



**Réseau Wassila/AVIFE**

Aide aux Femmes et Enfants victimes de violence

---

**ACTES DES ANNEES  
2009 à 2015**

**2<sup>ème</sup> VOLUME**

**POUR LA RECONNAISSANCE  
DE LA VICTIME  
ET DE LA VICTIMOLOGIE**

Ouvrage collectif

2016

Les actes présentés dans ce document ont pour objectif de rendre compte de nos activités durant les années 2009 à 2015. Il s'agit de communications présentées à l'occasion de journées organisées par l'association Réseau Wassila / AVIFE ou en collaboration avec d'autres associations et institutions, et de comptes rendus des actions menées durant cette période. Ces actes font suite à une publication précédente qui relatait l'ensemble de nos travaux sur 8 années : 2000-2008.

Ce document est organisé de la façon suivante

Volume 1 : Engagement et plaidoyer pour l'égalité et la citoyenneté  
Volume 2 : Pour la reconnaissance de la victime et de la Victimologie  
Volume 3 : Expérience et Actions du Réseau Wassila/Avife (à paraître)

## **SOMMAIRE**

### **Volume 2**

#### **1<sup>ère</sup> partie :**

#### **Victime, Victimologie et Droit**

I – La victime – la victimologie	9
II – évolution de la notion de victime	11
III – apport des études féministes	16
IV – naissance de la victimologie en Algérie	18
V- Qu'en est-il sur le terrain du Droit ?	21

#### **2<sup>ème</sup> partie :**

#### **Victime, Victimologie et Santé**

Place de la victimologie dans la pratique médicale	31
<b>A/ violences contre les femmes</b>	<b>35</b>
I - Dépistage et prise en charge médicale des violences	37

II – Conséquences médicales et sociales des violences conjugales	41
III – Obstacles au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les professionnels de la santé	45
IV – Violences sexuelles à l'encontre des femmes : le rôle des professionnels de la santé	55
<b>B/ violences sur les enfants</b>	<b>65</b>
I - Les différents types de violences sur les enfants	67
II – violences à l'égard des enfants : signes d'alerte et conséquences	73
III – Abus sexuels sur les enfants : définitions, signes d'alerte et conséquences	78
IV – Les violences sexuelles recensées au service de médecine légale de Zéralda	85
V – Les violences sur les enfants : le droit à la protection	89
VI – les violences sexuelles sur enfants : l'expérience du réseau Wassila	93
VII – Le signalement : une étape essentielle de la protection de l'enfant	99
<b>C/ La prise en charge des victimes : guide de bonnes pratiques</b>	<b>105</b>
I – Petit dictionnaire des violences	107
II – Importance et impact du certificat médical en victimologie	109
III – Composantes principales de la prise en charge médicale des femmes victimes de violence	115

IV – l'entretien : comment reformuler les expressions utilisées et revaloriser la victime	120
V – Protocole des conduites à tenir selon les situations	123
1 Violences conjugales	123
2 Mères célibataires	127
3 Agressions sexuelle, viol	133
4 Cas particulier des violences sexuelles sur enfants	134
5 Harcèlement sexuel	136
6 Inceste	141
7 Cas particulier des sages femmes : leur rôle dans le dépistage	146
VI – Ethique des intervenants dans la prise en charge des femmes victimes de violence	151
VII – proposition de charte des intervenants	155

**1<sup>ère</sup> partie**

**VICTIME, VICTIMOLOGIE ET DROIT**

## **I - La victime - la victimologie**

La définition de la victime donnée par l'ONU est la suivante : personne qui, à titre individuel ou dans un cadre collectif, a subi un préjudice, notamment une atteinte à son intégrité physique ou mentale, qui a subi une souffrance morale, une perte matérielle, une atteinte grave à ses droits fondamentaux suite à des actes ou des omissions, qui enfreignent les lois pénales, représentant des violations des normes des droits internationalement reconnus en matière de droits de l'Homme.

Le mot victime est directement issu du latin « victima ». Son sens est analogue à celui du mot grec « thyma », qui désignait une créature offerte en sacrifice aux Dieux.

Historiquement la notion de victimologie est récente. Elle apparaît avant la 2<sup>e</sup> guerre mondiale, mais prend son essor après 1945 en raison du grand nombre de victimes qui en a résulté.

Benjamin Mendelssohn, avocat pénaliste, fonde la discipline en 1947. Il est le précurseur de la victimologie moderne qu'il séparera de la criminologie. Il cessa le premier de rejeter la responsabilité de l'acte sur la victime. Il a largement contribué au développement d'une approche « victimologique » qui prend en compte le sujet souffrant et favorise son accompagnement médico-social. Il s'insurge contre la différence de traitement réservé au criminel et à la victime. En effet, toutes sortes de mesures d'aide et d'assistance à la réinsertion sont proposées au criminel alors que la victime devait supporter le fardeau de la preuve et ne percevoir que rarement les dommages et intérêts octroyés, en raison de l'insolvabilité du criminel. Ensuite, il s'était demandé comment il était possible d'administrer une bonne justice en ne s'intéressant qu'au délinquant. Après 19 ans de militantisme pro victimologie, Benjamin Mendelssohn écrivait :

« De tout temps, la victimologie n'a pas été suffisamment étudiée, suffisamment défendue en justice, ni suffisamment soutenue par l'opinion publique dans la vie sociale »

Il faudra attendre 40 ans pour que médecins, juristes, psychologues, sociologues, législateurs, intervenants professionnels divers, parviennent à intégrer que la victime mérite des soins et un accompagnement particulier et qu'elle devienne l'objet de recherches scientifiques et d'un enseignement universitaire.

En Algérie, de nombreuses situations de violence se sont succédées dans le temps : la guerre d'indépendance, les événements d'octobre 1988, les années sombres du terrorisme, une succession de catastrophes naturelles (séismes d'El Asnam en 1980, de Boumerdès en 2003 ; inondations de Bab el Oued en 2001) et humaines (les printemps berbères de 1980 et 2001) Cette violence s'est stratifiée avec le temps. Le manque de prise en charge réelle et de prévention de ses répercussions sur la population a fini par gangréner tous les milieux : la rue, les stades, les milieux professionnel, universitaire et familial.

Pourtant, face à l'ampleur et à la gravité de cette réalité post traumatique, la victimologie en tant que discipline à part entière n'a, dans notre pays, de place dans aucun cursus universitaire à l'exception de la médecine légale, avec toutefois un certain nombre de réserves. Car même dans cette spécialité, les praticiens sont formés à ne prendre en compte que les conséquences physiques des coups et blessures volontaires. (CBV) ; les troubles psychiques, bien sûr toujours présents ne sont presque jamais évoqués dans les certificats médicaux. C'est dire combien la formation des médecins légistes eux-mêmes reste incomplète, inadaptée et dépassée. La constatation de Benjamin Mendelssohn faite dans les années 1970, reste donc malheureusement encore d'actualité.

Il nous a paru intéressant et utile de participer modestement à lever le voile sur cette entité nouvelle, sortie du domaine social où elle était confinée, pour investir les champs juridique et médical.

Les membres de l'association Réseau Wassila/AVIFE sont engagés depuis plus de quinze ans dans la défense des droits des femmes et des enfants victimes de violences, comme en attestent leurs prises de position orales, et écrites et leurs actions de plaidoyer exposées dans la première partie des actes.

En effet les différentes étapes de l'accompagnement des victimes ne s'improvisent pas, les connaissances s'acquièrent et s'enrichissent par l'expérience partagée dans l'interdisciplinarité. Apprendre à écouter avec bienveillance, accueillir les femmes et les enfants victimes, les informer, les orienter, veiller à leur garantir un suivi, relèvent d'un travail en réseau et constituent les segments complexes d'une compétence spécialisée.

Ce difficile et lent apprentissage en perpétuelle construction selon une dynamique incertaine, nous voudrions le partager avec tous ceux qui seront appelés à accompagner les victimes de violences et à répondre à leurs multiples demandes. Tel est l'objectif poursuivi dans cette deuxième partie des actes.

## II – Evolution de la notion de victime

La victimologie a permis le développement des connaissances sur le fonctionnement psychosocial d'une victime, dans le but de l'aider à se réinsérer au mieux dans les mécanismes d'appartenance sociale, rompus par un événement traumatique. La victimologie a été longtemps dépendante de la criminologie mais elle a élargi son domaine dans les années 90, pour toucher à toutes les situations de détresse vécues par les individus. C'est « l'étude des conséquences médicales, psy-

chologiques, juridiques et sociales de la victimisation et leur traitement, que la victimisation soit la conséquence de crimes et délits, d'accidents ou de catastrophes » selon la définition donnée par de nombreux manuels.

La victimologie a d'abord aidé à appréhender les raisons et les conséquences du passage à l'acte criminel pour ensuite s'intéresser aux conséquences d'un traumatisme spécifique sur l'être humain, et aux événements qui altèrent ses capacités de retour à la vie normale. Le développement récent de la discipline suscite l'analyse des obstacles à cette réintégration et propose les moyens sociaux et juridiques de restauration pour renforcer les capacités de la victime à renouer avec une vie sécurisée, et par conséquent retrouver sa dignité, essentielle pour son statut d'individu autonome et de citoyen.

La victimologie a étayé l'analyse des mécanismes de violence collective spécifique comme la violence contre les femmes, la maltraitance des enfants, les violences raciales ou les violences politiques comme la torture.

En ce qui nous concerne, elle permet d'interroger la violence structurelle qui s'exerce quotidiennement dans la vie des femmes, qu'elle se produise dans la sphère privée ou publique. Cette violence est articulée à une dévalorisation individuelle et collective qui ne peut être réglée que dans la sphère sociale, à travers des mécanismes politiques, juridiques, et de prévention par l'éducation. Cette violence doit d'abord être considérée comme phénomène politique et social.

La violence symbolique de l'idéologie dominante à travers l'éducation familiale, l'école, les médias, joue un rôle essentiel dans l'imprégnation psychologique, verbale et l'acceptation de la violence contre les femmes. La violence physique vient confirmer, légitimer, « naturaliser » le statut différencié, inégalitaire, donné à chaque sexe dans l'édifice social, un statut qui apparaît alors naturel, nécessaire, somme toute inévitable.

Les analyses féministes permettront l'avancée de la victimologie et l'élaboration d'outils, face aux obstacles rencontrés par les victimes dans leur parcours de reconnaissance. Ces obstacles s'expriment de manière claire par l'absence de Loi, ou de manière diffuse à travers des mécanismes institutionnels qui dissuadent les victimes de porter plainte, ou à travers les réactions des professionnels, les réponses de l'environnement social, réponses négatives qui participent finalement d'un mode nécessaire de déni des victimes et de reproduction du statu quo social.

Selon des auteurs<sup>1</sup> et dans une première étape, la victimologie apparaît en Europe au XIX<sup>ème</sup> siècle, dans une société qui a connu historiquement un processus de pacification des relations sociales et des relations interindividuelles dans la sphère publique. L'individualisation du criminel et de la victime se précisent tandis que les travaux des criminologues traitent des caractères et des conditions qui créent le criminel : quelle est la réaction sociale face au crime et comment le prévenir ? On commence à parler des victimes mais le criminel est toujours le souci essentiel de l'Etat qui est entrain d'acquérir une forme centralisée. Le criminel est la figure première parce qu'il remet en question l'ordre public et le monopole de la violence de l'Etat, soucieux du contrôle des catégories dangereuses dans la gestion sociale.

L'Etat se préoccupe de l'auteur du délit dans le but de défendre la société, à travers le procureur qui représente les intérêts de la victime, en tant qu'elle est une fraction de cette société. Jusqu'à présent dans notre législation, contrairement à la loi française dont elle est issue et qui a évolué, la victime n'est que témoin et n'a droit qu'à exprimer une demande de réparations civiles.

1 - Dont Jo-Anne M. Wemmers, Histoire de la victimologie, Presses de l'université de Montréal,

Les juristes proposent des développements autour de la législation des peines, de la détention etc., mais n'est considérée comme violence que la menace ou l'acte provoqué par un inconnu dans la rue, donc essentiellement le délit commis dans la sphère publique. Il y a invisibilité des autres types de violence, particulièrement de la violence chronique, quotidienne, qui est le lot des femmes, et qu'elles sont tenues de vivre de la part de leurs proches comme une part habituelle de leur vie. Quand on parlera de crimes contre les femmes commis par l'époux par exemple, on parlera de « crime passionnel » donc susceptible « d'être compris et à moitié pardonné », les violences sur enfants seront considérés longtemps comme une « forme d'éducation » et l'expression de l'autorité paternelle.

