre les violences conjugales. [en ligne]. 2019 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.info.gouv.fr/actualite/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales>

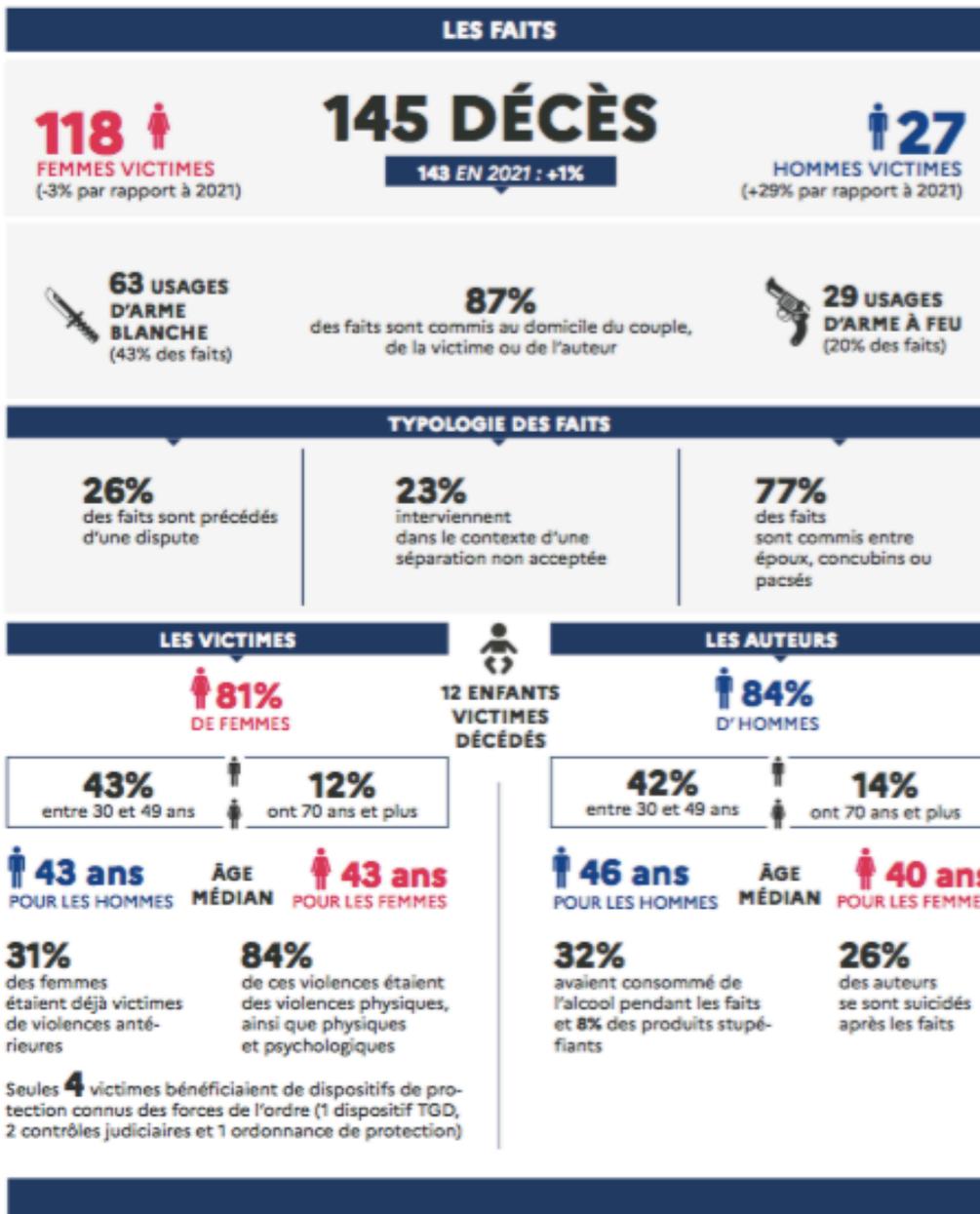
- (50) Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les hommes et les femmes Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Toutes et tous égaux - Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027. [en ligne]. 2023 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/toutes-et-tous-egaux-plan-interministeriel-pour-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes-2023-2027>
- (51) Préfet du Gers. La Maison de Protection des Familles (MPF). [en ligne]. 2023 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.gers.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Droits-des-femmes-et-egalite/La-Maison-de-Protection-des-Familles-MPF>
- (52) Ferré-Gris E. Violences conjugales : intérêt de la formation professionnelle des sages-femmes pour optimiser le dépistage et la prise en charge des femmes enceintes victimes de telles violences. Mémoire de sage-femme. Marseille : Aix-Marseille Université ; 2022 [cité le 30 octobre 2024]. 44p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03924661v1/document>
- (53) IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation, Rapport IGAS. [en ligne]. 2017 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2017-001R.pdf>
- (54) Ministère du travail, de la santé et des solidarités. NOTE D'INFORMATION N° DGOS/P3/2024/103 du 5 juillet 2024 relative à l'actualisation du cahier des charges des dispositifs sanitaires dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « Maisons des Femmes / Santé ». [en ligne]. 2024 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.lemediasocial.fr/hulkStatic/EL/ELI/2024/07/f6a0c1c83-e253-4826-91b7-a8d22a53dd32/sharp /ANX/maison-des-femmes.pdf>

Annexes

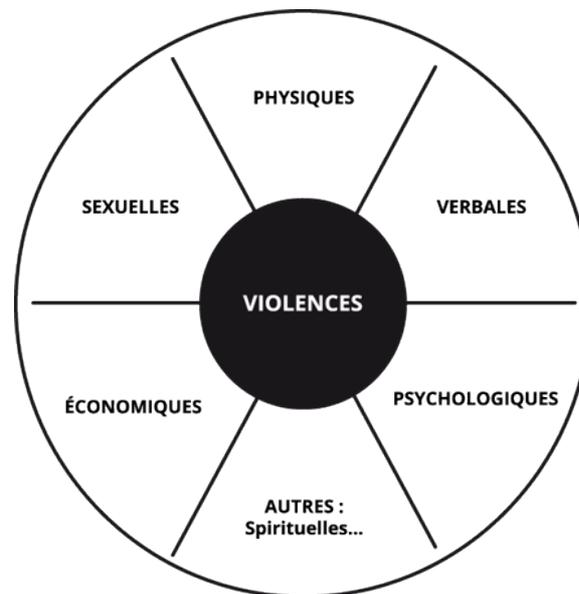
1. Chiffres 2022
2. Différents types violences
3. Cycle de la violence
4. Kits MIPROF
5. HAS, outils de dépistage 2022
6. Aires urbaines et territoires isolés dans le Gers
7. Cantons Gersois
8. Questionnaire de thèse
9. Protocole de lutte contre les violences conjugales Santé – Sécurité – Justice
10. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise.
11. Fiche pratique sur la rédaction du certificat médical constatant les violences, octobre 2019
12. Notice explicative du certificat médical
13. Notice et modèle du certificat médical initial pour les sages-femmes
14. Modèle de certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure
15. Illustration de la position du médecin généraliste, ayant une place privilégiée dans la proximité et la durée
16. « Violentomètre »
17. Questionnaire WAST
18. Nouvelle application « Sorority »
19. Nouvelle application « App-elles »
20. Dispositif Angela
21. Plan de lutte contre les violences faites aux femmes, département du Gers 2023-2027
22. Guide du Gers édition 2023
23. Dispositifs gersois
24. Charte « Réseaulument égalité »
25. La formation
26. Pharmaciens
27. Parcours au sein de la « Maison des femmes » et rôles des différents acteurs dans la prise en charge

1. ANNEXE I : Chiffres clés 2022

Chiffres clés 2022



2. **ANNEXE II :** Les différents types de violences illustrés sur le site Déclic Violences : <https://declicviolence.fr/p/definitions>



Les violences verbales et psychologiques sont des comportements et des propos répétés visant à dévaloriser, humilier, mépriser, intimider, menacer, harceler, isoler ou contrôler le partenaire. Cette maltraitance est très subtile et ses limites sont imprécises.

Les violences verbales s'expriment à travers des mots (menaces, cris, insultes) et la façon de les dire (tonalité et débit de parole).

Ce sont la durée, la répétition et l'asymétrie des comportements dans la relation qui font la violence psychologique. Elle constitue un processus destructeur pour l'estime que la femme a d'elle-même.

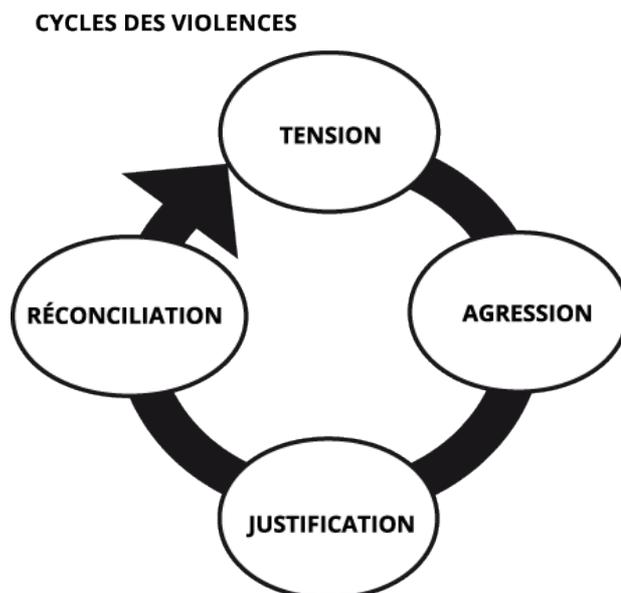
Les violences physiques regroupent toutes les agressions physiques imaginables, de la simple bousculade à l'homicide en passant par les coups, les brûlures etc... Il peut également s'agir de séquestration.

Les violences économiques s'exercent différemment selon la situation professionnelle du couple (quel conjoint a un emploi et qui a le revenu le plus élevé). Le conjoint peut contrôler les comptes bancaires et les moyens de paiement, refuser de donner de l'argent, jusqu'à s'approprier toutes les ressources, créant ainsi une dépendance matérielle.

Les violences sexuelles rassemblent non seulement les sévices, le harcèlement et l'exploitation sexuels, mais également les relations sexuelles non désirées par la conjointe. Il peut s'agir de pratiques sexuelles imposées ou de relations sexuelles sous contrainte, appelées viol conjugal.

Les autres formes de violences : il peut s'agir d'imposer une religion ou une croyance (croyances sectaires, racisme, etc...), de confisquer des documents importants (papier d'identité, carte vitale, livret de famille etc), d'empêcher l'autre d'avoir un travail...

3. **ANNEXE III**: Cycle de la violence illustré dans le site Déclic violences : <https://declicviolence.fr/p/la-mecanique-des-violences-conjugales>



1. La TENSION

L'agresseur n'exprime pas directement la violence ; il s'agit de menaces et d'épisodes de colère qui augmentent progressivement. La victime est inquiète ; elle essaie d'améliorer le climat en satisfaisant le conjoint.

2. L'AGRESSION

L'agresseur laisse la violence exploser sous toutes ses formes. La victime est triste et humiliée ; elle se sent impuissante.

3. La JUSTIFICATION

L'agresseur justifie son comportement et minimise les faits ; il exprime un sentiment de remords et peut faire du chantage. La victime essaie de comprendre la situation ; elle doute de ses propres perceptions et se sent responsable de la situation. Elle éprouve un sentiment de culpabilité intense.

4. La RÉCONCILIATION ou La « LUNE DE MIEL »

L'agresseur demande pardon et parle de thérapie ; il ressent la peur de l'abandon. La victime apporte son aide ; elle constate les efforts et fait elle-même des "efforts". Un sentiment d'espoir renaît.

4. ANNEXE IV : Kits de la MIPROF mis à disposition des professionnels

<https://arretionslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple>

CE KIT COMPREND :

TÉLÉCHARGER ↓

- Le court-métrage « Anna » - 16 min
- Le livret d'accompagnement

Le livret est complété par des fiches réflexes spécifiques à chaque profession :

- L'entretien du.de la **pédicure-podologue** avec une patiente victime de violences au sein du couple et/ou sexuelles
- L'entretien du.de la **masseur-kinésithérapeute** avec une patiente victime de violences au sein du couple et/ou sexuelles
- L'entretien de l'**infirmière** ou de l'**infirmier** avec une patiente victime de violences au sein du couple et/ou violences sexuelles
- L'entretien de la **chirurgienne et du chirurgien-dentiste** avec une patiente victime de violences sexuelles et/ou conjugales
- Accueil et prise en charge de la patiente majeure victime de violences : l'**urgentiste** en première ligne
- L'entretien de la **professionnelle et du professionnel du social** avec une femme victime de violences par un partenaire ou ex-partenaire
- Le guide pratique complémentaire aux kits de formation "Anna" et "Elisa" sur les violences faites aux **femmes en**

situation de handicap

- La fiche pratique à destination des **agentes et agents d'accueil** "Que faire si vous êtes en contact avec une femme majeure victime de violences"
- La fiche pratique - conseils pour les pharmaciennes et pharmaciens ainsi que l'affiche pour les officines
- La fiche explicative pour les chirurgiennes et chirurgiens-dentistes ainsi que l'affiche pour leurs cabinets dentaires
- Le dépliant : "Violences au sein du couple, la loi avance" en version Française et Anglaise
- La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles - Novembre
- La fiche de présentation du Kit Violences au sein du couple : Anna

Ce kit de formation s'adresse en premier lieu :

#professionnelles et professionnels de santé #médecins #chirurgiennes et chirurgiens dentistes #médecins urgentistes #sages-femmes #pédicures-podologues #infirmières #infirmiers #kinésithérapeutes #psychologues #travailleuses sociales #travailleurs sociaux #forces de sécurité #gendarmes #policiers et policières #magistrates et magistrats #avocates et avocats

CE KIT COMPREND :

TÉLÉCHARGER ↓

- Le court-métrage « Tom et Léna » - 15 min
- Le livret d'accompagnement
- La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles - Novembre
- La fiche de présentation du Kit Impact des violences au sein du couple sur les enfants : Tom et Léna

Ce kit de formation s'adresse en premier lieu : **#enseignantes #enseignants #conseillères principales d'éducation #conseillers principaux d'éducation #psychologues scolaires #travailleuses sociales #travailleurs sociaux #infirmières #infirmiers #médecins scolaires #professionnelles de santé et #professionnels de santé #médecins #infirmières #infirmiers #psychologues #travailleuses sociales #travailleurs sociaux #forces de sécurité #gendarmes #policiers et policières #magistrates et magistrats #avocates et avocats #chirurgiennes et chirurgiens-dentistes #médecins urgentistes**

CE KIT COMPREND :

TÉLÉCHARGER ↓

- Le court métrage "Elisa" 15 min
- Le livret d'accompagnement
- Le guide pédagogique "L'entretien du.de la **masseur-kinésithérapeute** avec une patiente victime de violences au sein du couple et/ou violences sexuelles »
- Le guide pédagogique « L'entretien de l'**infirmière et infirmier** avec une patiente victime de violences au sein du couple et/ou violences sexuelles »
- Le guide pratique complémentaire aux kits de formation "Anna" et "Elisa" sur les violences faites aux **femmes en situation de handicap**
- La lettre de l'observatoire national des violences faites

aux femmes sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles

- La fiche de présentation Kit Violences sexuelles : Elisa

Ce kit de formation s'adresse en premier lieu : **#sages-femmes #maieuticien #professionnelles et professionnels de santé #médecins #infirmières #infirmiers #kinésithérapeutes #psychologues #travailleuses sociales #travailleurs sociaux #forces de sécurité #gendarmes #policiers et policières #magistrates et magistrats #avocates et avocats #chirurgiennes et chirurgiens-dentistes #médecins urgentistes**

5. ANNEXE V : HAS 2022, outil de dépistage

Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Novembre 2022

Médecins généralistes, vous jouez un rôle-clé dans le **repérage des violences**. Pensez à **dépister toutes vos patientes** pour savoir si elles ont vécu ou vivent des violences conjugales, même en l'absence de signe d'alerte.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Consultez
la recommandation



Pourquoi dépister ?

- **Vos patientes sont concernées :** sur 10 patientes vues, 3 à 4 femmes pourraient être victimes de violences conjugales¹.
- En tant que médecin généraliste **vous êtes les interlocuteurs privilégiés des femmes** et les premiers acteurs à qui elles s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations².
- **Le dépistage systématique, ça marche :** vous avez 3 fois plus de chances de dépister des violences en posant directement la question³.
- **Les violences constituent un risque pour la santé des femmes** qui doit être évalué de manière systématique, indépendamment du milieu social.

Quand et comment dépister ?

Questionnez toutes vos patientes lors de l'anamnèse comme vous le faites pour les antécédents médicaux ou la consommation de tabac. **N'hésitez pas à reposer la question ultérieurement** en cas de grossesse ou de séparation.



Aborder le sujet peut vous paraître difficile. Vous pouvez **poser la question en vous aidant des exemples suivants** ou en les reformulant avec vos propres mots :

- comment ça se passe à la maison/avec votre partenaire ?
- pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?

8 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin⁴.

Pour normaliser le sujet, vous pouvez **préciser que vous abordez cette question avec toutes vos patientes**.

La prise de conscience et le départ définitif d'une victime découlent d'un long cheminement. Respectez le rythme de la patiente et ne vous découragez pas !

Que faire en cas de violences ?

- **Écouter votre patiente de manière bienveillante**, lui rappeler qu'elle n'est pas seule, que les faits de violences sont punis par la loi et qu'elle peut porter plainte.
- **Compléter le dossier médical avec vos observations**. Proposer si besoin un 2^e rendez-vous pour en reparler.
- **Proposer un accompagnement à votre patiente**, sans la presser à prendre une décision immédiate.

Proposer un accompagnement :

Médical/psychologique

- **15** : Urgences médicales (SAMU)
- **114** : Urgences par sms (sourds et malentendants)
- Unité médico-judiciaire
- Psychologue, psychiatre
- Pédiatre (si enfants présents)

Social

- **115** : Hébergement d'urgence
- **3919** : Violences Femmes Info
- Associations locales : aretonslesviolences.gouv.fr

Judiciaire/Juridique

- **17** : Gendarmerie, police
- Accès au droit et informations juridiques : fncidif.info



Si vous avez besoin d'aide, appelez le **3919**, une ligne est dédiée aux professionnels de santé.

Et pour plus de ressources, consultez aretonslesviolences.gouv.fr, decliviolence.fr ou le vade-mecum sur le secret médical (ministère de la Justice).

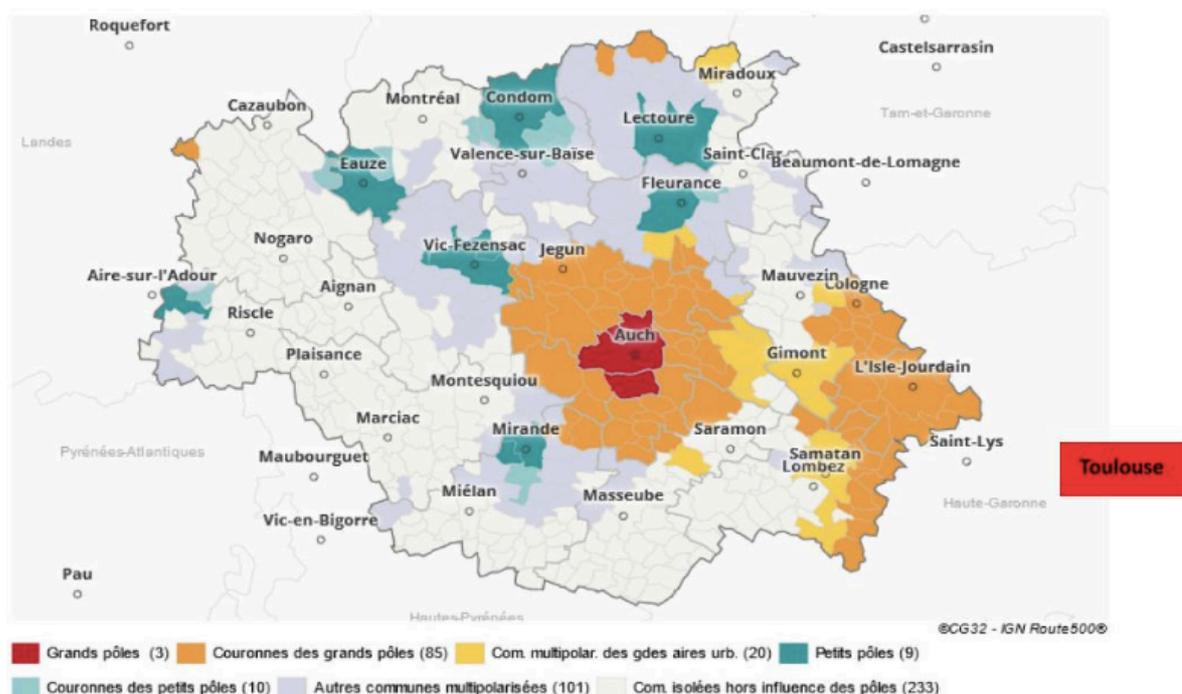
¹ decliviolences.fr ² Haute Autorité de Santé (2022). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique. Saint-Denis La Plaine. ³ O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Tait, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane database of systematic reviews(7). ⁴ Palisse, M. (2022). Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie.

6. ANNEXE VI : Aires urbaines et territoires isolés dans le Gers

DÉPARTEMENT DU GERS L'organisation territoriale des soins de premier recours.
Exercices 2016 et suivants

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/OCR2023-14.pdf>

carte 2 : aires urbaines et territoires isolés

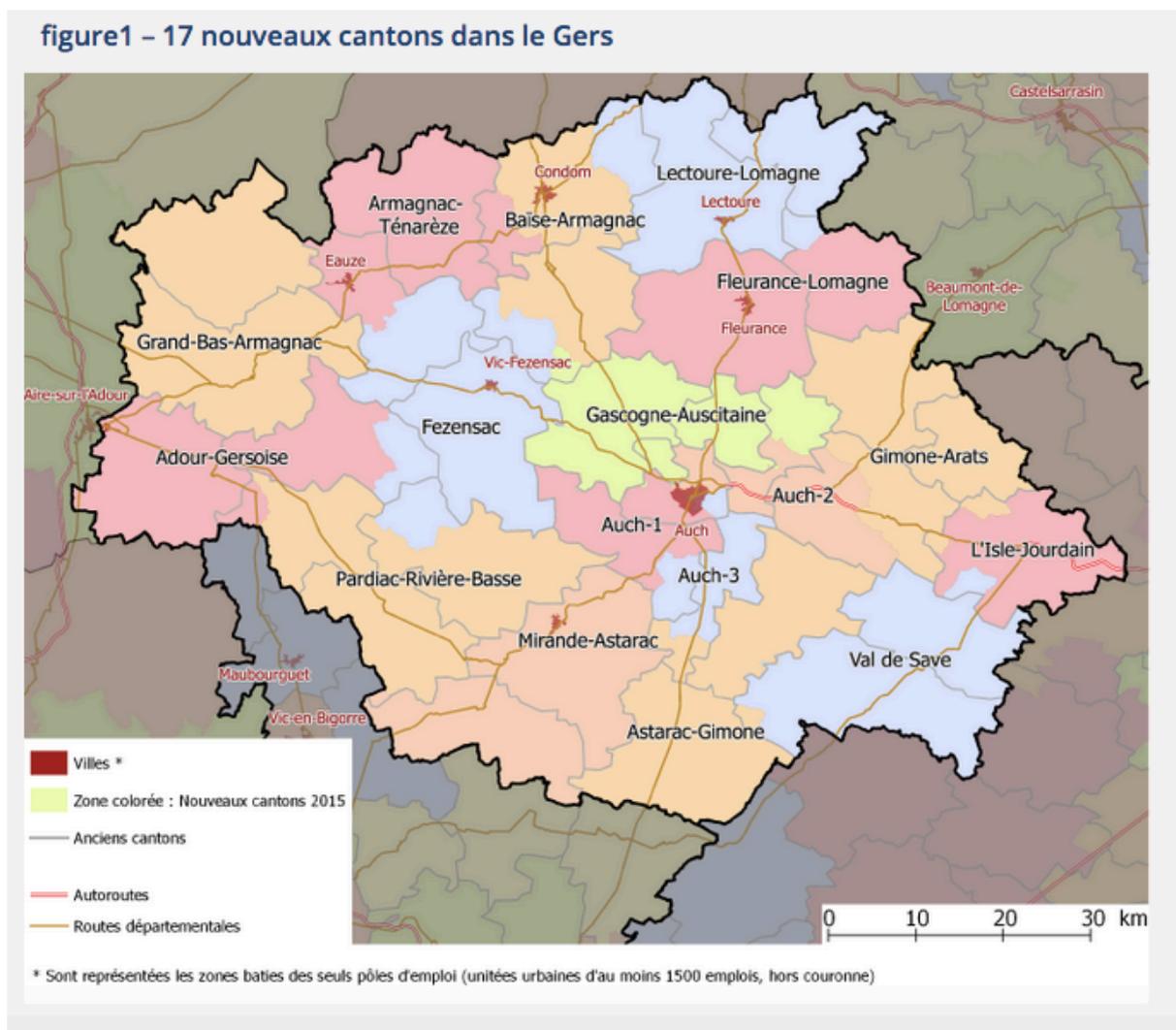


Avec 462 communes, le département compte une communauté d'agglomération (Grand Auch cœur de Gascogne) et 14 communautés de communes. Malgré une augmentation globale de la population des intercommunalités entre 2008 et 2018, six des EPCI (Établissements Publics de Coopération Intercommunale) existants connaissent une évolution démographique négative.

La majorité de la population du département se regroupe autour d'Auch et de sa communauté d'agglomération, ainsi que de la communauté de communes Gascogne Toulousaine en direction de Toulouse, et de la communauté de communes de la Lomagne Gascogne en direction de Montauban.

7. ANNEXE VII: Cantons Gersois

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288121>



Suite au découpage cantonal défini par décret début 2014, le Gers se compose de 17 cantons, au lieu de 31 auparavant. Les cantons les plus peuplés sont ceux de Gimone-Arats (principales communes Gimont et Mauvezin), Grand-Bas-Armagnac (Nogaro, Cazaubon), l'Isle-Jourdain avec plus de 13 000 habitants (population légale de 2012, en vigueur en 2015). Le canton le moins peuplé est celui de Astarac-Gimone (Masseube) avec 9 271 habitants. En dehors des cantons d'Auch et de celui de l'Isle-Jourdain (moins de 15 km²), la superficie des cantons du département est relativement homogène. Elle varie de 367 km² pour le canton de Armagnac-Ténarèze (Eauze) à 551 km² pour celui du Grand-Bas-Armagnac. De même ils regroupent chacun entre 16 et 43 communes.

Dans le Gers, l'un des départements les plus ruraux de France, près d'un habitant sur trois (32 %) réside dans une commune dite « isolée », hors influence d'un pôle (agglomération de plus de 1 500 emplois), soit trois fois plus que la moyenne régionale (11 %). Cela concerne plus des trois quarts des habitants des cantons de Adour-Gersoise (Riscle), Astarac-Gimone et même plus de 90 % de la population des cantons de Grand-Bas-Armagnac et Pardiac-Rivière-Basse (Plaisance et Marciac).

Entre 2007 et 2012, la population de l'ensemble des cantons du Gers augmente en moyenne de 0,6 % par an. En dehors du canton de Baïse-Armagnac (Condom), qui perd des habitants (- 0,4 % par an), la population augmente ou est quasiment stable. Elle augmente fortement dans le canton de l'Isle-Jourdain (+ 2,6 % par an), dont la dynamique repose sur la proximité de l'agglomération toulousaine.