Le souci des victimes du point de vue de la société, a été suscité dans une toute autre perspective, celle de la protection des victimes de guerre et des populations civiles. Dans les années 1860, la Croix-Rouge en Europe, est la première association d'aide aux victimes et prisonniers de guerre. Le principe est que même en cas de conflit, les hommes doivent observer certaines règles d'humanité à l'égard de l'ennemi.

Dans une deuxième étape, la revendication propre aux victimes apparaît après la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale : les pertes sont énormes et les invalides sont si nombreux qu'ils se regroupent et demandent des pensions pour survivre. La première étude sur les victimes concerne l'évaluation des dommages corporels subis par un individu pour estimer une indemnisation. Il y a donc début d'évaluation d'un préjudice. La définition va être d'abord strictement juridique, pour chiffrer une indemnisation financière pour réparer le préjudice corporel : blessures ou infirmité. Ce sont les premières règles définies à l'endroit de victimes pour, encore une fois, des violences se produisant dans la sphère publique.

Parallèlement cependant, une évolution du questionnement s'élabore chez les criminologues. Quelle est la véritable nature du crime ? Qui sont les délinquants ? Quelle est l'efficacité des mesures policières, judiciaires, pénales dans la lutte contre le crime ? On commence à introduire le poids des facteurs sociaux, à replacer l'individu dans un réseau de relations, ce qui amène à faire appel à la sociologie, mais aussi à la médecine, à la psychologie sociale. Les médecins cherchent à comprendre et traiter l'esprit du criminel.

Une conséquence de cette réflexion est la recherche du type de victime visée, selon les caractéristiques du criminel. Après s'être focalisé sur l'agresseur, le développement de la criminologie amène à une réflexion parallèle sur les victimes mais les précurseurs de la victimologie ont toujours une perspective criminologique à travers la typologie des victimes. Ils s'emploient à rechercher les facteurs « victimogènes » et les relations entre victime et criminel.

Parmi les premières définitions de la victimologie on trouve celle-ci : « C'est l'étude de la personnalité des victimes de délits ou de crimes, de leur statut psycho social et de leurs relations affectives avec leurs agresseurs ». Qu'est ce qui peut donc prédisposer certaines personnes à devenir des victimes ? Question qui en fait des participants actifs au crime : les victimes sont vues seulement sous la perspective de leur rôle déclencheur dans le crime qu'elles subissent.

Cette réflexion deviendra la Victimologie après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale. Le terme apparaît en 1947 avec une nouvelle conception de la victime favorisée par une conjoncture historique particulière: le récit et le vécu des victimes de génocides et des crimes de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, le développement de la psychanalyse qui diffuse les idées de traumatisme et multiplie les écoles, l'influence des luttes féministes qui apportent une nouvelle réflexion sur le vécu d'une violence chronique

de la part de proches. Un autre facteur, le développement des revendications des droits de la personne humaine. De nombreuses conventions sont votées et ratifiées par les Etats, contre les crimes de guerre, les génocides, la torture, pour les droits politiques économiques et sociaux. Des ONG, comme Amnesty international et les ligues de droits de l'Homme, élaborent des protocoles et des campagnes de revendications de changement de lois pour la protection des personnes.

L'évolution du Droit et de l'idéologie des droits de l'Homme va, au fur et à mesure, appuyer la défense de l'individu et de la société organisée, qu'on appellera la société civile, contre la toute puissance de l'Etat. Par exemple le concept de présomption d'innocence va se développer dans les procédures juridiques par rapport à l'accusation. Il s'agit d'assurer les droits de la défense face à la justice de l'Etat mais la victime n'est pas encore reconnue pleinement dans son droit d'être accompagnée par les institutions, pour retrouver ses droits humains.

### III- L'apport des études féministes à la victimologie

Jusqu'à présent n'avait été considérée que la violence exercée dans la sphère publique, pour des raisons politiques, de gestion des conflits sociaux et de la criminalité. La violence contre les femmes, la maltraitance des enfants ne sont pas soulevés en tant que crimes même si, dans les cas extrêmes, ils sont aussi condamnés. Le développement des luttes féministes, à partir des années 1950-1960, va soulever de nouvelles questions, particulièrement sur les violences sexuelles et les violences dans la sphère privée. On avait jusque là considéré le crime et le délit commis par les proches, non comme une « faute », c'est-à-dire comme la transgression d'un interdit ; mais « corriger, contrôler » la femme, la sœur, n'est pas une faute condamnée ni moralement ni pénalement, puisque la femme et l'enfant sont sous la responsabilité de l'autorité maritale et paternelle.

Cette nouvelle perspective va produire de nombreux travaux sur le vécu de la victime, d'analyses de l'emprise de l'agresseur sur la victime, la terreur induite, le sentiment de culpabilité de la victime, son apprentissage social à la passivité. Des travaux sur les procès de violences sexuelles sur enfant montrent par exemple que les juges remettent vite en question la véracité des déclarations d'enfant sous l'argument de la présomption d'innocence de l'accusé, tant qu'il n'y avait pas de séquelles physiques, ce qui reste souvent le cas. Paradoxalement ceci en faisait une preuve d'innocence de l'adulte, surtout quand la théorie freudienne sur les fantasmes de l'enfant est avancée. La souffrance n'est liée qu'à la violence physique et le traumatisme et la souffrance morale sont totalement ignorés.

Mais il y a une évolution du regard porté sur la victime : on passe au fur et à mesure d'une conception péjorative à une conception plus positive. Alors que la victime devait cacher son état de victime pour « sauver son honneur », car on recherche toujours les preuves de crédibilité de la femme, maintenant la victime n'est plus indigne ou coupable. La Victime est une personnalité souffrante, et justifie la revendication des droits de la personne humaine dans la sphère privée. A partir des années 1970 des réseaux d'associations, des groupes, développent l'information sur les recours et l'accompagnement des victimes.

Pour les anthropologues<sup>2</sup>, le « délit crée un lien entre la victime et l'auteur » ; ils parlent du « partage d'une souillure commune » « dans cette rupture de l'ordre social ». La victime se sent coupable de ne pas avoir été capable de faire respecter son intégrité physique ou moral. Les analystes montrent les mécanismes d'emprise utilisés par l'agresseur : la victime est d'autant plus détruite physiquement et psychologiquement et donc en difficulté de se défendre, que la violence est chro-

2 - Françoise Héritier, *Les fondements de la violence*, Analyse anthropologique, 2003

nique et vient d'un proche. Or les violences faites aux femmes sont essentiellement le fait de proches. Elles touchent une part importante de la population, et ont pour conséquences des problèmes de santé, voire la mort, et des difficultés sociales innombrables. Les violences faites aux femmes ne sont plus une affaire individuelle, privée, un « débordement de personnalités pathologiques » mais bien un fonctionnement social.

Les études féministes montrent également les mécanismes historiques et sociaux qui rendent ces violences invisibles. Les associations de femmes les premières, en posant le problème de la condition des femmes, tracent les cadres sociaux, idéologiques et psychologiques de la possibilité de ces violences et des réactions des victimes. Elles montrent que la pratique des médecins, des juges, des intervenants sociaux, sont en fait déterminés par ces cadres idéologiques qui passent sous silence et banalisent les faits, sans égard pour la réalité vécue des personnes.

Il s'agit de créer de nouveaux mécanismes pour permettre l'intervention du droit dans la sphère privée. L'étude du parcours de la demande de reconnaissance montre les obstacles, les failles du système de santé, de la justice, des institutions, et montre la nécessité de l'accompagnement des victimes par des associations et plus tard par des professionnels dans une réponse institutionnalisée, afin de reconnaître la victime.

#### **IV - Naissance de la Victimologie en Algérie**

La victimologie est liée à la décennie 1990, avec la vague d'assassinats, de viols et de massacres perpétrés par le terrorisme islamiste. Une phase de violence extrême a tétanisé la société et totalement bouleversé les codes, les normes, à la base de la cohésion sociale. C'est un moment de transgression absolue des tabous fondateurs de la société, qui a établi une

insécurité permanente, un climat de terreur qui a pénétré tout le tissu des relations sociales et la vie mentale individuelle.

Cette période a été précédée -et continue d'être caractérisée- par une violence diffuse qui accompagne les bouleversements sociaux. La société connaît des mutations démographiques profondes, une urbanisation rapide, des représentations du vivre ensemble qui ne sont pas encore partagées, des identités plurielles qui s'affrontent et une violence sexuelle qui caractérise, selon des analystes, les périodes de post-conflits. La perte des repères symboliques et spatiaux pour de nombreuses communautés déplacées et désaffiliées, la perte de la solidarité familiale, la dislocation des groupes communautaires, l'individualisation rapide et violente, ont des répercussions graves, particulièrement sur les catégories les plus vulnérables.

Au moment même du déchainement de ces violence extrêmes, toutes les autres formes d'atteinte aux droits des femmes, atteintes banalisées, individualisées et approuvées jusque-là, sont réapparues à la surface et perçues pour ce qu'elles étaient, des violences individuelles et collectives basées sur le sexe. Parce que les femmes dans cette conjoncture de violence politique subissaient l'enlèvement, le viol collectif et l'esclavage, toutes les formes de violence en tant de paix, sont apparues pour ce qu'elles étaient, un continuum de violence qu'il n'était plus possible d'ignorer. Les violences familiales, conjugales, dans l'espace public, les violences sexuelles, sont replacées dans le cadre du fonctionnement social et leur place nécessaire dans le mécanisme de subordination des femmes devient évidente.

Ces horreurs qui se sont déroulées dans une période courte, ont totalement traumatisé une société incapable de répondre à ces événements. Des médecins, des spécialistes de

la santé mentale, des anthropologues, des politiques, se sont regroupés pour analyser, expliquer, donner du sens à ce chaos et proposer une prise en charge des victimes. Que faire face à la souffrance insoutenable des individus ? Comment agir sur les déchirures du tissu social ? Chacun est partie prenante du corps social. C'est l'appartenance à la communauté et à ses constructions symboliques qui est lésée. Alors, répondre à l'urgence constitue le credo et l'expérience quotidienne des intervenants.

Dès 1992-93, les professionnels de la santé, les associations, les autorités judiciaires expérimentent l'enseignement du psycho-traumatisme, de la victimologie, des thérapies familiales. Des centres d'accueil de victimes sont créés, associatifs, institutionnels, des associations de victimes de terrorisme, de « disparus » aussi bien enlevés par les terroristes que par les autorités se créent. Le Samu médical est créé puis le Samu psy en 1997 par le Ministère de la Santé. Des associations comme la SARP, la Fondation Boucebcî des années 2000, l'association ONVT, Djazairouna, les associations de femmes comme SOS-Femmes en détresse, RAFD, le Croissant Rouge élaborent des guides, documents, manuels pour la prise en charge des victimes. Des professionnels de la santé physique et mentale, à Alger, Blida, Constantine et d'autres régions, chacun dans son lieu d'activité commencent à élaborer des réponses. Des instituts spécialisés comme Incofors enseignent la victimologie et forment des médecins et des psychologues de la DGSN. La DGSN<sup>3</sup> organise, après les grands massacres en 1998 de Rais et Bentalha, des rencontres sur la prise en charge des victimes. En 2003, on compte une cinquantaine de cellules fonctionnelles à travers 33 wilayas. Un numéro de centre d'écoute est créé.

3 - Direction générale de la sûreté nationale

Les premières sessions de formation en psycho-trauma sont organisées avec le soutien de diverses associations : Primo Levi, Psychologues sans Frontières, Médecins du Monde, et des séminaires internes élaborent des modes de prise en charge des victimes.

Le Ministère de la Solidarité a récemment créé le « Comité d'intervention psy » pour les catastrophes majeures, auquel participe le Réseau Wassila, et qui est déjà intervenu à plusieurs reprises. Le Ministère de la Santé a organisé un réseau de Centres intermédiaires de Santé mentale (CISM), destinés dans un premier temps aux victimes du terrorisme et des catastrophes majeures, devenus par la suite des centres de santé de proximité offrant les services de psychologues et de psychiatres à la population.

Actuellement l'INSP offre aux médecins des structures publiques des formations au dépistage des violences et le Réseau Wassila avec Médecins du Monde initie des formations pour les intervenants de la Santé pour la prise en charge des femmes victimes.

En 2005, la première enquête nationale sur les violences faites aux femmes est publiée et diffusée par l'Institut national de Santé Publique (INSP).