2 Population des nouveaux cantons

Cantons du Gers	Nb de communes	Superficie km ²	Population 2012	Densité hab/km ²	Évolution annuelle moyenne (2007-2012) (%)
Adour-Gersoise	35	396	9 766	25	-0,1
Armagnac-Ténarèze	16	367	10 425	28	0,3
Astarac-Gimone	43	465	9 271	20	0,6
Auch-1	6	159	10 973	69	nd
Auch-2	14	184	10 313	56	nd
Auch-3	10	121	11 551	96	nd
Commune d'Auch*	1	73	21 960	300	0,2
<i>Auch-1 hors Auch*</i>	5	122	4 085	33	0,4
<i>Auch-2 hors Auch*</i>	13	159	4 191	26	1,9
<i>Auch-3 hors Auch*</i>	9	110	2 601	24	0,3
Baïse-Armagnac	15	300	11 970	40	-0,4
Fezensac	33	515	9 283	18	0,1
Fleurance-Lomagne	33	404	13 130	32	0,5
Gascogne-Auscitaine	22	348	9 410	27	1,4
Gimone-Arrats	36	406	13 140	32	1,6
Grand-Bas-Armagnac	40	551	13 140	24	0,6
L'Isle-Jourdain	10	194	13 420	69	2,6
Lectoure-Lomagne	26	468	9 740	21	0,3
Mirande-Astarac	43	466	12 941	28	0,1
Pardiac-Rivière-Basse	43	506	9 895	20	0,1
Val de Save	40	438	11 162	25	1,3
Ensemble du département	463	6 288	189 530	30	0,6

nd : non disponible

Source : Insee, Recensements 2012 pour les populations légales et 2011 pour les caractéristiques de la population (exploitations principale)

8. ANNEXE VIII : Questionnaire de thèse

Chères consœurs, Chers confrères,

Je m'appelle Hortense ROUGÉ, actuellement interne en première année d'internat de médecine générale à Toulouse et également ancienne sage-femme. Je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse sur les pratiques des professionnels de santé gersois dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Je m'intéresse particulièrement aux difficultés rencontrées dans le dépistage et la prise en charge de ces femmes. A l'issue de ce travail, nous souhaiterions développer un outil pratique à destination des professionnels de santé sur le réseau gersois. Ce questionnaire est bien sûr anonyme. Il dure en moyenne moins de 5 minutes.

Merci du temps que vous m'accorderez pour mener à bien ma thèse.

Hortense ROUGÉ

Êtes-vous ? *

- Un homme
- Une femme

Quel est votre âge ? *

Réponse courte

Quel professionnel de santé êtes-vous ? *

- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Gynécologue-obstétricien
- Urgentiste
- Autre...

Dans quel type de secteur exercez-vous? *

- Rural (= campagne)
- Semi-rural (= bassin intermédiaire entre campagne et urbain)
- Urbain

Dans quel canton exercez-vous ? *

Réponse courte

Depuis combien de temps exercez-vous ? *

- < 5 ans
- 5 - 10 ans
- 10 - 20 ans
- > 20 ans

Quel est votre mode d'exercice principal ? Plusieurs réponses possibles *

- Exercice libéral isolé
- Exercice libéral en groupe de médecins
- Exercice libéral en groupe de médecins et / ou paramédicaux
- Salarié
- Autre...

⋮

Quels types de formations sur les violences conjugales avez-vous ? Plusieurs réponses possibles *

- Formation initiale
- Formation médicale continue
- Congrès
- Groupe de pairs
- Recherches personnelles
- Aucune
- Autre...

Comment jugez-vous votre formation concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ? *

	1	2	3	4	5	
Pas formé	<input type="radio"/>	Très formé				

⋮

Concernant le repérage des violences conjugales dans votre pratique actuelle, vous réalisez globalement? Plusieurs réponses possibles. *

- Un dépistage systématique
- Un dépistage sur point d'appel
- Un dépistage systématique et sur point d'appel
- Aucun dépistage

Justification aucun dépistage

⌵ ⋮

Description (facultative)

⋮

Si vous réalisez aucun dépistage pourquoi? Plusieurs réponses possibles. *

- Je n'y pense pas
- Je n'ai pas le temps
- Je suis mal à l'aise en posant la question
- Je pense que les patientes seront mal à l'aise
- Je ne pense pas que le dépistage systématique ait un intérêt
- Je suis le conjoint de la victime
- Je manque de connaissances sur ce dépistage
- Je crains que le dépistage soit positif et complique la prise en charge
- Je n'ai pas de réseau d'aval
- Autre...

Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales



Description (facultative)



Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de violences conjugale dans le Gers ? *

Oui

Non

Cas du Gers



Description (facultative)

Combien de femmes victimes de violences conjugales prenez-vous en charge par an? *

1-5

5-10

>10

Autre...

Face à une situation de violences conjugales (suspectée et/ou avérée), qu'avez-vous déjà fait ? Plusieurs choix possibles.

Réalisation d'un certificat de coups et blessures

Notes dans le dossier

Conseils et numéros utiles (ex: 3919) donnés à la patiente

Hospitalisation (avec accord de la patiente)

Orientation vers un confrère, ou une structure adaptée

Signalement judiciaire

Evaluation des enfants exposés

Evaluation de la dangerosité (arme au domicile, menaces de mort, usage des substances psychoactives ...)

Programmation d'un rendez-vous ultérieur

Rien

Autre...

Vers quels professionnels orientez-vous les victimes de violences conjugales ? Plusieurs réponses possibles. *

- Médecin légiste / Unité Médico-Judiciaire
- Forces de l'ordre (Police, gendarmerie)
- Assistantes sociales
- Psychologues
- Associations de victimes
- Je n'oriente pas
- Autre...

Avez-vous déjà réalisé un signalement judiciaire auprès du Procureur de la République pour une femme victime de violences conjugales ? *

- Oui
- Non

Justification Signalement



Description (facultative)

Si non pourquoi ? Plusieurs réponses possibles *

- Je n'ai jamais eu l'occasion
- Je ne vois pas l'intérêt
- Je ne savais pas qu'on pouvait le faire
- Je ne sais pas comment faire
- Je ne suis pas à l'aise avec ce type de déclaration
- Je crains de mal rédiger le signalement
- Je crains d'en subir les conséquences médico-légales
- Je crains d'éventuelles représailles de l'agresseur
- Je crains de rompre le lien soignant-soigné
- Autre...

Avis professionnel de santé sur la prise en charge en zone semi-rurale



Description (facultative)



Pensez-vous que vivre en zone semi-rurale (= bassin intermédiaire entre urbain et campagne) *
entraîne des difficultés dans la prise en charge de ces victimes?

Non

Oui

Pourquoi dans le semi-rural ?



Description (facultative)



Si oui pourquoi ? Plusieurs réponses possibles. *

Isolement social

Isolement géographique

Sujet tabou

Population moins informée

Recherche anonymat problématique

Manque de professionnels de santé

Plus grande dépendance économique et financière

Manque de structures d'hébergement

Prégnance des stéréotypes sexistes

Autre...

Avis professionnel de santé sur la prise en charge en zone rurale



Description (facultative)

Pensez-vous que vivre en zone rurale (= campagne) entraîne encore plus de difficultés dans la
prise en charge de ces victimes? *

Non

Oui

Pourquoi dans le rural ?



Description (facultative)

Si oui pourquoi ? Plusieurs réponses possibles. *

- Isolement social
- Isolement géographique
- Sujet tabou
- Population moins informée
- Recherche anonymat problématique
- Manque de professionnels de santé
- Plus grande dépendance économique et financière
- Manque de structures d'hébergement
- Prégnance des stéréotypes sexistes
- Autre...

En pratique



Description (facultative)

Comment jugez-vous votre connaissance du réseau et des acteurs locaux spécifiques de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ? *

	1	2	3	4	5	
Nulle	<input type="radio"/>	Très bonne				

Pensez-vous que les outils dans le Gers sont adaptés ?

	1	2	3	4	5	
Pas du tout adaptés	<input type="radio"/>	Très adaptés				

Connaissez-vous le guide mis à votre disposition sur le site du département à propos des différents acteurs de la prise en charge ?

- Oui
- Non

Quels outils avez-vous à disposition dans votre structure ? Plusieurs choix possibles. *

- Affiche informative dans la salle d'attente ou de consultation
- Brochures en libre-service sur les violences conjugales
- Contacts d'assistantes sociales
- Contacts d'associations d'aide aux victimes
- Contacts de centres d'hébergement en urgence
- Numéro national 3919, Violences femmes info
- Questionnaire WAST
- Violentomètre
- Aucun
- Autre...

Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la prise en charge des violences conjugales ? Plusieurs réponses possibles. *

- Défaut de formation
- Sentiment d'impuissance
- Sentiment d'intrusion
- Manque de temps
- Être le médecin de famille
- Peur d'éventuelles représailles
- Réticence de la patiente
- Problème social plus que médical
- Problèmes déontologiques et juridiques
- Mauvaises expériences antérieures
- Réseau local d'aides méconnu
- Réseau local inexistant
- Sentiment d'inconfort face à ces situations
- Sujet tabou
- Autre...

Quels axes d'améliorations proposeriez-vous pour le Gers ? Plusieurs réponses possibles. *

- Formations
- Numéro spécial
- Regrouper les ressources dans un lieu unique
- Identification de référents spécialisés par secteur
- Développement d'outils d'aide
- Autre...

Avez-vous des remarques ou suggestions à faire?

Réponse longue

N'hésitez pas à laisser vos coordonnées si vous souhaitez des informations sur la suite de ce travail.

Réponse longue

9. **ANNEXE IX** : Protocole de lutte contre les violences conjugales Santé – Sécurité – Justice



Signé le Vendredi 05 février 2020



**PROTOCOLE
DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES
SANTÉ - SÉCURITÉ - JUSTICE**



PROTOCOLE DEPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES

SANTE - SECURITE - JUSTICE

Entre

La Préfecture du Gers, représentée par Madame Catherine SEGUIN, Préfète

- Le Parquet d'Auch, représenté par Madame Charlotte BELUET, Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance,

- La Direction Départementale de la Sécurité Publique du Gers, représentée par la Commissaire divisionnaire Marie-France PIPEREAU,

- Le Groupement de Gendarmerie Départementale du Gers, représenté par le Colonel Jean-Luc VEZIN,

- Le Conseil départemental du Gers, représenté par Monsieur Philippe MARTIN, Président,

- Le Centre Hospitalier d'AUCH, représenté par Madame Sylvie LACARRIERE, Directrice

- Le Service Départemental d'Incendie et de Secours du Gers, représenté par le Colonel Jean-Louis FERRES,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1: Éléments de contexte et objet de la convention

Les établissements de santé sont, par nature, susceptibles d'accueillir des personnes victimes de violences conjugales et intrafamiliales pour des soins.

Dès lors, les personnels hospitaliers sont des rouages essentiels de la détection et du signalement des situations de violence qu'il est nécessaire de mettre en relation avec l'ensemble des intervenants locaux aux fins d'améliorer et de faciliter la prise en charge des victimes.

A cette fin, la présente convention constitue un protocole cadre et instaure les principes d'une collaboration entre les établissements de santé, les services de l'État, les forces de sécurité intérieure, les autorités judiciaires et le conseil départemental

Le développement d'un partenariat institutionnel permet d'améliorer la qualité des interventions et des réponses données aux différentes situations dans un but de meilleure coordination de l'ensemble des acteurs qui concourent à la lutte contre les violences conjugales sous l'égide du procureur de la République et du représentant de l'État dans le département.

Il convient, en conséquence, de préciser les conditions dans lesquelles ces institutions organisent leur collaboration.

Cette convention détaille les principaux axes de coopération mis en place afin de répondre plus efficacement aux questions de coopération institutionnelle, notamment en matière :

- d'intervention des services de police et de gendarmerie sur les sites des établissements de santé,
- d'exécution des actes de police judiciaire au sein des établissements hospitaliers, notamment lorsqu'ils existent dans les services d'accueil d'urgences,
- de formation au profit de l'ensemble des personnels concernés,
- de coopération des personnels hospitaliers à l'activité des services de police ou de gendarmerie ainsi, plus généralement qu'à la mise en œuvre d'un accompagnement des victimes.

Les annexes techniques à la convention abordent des thématiques précises et sont des outils opérationnels qui ont vocation à préciser le traitement d'un certain nombre de situations, la conduite à tenir, identifier les interlocuteurs dans l'accompagnement des victimes.

Article 2 : Périmètre de la convention

La présente convention s'applique à l'ensemble des sites rattachés au Centre Hospitalier d'Auch.

Les modalités définies dans la présente convention s'appliquent ainsi aux deux sites constituant le Centre Hospitalier d'Auch :

- L'hôpital, (site central) est situé Allée Marie Clarac à AUCH
- La Ribère, situé chemin de La Ribère à AUCH

Le CH d'Auch est un établissement ouvert au public 24h/24 pour les Urgences.

Article 3 : Désignation de référents

Afin de permettre l'exécution de la présente convention, chaque partie signataire désigne des référents ayant pour mission, non pas d'être actionnés systématiquement sur chaque situation spécifique mais, en tant que relais pour les acteurs intervenants dans ce champ, d'assurer la coordination entre les différents partenaires, signataires de la convention.

Chaque partie signataire désigne des référents pour l'exécution de la présente convention, dont les coordonnées de contact sont détaillées dans *« la Fiche 1 : contacts »*.

En cas d'absence des référents et de leurs suppléants (formation, congés, etc.), chaque partie listée ci-dessus s'engage à désigner un ou des remplaçant(s) 48 heures au plus après que l'information leur a été communiquée. Ils préviennent les autres parties prenantes en leur envoyant la *« Fiche Contacts »* actualisée.

Pour ce qui concerne les établissements hospitaliers, en dehors des heures ouvrées, le cadre de santé d'astreinte et l'administrateur de garde assurent la continuité de cette disposition.

Article 4 : formation des référents et des personnels du centre hospitalier

Les différentes parties à la présente convention s'engagent à former les référents sur leur rôle et la problématique des violences conjugales ou intrafamiliales le plus rapidement possible après leur désignation, et *a minima* dans le trimestre suivant celle-ci. Des mises à niveau régulières sur les dispositifs en place devront être organisées *a minima* deux fois par an.

Plus généralement, des formations seront organisées en vue de permettre un meilleur accompagnement des victimes au sein des centres hospitaliers.

A cette fin, des formations spécifiques, dédiées aux personnels du centre hospitalier seront organisées à raison d'une session par trimestre. Elles ont pour objectif de permettre au personnel hospitalier de repérer les situations de violence conjugale afin d'opérer un signalement aux forces de l'ordre et à l'autorité judiciaire. Les personnels hospitaliers pourront s'appuyer sur le cadre ou le médecin responsable de la patiente pour réaliser cette déclaration et doivent *a minima* les informer de la démarche.

Ces formations devront porter sur :

- le thème des obligations incombant aux personnels soignants à l'occasion de la découverte d'un cas supposé ou avéré de violences conjugales
- l'accueil spécifique à organiser pour les victimes de violences conjugales et intrafamiliales
- les modalités de mise en œuvre de la coopération inter-services.

Les différentes parties à la convention s'engagent à contribuer à l'élaboration d'un plan de formation dans les 3 mois de la mise en place de la convention mais également à permettre à leurs experts de contribuer à la mise en œuvre de ces formations.

L'ensemble des parties s'engage à permettre que les agents concernés puissent avoir accès à ces formations durant leur temps de travail et au minimum une fois par an ainsi qu'à les libérer dans les mêmes conditions pour qu'ils dispensent ces formations.

Article 5 : Accueil et prise en charge des victimes de violence

Il s'agit de mieux prendre en charge les victimes, de faciliter la démarche de révélation de ce type d'infractions et d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des victimes dans les services, plus spécifiquement de faciliter le dépôt de plainte.

L'accueil des victimes de violences conjugales et intrafamiliales fera l'objet en fonction des situations rencontrées de procédures spécifiques qui permettront de délimiter le rôle de chacune des parties à la présente convention et permettre la fluidité de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes (cf *fiche 3 : prise en charge d'une victime de violence conjugale*)

Les modalités de l'accueil physique, les contacts à prendre, les informations à relayer seront autant d'éléments à définir et partager entre les différents intervenants.

Le cas particulier de l'accueil des femmes enceintes fera l'objet d'une procédure spécifique en raison de l'extrême sensibilité des victimes ainsi que des risques à considérer s'agissant des enfants (cf *fiche pratique 3-1 cas particulier de l'accueil des femmes enceintes*).

1- En application des directives du parquet prescrivant les mains courantes ou les renseignements judiciaires en matière de violences intrafamiliales (note de politique pénale du 10/10/2017), les services d'enquête doivent recueillir la plainte de la victime. La présente convention a pour objectif de déterminer les modalités de cette prise de plainte au sein d'un établissement hospitalier, tant pour ce qui concerne le signalement auprès des services de police ou de gendarmerie que pour organiser leur présence au sein des établissements hospitaliers.

La présente convention prévoit qu'une victime de violences conjugales ou intrafamiliales sera orientée vers les services de la police et de gendarmerie aux fins d'ouvrir une procédure. La victime pourra choisir de déposer plainte ou pas contre son agresseur mais les parties à la convention lui permettront de s'entretenir, sur les lieux de soins avec des professionnels de la police ou de la gendarmerie.

2- La présente convention prévoit également les modalités de prise en charge d'une victime signalée aux personnels médicaux par les services de police et de gendarmerie, préalablement saisie.

En tout état de cause, afin de permettre à la procédure mise en œuvre d'aboutir, l'établissement hospitalier s'engage à solliciter des professionnels médicaux pour :

- qu'ils relatent les événements qui leur ont été racontés à l'officier de police judiciaire déplacé pour entendre la victime
- qu'ils établissent un certificat médical attestant de l'état de santé de la victime et, le cas échéant des ITT nécessaires
- qu'ils permettent aux services de police et de gendarmerie de prendre tous les clichés photographiques des blessures constatées, en accord avec la victime
- qu'ils prennent toutes mesures utiles pour pratiquer un examen médical sur réquisition; laquelle est permanente en application des directives du parquet du 10/10/2017
- qu'ils orientent les victimes vers l'intervenante sociale qui travaille auprès de la gendarmerie et du commissariat, vers l'AVMP 32, le CIDFF 32 ou les services sociaux du Conseil départemental (réfèrent Maisons des Solidarités).

L'ensemble des parties à la convention s'engage à mettre en œuvre le circuit de prise en charge et d'accompagnement des victimes de violences conjugales et intrafamiliales détectées au sein des établissements de santé qui est détaillé en annexe.

Article 6 : Organisation de la convention

La présente convention est constituée d'un accord-cadre et de ses annexes fixant ses règles de fonctionnement, ainsi que les engagements de chacune des parties.

Les fiches annexes à caractère opérationnel comportent :

- Une fiche «Contacts» recensant les coordonnées téléphoniques et géographiques des référents et de leurs suppléants identifiés dans chaque administration (fiche n°1).
- Un modèle utilisable de dépôt de plainte simplifié (fiche n°2)
- Une fiche sur la conduite à tenir, pour l'ensemble des parties, afin de prendre en charge une victime de violences conjugales se présentant au CH d'Auch (fiche n°3)

- Une fiche sur la conduite à tenir, pour l'ensemble des parties, afin de prendre en charge une victime de violences conjugales, enceinte, se présentant au CH d'Auch (fiche n°3-1)
- Un descriptif du circuit de signalement auprès des services de police et de gendarmerie et des modalités de coopération avec les personnels hospitaliers (fiche n° 4)

Si la convention a vocation à être publique, les annexes sont à diffusion restreinte en raison de leur caractère confidentiel.

Article 7 : Financement

En dehors des coûts agents inhérents à l'organisation des formations, la mise en œuvre de cette convention ne doit engendrer aucun frais spécifique.

Dans l'hypothèse où des frais relatifs à sa mise en œuvre apparaîtraient néanmoins, ils seraient pris en charge par la partie signataire qui en est à l'origine sans possibilité de solliciter les parties cosignataires.

Article 8 : Évaluation et modification

Durant le trimestre précédant la date anniversaire de la présente convention, les parties organisent une réunion visant à dresser un premier bilan de la convention et pourvoir le cas échéant aux adaptations et modification qui s'imposent.

Sans attendre la date anniversaire, en cas de dysfonctionnement de la présente convention, chacun des signataires pourra solliciter la réunion de l'ensemble des signataires, dans les 15 jours de l'envoi d'une demande formulée en ce sens, afin d'y remédier.

Chaque signataire s'engage à porter à la connaissance des autres parties toute modification législative ou réglementaire le concernant, susceptible d'impacter des modalités de fonctionnement retenues dans l'accord-cadre de la convention ou dans l'une des fiches thématiques annexées. A tout moment, chacune des parties à la convention pourra solliciter par écrit l'ensemble des signataires pour toute modification de la présente convention ou l'une des fiches annexées.

Chaque partie s'engage à mettre à jour à tout moment la fiche « Contacts », et, plus largement, à signaler tout changement d'interlocuteur au sein de ses services.

A l'occasion de la réunion annuelle du comité local d'aide aux victimes (CLAV), il sera dressé un bilan et évaluation du fonctionnement de cette convention. A cette occasion, les signataires adresseront aux services de la préfecture les éléments d'analyse de bilan et données chiffrées relatives à sa mise en œuvre.

Des actions de conseil ou d'information pourront être mises en place en tant que de besoin entre les signataires de la présente convention.

Article 9: Durée

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction

pour la même période . Une partie peut dénoncer la présente convention après envoi, à l'ensemble des parties signataires, d'une lettre recommandée dans les 3 mois précédant la date anniversaire.

Chaque structure signataire s'engage également à porter à la connaissance de l'ensemble de ses agents la présente convention.

Fait à Auch, le 05 février 2020

<p>La Préfète du Gers</p>  <p>Catherine SEGUIN</p>	<p>Le Procureur de la République près de tribunal de grande instance d'Auch</p>  <p>Charlotte BELUET</p>
<p>La Directrice du Centre Hospitalier d'Auch</p>  <p>Sylvie LACARRIERE</p>	<p>Le Président du Conseil départemental du Gers</p>  <p>Philippe MARTIN</p>
<p>La Directrice Départementale de la Sécurité Publique</p>  <p>Marie-France PIPEREAU</p>	<p>Le Commandant du Groupement de Gendarmerie Départementale</p>  <p>Jean-Luc VEZIN</p>
<p>Le directeur départemental du SDIS</p>  <p>Jean-Louis FERRES</p>	

10. **ANNEXE X** : Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise.

Questions

Le danger

La victime fait-elle état d'une multiplicité de **violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)** et/ou d'une **augmentation de la fréquence** de ces dernières ?

D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de **son projet de séparation** ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?

S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?

La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?

La victime dit-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?

La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?

La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime exprime-t-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?

La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?

Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?

À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?

La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des **armes à feu** (déclarées ou non) ?

Questions

L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?

La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?

La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ?
Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?

La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ?
Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

11. **ANNEXE XI** : Fiche pratique sur la rédaction du certificat médical constatant les violences, octobre 2019 :

 **EN PRATIQUE** **Éthique et déontologie**

QUE FAIRE FACE À UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCES ?

OCTOBRE 2019

LE MÉDECIN DOIT ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL CONSTATANT LES VIOLENCES MÊME SI LA PERSONNE VICTIME N'EN FAIT PAS LA DEMANDE. IL PEUT ÉGALEMENT FAIRE UN SIGNALEMENT DES SÉVICES CONSTATÉS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE AVEC L'ACCORD DE LA PERSONNE.

► **COMMENT RÉDIGER LE CERTIFICAT ?**

Le certificat doit être daté en toutes lettres du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.

La date d'examen de la patiente doit aussi y être inscrite.

Le médecin doit :

1. Indiquer uniquement les faits médicaux personnellement constatés.

Il doit décrire minutieusement et très précisément les lésions qu'il observe (localisation, type, couleur, taille, profondeur...). Il doit absolument bannir toute interprétation et spéculation, notamment sur leur origine. Il peut joindre au certificat des photos datées des lésions et/ou un schéma.

2. Noter ce que la personne exprime en citant ses mots entre guillemets. La personne explique que « ... ». Utiliser toujours le conditionnel. Par exemple : « x dit avoir été victime de... »

3. Noter l'éventuel retentissement psychique des violences alléguées.

4. Préciser si la patiente est enceinte (la grossesse peut être un facteur aggravant). Noter les antécédents s'ils ont un rapport avec les faits.

► **À QUOI VA SERVIR CE CERTIFICAT ?**

La victime peut avoir besoin de ce certificat lors de son dépôt de plainte. C'est dans ce

certificat que doit être, le cas échéant, déterminée l'incapacité totale de travail personnel (ITT). Elle correspond à la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime, notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer... Une patiente retraitée ou sans activité professionnelle peut avoir une ITT. La durée de l'ITT est une responsabilité importante confiée au médecin. Elle est prise en compte pour déterminer la gravité de l'infraction. La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi cette ITT pourra être évaluée et fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques, des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical initial.

► **QUI CONSERVE LE CERTIFICAT ?**

Le médecin remet le certificat en main propre à la personne et l'indique sur le certificat. Si elle ne souhaite pas récupérer le certificat, le médecin le conserve dans son dossier au cas où elle en aurait besoin un jour. Le médecin rédacteur en garde une copie.

Bon à savoir

La rédaction d'un certificat médical ne met pas un terme à la prise en charge de la victime par le médecin. Au-delà, il doit l'accompagner et lui donner un certain nombre de conseils et d'informations :



- Affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi même les violences au sein d'un couple commise par un conjoint ou un ancien conjoint et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur.



- Évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire...



- Conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17, qui permet de joindre ces services.



- Inviter la victime à appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones.



- Informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes.



- Informer la victime de la possibilité de porter plainte.



- Proposer une nouvelle consultation dans un délai court.

+ REPÈRES

- ◆ **Le modèle de certificat médical pour personne majeure en cas de violences :**
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf

- ◆ **Les articles 226-13 et 14 du code pénal**

Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs

- ◆ **Le guide « Repérages des femmes victimes de violence au sein du couple – à usage des professionnels de santé », publié par la HAS en octobre 2019**

- ◆ **Les kits de formation des professionnels de santé créés par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences (Miprof) : stop-violences-femmes.gouv.fr**



Ordre des médecins
www.conseil-national.medecin.fr

12. ANNEXE XII : Notice explicative du certificat médical

Notice explicative du certificat médical établi sur demande du de la - patient - e

L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire. (Article 226-14 du CPP)

Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier.

A - LES FAITS OU LES COMMÉMORATIFS

Noter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif ET entre guillemets notamment sur le contexte et la nature des faits, l'identité déclaré avec l'auteur des faits, etc. Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation.

A titre d'exemple X dit avoir victime de « », La victime déclare« », « Selon les dires de la victime... »).

B - LES DOLEANCES

Noter de façon exhaustive et entre guillemets, les symptômes exprimés par la victime **en utilisant ses mots notamment les troubles du sommeil, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, conduites d'évitement, conduites addictives, céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales, troubles gynécologiques...**

C - L'EXAMEN CLINIQUE

Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. **Il ne détermine pas non plus si les violences sont volontaires ou non.**

Il **décrit** avec précision et sans ambiguïté dans cette rubrique **les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux constatés.**

Sur le plan physique

- ✓ Préciser les ecchymoses, plaies franches, plaies contuses, fractures, morsures avec leur taille, couleur, localisation. Pensez à examiner les zones saillantes : coudes, genoux, paume des mains, fesses
- ✓ Mentionner des éléments cliniques négatifs si cela est utile;
- ✓ Prendre des photos ou réaliser un schéma anatomique car les certificats sont destinés aux autorités judiciaires qui n'ont pas de connaissance de l'anatomie et des termes médicaux ;
- ✓ Prescrire des examens complémentaires si nécessaire (radiographie et consultations spécialisées) qui pourront modifier les conclusions et le mentionner expressément ;
- ✓ Décrire la gêne fonctionnelle à savoir la gêne pour accomplir les actes usuels de la vie (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, nécessité de prise d'antalgique en raison des douleurs ...)