## V - Qu'en est-il sur le terrain du droit ?

Le Droit définit les atteintes à la personne dans une loi très égalitaire et généraliste, mais ignore les atteintes concernant les femmes qui restent tout à fait invisibles parce que non répertoriées et non enregistrées. Les statistiques de plaintes données par les autorités judiciaires sont révélatrices. Le 25 novembre 2008, dans un article de presse, la DGSN déclare qu'environ 4800 femmes ont déposées plainte en 2007 – mais quel pourcentage par rapport au nombre de victimes ?- et que 75% concernent des agressions perpétrées par un étranger,

alors que les diverses statistiques des services de médecine légale indiquent que le nombre de victimes agressées par leurs proches est beaucoup plus élevé que celui des victimes de violences commises dans l'espace public.

Les statistiques de notre centre d'écoute téléphonique montre une proportion infime de violences dans l'espace public par rapport aux violences conjugales. Cela signifie qu'il est encore bien difficile de porter plainte contre un membre de la famille : époux, frère, père, sans compter les crimes sexuels familiaux difficiles à révéler. Tous les cas d'inceste que nous avons accompagnés n'ont jamais été dénoncés et ne seront sans doute jamais l'objet de plainte au tribunal.

La volonté de nommer, de comptabiliser et d'enregistrer les divers types de violence, quelque soit le lieu où elles se produisent, et leur intensité, dénoterait d'une nouvelle conception du droit des individus à une vraie sécurité individuelle et la responsabilité de l'Etat à la faire respecter. Comment alors nommer, enregistrer dans la catégorie délit ou crime, les actes de violence quotidienne qui ne laissent pas de « traces physiques » ou « pas assez de traces » puisque seul le certificat d'incapacité temporaire de travail (ITT) de 15 jours est pris en compte par les autorités judiciaires dans une plainte, et que l'état psychologique de la victime n'est pas encore intégré dans l'évaluation de l'ITT ? Ces modalités constituent en fait, une dissuasion très efficace des victimes à porter plainte.

Entre autres failles de la justice, le code pénal a repris de la législation coloniale le vocabulaire imprécis des crimes de violences sexuelles qui efface totalement la victime, et qui concerne surtout les femmes et les enfants. Les notions de « crimes et délits contre la famille et les bonnes mœurs », « attentat aux mœurs », « actes contre nature », « attentat à la pudeur » ne qualifient pas les actes et n'identifient pas en temps que telle la personne victime.

Notre expérience d'accompagnement des femmes montre qu'au niveau de la justice les demandes de divorce sont souvent rejetées pour « raison insuffisante » quand la victime présente des certificats de Coups et blessures volontaires (CBV). Elle ne pourra demander le divorce qu'après qu'elle ait obtenu une condamnation de l'agresseur pour CBV, ce qui demandera beaucoup de temps (plusieurs années) et d'argent. Mais si elle veut sortir rapidement de l'enfer des violences elle devra demander le « kho'l » et payer sa libération.

Il faut rappeler les termes utilisés pour nommer l'enlèvement des femmes et le viol collectif durant la période aigüe de terrorisme islamiste : les médias utilisaient l'expression « atteinte à l'honneur des familles » ou « zouadj el motâ », créant ainsi une proximité avec les violences qui se produisent dans la famille, dans le silence des familles. De victime et de crime il n'en est guère question. Le silence est retombé. Le crime est resté impuni, non dit, contrairement aux autres crimes commis, les criminels ont été amnistiés dans la Réconciliation nationale et les victimes de viol n'ont été ni reconnues comme victimes ni indemnisées.

Cette tolérance de la société face à la violence à l'égard des femmes décourage la plupart à déposer plainte. C'est une « impuissance acquise » et non innée, les discours bien-pensants veillant à blâmer les victimes, et ce n'est pas une méconnaissance de la victime du droit au respect à l'intégrité physique ou mentale qui est en cause. Etant donné les liens de dépendance que les victimes entretiennent avec les agresseurs, certaines femmes sont isolées, séquestrées. La peur des représailles, la difficile démonstration de preuves « physiques », la crainte de d'être expulsée du domicile, le sentiment de responsabilité vis-à-vis des enfants, tous ces obstacles empêchent la victime d'accéder à la justice. C'est une manière de rendre intouchable cette zone de non-droit qu'est l'espace privé. La supposée égalité de la loi dans le code pénal, puisque tout citoyen peut

déposer plainte pour agression ou même insultes, est une égalité tout à fait formelle. Elle est donc non réelle, parce qu'elle n'est pas applicable, sans remise en question de ces obstacles et sans mécanismes de protection des victimes.

Mais cette sphère privée de non-droit est en même temps une sphère publique, parce qu'elle est le lieu de l'exemple, de la menace dirigée vers toutes les femmes, arme de dissuasion pour toute velléité de réaction collective, « Il n'est pas nécessaire de violenter toutes les femmes tous les jours pour obtenir une soumission collective. »

En principe aujourd'hui, plus personne ne peut se faire justice elle-même, et la prise en charge de la victime par sa communauté par la vengeance et la vendetta n'est plus légitime. « La justice coutumière et la vengeance, dit Ahmed Kerrou, chercheur tunisien, ont cette particularité, à la différence de la justice moderne, de ne pas tenir compte de l'intention des gens, elle ne fait qu'enregistrer le fait qu'une action a affecté le statut du groupe et de ses membres. Personne n'est individuellement responsable, que ce soit pour réclamer ou s'acquitter d'un droit ».

Mais nous pouvons dire que, pour la justice et le statut des femmes - nous l'avons constaté durant les années 90- toute avancée peut être remise en question. Le 19 août 2008, le journal Khabar faisait état d'un pacte en 15 articles, conclu entre des arch de Khenchela, Oum el Bouaghi, Ouargla, Hassi Messaoud, El Oued, constituant un véritable nouveau code pénal, fixant les peines pour les délits et crimes. Pour chaque délit ou crime une réparation financière est fixée : le crime prémédité est passible de 50 millions de centimes à verser à la famille. Pour le viol d'une vierge la sanction est de 8 millions, plus la dot de 10 millions, et l'obligation d'épouser la victime par le violeur, sans oublier le mouton pour la famille de la fiancée le jour des noces !!! »

Manifestement, l'absence de l'Etat ou le sentiment d'insécurité a poussé des populations à chercher à remettre un peu « d'ordre » dans le chaos. Mais quelle sera la situation politique et sociale si des groupes décident de nouveaux modes d'arbitrage pour chaque type de conflit ? Qu'en sera-t-il de la place de la Loi applicable à tous ? La prise en compte de la victime élaborée dans les réflexions juridiques les plus récentes risque de disparaître, particulièrement quand il s'agit des catégories les plus vulnérables, femmes et enfants.

Les violences envers les femmes ont donc un fondement commun : la domination sexiste. Elles s'inscrivent en partie dans un cadre culturel où l'utilisation de la violence représente « l'instrumentalisation » du « pouvoir masculin » légalisé et longtemps reconnu par l'ensemble de l'organisation sociale.

Dans notre société où, culturellement, l'apprentissage de la violence est légitimé, nous observons à terme, des dysfonctionnements qui entraînent des prédispositions à recourir à la violence dans les rapports aux femmes, dans un système social ayant permis de transformer l'agressivité humaine en violence organisée.

La femme, victime de violence, n'est pas malade, elle est blessée. La violence envers les femmes est une grave violation des droits fondamentaux de la personne humaine, notamment :

- Le droit à la vie
- Le droit à la sécurité
- Le droit à la liberté
- Le droit à la dignité
- Le droit à l'intégrité physique et psychique

La violence envers les femmes est l'une des violations des droits de la personne la plus répandue et cependant la moins

reconnue. En ce sens, la violence contre les femmes est une atteinte à la citoyenneté, une blessure citoyenne.

A travers le vécu des victimes, la violence prive les femmes :

- De liberté, en ce sens où la violence et ses effets, y compris traumatiques, limitent les espaces, les capacités de faire, de dire, d'agir, de se mouvoir, de vivre tout court.
- D'accès à l'égalité : le déni fréquent des violences par les professionnels et la société, ne permet pas toujours un traitement juridique et social du phénomène. Parfois la victime n'a même pas conscience d'être victime. Il faut la reconnaissance de la victimisation :
  - par la victime
  - par le corps social : la reconnaissance sociale devant aboutir à des modifications de la loi
  - par le politique

En plus de la violence subie dans le milieu familial, elle se trouve aussi pénalisée par l'absence de recours sociaux, par les difficultés procédurales, leur coût, leur inaccessibilité, par la perte de confiance dans les institutions en principe garantes de la sécurité comme dans celles chargées de la réparation. Tous ces éléments la découragent de porter plainte.

La diversité et l'ampleur des traumatismes subis par les victimes rendent impérieuse leur prise en charge globale, par des professionnels qualifiés, en transdisciplinarité et total partenariat.

L'Etat a le devoir de prendre des mesures positives pour prévenir les actes de violence à l'égard des femmes, les protéger de tels actes, punir les auteurs et offrir réparation aux victimes. La réparation passe par la reconnaissance sociale et par les soins. Ce travail se fait avec la mobilisation de différents

intervenants : juristes, psychologues, médecins, travailleurs sociaux.

Reconnaître la violence et la condamner est essentiel car son déni est une agression supplémentaire qui transforme la victime en accusée, l'enferme dans le silence et renforce son sentiment de honte et de culpabilité (« survictimisation »).

Condamner la violence c'est la situer au regard de la loi, c'est un pas vers la restauration de la citoyenneté. C'est ce qui permet d'accéder à la réalité objective des faits :

- la violence est interdite
- c'est une violation du droit
- elle entrave la liberté des femmes
- il n'y a pas d'excuse à la violence
- toute violence est un délit

Les victimes pourront sortir de l'impuissance et aller vers l'action et la reconnaissance de soi. L'auteur de la violence devra sortir de la toute-puissance, aller vers la reconnaissance de sa culpabilité en accédant à une forme de rééducation.

**2<sup>ème</sup> partie**

**VICTIME, VICTIMOLOGIE ET SANTE**

### **Pourquoi les professionnels de la santé sont-ils prioritairement concernés par ce problème ?**

Les violences ont un tel impact sur l'état de santé qu'il est impératif de sensibiliser et de former les professionnels appelés à prendre en charge les victimes. En effet, les violences entraînent de nombreuses pathologies plus graves les unes que les autres et peuvent même conduire à la mort. Aussi la formation à la prise en charge des victimes de violences, dans toute son ampleur et sa spécificité, est urgente et impérative. Elle fera des professionnels de la santé, sensibilisés et compétents, un maillon essentiel de la prise en charge. Chacun étant alors susceptible de percevoir l'importance de son rôle et de sa responsabilité, notamment dans le signalement des violences.

### **La place de la victimologie dans la pratique médicale**

La place de la victimologie dans notre pratique médicale est minime, négligeable aussi bien dans les institutions que dans la société à travers l'activité d'un nombre infime d'associations.

Pourtant la violence est omniprésente et interpelle non seulement les milieux sociaux et judiciaires, mais aussi le corps médical et plus généralement l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé.

Il est admis que la violence affecte la santé dans tous ses aspects, physique, psychique et sociale et qu'elle concerne la plupart des spécialités médicales.

Les personnes qui en sont les victimes peuvent en effet présenter un vaste éventail de pathologies susceptibles de les conduire vers de nombreux spécialistes, en quête d'un mieux être souvent impossible à atteindre, tant que le contexte violent – c'est-à-dire la cause – n'est pas pris en compte dans la démarche thérapeutique

Il est donc essentiel et urgent de développer **une approche médicale qui se focalise sur la violence**, la violence faite aux femmes en particulier

Une telle approche de « **médecine de la violence pourrait** » :

- Réduire les risques de morcellement des diagnostics et des soins
- Atténuer l'impact de cette violence et prévenir le danger de récurrence

### Evolution des idées et définition

La violence blesse, casse, affaiblit, rend malade.

Depuis quelques années et c'est une nouveauté dans l'évolution médicale, cette intrication de la violence et de la santé commence à être reconnue. La violence est considérée comme un facteur de morbidité au même titre que l'alcool, le tabac, la sédentarité...

En 1996, l'OMS souligne l'intrication violence-santé dans la définition de la violence : « l'usage intentionnel ou la menace de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, une personne, un groupe ou une communauté entraînant ou risquant d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime ».

La violence vise donc, en l'absence d'une nécessité d'autodéfense, à détruire l'autre.