Sur le plan psychique :

Le médecin recherche et décrit l'état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation et plus particulièrement des symptômes fréquents et/ou spécifiques en cas de violences notamment : des **troubles anxio-dépressifs** (des idées suicidaires), des **troubles alimentaires et de la sexualité, des conduites addictives et à risque, des troubles somatiques liés au stress, des symptômes d'hyperactivation neuro-végétatives** (hypervigilance, sursauts, insomnies, palpitations, irritabilité, troubles de la concentration...), des **symptômes dissociatifs** (déconnection émotionnelle, d'être spectateur détaché des événements, de dépersonnalisation, désorientation, confusion, amnésie) **une détresse émotionnelle péri-traumatique** (reviviscences sensorielles et émotionnelles des violences, flashbacks, cauchemars).

D - ETAT ANTERIEUR

- ✓ Ne mentionner que les antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques.
- ✓ Rappeler les constatations faites au cours de précédentes consultations en lien avec les faits exposés : cicatrices antérieures, douleurs antérieures de la zone atteinte, antécédents chirurgicaux.

E - L'ITT, INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (facultatif)

Définition :

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la **durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime** notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

L'ITT est une notion **pénale** qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. **Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT** (art. 222-13 C. pén.) en raison de la qualité de l'auteur.

L'ITT diffère de l'incapacité temporaire totale (ITT civile) ou Déficit fonctionnel temporaire total (DFTT) qui, au civil, correspond à la période, **indemnisable**, pendant laquelle la victime va se trouver empêchée de jouir de ses pleines capacités (périodes d'hospitalisation en régle).

❗ La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT **pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical**

Si vous décidez de la déterminer, quelques recommandations-précautions :

- ✓ Ecrire en toutes lettres, en la justifiant par une description précise des troubles fonctionnels.
- ✓ Pour les violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques mais qui n'entraînent pas de gênes fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, il peut être utile de préciser néanmoins, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne.
- ✓ **PRECISER SYSTEMATIQUEMENT « Sous réserve de complications ultérieures ».**

DATER ET SIGNATURE DU MEDECIN

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



Une posture professionnelle adaptée pour la prise en charge des femmes victimes de violences

Au-delà du certificat médical, le médecin doit délivrer un certain nombre de conseils et d'informations notamment :

- *affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;*
- *conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable) ;*
- *inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones ;*
- *informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;*
- *informer la victime de la possibilité de porter plainte ;*
- *évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire*
- *proposer une nouvelle consultation dans un délai court*



A dire à la patiente victime
« Vous n'y êtes pour rien »
« L'agresseur est le seul responsable ».
« La loi interdit les violences »
« Vous pouvez être aidée »
« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et **connaître les associations d'aide près de chez vous** »
« Je vous donne un nouveau rendez-vous »

Pour en savoir plus, visitez le site stop-violences-femmes.gouv.fr rubrique « Je suis un-e professionnel-l-e »

13. ANNEXE XIII : Notice et modèle du certificat médical initial pour les sages-femmes

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. 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 certain 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, ...

Les règles d'utilisation du certificat

- Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)
- Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre
- Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention «me déclare se nommer... »)
- Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- Retranscrire sans interprétation et entre guillemets toutes déclarations faites par la patiente
- Ne pas violer le secret professionnel
- Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une personne mineure ou d'une majeur protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- Conserver une copie du certificat établi

Modèle de certificat médical sur demande de la patiente

L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité professionnelle de la sage-femme.

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement (ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une personne 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,) née le
_____,
domiciliée à _____,
le _____ (date)____, à _____(heure)____, à _____(lieu : cabinet, service
hospitalier, domicile, autre)____,
en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____(Nom,
Prénom)_____.

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

Elle déclare « avoir été victime de _____,
le _____ (date), à _____(heure)____,
à _____(lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :
- Sur le plan physique

Depuis, elle dit « se plaindre de _____
».

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

Vous pouvez reprendre les termes de ce modèle sur votre papier à entête. Ce modèle est également disponible en version électronique sous format A4 à l'adresse suivante :
<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats.html>

14. ANNEXE XIV : Modèle de certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE

Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin

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

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS:

La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu),
de _____
_____ ».

DOLEANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de « _____ »

ETAT ANTERIEUR *(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)*

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

- sur le plan physique :

- sur le plan psychique :

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

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

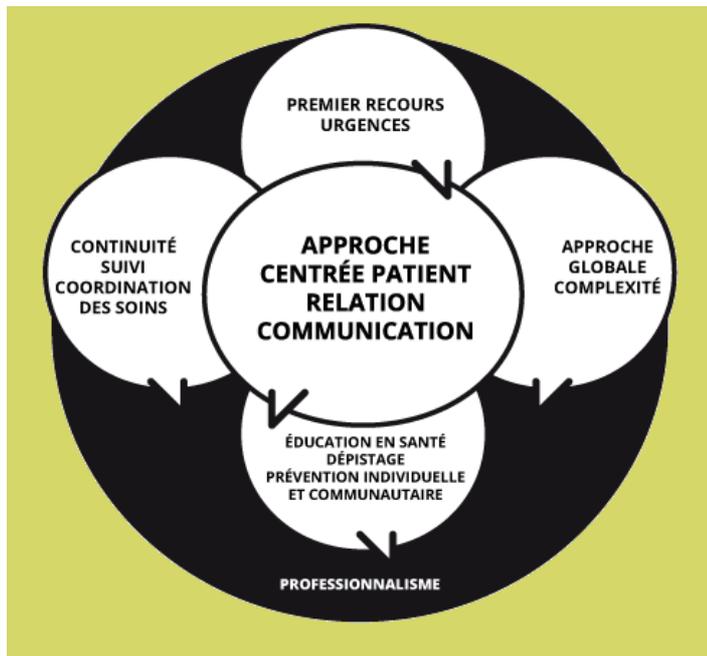
Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN

15. **ANNEXE XV** : Illustration de la position du médecin généraliste, ayant une place privilégiée dans la proximité et la durée.

Disponible sur : <https://decliviolence.fr/p/le-role-du-medecin-generaliste-une-place-privilegiee-dans-la-proximite-et-la-duree>



Violences intrafamiliales, outil de l'URPS Médecins Occitanie : disponible sur : <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2024/05/URPS-ML-Violences-Intrafamiliales-VF.pdf>

Partie I – Les violences intrafamiliales, de quoi parle-t-on ?

4. Rôle et place du médecin

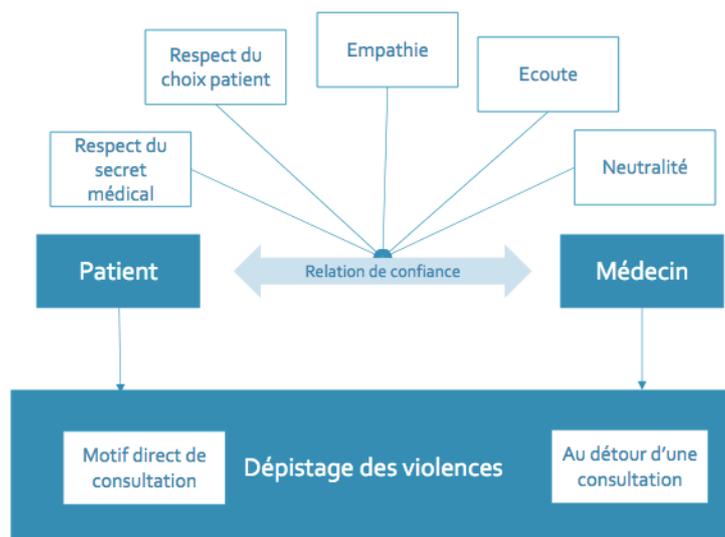
Les médecins sont un maillon essentiel pour repérer et accompagner les victimes. Selon les statistiques de la MIPROF (Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), les professionnels de santé sont le premier recours des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du couple.

Les praticiens assurant la prise en charge d'un patient victime de violences intrafamiliales considèrent toujours difficiles leur prise en charge et le signalement à la justice.

En France, le dépistage systématique est pratiqué seulement par 7 à 9% des médecins généralistes.

L'Ordre national des médecins a mis en place des commissions Vigilance-Violences-Sécurité dans chaque conseil départemental.

Des protocoles ont été signés par 69 d'entre eux avec la police et la justice pour accompagner le médecin dans le signalement des violences.



16. ANNEXE XVI : « Violentomètre »

<https://www.pyrenees-atlantiques.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Droits-des-femmes-et-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Lutte-contre-les-violences/Violences-au-sein-du-couple/Boite-a-outils-professionnels>

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre

Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux revenir sur ce choix quand tu le souhaites et selon les raisons qui te sont propres. Tu n'as pas à te justifier ou subir des pressions.







BESOIN D'AIDE ?
VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE 3919*
*Appel anonyme et gratuit.

Le Chat de En avant toute(s)


1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts	Accepte tes amies, amis et ta famille	A confiance en toi	Est content quand tu te sens épanouie	S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble	Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose	Rabaïsse tes opinions et tes projets	Sermoque de toi en public	Est jaloux et possessif en permanence	Te manipule	Contrôle tes sorties, habits, maquillage	Fouille tes textos, mails, applis	Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes	T'isole de ta famille et de tes proches	Toblige à regarder des films pornos	Thumile et te traite de folle quand tu lui fais des reproches	"Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît	Menace de se suicider à cause de toi	Menace de diffuser des photos intimes de toi	Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe	Te touche les parties intimes sans ton consentement	Toblige à avoir des relations sexuelles	Te menace avec une arme	
PROFITE Ta relation est saine quand il...					VIGILANCE, DIS STOP ! Il y a de la violence quand il...								PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand il...										

17. ANNEXE XVII : Questionnaire WAST

Questionnaire WAST
Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?
 Très tendue Assez tendue Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?
 Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?
 Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?
 Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?
 Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?
 Souvent Parfois Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?
 Souvent Parfois Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?
 Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool.*

2 points 1 point 0 point

Un résultat supérieur ou égal à 5 points met en évidence une exposition à des violences.

18. ANNEXE XVIII: Application « THE SORORITY »

Sur : <https://www.jointhesorority.com/>



Application la plus utilisée et la plus sécurisée face aux situations de violence, d'harcèlement et d'insécurité. C'est un dispositif reconnu et labellisé par le Ministère de l'intérieur et des outre-mer, la Préfecture de police, la Gendarmerie

nationale. Cette application a pris vie lors du premier confinement du covid.

THE SORORITY est le premier réseau d'entraide à l'échelle mondiale permettant de s'unir et d'agir ensemble face à toutes les formes de violence et pour le bien-être de tou.te.s.

Pour une société épanouie dans laquelle l'entraide humaine est la clé.

THE SORORITY est une communauté bienveillante de protection, d'entraide et de partage comptant à ce jour **plus de 190 000 femmes et personnes issues des minorités de genre** prê.te.s à agir au quotidien pour assurer leur sécurité et leur épanouissement. Pour faire face ensemble notamment aux **violences conjugales, intra-familiales et à toutes les formes de harcèlement.**

L'application THE SORORITY est gratuite et disponible sur les stores Android et iOS dans le monde entier.

Elle est **utilisable partout.**

Chaque personne peut à tout moment y **trouver une écoute bienveillante, de l'aide, du soutien ou encore un lieu sûr** pour fuir en cas de danger immédiat.

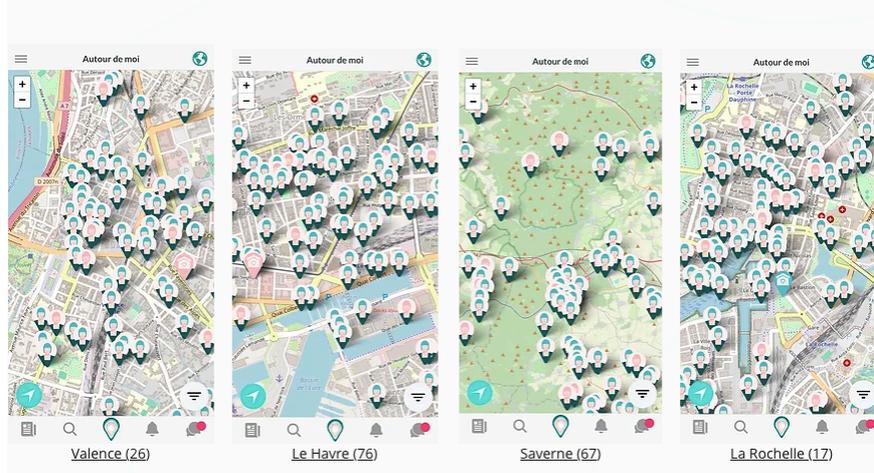
THE SORORITY est une initiative **Labellisée et Lauréate** du Prix du Grand Public Génération Égalité Voices 2022 & 2023
ONU Femmes France



THE SORORITY
Dispositif reconnu et labellisé



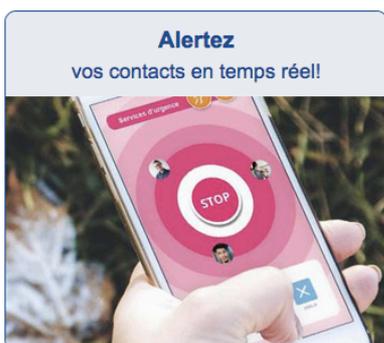
EN VILLE ET EN ZONE RURALE





Application téléphonique qui permet aux utilisatrices de signaler en temps réel des situations d'urgence ou potentiellement dangereuses.

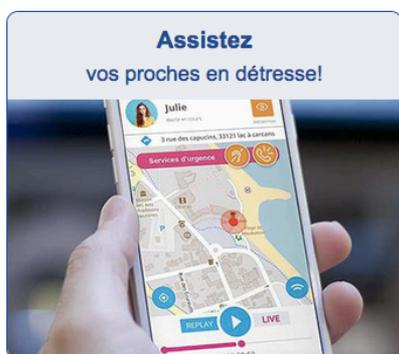
Géo localisées et enregistrées en direct ces alertes sont transmises instantanément aux contacts de confiance préalablement désignés par l'utilisatrice. Chaque contact ne peut avoir que 3 protégées et 3 protecteurs au maximum. Une fois le réseau de confiance créé, le déclenchement d'une alerte enverra automatiquement un SOS à chacun des protecteurs. Toutes les alertes sont automatiquement enregistrées et sauvegardées dès la première seconde de leur déclenchement. Une fois terminée, l'alerte reste téléchargeable par l'émettrice et rejouable durant 15 jours par tous les contacts ayant été alertés. Cette application a été mise en place par l'association RESONANTES qui est une association à but non lucratif et reconnue d'intérêt général qui a pour but de prévenir et de lutter contre les violences sexistes et sexuelles.



Un réseau privé de contacts de confiance

- ✓ 3 de vos contacts sont alertés instantanément,
- ✓ Votre position est suivie et géolocalisée,
- ✓ Parlez, si vous le pouvez, tout est écouté par vos contacts,
- ✓ Un enregistrement vous servira de preuve,
- ✓ Appelez les secours en même temps.

Vous n'alertez que les personnes que vous avez préalablement définies : Ce sont vos contacts de confiance! Les utilisateurs doivent s'inviter et accepter de se connecter les uns aux autres. Cette relation de confiance ne peut être créée qu'à l'initiative de l'utilisatrice souhaitant être protégée, elle est la seule à pouvoir lancer une invitation à un contact pour lui demander d'être son protecteur. Chaque contact ne peut avoir que 3 protégées et 3 protecteurs au maximum. Une fois le réseau de confiance créé, le déclenchement d'une alerte enverra automatiquement un SOS à chacun des protecteurs. Toutes les alertes sont automatiquement enregistrées et sauvegardées dès la première seconde de leur déclenchement. Une fois terminée, l'alerte reste téléchargeable par l'émettrice et rejouable durant 15 jours par tous les contacts ayant été alertés !



Une connexion et communication en temps réel

- ✓ Connectez-vous en un clic à la situation,
- ✓ Consultez l'adresse et suivez la position,
- ✓ Ecoutez les voix et les sons environnants,
- ✓ Communiquez en direct par Talkie Walkie,
- ✓ Appelez les secours en même temps.

Vous ne recevez les alertes que des personnes qui vous ont invité à devenir leur protecteur.trice et que vous avez accepté. Lors du déclenchement d'une alerte, chaque protecteur.trice reçoit en simultané une alerte sonore sur son téléphone par notification push (alarme de 15 secondes) pour les informer que l'un.e de leur protégé.e a besoin de leur assistance. En cliquant dessus, un écran va s'ouvrir et vous permettre d'identifier le contact en détresse, de localiser son adresse, de suivre sa position en temps réel et d'écouter les sons et les voix captés par le micro de son mobile.

20. ANNEXE XX : Dispositif « Demandez ANGELA » : lutter contre le harcèlement de rue dans le Gers

S'inspirant de l'initiative britannique, le gouvernement français développe sur le territoire national le dispositif "Demandez Angela" afin de mettre à l'abri les personnes victimes de harcèlement de rue. S'intéressant au départ aux victimes de harcèlement de rue.

Si une personne ne se sent pas en sécurité, se sent harcelée, elle peut trouver refuge dans l'un des établissements partenaires, identifié grâce au sticker sur sa vitrine, et demander « Angela».



1) Un réseau de lieux sûrs (bars, restaurants, hôtels, supermarchés, commerces...) partout sur le territoire, pour prévenir et lutter contre le harcèlement de rue.

2) La possibilité pour une victime de harcèlement de rue de se réfugier dans un établissement partenaire – identifié grâce au sticker sur sa vitrine – et de "demander Angela". Ce code permettra à l'établissement de savoir que la victime vient se mettre à l'abri et cherche de l'aide.

3) Les commerçants - engagés et sensibilisés à la cause - mettent ensuite la victime en sécurité dans un endroit isolé, en appelant un proche, un taxi ou les forces de l'ordre selon la situation.

Le dispositif «**Demandez Angela**» vise à créer un **réseau sûr et solidaire de lieux (bars, hôtels, commerces)** ayant la capacité d'assister et de soutenir des personnes qui se trouvent en situation d'harcèlement. En étant partenaire de ce dispositif, l'établissement s'engage à respecter les 3 principes suivants : principe d'assistance, principe d'information et principe de communication.

Porter assistance et soutenir toutes personnes¹ faisant appel au dispositif :

- En priorité par rapport à ses clients et clientes ;
- En gardant la personne en sécurité aussi longtemps que nécessaire ;
- De manière bienveillante, sans jugement ni remarque discriminatoire, et en ne questionnant pas la situation dans laquelle la personne se trouve ;
- En fournissant un soutien matériel adéquat (prise électrique pour charger un appareil électronique, téléphone, chaise, verre d'eau...).

Informier et impliquer l'ensemble de ses employés et employées dans la mise en œuvre du dispositif, et ce de manière régulière, pour assurer le respect de ses principes et garantir la qualité de l'assistance.

Communiquer sa participation au dispositif, de manière visible et durable, au grand public, à ses clients et clientes via les supports de communication du dispositif.

De manière générale, être partenaire du dispositif «**Demandez Angela**» suppose de ne pas tolérer au sein de son enseigne, sous quelques formes que ce soit, des comportements discriminatoires. Le dispositif est fondé sur des principes de bienveillance, d'inclusion et de solidarité.

21. ANNEXE XXI : Plan de lutte contre les violences faites aux femmes. Département
du Gers. 2023-2027.



**PLAN DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
DÉPARTEMENT DU GERS**

2023-2027



AXE I Prévenir les violences faites aux femmes

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Favoriser la culture de l'égalité et la connaissance au sujet des violences	Sensibiliser les professionnels au repérage et à la prise en charge des violences	Séance de sensibilisation auprès du secteur scolaire, médical, des élus et des mairies ainsi que des forces de l'ordre	DSDEN, service santé et social ARS DDDFE Préfecture	Quantité de séances, de participants, d'établissements sensibilisés Durée des séances
		Former les esthéticiennes qui voient les corps des femmes, à la prise en compte des signaux (y compris faibles) et au signalement.	Mairie CNFPT Forces de l'ordre	
	Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle	Création et diffusion d'une fiche répertoriant toutes les structures pouvant intervenir dans les établissements scolaires (dont actions de sensibilisation éducative avec le violentomètre)	DDDFE Conseil Départemental ARS DSDEN, service santé et social	Création de la fiche Nombre d'établissements touchés par la diffusion, et mobilisés pour les actions.
	Mise en place des 3 séances EVARS par an et par niveau		DSDEN, service santé et social	Nombre de séances dispensées Durée des séances Sujets abordés

		Hors cadre scolaire, mettre en place des ateliers EVARS (PJJ, Noctile, Louise de Marillac, IME...)	ARS DDDFE	Nombre de séances dispensées Durée des séances Sujets abordés
--	--	--	--------------	---

Axe 1 Prévenir les violences faites aux femmes

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Favoriser la culture de l'égalité et la connaissance au sujet des violences	Garantir l'information des professionnels sur les dispositifs et structures existantes	Diffusion du E.catalogue sur les violences conjugales Relancer les CLVSS (Eauze, Fleurance) et élargir ces contrats locaux sur d'autres CLSPD/CISPD Création d'un annuaire de proximité pour les CLSPD/CISPD	DDDFE DDDFE CLSPD/CISPD CLSPD/CISPD	E.catalogue présenté lors du Copil VIF et nombre de personnes/structures présentes Conventions signées Création de l'annuaire
	Recenser les violences faites aux femmes dans le Gers	Produire et analyser des statistiques locales au sujet des violences envers les femmes	Observatoire des violences faites aux femmes - Conseil départemental	Statistiques produites et diffusées
	Promouvoir la lutte contre les violences sexistes et	Signer une convention avec les associations sportives pour	DSDEN - Jeunesse et Sport	Convention signée

	sexuelles dans le milieu sportif	s'engager dans des pratiques respectueuses		
--	----------------------------------	--	--	--

Axe 1 Prévenir les violences faites aux femmes

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Favoriser la culture de l'égalité et la connaissance au sujet des violences	Informier le grand public	Afficher les numéros d'urgence dans toutes les mairies, bureaux de postes et Tiers-Lieu, dans les halls des services publics (gendarmerie, écoles, etc.) et les commerces de proximité pour favoriser la conscientisation des femmes à leurs droits.	DDDFE Préfecture Conseil Départemental	Nombre de lieux affichant les informations par type de lieu.
		Afficher les numéros des associations dédiées, là où les femmes se rendent sans leur compagnon : pharmacies, cabinets médicaux centres d'esthétique, ainsi que dans les commerces, gares, hôpitaux... Diffuser le violentomètre sur	DDDFE Préfecture Conseil Départemental DDDFE Conseil Départemental Ordre des pharmaciens	Nombre de pochettes et flyers distribués, de boulangeries et pharmacies, de collèges diffusant le dispositif

les pochettes pains, les pochettes pharmacie, flyers ainsi que dans les collèges	DDDFE Conseil départemental DSDEN, service santé et social Préfecture	Nombre de téléchargements et de signalements
Déployer le dispositif App-Elles .	DDDFE Conseil Départemental	
Stands de sensibilisation aux VFF lors d'évènements festifs (Bandas...)	Gendarmerie Préfecture DDDFE Mairies Associations festivals	Quantité de spectacles, expositions sur le département et type de sujet abordé
Par l'art sensibiliser les citoyens aux VFF et à l'égalité femmes-hommes	DDDFE Conseil Départemental	
Lutter contre l'isolement : favoriser l'aller-vers, au moyen d'un bus allant à la rencontre des femmes afin de les orienter, de mieux prévenir et repérer les femmes victimes de violences	Conseil Départemental DDDFE	Nombre de déplacements, de communes, de personnes rencontrées
Développer l'accès aux services numériques afin de donner la possibilité d'utiliser les appels vidéo pour obtenir des conseils (droits,	DDDFE Préfecture Parquet Conseil Départemental	Nombre d'interventions, de victimes aidées, par Maison France service

	<p>médecine, etc.) et assurer un suivi simplifié des victimes Prendre appui sur les Maisons France services.</p> <p>Lancer des campagnes d'affichage ambitieuses en direction des témoins et des auteurs afin de diminuer le sentiment d'impunité</p> <p>Afficher dans les lieux publics les peines encourues dans le cadre de la loi, relatives aux violences conjugales, afin d'agir sur le sentiment d'impunité des auteurs</p>	<p>DDDFE</p> <p>Préfecture</p> <p>Parquet</p> <p>Conseil Départemental</p>	<p>Nombre de lieux affichant les informations, par type de lieu.</p>
--	--	--	--

Axe 2 Accueillir, protéger et accompagner les victimes et leurs enfants

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Garantir une prise en charge globale et homogène des victimes sur l'ensemble du territoire	Mettre à l'abri les victimes de harcèlement de rue	Développer le dispositif ANGELA dans les commerces	Préfecture DDDFE Conseil Départemental Mairies	Nombre de communes impliquées Nombre de personnes mises à l'abri
	Garantir la sécurité des victimes et de leurs enfants	Développer le recours à l'ordonnance de protection	Juge aux affaires familiales	Quantité d'ordonnances délivrées Bilan qualitatif avec la chargée de mission VIF du parquet
	Faciliter le dépôt de plaintes	Accompagner les victimes lors du dépôt de plaintes par les professionnels du social	Conseil Départemental CIDFF REGAR AVMP	Bilan qualitatif avec les structures
		Poursuivre les déplacements police/gendarmerie en CH pour recueillir les plaintes	Police Gendarmerie	Quantité de déplacements, de dépôts de plaintes Bilan qualitatif auprès des soignantes et des forces de l'ordre

Axe 2 Accueillir, protéger et accompagner les victimes et leurs enfants

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Garantir une prise en charge globale et homogène des victimes sur l'ensemble du territoire	Faciliter le dépôt de plainte	Reformuler la convention police-gendarmerie/CH en y intégrant l'Unité de psychiatrie légale et victimologie	DDDFE Préfecture Procureur UPLV	Convention reformulée
	Garantir l'information suite au dépôt de plainte	Organiser la systématisation des réponses aux victimes pour les informer sur les suites données à leurs plaintes (classement sans suite...) Possibilité de délivrer une ordonnance de protection dans un délai de 24 heures.	Procureur	Bilan qualitatif avec la chargée de mission VIF du parquet Quantité d'ordonnances délivrées en 24h, bilan qualitatif sur ce dispositif
	Renforcer la présence des intervenants sociaux commissariat-gendarmerie	Création d'un deuxième poste	Préfecture	Quantité d'intervenants sociaux en exercice sur le département

Axe 2 Accueillir, protéger et accompagner les victimes et leurs enfants

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Garantir une prise en charge globale et homogène des victimes sur l'ensemble du territoire	Améliorer la prise en charge d'urgence des victimes	Systématiser l'utilisation de la grille d'évaluation du danger en commissariat et gendarmerie	Police nationale Gendarmerie Police municipale	Quantité de grilles remplies et de situations rencontrées
		Systématiser la distribution d'un document d'information à toutes victimes se rendant en commissariat ou gendarmerie	DDDFE Force de l'ordre	Quantité de documents distribués et de situations rencontrées
	Signature d'une convention améliorant le dispositif "Bon taxi" pour le déplacement des victimes et de leurs enfants	DDDFE Préfecture Forces de l'ordre REGAR Association gersoise des taxis indépendants	Quantité de personnes ayant bénéficiées du dispositif Bilan qualitatif auprès des professionnels	
		Améliorer l'hébergement d'urgence des victimes et de leurs enfants	Préfecture DDETS-PP service Solidarité et Inclusion Sociale DDDFE	Quantité d'hébergements sur le département