Les femmes constituent une population particulièrement vulnérable. Lorsqu'elles consultent un service médical d'urgence, la violence est souvent en arrière plan du motif de la consultation (Cf l'enquête nationale, INSP 2005). Même la grossesse ne protège pas. Ces violences surviennent principalement dans le contexte intime du couple ; elles

sont par conséquent complexes à dépister, à prévenir ou à interrompre. Les enjeux affectifs, familiaux et économiques se conjuguent pour en empêcher ou en retarder la résolution.

Quoiqu'il en soit, il reste que, se poser la question d'une problématique de violence chez un ou une patiente ne vaut la peine, pour le médecin que s'il est prêt à en assumer la réponse.

En d'autres termes, il ne suffit pas de dépister la violence chez tous les patients ni même dans une population à risque comme les femmes, si rien n'est prévu pour tenter d'offrir des réponses à la violence ainsi dépistée.

Un tel dépistage ne pourrait être qu'improductif et stérile. Pire encore ! A la souffrance de la victime, s'ajouterait la déception si après avoir espéré qu'on pourrait l'aider, rien n'était véritablement fait dans ce sens ; la victime se verrait alors renvoyée à sa solitude et à son sentiment d'impuissance.

C'est précisément dans cet esprit qu'une « consultation spécialisée de la violence », focalisée sur la problématique violence et pouvant assurer une prise en charge originale, multidisciplinaire est à créer et à développer.

L'équipe devrait comprendre des médecins, des psychologues, des infirmiers, des sages-femmes, des assistantes sociales et des juristes afin de :

- Soutenir la victime et son entourage,
- Evaluer les diverses facettes de la problématique violente ;
- Orienter la victime vers des soins ou des aides ciblées que pourrait offrir le réseau médical, psychosocial et judiciaire.

La discussion de chaque cas se ferait en équipe.

## Conclusion

De toutes les études ressort nettement le mal-être des personnes confrontées à la violence- les femmes notamment-. Il existe dans cette population une véritable précarité médico-psycho-sociale qu'on ne peut ignorer et qui appelle à l'action. Travailler à y remédier, comme soignant, est d'autant moins facile que la complexité de certaines situations rend l'issue de la prise en charge incertaine et parfois décevante. C'est pourquoi AVIFE/Réseau Wassila a élaboré un guide à l'intention des professionnels de la santé.

La médecine ne peut s'esquiver devant cette souffrance, ni prétendre la soulager sans chercher à entrevoir l'ensemble des intrications. Certes, elle ne saurait agir seule dans un domaine où ses compétences spécifiques n'y suffirait pas. Elle doit donc apprendre à se déployer dans un champ d'action où les territoires du social et du juridique recoupent le sien. Elle peut, dans ce travail interdisciplinaire et en réseau, y perdre un peu de son autonomie, mais elle y gagnera à terme de l'efficacité et une image d'elle-même où pointerait peut-être une certaine fierté : celle d'avoir su allier science et conscience pour mieux combattre la violence

A

**VIOLENCES CONTRE LES FEMMES**

## **I - Dépistage et prise en charge médicale des violences contre les femmes**

Les violences contre les femmes sont un phénomène de santé publique d'ampleur épidémique (une femme sur trois selon l'OMS en 2013). Qu'elles soient physiques, sexuelles ou mentales, elles sont lourdes de conséquences sur la santé. On peut les qualifier de pandémie en ce sens qu'elles touchent toutes les sociétés et toutes les couches sociales. Elles ne doivent pas être abordées sous le seul aspect social ou légal mais doivent être considérées comme un fléau de santé publique.

La violence conjugale en est la forme la plus fréquente, huit fois sur dix c'est le mari qui est l'agresseur. Elle est la forme la plus cachée et on doit lui accorder la priorité. Tous les systèmes de santé du monde peuvent et doivent faire plus pour les femmes victimes de violence. Les prestataires de soins doivent être formés pour mieux repérer les victimes et assurer une prise en charge adéquate.

Trois situations où le corps médical a une place stratégique se présentent:

**1 – Les violences sont déclarées**, c'est le motif de la consultation, les lésions sont évidentes :

- L'accueil et l'écoute doivent être adaptés

Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
-Créer les conditions favorables à l'entretien -Avoir une écoute patiente, bienveillante, attentive et prolongée (prendre le temps) -Rassurer la patiente et lui expliquer que c'est elle la victime, que c'est lui l'agresseur, qu'elle n'est pas responsable de ce qui lui arrive, qu'elle doit se protéger -Lui dire que la violence est condamnée par la loi et que l'agresseur mérite d'être sanctionné.	-Mettre en doute ou corriger sa parole -Dédramatiser ou banaliser l'événement, lui conseiller l'oubli -Porter un jugement

- L'examen physique doit être complet, effectué avec douceur et attention

Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
-Rechercher les signes de gravité -Demander des examens complémentaires -Rassurer la victime	-Manquer de temps -Faire une prise en charge banalisée -Abandonner la victime dès la 1 <sup>ère</sup> consultation -Infliger un 2 <sup>ème</sup> traumatisme -Se substituer à la police ou à la justice

- Le certificat médical doit être descriptif ; c'est un certificat de médecine légale à usage d'information de la tutelle administrative, de la police ou de la gendarmerie et de l'autorité judiciaire.

## 2 – les violences ne sont pas déclarées mais le médecin décèle la présence de symptômes

Symptômes directs	Symptômes indirects
Physiques : céphalées, douleurs Psychologiques : troubles du sommeil, de l'attention Psychosomatiques : colopathies, palpitations Troubles prétextes : renouvellement d'ordonnance	Troubles du comportement chez la femme victime (détresse, confusion) Chez le conjoint : trop prévenant, intimidant, parlant à sa place Chez l'enfant : échec scolaire, peut être victime lui-même de l'agresseur

Tous ces signes conduisent au repérage de violences et impliquent :

- Un accueil et une écoute particuliers
- La connaissance de la triade caractéristique : céphalées, insomnies et/ou cauchemars, troubles de la concentration
- De tenir compte du temps de latence du psycho-traumatisme (PTSD)
- D'établir la hiérarchie des plaintes et des besoins thérapeutiques
- D'orienter selon la priorité (vers un psychologue, une assistante sociale) en accompagnant la victime
- D'établir un certificat médical et psychologique

## 3 – le dépistage systématique

Il doit se faire lors de toute consultation, quel qu'en soit le motif, même si la patiente ne présente pas de signe et ne parle de rien : il faut penser systématiquement à la possibilité de violence et mettre en confiance la patiente.

- La femme victime est une personne blessée qui a peur et a honte : la mettre en confiance pour favoriser la révélation
- Il faut savoir poser les questions, parler de l'ampleur du phénomène, expliquer que ses problèmes de santé peuvent être en rapport avec une violence, l'interroger sur sa relation avec son conjoint.

#### **4 - Dans toutes ces situations, les professionnels de la santé doivent être en mesure:**

- D'évaluer la gravité de la situation
- D'assurer les soins et de constituer un dossier
- De rédiger un certificat descriptif et le lui remettre (même si la victime ne le demande pas)
- D'informer la victime de ses droits et de l'orienter vers les institutions spécialisées.

Ils peuvent également Informer et alerter les autorités compétentes (avec l'accord des victimes) car le signalement est le moyen le plus efficace pour les protéger.

Pour conclure, cette citation du Pr Roger Henrion :

*« Face à ce problème les professionnels de la santé ont un rôle clé dans le dépistage des violences, le recueil de l'histoire et la rédaction d'un certificat médical qui est une pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte : mais le médecin est souvent pris en tenaille entre le secret médical et la non assistance à personne en danger. En règle générale, le médecin ne doit pas être seul, mais doit s'entourer d'une équipe pluridisciplinaire »*

## **II - Conséquences médicales et sociales des violences conjugales**

### **Introduction :**

Il nous semble intéressant d'aborder la violence par les effets qu'elle provoque : le stress, la souffrance et la perte du sentiment de sécurité.

- ✓ Le stress se traduit par une perte du bien-être, par une perte de l'intégralité mentale et physique (bases anatomo-physiologiques).
- ✓ La souffrance est variable par son intensité, sa symptomatologie, sa topographie.
- ✓ Le sentiment de sécurité est classé en deuxième position dans la pyramide de Maslow (1943) après les besoins biologiques nécessaires à la survie de l'individu dans son intégrité physique et mentale ainsi que sa dignité au sein de sa société.

### **1 - Les conséquences médicales**

La violence est toujours incriminée dans la genèse des différentes pathologies développées par les victimes de violences ;

Elle rend malade, elle tue car la société la considère comme une affaire privée n'autorisant pas son ingérence.

Les difficultés du diagnostic sont dues :

- ✓ Soit à la symptomatologie noyée dans un tableau clinique où les signes de souffrance et de stress dus à la violence sont au premier plan ;
- ✓ Soit à des difficultés dues à la victime elle-même, par sa non disponibilité et sa non accessibilité, par la rupture de soin due à son isolement, par sa solitude et son silence

Aussi une règle d'or doit toujours être observée c'est de ne jamais conclure à une origine « psychogène » avant de rechercher une cause organique

Les pathologies rencontrées sont nombreuses et peuvent atteindre tous les appareils, digestif, pulmonaire etc...Ainsi nous pouvons observer :

- L'asthme et toutes les affections allergiques des voies respiratoires,
- Des colopathies,
- Des dermatoses allergiques (eczémas, vitiligo...),
- des rachialgies (cervicalgies, dorsalgies, lombalgies...),
- des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars ...),
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, obésité...),
- des troubles neurologiques : céphalées, vertiges, pertes de connaissance (à signaler le cas particulier d'un accident vasculaire cérébral, chez une jeune femme sans antécédent médical pouvant expliquer sa survenue, qui a été provoqué par des tentatives multiples de strangulation ayant entraîné des lésions carotidiennes à l'origine de l'AVC),
- des troubles du comportement psychique tels que dépression..),
- sans compter évidemment des lésions dues aux coups et blessures (plaies, contusions, fractures, ecchymoses...).

**2 - Les conséquences sociales** touchent aussi bien la victime que son environnement familial.

### **2-1. conséquences sur la victime elle-même**

La violence entraîne un isolement de la femme qui en est victime ; cela se traduit souvent par :

- Le silence, la rupture du lien avec sa famille, avec son entourage, avec la société en général ;
- L'isolement par rapport au système de santé : pas de soins, pas d'accès à la contraception ni au planning familial avec comme conséquences des grossesses multiples et sans aucun suivi ;
- Des difficultés d'adhésion au traitement et à sa bonne observance dues souvent au dénuement ou à l'impossibilité de présenter les documents exigés vu les obstacles administratifs insurmontables pour leur obtention ;
- Des difficultés aussi lorsque la femme, malade ou hospitalisée, est obligée de se présenter au tribunal pour une procédure judiciaire relative à son divorce (annoncé parfois au cours de son hospitalisation) ou pour obtenir la pension pour ses enfants.

### **2-2. conséquences sur sa famille et notamment ses enfants**

Nous avons souvent rencontré des enfants qui présentent :

- Des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, ...), des situations de malnutrition et de carences,
- Des troubles du développement mental et staturo-pondéral,

- Des troubles du sommeil : insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes, ...
- Des troubles du comportement sphinctérien : énurésie, encoprésie,...
- Des déficits dans le rendement scolaire ou paradoxalement un surinvestissement dans la scolarité ; les cas de déscolarisation ne sont pas rares, dus le plus souvent au changement fréquent de résidence voire à une situation de SDF
- Des infections répétées dues au manque d'hygiène vu la précarité et parfois même à l'absence de soins voire de vaccination.
- Des troubles du comportement : fugue, violence, délinquance, toxicomanie...

## Conclusion

La violence conjugale rend malade, elle tue. Il n'est plus question de continuer à en en faire une affaire privée. Nous devons donc nous mobiliser pour son dépistage, son identification et sa prise en charge.

## III - Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale par les professionnels de la santé

Fléau social universel, la violence conjugale représente le type de violence la plus fréquente. Elle s'inscrit dans un cercle infernal, une escalade qui peut aller jusqu'au meurtre. Elle concourt à détruire la victime.

La violence peut s'exprimer de plusieurs manières : verbale, morale, économique, physique et sexuelle.

Dépister, prendre en charge, signaler la violence conjugale se heurte à d'innombrables difficultés qui relèvent aussi bien des victimes elles-mêmes que des intervenants, en premier lieu des professionnels de la santé.

Cet exposé tentera d'énoncer -sans pouvoir être exhaustif bien sûr- les principaux obstacles et freins auxquels se heurte la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

### Quel sont les objectifs de notre approche ?

D'abord parfaire nos connaissances sur ce type particulier de violence et améliorer la perception que nous avons des victimes ;

Ensuite, la prise de conscience et l'analyse de nos difficultés, en tant qu'intervenants, nous aideront à les

surmonter, notamment en renouant avec le sens de certaines notions, telles par exemple que la responsabilité et le secret professionnel

## **1 - Certaines difficultés sont liées aux victimes elles-mêmes**

### **1.1- La non identification des violences**

La prise de conscience est impossible ou tardive, car la violence conjugale s'apparente à une « norme sociale » qui accorde à l'époux le droit de violence en toute impunité. Dans la sphère privée (espace de non droit) « la femme est soustraite à la protection de la loi, tandis que l'homme lui est soustrait à la sanction de la loi ».

La prise de conscience est impossible dans le cas de violences sexuelles : les rapports sexuels forcés sont souvent supposés faire partie intégrante du « devoir conjugal ». Cette idée peut malheureusement être confortée par les croyances dites religieuses. Si une femme pense qu'elle ne peut refuser une relation sexuelle à son mari, elle n'aura pas conscience d'être violée (viol conjugal) si en fait il abuse d'elle. De même elle ne reconnaîtra pas certaines pratiques comme des agressions.

### **1.2- La non dénonciation des violences subies**

Les victimes hésitent pour des raisons multiples et variées : Elles ne sont pas conscientes du fait que les symptômes qu'elles présentent sont liés aux violences subies. La majorité consulte pour des motifs indirects. Elles minimisent la gravité du problème et de ses conséquences ; elles banalisent les risques qu'elles encourent :

- Elles ont l'espoir d'un changement : alternance de violences et de marques d'affection et de regrets ;

- Il n'y a pas de traces visibles de violences physiques, car il « sait frapper » ;
- Elles n'imaginent pas qu'il peut y avoir un risque vital

Elles craignent d'être l'objet d'opprobre. Elles éprouvent un sentiment d'humiliation et de honte par rapport à leur propre comportement: d'où une acceptation, une impuissance consciente. En réalité, il s'agit d'une impuissance forcée, de la passivité du fait de supporter en silence (tesbar) qui s'érigent en une paradoxale forme de protection : « forme de défense qui à la longue se transforme en impasse ».

Cette impasse est d'autant plus dommageable qu'elle peut être vécue dans la culpabilité. Elles font l'objet d'un conditionnement conformément aux normes sociales et culturelles, aux croyances religieuses: interdiction de se plaindre, de faire état de ses difficultés, de parler de son intimité. L'impasse induite par « l'impuissance consciente » et évoquée précédemment, perdure dans le temps et se perpétue à travers les générations : combien de mères enseignent à leur fille la nécessité de supporter en silence.

Donc, la « passivité » avec laquelle certaines femmes vivent la violence conjugale ne correspond pas à une tendance psychologique innée, mais bel et bien à un conditionnement psychosocial concret. Elles font l'objet de pression de la part de la famille et de la société qui réprochent le divorce. En fait la victime subit de multiples formes de dissuasion : police, médecins, juges...

Elles craignent les conséquences de la dénonciation, pour elles-mêmes et pour leurs enfants, en cas de rupture :

- Menaces et représailles du partenaire et de sa famille
- Menaces de privation des enfants-

- Risque de privation du soutien économique du mari : une femme seule, privée de protection et de soutien financier – si par exemple elle est jetée à la rue – court davantage de risques d'agression et d'exploitation.

**1.3- Les femmes victimes manquent d'accès** à l'information sur l'assistance disponible, sur l'accès aux soins et à l'aide ce qui peut par ailleurs être aggravé par des difficultés économiques et financières.

**1.4- Les structures** susceptibles de répondre aux besoins des victimes sont quasiment inexistantes, et lorsqu'elles existent-elles, elles sont insuffisantes et inappropriées pour l'accueil et l'écoute.

**1.5- Nous constatons également un manque de confiance** dans les structures existantes : peur que le personnel médical ne déroge au secret professionnel (problème de confidentialité), peur d'être vue par des personnes du voisinage, surtout en zone rurale où tous se connaissent.

En résumé, le professionnel de la santé peut être confronté à trois situations sources de difficultés :

- Les violences conjugales sont tues car non identifiées : impuissance consciente et impasse ;
- les violences ne sont pas déclarées par la victime: signes d'appel et motifs de consultation indirects qui doivent être repérés lors du dépistage ;
- Les violences sont dénoncées mais ce sont les victimes elles-mêmes qui rencontrent des difficultés et:
  - présentent des attitudes qui contrarient ou freinent la prise en charge
  - ne donnent que des informations parcellaires ou contradictoires

**2 – Les difficultés que rencontrent les intervenants** sont dues notamment :

– **A la surcharge de travail** en particuliers dans le secteur de la santé. Ils n'ont pas toujours de temps pour l'accueil, pour l'écoute, pour rédiger les certificats descriptifs, et encore moins pour assurer un suivi dans la durée d'un problème « social ».

– **A la résonance des émotions** et au phénomène d'identification à la victime : les intervenants se protègent, parfois inconsciemment, de leurs émotions en négligeant volontairement ou non les signes d'alerte de la violence.

A l'inverse, lorsque dans sa vie personnelle, l'intervenant a été confronté à la violence comme témoin, comme victime (ou comme agresseur), le phénomène d'identification à la victime peut interférer dans la relation et la compliquer.

– **Au conformisme social**, c'est-à-dire au partage des valeurs et attitudes qui prévalent dans la société, en dehors de toute réflexion et remise en question personnelles. Ce qui peut conduire à :

- Minimiser ou banaliser certaines formes de violences, alors que la **négation constitue une seconde violence**.
- Considérer que tout ce qui appartient aux relations intimes est d'ordre privé.
- Eviter de parler d'un sujet touchant au tabou de la sexualité. Etre convaincu qu'il est normal que la femme se soumette aux désirs sexuels de son mari alors qu'elle subit un « viol conjugal »
- Avoir des préjugés vis-à-vis des mères célibataires, des prostitués(es), des homosexuels.

– **A la crainte de porter préjudice** à la victime en lui conseillant de porter plainte et à l'appréhension qu'une dénonciation ou un signalement soit non seulement inefficace mais s'avère dangereux.

– **A la promesse du secret** que la victime impose à l'intervenant. Celui-ci est alors placé dans une situation de « **témoin impuissant** ».

– **Au manque d'information** et de formation des intervenants : l'accueil, l'écoute, l'accompagnement des victimes, la rédaction des documents médicaux sont des compétences qui s'apprennent.

– **A l'entrave aux droits des professionnels** par les pouvoirs publics et les institutions lorsque l'intervenant exerce dans des structures où dominent des rapports de force, de pouvoir et où un fonctionnement hiérarchique, rigide, favorise l'autoritarisme.

– **A l'absence de structures** d'accueil, d'hébergement et de prise en charge.

Il n'y a encore dans notre pays, aucune mesure réelle de protection des femmes victimes de violence, aucun changement dans la situation concrète malgré et en contradiction avec les annonces et les déclarations des pouvoirs publics et le projet national de lutte contre les violences faites aux femmes lancé il y a plusieurs années par le Ministère de la Condition féminine et de la Famille.

Dans ces conditions, les intervenants sont rarement en mesure d'offrir une solution durable à la victime.

– **A la méconnaissance** des difficultés des victimes et de certaines de leurs attitudes

En n'aucun cas, les intervenants ne doivent juger ni se sentir disqualifiés. Il n'est pas question non plus que les intervenants se substituent aux victimes lors de la prise

de décision qui appartient à la personne concernée. Il faut toujours, au contraire, reconnaître et saluer les efforts et actes de résistance parfois infimes, en n'oubliant pas que sortir d'une situation de violence conjugale est souvent un processus long et dangereux.

– **A l'abandon par les médecins** (en dehors des médecins légistes) de la rédaction du **certificat médical descriptif**, alors que **cette prérogative revient à tout médecin**, surtout au premier consulté en urgence, au moment de l'agression.

De plus, le certificat médical descriptif doit mentionner les conséquences psychologiques des violences et la durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT).

– **A l'absence de signalement des violences**

Signaler les violences revient à les dénoncer afin de les faire cesser. Certes, Il y a un compromis délicat à trouver entre le respect du secret professionnel d'une part (obligation pénale) et la responsabilité de mettre en œuvre tous les moyens de protéger les victimes d'autre part (obligation morale). Le résultat est que les professionnels renoncent au signalement même lorsqu'il y a péril immédiat et risque vital.

**3 – Le rôle des professionnels de la santé ou comment pallier ces difficultés**

**3.1- L'analyse « sociopolitique »** de la violence contre les femmes (violence conjugale en particulier) montre que celle-ci ne peut être considérée simplement comme un comportement isolé ou accidentel dans la relation entre individus (le fait de conjoints « anormaux » ou psychopathes) mais doit être reconnue comme un **phénomène social** touchant toutes les catégories sociales, toutes les cultures.

C'est un phénomène social lié au **statut** de la femme tout au long des siècles : la violence représente une forme de contrôle et de domination des femmes par les hommes.

Dans ce sens, **lutter** contre la violence faite aux femmes s'inscrit dans le mouvement de transformation des relations hommes/femmes, fondé sur **l'égalité**. La violence entre conjoints devient alors une responsabilité collective, ce qui veut dire que c'est à toutes et à tous de travailler pour parvenir à modifier les comportements individuels, les structures sociales, les institutions et la Loi.

- Changer la Loi pour que la violence conjugale, spécifiquement qualifiée, sorte du chapitre général des coups et blessures volontaires (CBV).
- Changer la Loi dans l'intention de criminaliser la violence conjugale et faire de son signalement une obligation pénale.

### **3.2- Etre en attitude d'alerte pour dépister les violences** (notamment la violence conjugale), c'est se rappeler que :

- Le dépistage systématique des violences fait partie de la consultation
- C'est une intervention préventive essentielle
- La meilleure façon de déceler les violences consiste à poser des questions lors de l'interrogatoire routinier.

### **3.3- La condamnation des violences doit être explicite et catégorique**

Cette prise de position est essentielle pour que les victimes se sentent légitimées dans leur ressentiment et leur désir de changer les choses. Les violences :

- Sont inacceptables quelle que soit leur nature. Leur négation serait une seconde agression.

- Sont graves du fait de leur impact sur la santé, voire la vie. Certaines situations jugées dangereuses sont des urgences et nécessitent d'organiser la protection des victimes.
- Sont punies et il est important d'énoncer la loi et d'informer les victimes sur leurs droits fondamentaux afin d'accompagner et encourager leur recours à la justice.

### **3.4- L'identification des acteurs et des responsabilités doit être précisée :**

- C'est l'agresseur qui commet les actes violents
- C'est la victime et à ses enfants que l'on doit assurer la protection.
- c'est lui-même, l'intervenant, qui manifeste l'aide et la solidarité avec la personne qui souffre, doit lui garantir la confidentialité et l'assurance qu'aucune action ne se fera sans son consentement.

### **3.5- Le signalement a pour but de protéger la victime**

- En cas de péril immédiat, il est fait application de l'article 182 du Code Pénal portant sur la non-assistance à personne en danger ;
- En dehors d'un danger immédiat le signalement est fait :
  - **par la victime elle-même** chaque fois que cela est possible car un des objectifs de l'accompagnement est de la convaincre que le recours à la justice est essentiel pour sa réparation afin d'être reconnue dans un premier temps comme victime, puis dans un second temps, de sortir de la victimisation ;
  - Par le **professionnel** avec le **consentement** de la victime grâce à la relation de confiance qui s'est établie entre eux ;

- Par le(s) professionnel(s) dans le cadre de la concertation et du partage du secret et de la décision; cette décision est à débattre et à prendre collectivement dans le cadre d'un réseau de professionnels.

### **Remarques**

- Les lois sont très importantes et les dérogations au secret professionnel doivent y figurer, que ce soit dans le code pénal, dans le code de déontologie ou la loi sanitaire ;
- Mais le jugement personnel, en conscience, principe d'éthique professionnelle, transcende les lois.

Le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales se heurtent aux obstacles conjugués du fait, et des victimes, et des intervenants, au premier rang desquels se placent les professionnels de la santé. Ces difficultés sont aggravées dans notre contexte, particulièrement défailant en matière de protection des femmes victimes de violences.

Néanmoins, ce phénomène, ravageur pour les individus et le corps social tout entier, relève d'une responsabilité collective notamment de celle des professionnels de la santé qui trouvent là une occasion, en pionniers, de défricher une spécialité nouvelle – la **victimologie**.