Axe 2 Accueillir, protéger et accompagner les victimes et leurs enfants

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Garantir une prise en charge globale et homogène des victimes sur l'ensemble du territoire	Améliorer la prise en charge d'urgence des victimes	Déployer le dispositif d'Aide Universelle d'Urgence	CAF Conseil Départemental	Nombre d'AUU distribué Nombre de personnes accompagnées
		Développer un lieu d'hébergement collectif	Préfecture DDETS-PP service Solidarité et	Hébergement collectif à créer ou en cours de création
		Identifier dans chaque EPCI un logement	Inclusion Sociale DDDFE	
		Sécuriser les victimes lors du passage au domicile pour récupérer les biens essentiels	Police Gendarmerie	Quantité d'accompagnements par la police et la gendarmerie
	Améliorer le suivi médical et psychologique des victimes et de leurs enfants	Créer une UMJ Créer un groupe de travail pour la création d'un UAPED Prendre appui sur le centre départemental de santé, le service prévention santé et vaccination, le service de PMI et le centre de santé sexuelle	ARS Parquet DDDFE Conseil Départemental	Unité et groupe de travail créés

Axe 3 Poursuivre-Sanctionner et Prendre en charge les auteurs

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Punir et éviter la récidive	Renforcer les mesures de suivi des auteurs et de prévention de la récidive	Renforcer le contenu des stages à destination des auteurs (évaluation de la dangerosité, inégalité femmes-hommes, stéréotypes de genre, parentalité...) et y intégrer de nouveaux intervenants	SPIP CPCA AVMP Procureur	Contenu des stages revu en fonction des normes nationales et européennes Nombre et statut des nouveaux intervenants
		Systematiser l'orientation des auteurs sur les stages de responsabilisation	Procureur	Nombre de stages effectués, nombres de personnes, pourcentage de récidive
		Développer des travaux d'intérêt général pour les auteurs de violences conjugales	Procureur	Nombre de TIG mis en place et bilan qualitatif auprès des auteurs et des structures
		Déployer une prise en charge globale des auteurs	CPCA	Nombre et durée de l'accompagnement, pourcentage de récidive

Axe 3 Poursuivre-Sanctionner et Prendre en charge les auteurs

Objectif principal	Objectif opérationnel	Action	Pilote de l'action	Modalité d'évaluation
Punir et éviter la récidive	Renforcer les mesures de suivi des auteurs et de prévention de la récidive	Tenir des statistiques concernant la récidive	AVMP	Tableau de statistiques à jour
		Adapter le violentomètre aux auteurs de violences conjugales	DDDFE SPIP CPCA AVMP	Création de l'outil et utilisation auprès des auteurs Bilan qualitatif auprès des professionnels et des auteurs
		Former les professionnels en charge des addictions au repérage et au signalement des VC et VIF et à l'orientation vers le CPCA	SPIP CPCA AVMP	Quantité de professionnels formés Quantité d'orientation vers le CPCA

22. **ANNEXE XXII :** Guide du Gers édition 2023, disponible sur : <https://www.gers.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Delegation-aux-droits-des-femmes-et-a-l-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/Violences-au-sein-du-couple-Guide-pour-les-professionnel.le.s-du-Gers>



VIOLENCES CONJUGALES

Guide pour les professionnels du Gers

Édition 2023



23. ANNEXE XXIII : Dispositifs gersois

La MDEF :

MDEF ou Maison Départementale Enfance et Famille qui est un établissement public, habilité et financé par le département dans le cadre de sa mission de Protection de l'enfance Subventionné par la Fondation LAPEYRERE. La MDEF est composée de différents services avec un point Accueil permettant les rencontres parents-enfants en présence de professionnels spécialisés, un accueil familial d'urgence permet d'accueillir 24h/24 et 365j/an, les enfants de 0 à 6 ans placés dans un cadre judiciaire ou administratif et sur demande de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). On retrouve également le centre parental qui accueille des parents (mère, père ou couple) ayant au moins un enfant de moins de trois ans ou des femmes enceintes. Des femmes victimes de violences peuvent y être hébergées sur orientation des différents partenaires dont le CIDFF et sous conditions de validation du service de l'ASE. Il existe aussi un espace enfants avec une crèche multi-accueil habilitée par la PMI et la CAF ouverte au public et aux enfants accueillis sur l'Accueil familial d'urgence et le Centre Parental.

Le CIDFF 32 :

Il faut mettre en avant le rôle en milieu rural des CIDFF, organismes associatifs à compétences locales, qui interviennent donc dans une logique de proximité et sont à même de répondre à des demandes très spécifiques notamment celles formulées par des collectivités situées en milieu rural. Sur 2 100 permanences déployées par les CIDFF sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin, 422 lieux de permanence le sont en milieu rural. La délégation du Sénat estime que des moyens financiers et humains supplémentaires sont nécessaires pour appuyer l'action des CIDFF dans les territoires ruraux, tout en renforçant leur maillage territorial et leur capacité d'accueil et de soutien à l'égard des femmes rurales (12). Dans le Gers, le CIDFF 32 propose comme abordé précédemment un primo-accueil sans rendez-vous physique et/ou téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 17h au siège social sur Auch, avec ou sans enfant. Les chiffres de 2023, montrent que 180 personnes ont été accueillies, dont 160 femmes avec 53 enfants accompagnateurs. Le CIDFF 32 permet un accueil, une écoute, du soutien, une première évaluation de la situation de la personne, une orientation éventuelle vers le soin, les partenaires sociaux ... mais surtout une aide et un accompagnement aux démarches. Ils ont des lieux de permanence une fois par mois dans d'autres villes du Gers : l'Isle Jourdain, Nogaro, Marciac, Fleurance. Les victimes en situation de précarité économique, qui ne

peuvent pas se déplacer en raison de problèmes de mobilité ou d'isolement sanitaire font souvent les premières démarches par téléphone. De même, pour les victimes qui ont peur de faire des démarches mais souhaitent avoir une première écoute et des premières informations, cet accueil téléphonique plus « anonyme » est très important. Le CIDFF 32 permet un accès à un juriste, en 2023 il y a eu 294 entretiens avec des victimes de violences : 193 femmes, 16 hommes et 6 professionnels. 86,8% de ces entretiens concernent des violences commises au sein du couple ou par un ex compagnon. Par ailleurs le soutien psychologique du CIDFF32 à destination des victimes de violences n'a fait qu'augmenter en 2023, il a été noté une augmentation de 38% environ : 178 personnes ont été reçues. Ce LAEO ou Lieu d'Accueil, d'Écoute, et d'Orientation violences propose 3 grands champs d'action : tout d'abord un accompagnement spécialisé dans la durée (5/6 entretiens minimum des femmes et des familles victimes de violences et le suivi de leur parcours pour les aider à trouver les moyens de leur autonomie) avec des possibilités d'ateliers collectifs (yoga, art-thérapie, socio-esthéticienne...), des entretiens individuels pour les enfants exposés aux violences, et un versant formation des professionnels du département.

La MPF :

Les délais d'intervention sont aussi parfois plus longs, l'amplitude horaire des ouvertures des gendarmeries et donc leur accessibilité à toute heure du jour et de la nuit est parfois remise en question. La Gendarmerie a développé des outils spécifiques (12), avec des indicateurs pour observer les évolutions constatées par les brigades. Depuis le 1er janvier 2022 la Gendarmerie a créé des maisons de confiance et de protection des familles (MCPF), le nombre s'élevait à 53 au 11 février 2021 sur le territoire national. Ces MCPF constituent un point d'entrée unique, ce sont des unités d'appui y compris judiciaire et un outil de coordination. Elles s'occupent des violences intrafamiliales, des discriminations, de la prévention de la radicalisation, des addictions et des usages numériques à risque. Elles peuvent également être en synergie partenariale avec des associations. C'est le cas notamment à Auch de la Maison de Protection des Familles (MPF) créée le 1er octobre 2022 suite au Grenelle des violences en septembre 2019. Ce dispositif a été acté au 1er août 2021 et intègre des militaires formés aux violences intrafamiliales (VIF), qui, en lien notamment avec les partenaires locaux associatifs, les personnels des plateformes hospitalières et les intervenantes sociales en gendarmerie, ont vocation à accompagner et suivre les victimes de violences, en assurant notamment une permanence 24h/24, 7j/7. Nous avons pu rencontrer l'équipe de gendarmes de la MPF de Auch portée par l'adjudante Pauline DEFIANAS, nous

avons visité les locaux de cette « maison » qui se différencie des brigades de gendarmerie par son environnement plus chaleureux. Des auditions pour enfants sont notamment réalisées dans ces locaux (protocole Melanie), mais aussi de femmes victimes de violences conjugales. Nous avons pu discuter de leurs pratiques locales. Les objectifs de la MPF de Auch sont divers, c'est tout d'abord un point d'entrée unique pour tous les partenaires du groupement, c'est également une unité départementale d'appui à l'initiative ou sur ordre, c'est à dire que l'équipe de la MPF de Auch peut se déplacer sur l'ensemble du territoire gersois, pour aller à l'aide de brigades locales, notamment quand les dossiers sont importants, ou que les équipes sur place ne se sentent pas assez formées. Par ailleurs la MPF a aussi pour vocation d'être un outil de coordination des actions de prévention des conduites par unité départementale, il est ainsi souhaité par l'équipe auscitaine de prochainement pouvoir proposer des ateliers de sport ou self défense aux victimes.

24. ANNEXE XXIV : Charte « Réseaulument Egalité »

En 2008 il regroupait 23 structures, depuis 2024 environ une centaine. Ce dynamisme participe au décroisement des stéréotypes, les structures doivent proposer des actions tous les ans en lien avec la thématique de l'égalité femmes-hommes

Réseaulument Egalité

Agir en faveur de l'Egalité entre hommes et femmes dans le Gers

"L'admission des femmes à l'égalité parfaite serait la marque la plus sûre de la civilisation, et elle doublerait les forces intellectuelles du genre humain." STENDHAL

Impliqué-e-s en tant qu'élus-e-s, représentant-e-s de collectivités locales ou des services de l'Etat ; investi-e-s en tant qu'employeurs dans le monde industriel, commercial ou agricole ; engagé-e-s dans la création artistique, le spectacle vivant ; engagé-e-s comme professionnel-le-s de l'orientation, de la formation continue, de l'insertion socio-économique, de l'éducation, de la santé ou du logement ; toutes et tous en tant que citoyen-ne-s dans notre domaine de compétences, dans notre sphère d'activités et dans nos réseaux sociaux ; nous, signataires du "Réseaulument Egalité", reconnaissons dans ce qui suit, les principes fondamentaux de notre engagement et de nos actions en faveur de l'égalité entre hommes et femmes.

Article 1 :

Reconnaître et promouvoir l'égalité hommes / femmes.

Dans notre champ d'activité, en lien avec nos partenaires, nous reconnaissons, respectons, promovons les droits et les principes de l'égalité entre les femmes et les hommes, et combattons les obstacles et la discrimination liés au genre.

Article 3 :

Interroger la place de chacun-e dans son organisation.

De manière volontaire, nous nous engageons à interroger la place respective des hommes et des femmes dans notre organisation qui articule un ensemble de normes, de statuts, de rituels, de règles et de comportements souvent marqués du sceau des stéréotypes sexués.

Nous nous engageons à sensibiliser et/ou à former les membres de notre équipe, de notre organisation, à identifier et à transformer les représentations mentales, les attitudes et les comportements stéréotypés voire sexistes.

Article 2 :

Lutter contre les discriminations.

Nous nous engageons à lutter contre les discriminations multiples prétendument fondées sur le sexe, les origines ethniques et sociales, la langue, la religion ou les convictions, les opinions, l'handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle pour favoriser concrètement l'égalité des femmes et des hommes.

Article 4 :

Favoriser la critique des stéréotypes.

Nous nous engageons à lutter contre les stéréotypes et à prévenir autant que possible les préjugés, les pratiques, l'utilisation d'expressions verbales et d'images fondées sur l'idée de la supériorité ou de l'infériorité de l'un ou l'autre des deux sexes, ou sur des rôles féminins ou masculins stéréotypés. Nous nous engageons à favoriser la prise de conscience concernant le rôle contre-productif des stéréotypes de genre pour ce qui concerne la réalisation de l'égalité des femmes et des hommes.