## **IV - Les violences sexuelles à l'encontre des femmes :**

### **Le rôle des professionnels de la santé**

Les violences sexuelles exercées sur les femmes constituent un problème de santé publique important et ce partout dans le monde. En effet, elles ont des répercussions à court et à long terme sur la santé physique et psychologique des victimes ainsi que sur leur bien-être social.

La problématique des violences sexuelles à l'encontre des femmes concerne tous les professionnels de la santé. Tous les médecins notamment, quels que soient le mode et le lieu d'exercice, peuvent être amenés à accueillir une personne victime de violences sexuelles.

Leur rôle est essentiel pour prendre en charge physiquement et psychologiquement cette personne, pour l'informer et l'orienter le cas échéant.

Le médecin est bien souvent la première personne à qui la victime pourra se confier: après une telle négation de son identité, reconnaître sa parole, c'est reconnaître son existence, c'est déjà participer au soin.

Il convient en effet de rompre la loi du silence qui trop souvent entoure les violences sexuelles, agressions longtemps subies comme une fatalité.

L'évolution des connaissances et de la pratique médicales

ainsi que la reconnaissance du caractère fondamental de l'écoute et de l'accueil de la personne victime permettant désormais un protocole de prise en charge adaptée.

Chaque étape de ce protocole comporte des enjeux déterminants : l'accueil, l'examen clinique et les prélèvements, la rédaction du certificat médical, le traitement et son suivi, l'accompagnement psychologique immédiat et à plus long terme, l'information, l'orientation.

### 1 - Définitions et types de violences sexuelles

Rappel : « la violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant 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 » (Assemblée générale des nations Unies, 1993)

Selon l'OMS, la violence serait la dixième cause de décès chez les femmes entre 15 et 44 ans.

- **Violences sexuelles** : »Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne, quelle que soit sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (OMS, 2002)
- **Viol** : pour les lois internationales lorsque la pénétration par un pénis ou un objet est perpétrée par la ruse, la contrainte, la force ou le chantage

Pour la loi algérienne, lorsque la pénétration d'un pénis, dans le vagin uniquement, a lieu par la force.

Exemples de violences sexuelles :

- Viols, tentatives de viol, relations forcées avec un tiers
- Inceste, abus sexuel
- Exploitation sexuelle, prostitution forcée, esclavage sexuel
- Propos obscènes, outrage à la pudeur, avances sexuelles importunes, harcèlement sexuel
- Examens gynécologiques forcés (pour s'assurer de la virginité)

### 2 - Données générales

**Les données existantes** sont souvent incomplètes et ne révèlent que la partie émergée de l'iceberg : selon le rapport de Human Right Watch de 2005, une (01) victime sur trente (30) déclare avoir été agressée.

Il est donc difficile d'estimer le nombre réel de victimes et parmi elles, la part de celles qui bénéficient d'une prise en charge spécifique (médicale, juridique, psychologique ou sociale) est minime puisque seules, 53% des femmes cherchent de l'aide après un viol ; et parmi celles-ci, 80% s'adressent au secteur médical. Leurs inquiétudes majeures concernent :

- Les risques de maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH-SIDA
- Le risque de grossesse  
Pour la majorité d'entre elles, la demande d'assistance intervient en moyenne 5 mois après le viol.

### 3 - Les freins à la prise en charge

- Du côté des victimes, ce sont :

- La peur de l'opprobre, du rejet familial et social, de représailles
- Le sentiment d'humiliation, de culpabilité
- La minimisation du problème : l'impossibilité de reconnaître certaines pratiques sexuelles comme étant des agressions
- Les normes religieuses et culturelles
- Les difficultés économiques et le manque d'accès aux soins
- Du côté des intervenants on constate :
  - que la violence sexuelle est un sujet qui provoque des réactions émotionnelles fortes, touchant au tabou de la sexualité (malaise, évitement), à son caractère privé
  - Un manque de temps, de moyens, de formation
  - L'inexistence de structures d'accueil et de centres spécialisés

**4 – Les conduites à tenir (CAT) en cas de viol ou de tentative de viol dans le cadre de l'urgence médico-légale et médico-psychologique**

**4.1 Le premier conseil** urgent est à donner à la femme victime de violence sexuelle : ne pas se laver ni changer de vêtements, car il faudra faire des prélèvements sur les vêtements et sur le corps. C'est malheureusement le 1<sup>er</sup> réflexe de « dignité » de la victime : effacer les traces de ce qu'elle vient de vivre, se présenter correctement pour être respectée.

**4.2 Quelle attitude doit avoir l'intervenant?**

- Il est indispensable d'établir une **relation de confiance** avec la victime : nous sommes là pour l'aider et pour la rétablir dans son état de sujet et non d'objet (car c'est ce

qu'on lui a fait ressentir pendant l'agression). Il faut lui transmettre le message suivant : ici nous vous reconnaissons comme victime et nous allons vous entendre et vous aider. Il faut qu'elle sente par votre attitude que vous la respectez.

- Il faut **prendre le temps** de l'écouter et avoir une attitude chaleureuse et attentive. Les victimes sont parfois confuses, imprécises, contradictoires. Nous devons être patients.
- Notre attitude ne doit **jamais être culpabilisante** quelles qu'aient été les circonstances. Nous devons éviter les réflexions qui remettent en cause le comportement de la victime, du genre : «...mais qu'est ce que vous faisiez là toute seule ? Comment avez-vous cru ce que ce monsieur vous disait ?... »

**4.3 L'intervenant doit adjoindre systématiquement** les services d'un(e) psychologue si c'est possible, même lorsque la victime semble bien supporter le choc et qu'elle ne demande rien.

**4.4 Il doit personnaliser** la relation (expliquer ce qu'on va faire et pourquoi) et l'inscrire dans le **suivi** : ce n'est qu'au bout de six mois que la victime sera certaine de ne pas être contaminée par le VIH et la dépression peut apparaître plus tard encore.

**5 – Quel est le rôle du médecin ?**

**5.1 Ecouter et noter scrupuleusement le récit de la victime**

Il est important que la victime soit écoutée, encouragée à raconter les événements. Bien que cela soit difficile pour elle de mettre des mots sur ce qu'on lui a fait et de revivre ces événements, verbaliser les faits l'aidera à laisser venir

sa réaction, colère, pleurs, etc...et à éviter ainsi les séquelles psychologiques graves.

## 5.2 L'examen

Il faut éviter à tout prix que la victime vive cet examen comme un deuxième viol. Si on lui explique bien ce qu'on va faire et pourquoi, elle participera à l'examen et se sentira active et protégée. Des précautions sont à prendre :

- La nécessité de l'examen doit être expliquée le plus rapidement possible : constitution du dossier légal, diagnostique et traitement le plus rapide possible pour éviter les conséquences.
- La famille accompagnante doit être exclue de l'examen, même et surtout si la victime est mineure, pour éviter qu'elle n'exerce une pression sur celle-ci.
- Si la victime refuse l'examen ou est manifestement effrayée, on peut préférer une échographie à un toucher vaginal.

L'examen consiste en :

- -Un état des lieux et une description des lésions visibles
- -Un état de l'hymen (un hymen intact n'exclut pas la possibilité de contamination ni de grossesse ; on peut être vierge et enceinte, vierge et infectée !)
- -Une évaluation de l'état psychologique
- -Noter les plaintes de la victime : douleurs d'organes et plaintes diverses même si cela ne paraît pas avoir de rapport direct avec les faits

## 5.3 Les actes d'aide au diagnostic

- - **Des prélèvements** peuvent être effectués sur les vêtements: poils, ongles, sang, sperme ou autres sécrétion mais aussi terre, végétaux
- La recherche de **sperme** qui se fait à l'examen direct au microscope et le prélèvement **d'ADN** à envoyer au laboratoire spécialisé (police judiciaire) doivent être effectués 2 jours maximum après le viol. Il faut pour cela que la victime porte plainte. Cet examen est essentiel pour identifier l'agresseur (fiable à 100%)

La recherche d'une **maladie sexuellement transmissible (MST)** ou d'une infection sexuellement transmissible (IST)

- Par **prélèvement vaginal** (et buccal ou anal systématiquement car la victime n'osera peut-être pas parler de ces agressions-là). Bien que légalement en Algérie, le viol n'implique qu'une pénétration vaginale, toute pénétration peut être contaminante.

On fera donc systématiquement un examen bactériologique général et une recherche de gonocoque, parasite, chlamydia et herpès.

- **Un prélèvement de sang** permettra de préciser l'immunité au moment du viol (jour 0 ou jour X si elle vient après X jours) en effet si la patiente n'est pas contaminée au jour 0 et qu'elle présente ensuite une immunité, on peut dater la contamination et donc impliquer l'agression comme responsable de celle-ci.

Cet examen est à refaire ensuite pour le suivi de la victime:

- syphilis et hépatite B et C au bout de 30 jours (J30)
- HIV après 3 mois (J90) et J120 (suivi de 4 mois )

**Remarque :** il est essentiel de suivre la patiente pour voir

l'évolution de son immunité et pouvoir la traiter dès que possible. Il faut donc personnaliser la relation médecin-victime pour que ce suivi soit possible. C'est une grande responsabilité de la part du médecin.

#### 5.4 – La recherche d'une intoxication par des drogues

- Examen neurologique : pupilles, réflexes, etc...
- Prises de sang et prises d'urine pour rechercher : alcool, cannabis, morphine, cocaïne, amphétamines (ecstasy), benzodiazépines (notamment le rohypnol ou flunitrazépam ; connu comme « drogue du viol » car il provoque des amnésies)

**Remarque :** durée de vie du rohypnol dans le sang : 2 jours ; au bout de 4 jours on ne trouve plus de traces ni dans le sang ni dans l'urine.

#### 5.5- La recherche d'une grossesse

Examen gynécologique manuel et/ou échographie pour s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse déjà en cours, ce que la patiente pourrait très bien ignorer (et dans ce cas le traitement antibiotique peut être différent ainsi que les décisions à prendre et à discuter avec la patiente).

Dosage beta HCG par prise de sang ou test d'urine à Jo et à J15

#### 5-6 Les traitements systématiques préventifs à effectuer Jo pour éviter le pire sans attendre les résultats du laboratoire

- **Pour éviter la grossesse**, la pilule du lendemain est à prescrire le plus vite possible, dans un délai maximum de 72 heures après le rapport sexuel (Norgestrel 0,75mg dès que possible et une deuxième 12h après) ; cette prescription n'est efficace qu'à 80%.

#### - Pour éviter les infections

- Doxycycline 100 à 200 mg par jour pendant 10 jours pour éviter les parasitoses et le chlamydia (mais n'évite pas l'infection par le gonocoque, ni l'herpès ni la syphilis)
- Anti VIH à faire le plus rapidement possible (24H au plus tard mais reste encore un peu efficace jusqu'à 72 h) : combivir qui est l'association de 2 anti-rétroviraux
- Vaccination contre l'hépatite B
- Vaccination contre le tétanos
- **Il faut noter de ne pas négliger le traitement tardif** si un « virage » immunitaire ou une MST/IST sont dépistés par les examens de laboratoire; c'est là un argument supplémentaire pour insister sur la nécessité du suivi dans les conditions et la durée précédemment détaillées.

Ce protocole de prise en charge adopté le plus tôt possible après l'agression – véritable urgence médicale et médico-légale – devrait être enseigné à tous les médecins dont la responsabilité est ici majeure. Malheureusement, dans notre pays, il est largement méconnu et très peu mis en œuvre, mis à part peut-être les services de médecine légale. Il faut plaider pour sa diffusion et sa pratique généralisée au bénéfice des femmes victimes de violences sexuelles.

#### 5.7. La rédaction du certificat médical

Celui-ci doit mentionner toutes les lésions physiques, l'état des vêtements, l'état psychique (agitation, abattement, agressivité) et être le plus précis et détaillé possible

Il doit être daté (avec l'heure), signé clairement et comporter le relevé de tous les examens et prélèvements pratiqués au jour Jo. Il doit mentionner que les résultats (jusqu'au jour J 120 !) et leur interprétation feront l'objet d'un complément

d'information également utilisable en justice. Ainsi que la possibilité de troubles psychiques ultérieurs et des réserves quant à la vie sexuelle ultérieure et à la fécondité de la victime.

**L'évaluation de l'incapacité temporaire de travail (ITT)** est différente de l'arrêt de travail : elle conditionne la sanction pénale contre l'agresseur.

### **Conclusion**

Toute violence sexuelle laisse des séquelles dans l'histoire du sujet. En l'absence de soins, l'aggravation, parfois même après un temps de latence, se poursuit, retentissant sur l'environnement social, professionnel et familial de la personne victime.

C'est pourquoi le regard médical de protection, d'humanité, la mise en mots des sensations et des lésions corporelles, la délicatesse du geste, la préoccupation du devenir sont autant d'éléments que les professionnels de la santé doivent offrir à la victime pour lui permettre aussi bien la restauration de son corps altéré et éprouvé que la cicatrisation de ses blessures morales.

Aussi, le protocole de prise en charge adopté dans le cadre de l'urgence notamment, doit être un document connu et partagé, outil indispensable et guide de bonne pratique en direction du corps médical.

Bien entendu les autres aspects de la prise en charge, incluant idéalement les services de sécurité, juridiques et psychosociaux, ne sont pas à négliger en particulier la prise en charge juridique ; car la reconnaissance par la loi, par la justice, du préjudice subi et sa réparation ont eux aussi des effets thérapeutiques.

Cette notion de prise en charge en synergie et en cohérence est le gage d'un accompagnement pertinent de la victime pour l'aider à se reconstruire.

## **B**

# **VIOLENCES CONTRE LES ENFANTS**

## **I - Les divers types de violences sur enfants**

Les maltraitances faites aux enfants sont un problème de société et de santé publique. Selon l’OMS (1999) ce sont « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitements négligents, d’exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la survie de l’enfant, son développement ou sa dignité dans le contexte d’une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».

Les enfants paient un lourd tribut à la violence avec des conséquences catastrophiques sur leur développement psychomoteur, sur leur santé et leur personnalité.

Selon l’OMS (2014):

- 40 millions d’enfants de moins de 15 ans souffrent de maltraitance et d’abandon moral
- 34 000 enfants sont victimes d’homicide

La violence est paradoxalement fréquente dans les univers théoriquement les plus protégés, où devraient régner amour, soins, protection et sécurité (la famille, les milieux institutionnels de l’éducation, de la santé, de la protection des personnes).

Les violences faites aux enfants sont les plus cachées, particulièrement quand l’auteur est une personne dont ils dépendent. Il arrive que ni l’enfant ni l’auteur d’un acte de

violence ne voient rien d'inhabituel ou de répréhensible, cet acte étant considéré comme une punition justifiée et nécessaire. L'enfant victime peut se sentir honteux ou coupable et croire que la violence était méritée.

La violence peut causer la mort ou infliger des blessures. Elle peut inciter les enfants à fuir le foyer et à être exposés à d'autres risques.

Historiquement et socialement, les violences sont presque toujours présentées comme une fatalité, comme inhérentes à la condition humaine, justifiées au nom de l'éducation, de l'amour, de la sécurité. Alors qu'elles ne sont ni « naturelles », ni légitimes, ni logiques, ni cohérentes.

## 1 – Les violences physiques

Ce sont des agressions physiques d'un enfant par un adulte. Elles peuvent impliquer coups de pied, claques, coups de ceinture ou de divers objets, le fait de le mordre, de le secouer, de l'étrangler, de le brûler, de l'intoxiquer, ou de lui tirer les cheveux ou les oreilles.

Ce sont celles que l'on découvre le plus rapidement car elles sont apparentes sur le corps de l'enfant. La gravité des lésions ne dépend pas que de la violence des coups portés, mais de l'âge de l'enfant. Le syndrome du bébé secoué peut provoquer un traumatisme crânien (hémorragie cérébrale, privation d'oxygène) provoquant le décès ou des séquelles neurologiques graves.

Elles apparaissent dans la famille, à l'école, dans les institutions, dans les centres. Les auteurs peuvent être les parents, des membres de la famille, des éducateurs, des professeurs, les autorités et parfois même d'autres enfants.

Elles sont souvent considérées comme « **violences éducatives ordinaires** », donc bien tolérées, ressenties comme normales voire indispensables. Les conséquences peuvent être dramatiques. Le pire c'est la mort, mais l'enfant survit à la violence il peut en garder des séquelles. Le plus souvent elle ne laisse pas de traces, c'est pourtant l'un des problèmes les plus graves auxquels les enfants sont confrontés.

## 2 – Les violences sexuelles

Selon la définition de l'OMS, « l'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'une personne adulte, ou au moins sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre plusieurs formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viols, incestes ou prostitution de mineurs »

L'enfant est utilisé comme objet sexuel, soumis à la toute puissance de l'adulte ou d'un semblable plus âgé que lui.

- 20% de femmes et 5 à 10 % d'hommes déclarent avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance.
- En Algérie, la DGSN a enregistré 1818 plaintes pour violence sexuelle sur enfant en 2013, 622 durant les 4 premiers mois de 2014.

Les violences sexuelles sont les plus destructrices et les moins dénoncées. Elles peuvent être commises sur des enfants très jeunes, voire même des bébés.

Elles sont à l'origine des plus forts pourcentages d'états de stress post-traumatiques particulièrement en cas d'inceste. L'inceste est une violence sexuelle intrafamiliale, commise entre les membres d'une même famille, au sens élargi du terme.

Les violences sexuelles sont rarement identifiées; les agresseurs sont rarement identifiés, encore moins dénoncés. Déni et loi du silence règnent en maîtres: c'est le prototype du « crime parfait ».

Les violences sexuelles restent sous-estimées, méconnues, souvent déniées, voire tolérées. Et pourtant, elles sont très graves et engendrent des atteintes à l'intégrité physique et psychique, avec des conséquences sociales et personnelles dramatiques, avec des vies fracassées si aucune prise en charge n'est instituée.

Par ailleurs il est rare que la victime d'un agresseur soit seule à subir des violences sexuelles. Il est alors essentiel de rechercher d'autres victimes potentielles et de les protéger.

### **3 – Les violences psychologiques ou émotionnelles**

L'enfant est soumis à des violences verbales, dites psychologiques telles que les insultes, les menaces, les terreurs, les humiliations, l'intimidation, l'exploitation, le rejet, l'absence totale de lien affectif ou de parole.

L'enfant est exposé à la violence familiale, qu'il en soit directement ou indirectement témoin. C'est la forme de maltraitance la plus difficile à détecter, alors que le retentissement sur le développement psycho-affectif de l'enfant peut être grave.

Cette forme de violence est souvent associée à d'autres formes de maltraitance : une violence physique va entraîner une terreur psychologique et une peur des coups, d'autant plus que les actes physiques violents sont accompagnés d'insultes et d'humiliation.

### **4 – Les négligences graves**

Elles peuvent se définir comme un manquement au devoir de satisfaire les besoins physiques et psychologiques fondamentaux d'un enfant. Elles sont difficiles à définir et à détecter : l'enfant peut être privé de nourriture, de sommeil, d'hygiène, de vêtements, de soins, ce qui peut entraîner la mort ou des maladies.

Les violences dues aux difficultés économiques doivent être distinguées des négligences graves : les enfants peuvent quitter très tôt l'école pour le travail ou la mendicité. Ils peuvent se retrouver dans la rue avec un risque majeur de subir toutes sortes de violences, de devenir des esclaves domestiques, sexuels. Ils peuvent être otages de réseaux de pédo-criminalité.

### **Conclusion**

La violence vis-à-vis des enfants n'est jamais justifiable ni inévitable.

L'histoire de la violence contre les enfants est l'histoire du silence ; invisible et cachée, elle reste inconnue.

Il est essentiel à la fois pour les pouvoirs publics et pour chaque citoyen, de prendre conscience de ce fléau.

La lutte contre cette violence envers les enfants commence par l'identification des actes violents. La dénonciation et le signalement de ces actes devraient devenir une obligation pénale.

Il faut protéger et soigner les victimes, prévenir les violences par la sensibilisation et l'information de tous les professionnels de l'enfance (secteurs médicaux-sociaux, de l'éducation, associatifs et judiciaires) sur leurs caractéristiques, leurs conséquences et sur les droits de la personne.

Le respect des droits de l'Homme commence par la manière dont une société traite ses enfants.

Le 27 mars 2014, l'ONU a adopté une résolution à laquelle l'Algérie a adhéré, portant sur la prévention et la lutte contre la violence faite aux enfants intitulée « ***mettre fin à la violence contre les enfants, un appel global pour rendre visible l'invisible*** »

## **II - Violences à l'égard des enfants: signes d'alerte et conséquences**

La violence à l'égard des enfants représente un problème de santé publique important, en raison de sa fréquence élevée et des conséquences tragiques à court et à long terme ; souvent, lorsqu'elle se passe dans la famille, cette violence reste invisible (pas de plaintes), et l'enfant survivra comme il pourra, avec toutes les conséquences dramatiques pour son développement.

### **1. Les signes d'alerte**

Les enfants victimes de violences, s'expriment difficilement et parfois ne s'expriment pas du tout, sur ce qu'ils ont vécu ; Ils subissent souvent la situation comme étant normale ou s'en accommodent, de plus ils disposent de peu d'influence et de force pour changer la situation existante.

Pour aider le plus tôt possible ces enfants, afin que cette violence ne détruise totalement leur avenir, nous devons être attentifs au moindre signe d'alerte tels que :

#### **1.1- Des déséquilibre dans le fonctionnement de l'organisme**

Ces déséquilibres se traduisent notamment par :

##### **- Des troubles du sommeil**

Les enfants violentés ont peur d'aller au lit, refusent de s'endormir, ont souvent le désir de garder les lumières

allumées, font des cauchemars, se réveillent souvent la nuit

### - Des troubles de l'appétit

On retrouve souvent chez les enfants violentés un état d'anorexie ou au contraire de boulimie

### - Des troubles physiques

Des troubles de type énurésie, encoprésie, sont souvent décrits.

## 1.2- Des troubles psychoaffectifs

Les enfants violentés ont souvent des changements d'humeurs, ce sont des enfants très nerveux, agités, agressifs mais aussi coléreux : ils manquent souvent d'attention, de concentration avec une absence d'écoute et ont une conduite de négation avec refus.

La plupart de ces enfants, se sentent abandonnés, n'ont plus confiance en eux, ce qui fait qu'ils perdent le contact avec la réalité jusqu'au retrait social.

## 1.3- Des troubles psychosomatiques

Des éruptions cutanées, des douleurs abdominales des troubles digestifs, une incontinence urinaire, des céphalées sont souvent présents chez ces enfants.

## 1.4- Des déficits ou des retards dans les apprentissages

Les enfants violentés ont de grandes difficultés dans le domaine de l'apprentissage, à la propreté, à la parole avec souvent la présence de bégaiement, mais aussi aux bonnes conduites.

## 2 - Les conséquences

Les conséquences des violences sur enfants, sont multiples, souvent destructrices et peuvent se manifester tout au long de la vie.

## 2.1- Les conséquences physiques

On constate souvent un déficit en poids et en taille (négligence grave), un mauvais état général, des blessures physiques (fractures, contusions, cicatrices,...), des blessures neurologiques graves et permanentes avec des conséquences ultérieures sur le développement, par exemple lorsqu'il s'agit d'enfants secoués.

Chez ces enfants, les pathologies liées au stress (migraine, problèmes respiratoires, digestifs, cutanés, HTA,..) apparaissent

## 2.2- Les conséquences psychologiques

La violence subie pendant l'enfance bouleverse l'équilibre psychologique de la victime. Des cauchemars répétitifs, de l'anxiété, de l'agressivité, de la colère, sont fréquents. Chez les victimes d'agression sexuelle, s'ajoute un sentiment de culpabilité et de honte.

Par ailleurs, ces enfants ont une attitude méfiante face aux membres du même sexe ; que crainte engendrer la dépression, le repli sur soi et même un retrait social.

Si l'enfant est exposé d'une manière prolongée à la violence, il peut présenter des troubles psychologiques plus importants : des idées suicidaires, des niveaux accrus d'anxiété, de peur, de colère, et de culpabilité, des difficultés à distinguer le réel de l'imaginaire, des difficultés à résoudre des problèmes sociaux.

## 2.3- Les conséquences sur le comportement

Les enfants victimes de violences vont présenter des troubles du comportement : timidité, peur des étrangers, inadaptation scolaire ou des problèmes de socialisation avec les camarades. Durant la période de l'adolescence apparaissent des troubles

alimentaires (anorexie, boulimie) mais aussi, des notions de fugues, de délinquance, de prostitution, de toxicomanie jusqu'au suicide.