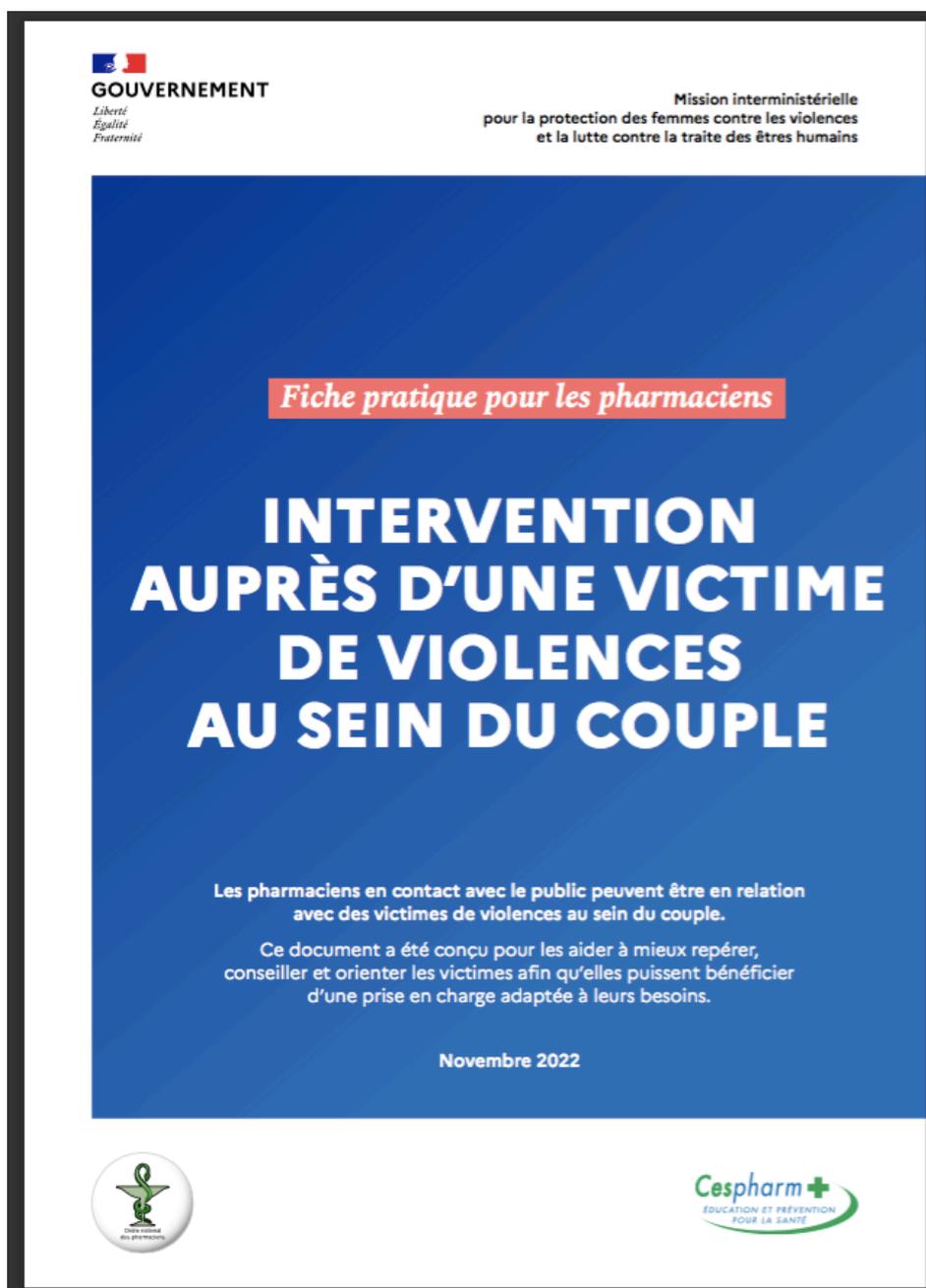
25. ANNEXE XXV : La formation

Les médecins : La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes crée dans son article 51 une obligation de formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique tant dans la formation initiale que continue une obligation de formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique tant dans la formation initiale que continue «des médecins, des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des fonctionnaires et personnels de justice, des avocats, des personnels enseignants et d'éducation, des agents de l'état civil, des personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs, des personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale, des personnels de préfecture chargés de la délivrance des titres de séjour, des personnels de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et des agents des services pénitentiaire.»

Le cursus de formation initiale des sages-femmes intègre des enseignements portant sur la thématique des violences faites aux femmes. Ainsi, l'annexe de l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques qui fixe le programme des trois premières années des études de sage-femme prévoit une unité d'enseignement du tronc commun intitulée santé, société, humanité. Parmi les objectifs généraux de cet enseignement figurent l'acquisition d'un socle de connaissance en psychologie et le développement d'items en lien avec la psychologie de la cellule familiale, de la naissance et des situations de vulnérabilité. Cette formation permet l'acquisition de compétences et de connaissances pour accompagner la femme. Parmi les unités d'enseignements (UE) théoriques, l'UE gynécologie et santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation a pour objectif général l'étude de la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes ainsi que l'épidémiologie des violences faites aux femmes. L'UE santé publique tient compte de la place de la sage-femme dans le système de santé et est orientée vers la prévention et l'éducation ; le dépistage des situations à risque médical, psychologique et social fait partie des objectifs généraux de cet enseignement. Ainsi, l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu qui s'adresse aux sages-femmes libérales prévoit des modules de formation sur les violences faites aux femmes ou sur l'identification des victimes de violences conjugales ou familiales. Le collège national des sages-femmes de France et la société française de maïeutique ont proposé l'inclusion du repérage, de l'accompagnement et de l'orientation des femmes et des couples en situation de vulnérabilité (précarité sociale, violence) dans les orientations prioritaires du développement professionnel continu pour 2016-2018.

26. ANNEXES XXVI : Outils pour les pharmaciens

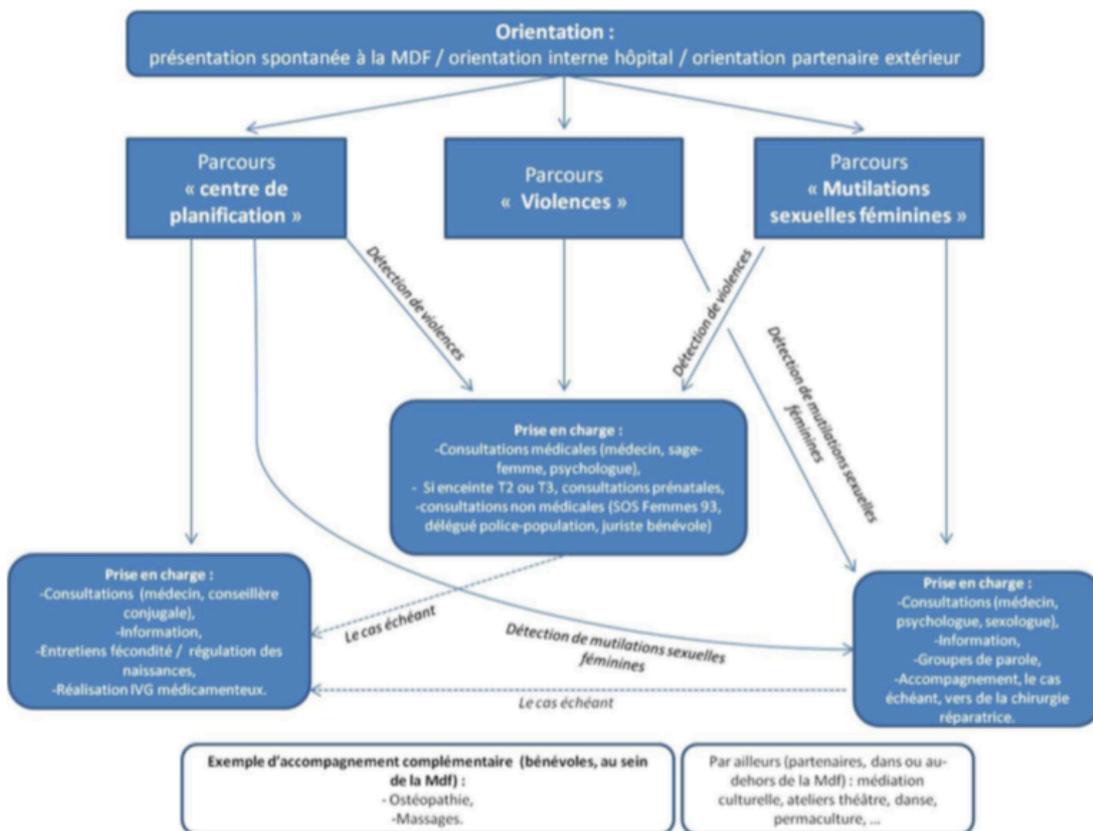
L'implication des pharmaciens pendant le COVID a été motivée par le maintien des pharmacies ouvertes lors du confinement, leur accessibilité (cas des pharmacies de garde qui sont disponibles 24h/24h et 7j/7j), mais aussi leur proximité et leur répartition sur le territoire. En effet, 22 000 officines sont réparties sur tout le territoire, avec plus d'un tiers d'entre elles qui sont installées dans des communes de moins de 5 000 habitants, la distance moyenne de la pharmacie la plus proche pour l'ensemble des communes comptant une officine est de 3,8 kilomètres, et de cinq kilomètres pour celles n'en comptant pas. A noter que 90 % des communes bénéficient d'une pharmacie à moins de 7,2 kilomètres, et 66 % à moins de cinq kilomètres. Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Fiche%20pratique%20pharmaciens%20-%20Violences%20conjugales_MIPROF.pdf



27. **ANNEXE XXVII** : Parcours au sein de la « maison des femmes », et rôles des différents acteurs dans la prise en charge.

IGAS, RAPPORT N°2017-001R

Graphique 1 : Type de parcours au sein de la « maison des femmes » : points d'entrée et complémentarité(s)



Source : *Mission*

Le rôle des différents acteurs et les services offerts aux victimes de violences

Rôles des différents acteurs dans la prise en charge			
Soins de santé	Services sociaux	Police/ Justice	Associations
<p>Soins de qualité</p> <p>Détection/documentation de la violence</p> <p>Prise en charge, y compris le traitement des victimes de violence</p> <p>Approche holistique</p>	<p>La commune a la responsabilité principale de fournir à ses résidents le soutien et l'aide dont ils ont besoin, notamment aux femmes victimes de violences</p> <p>Vision globale</p>	<p>Prévention, recherche et poursuite des infractions pénales, protection/aide et réparation aux victimes, punition des coupables de crimes</p> <p>Processus judiciaire</p>	<p>Soutien</p> <p>Préparation des contacts avec les autorités</p>
Interventions offertes à la victime			
<p>Repérage de la violence</p> <p>Prise en charge</p> <p>Soins de soutien médicaux/psychosociaux</p> <p>Examen, traitement des lésions aiguës, diffuses ou affections chroniques</p> <p>Poser des questions sur la violence</p> <p>Documentation, rapports médicaux-légaux (même si les blessures sont anciennes)</p> <p>Prélèvement échantillons (kits de viol)</p> <p>Information sur les interventions de soutien, informations sur ce qui peut être fait après la visite médicale</p> <p>Référencement vers d'autres acteurs pertinents</p> <p>Suivi et réexamen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contact rapide, soutien ■ Mesurer et enquêter sur la nécessité d'un soutien et de la protection des enfants ■ Évaluer la nécessité d'une protection ■ Logement protégé / logement d'urgence ■ Évaluer le réseau social de la femme ■ Aide financière ■ Soutien et conseils ■ Médiation des contacts avec d'autres parties ■ Priorité au logement ■ Garde des enfants ■ Informer, répondre à la prise en charge ■ Aider à trouver des solutions à long terme pour le logement, la protection et les ressources financières ■ Droit de la famille ■ Intégration 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervention rapide, arrestation de l'auteur et mise en sécurité des femmes et des enfants ■ Rapporter le crime ■ Pré-enquête - remise en question, collecte de preuves ■ Mesures de protection ■ Interdiction de visite ■ Information sur les droits des femmes ■ Personne d'assistance et de soutien ■ Contact avec d'autres organismes ■ Procédure judiciaire ■ Pénalités ■ Nouvelle identité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abri ■ Soutien et des conseils ■ Écouter et croire les personnes vulnérables ■ Soutien et accompagnement dans le contact avec la justice et les services sociaux ■ Santé ■ Aide à l'auto-assistance

AUTEUR : **ROUGÉ RIEU-BEILLAN Hortense**

TITRE : Étude des pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en zone rurale, exemple du Gers

DIRECTEUR DE THÈSE : **Dr VERGNAULT Marion**

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : **12 décembre 2024, Salle du conseil de la Faculté de Médecine de Purpan**

INTRODUCTION : Les violences au sein du couple sont un problème de santé publique, encore trop sous-estimé. Elles peuvent être de différents types, existent dans tous les milieux sociaux et territoriaux. Le médecin généraliste, professionnel de santé de premier recours a une proximité avec les familles pour détecter et prendre en charge ces victimes dans les zones rurales, qui concentrent près de la moitié des féminicides alors que seulement 31% de la population y habite. L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en zone rurale dans le Gers. **MATERIEL ET METHODE :** Étude quantitative descriptive par questionnaire, diffusée aux médecins généralistes, urgentistes, gynécologues et sages-femmes gersois entre avril et décembre 2023. **RESULTATS :** Il existe encore une appréhension à réaliser le dépistage des violences, mais aussi une méconnaissance des démarches judiciaires, ainsi que des outils présents dans le Gers. La ruralité, le manque formation et le ressenti des soignants sont des freins à la prise en charge des victimes. **CONCLUSION :** Nous avons étudié les pratiques des professionnels de santé gersois concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en zone rurale dans le Gers. Les formations, l'utilisation du réseau local, l'appui des institution ordinales et le développement de dispositifs locaux sont des perspectives d'amélioration.

Study of the practices of health professionals in the care of women victims of domestic violence in rural areas, example of the Gers

INTRODUCTION: Domestic violence is a public health problem that is still underestimated. It can take many forms, and exists in all social environments and all territories. Almost half of all feminicides occur in rural areas, despite the fact that only 31% of the population live there. General practitioners, as primary healthcare professionals, are in close contact with families in order to detect and treat these victims. The aim of this study is to assess the practices of healthcare professionals when caring for female victims of domestic violence in rural areas of the Gers. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive and quantitative study by questionnaire, distributed to general practitioners, EMTs, gynecologists and midwives in the Gers between April and December 2023. **RESULTS:** There is still some unease when it comes to screening for violence, as well as a lack of knowledge regarding the legal process and the tools available in the Gers. The rural environment, the lack of training and the discomfort of carers are all obstacles to taking care of victims. **CONCLUSION:** We studied the practices of healthcare professionals in the Gers concerning the medical care of women in rural areas who are victims of domestic violence. Some prospects for improvement are training, use of local networks, support from professional bodies and the development of local measures.

Mots-clés : Violences conjugales, Femmes, Médecine générale, Zone rurale, Dépistage, Repérage,

Discipline administrative : MEDECINE GÉNÉRALE