Devenu adulte, l'enfant violenté pourra intégrer le cercle de la criminalité, avec une tendance à la violence et à la dépendance chronique à l'égard des substances illicites.

#### **2.4- Les conséquences sur les études**

L'une des conséquences les plus dévastatrices de la violence envers les enfants est sans doute son incidence sur le rendement scolaire. Le rythme de travail et d'apprentissage est inférieur à la moyenne ce qui aura pour conséquences des résultats scolaires faibles avec des redoublements. A l'opposé on peut observer un surinvestissement scolaire, sorte de « fuite ».

#### **2.5- Les conséquences sur la vie sexuelle**

La violence subie pendant l'enfance a une incidence néfaste sur la perception qu'a l'enfant de la sexualité et elle aura pour conséquences, une curiosité sexuelle exagérée, une simulation d'actes sexuels avec la fratrie et les amis.

À l'adolescence et à l'âge adulte, les enfants violentés continueront de manifester des comportements sexuellement inadaptés.

#### **2.6- Les conséquences sur les relations interpersonnelles**

La violence infligée aux enfants peut les empêcher d'avoir des relations satisfaisantes et adéquates avec autrui, même à l'âge adulte.

Ces enfants victimes de violences sont toujours perçus, comme ayant un comportement socialement indésirable (perte d'amis intimes, problèmes relationnels).

#### **2.7- Les conséquences sur la perception de soi**

Les enfants victimes de violences, seront enclins à se dévaloriser. Cette violence est associée à une image de soi déformée ou extrêmement négative qui s'acquière dès l'enfance et qui persiste toute la vie. Ils ont généralement l'impression d'être méchants, dépourvus de qualités ou peu attachants ; on retrouve chez eux, des niveaux extrêmement faibles d'estime de soi, une difficulté à maintenir une identité cohérente, un dégoût de soi, une autodépréciation, voire une haine de soi.

#### **Conclusion**

Les violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, subies par les enfants ont des conséquences graves qui peuvent se retrouver tout au long de leur vie ; aussi, il est vital de les reconnaître le plus tôt possible ; afin d'apporter aide et assistance à ces enfants et leurs parents.

### III - Abus sexuels sur les enfants : définitions : signes d'alertes et conséquences

Il ne fait aucun doute que les abus sexuels constituent un problème important dans notre société, en raison de leur fréquence et de leurs conséquences.

#### 1 - Définitions

- Dans la littérature pédiatrique mondiale, est utilisée surtout l'expression «abus sexuels» et les définitions les plus fréquentes :« Toute interaction ou tout contact sexuel avec un enfant, inapproprié pour l'âge de celui-ci ou pour son niveau de développement, accompli dans le but d'une stimulation sexuelle ou d'une gratification de l'adulte ou même d'un enfant plus âgé »
- Au Canada, on utilise le terme « agressions sexuelles » pour les enfants et pour les adultes. La définition retenue est: « Agresser sexuellement une personne. c'est lui imposer des attitudes, des paroles ou des gestes à connotation sexuelle contre sa volonté ou sans son consentement, en ayant recours à la manipulation affective ou matérielle, à l'intimidation, à la menace, au chantage ou à la violence verbale, physique ou psychologique, de manière évidente ou non et qu'il y ait évidence ou non de lésion ou traumatisme physique ou émotionnel. Il y a agression, que l'agresseur soit connu ou non, et peu importe le sexe et l'âge des personnes agresseurs et des personnes agressées ».

- Pour notre part nous utiliserons l'expression générique de « violences sexuelles » par référence aux articles 19 et 34 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989, car la violence sexuelle sous entend toujours un rapport inégalitaire, un rapport de domination.

#### 2 - Les différents types de violences sexuelles

- Lorsque les gestes se produisent entre des enfants du même âge, il faut distinguer les jeux sexuels « normaux » de l'abus proprement dit.  
Pour faire cette distinction, il faut tenir compte :
  - De l'âge des participants
  - De leur niveau de développement
  - Des gestes posés
  - De l'utilisation ou non de contrainte
- On peut diviser les gestes d'abus en trois catégories:
  - Les gestes d'abus sans contact avec l'enfant: exhibitionnisme, voyeurisme, pornographie
  - Le viol : pénétration vulvaire ou anale par le pénis
  - Les autres gestes d'abus avec contact physique: contact oro-génital, pénétration de la vulve ou de l'anus par un objet, attouchements, masturbation

#### 3 - Les Signes d'alerte

- Suite à un ou des abus sexuels, dans la plupart des cas, l'enfant se sent coupable de cette situation « je n'aurais jamais dû faire ce que j'ai fait »;
- Il est souvent anxieux ou a peur de la réaction de la personne à qui il pourrait se confier;
- l'enfant est troublé, il peut manifester un changement de comportement, il vit une situation difficile.

### **Les indices qui se manifestent à court terme**

- L'enfant a tendance à se tenir à l'écart des autres, à se replier sur lui-même, à s'isoler ; Il éprouve des difficultés à accompagner une personne
- Il s'adonne à des jeux sexuels ou fait des récits mimés de comportement sexuel
- Il a un sommeil agité (cauchemars)
- Il souffre d'infections, de troubles digestifs
- Il semble troublé, distrait, anxieux ; il est turbulent, déconcentré et inattentif
- Il éprouve un sentiment de culpabilité et de faible estime de lui-même
- Il délaisse ses activités préférées et a une baisse remarquable de son rendement scolaire ou au contraire présente un surinvestissement scolaire.
- Il présente des troubles alimentaires: perte ou gain de poids, vomissements fréquents
- Des troubles physiques: énurésie, encoprésie, douleurs abdominales, infections urinaires, démangeaisons de la région génitale
- Des troubles du sommeil: cauchemars, peur d'aller au lit, désir de garder les lumières allumées, réveils nocturnes
- Il présente des troubles du comportement: irritabilité, automutilation, retrait social, agressivité extrême ou passage à l'acte, comportement séducteur inhabituel avec les enseignants, les camarades ou d'autres adultes

### **4 - Les conséquences des abus sexuels**

4.1 La plupart des séquelles d'abus sexuels sont **psychologiques**, elles sont multiples, destructrices, elles restent souvent indélébiles. Elles peuvent donner des

manifestations durant l'enfance, l'adolescence et même la vie adulte.

Ces conséquences peuvent se manifester de plusieurs manières et à différents moments de la vie, en fonction de l'âge, du lien qui existe entre l'abusé et l'agresseur, de la nature, de la fréquence des abus vécus, et aussi de l'attitude de l'entourage face à ce drame.

C'est une expérience traumatisante, qui modifie sa perception cognitive et/ou émotive, ses capacités affectives, son développement psychologique et sexuel, le concept de soi de l'enfant, sa vision du monde et qui se manifeste par :

- La participation de l'enfant à des activités sexuelles non-conformes à son stade de développement (rapport de dépendance face à l'adulte)
- Un enfant ressentant des sensations physiques dans cette relation sexualisée pourrait développer un sentiment de confusion et de culpabilité.
- Des préoccupations sexuelles inappropriées, curiosité sexuelle excessive, comportements sexuels compulsifs,
- le concept de soi peut être affecté par cette confusion.

Elle est une cicatrice d'une blessure au niveau émotif

- C'est un mécanisme transmettant à l'enfant des messages négatifs à son égard, modifiant, du même coup, son image de soi :
- Affectif l'enfant se sent méchant, honteux, coupable et cela entraîne des sentiments dépressifs

### **4.2 Conséquences au niveau social**

L'enfant peut s'associer avec des pairs marginaux ou encore s'isoler des pairs

C'est le processus par lequel une personne dont dépend la victime, lui cause du tort. Plus l'enfant a un rapport de confiance avec l'abuseur, plus ce sera traumatisant pour lui

- **Conséquences émotives et sociales**

- Besoin de retrouver la confiance et la sécurité perdues
- Développement de comportements d'hostilité, de colère et d'isolement
- Sentiments négatifs à l'égard des parents, ou de la mère, (en cas d'inceste)
- sentiments de peur, de colère ou de méfiance à l'égard des hommes

- **le sentiment d'impuissance :**

Il est la conséquence du processus par lequel la volonté, les désirs et le sens d'efficacité de l'enfant sont entravés. Ce sentiment d'impuissance augmente quand l'enfant tente de contrer l'abus sans succès ou encore lorsque l'abus comporte de la violence physique ou des menaces.

#### 4.3 Impact visible de l'abus sur le comportement de l'enfant abusé

- **Chez les très jeunes enfants**

- Surtout des troubles comportementaux et des conduites sexuelles anormales (socio-affectif)

- **Chez les enfants d'âge préscolaire**

- Des cauchemars,
- De l'angoisse,
- Des signes dépressifs,
- Quelques préoccupations d'ordre somatique,
- Des conduites régressives,
- Des troubles de la conduite sexuelle,

- De l'agressivité labile,
- Des déficits du développement (affectif).
- **Chez les enfants d'âge scolaire**
- Signes de dépression,
- Des angoisses phobiques, des phobies
- Des sentiments de manque de confiance, de dégoût, de colère et de haine,
- Des traits de « parentification »,
- Une faible estime de soi,
- Des problèmes narcissiques ou d'identité,
- Des sentiments profonds de culpabilité,
- L'impression d'être différent des autres,
- Des troubles du sommeil (affectif)

- **Chez les jeunes adolescents**

Les troubles sont plus « enkystés » avec :

- Des signes majeurs de dépression,
- une image de soi dévalorisée,
- des troubles identitaires,
- des blocages émotionnels importants,
- des conduites asociales et autodestructrices,
- une détresse psychologique souvent accompagnée d'idées mortifères, d'idéation suicidaire, de passage à l'acte, de troubles de la sexualité (affectif)

## Conclusion

L'abus sexuel envers les enfants est une réalité troublante et tellement dévastatrice qu'elle devrait soulever une réprobation universelle.

En raison de ses conséquences à cours et à long terme, il est important d'être vigilant face à cette possibilité chez les enfants et savoir reconnaître les symptômes ou les signes d'appel.

Les professionnels qui côtoient des enfants ont un rôle important à jouer pour identifier des situations possibles d'abus sexuels.

## IV - Les violences sexuelles recensées au service de médecine légale de Zéralda – Etude rétrospective : avril 2004 à avril 2007.

Le recensement des cas a été réalisé par le biais de la consultation de médecine légale et sur réquisition judiciaire : police judiciaire de la sûreté de daïra ou de sûreté urbaine (Staouéli, Sidi-Fredj, Douaouda, Bou Haroun, Palm Beach) et de magistrats. Trois (3) cas ont été vus dans le cadre d'expertise pénale sur jugement du juge d'instruction.

Cette étude a concerné un nombre total de 186 victimes, dont 123 de sexe féminin et 63 de sexe masculin.

### Répartition des victimes selon le sexe et par tranches d'âge

âge	4 à 17 ans	Plus de 17 ans	total
Sexe féminin	72	51	123
Sexe masculin	41	22	63
Ensemble	113	73	186

## Résultats de l'examen médico-légal

### Victimes de sexe féminin (123 cas)

Lésions somatiques	Lésion de l'hymen	Lésion anale	Lésion de l'hymen et anale	grossesse	Examen négatif
15	38	14	08	04	65

### Victimes de sexe masculin (63 cas)

Lésions somatiques	Lésions anales	Examen négatif
08	13	31

## Les résultats de l'étude

1 – L'examen des victimes de violences sexuelles s'effectue sur réquisition

2- Les victimes recensées résident à Zéralda, Staouéli, Fouka, Douaouda, Bou Ismail, Bou Haroun, Aï n Bénian, Sidi Fredj, Palm Beach.

3 – Les victimes âgées de moins de 17 ans sont deux fois plus touchées que les adultes, autrement dit on rencontre 2 victimes mineures pour une victime adulte.

- Quelle que soit la tranche d'âge, nous retrouvons 3 victimes de sexe féminin pour une victime de sexe masculin.
- Dans un cas sur trois, l'examen médical est négatif puisqu'on note l'absence de traces de lésions ou de violence corporelle et/ou génito-anale. Cela n'exclut pas la réalité des violences sexuelles.
- Quatre cas de violences sexuelles se sont compliqués de grossesse.

## Discussion

Le médecin amené à examiner une victime de violences sexuelles doit savoir que son attitude aura des répercussions à trois niveaux :

- Sur le plan médico-légal, en raison de l'examen et des prélèvements qu'il sera amené à faire immédiatement après l'agression d'une part, du certificat descriptif qu'il devra remettre à l'autorité requérante d'autre part, l'absence de trace de lésion de violence n'exclut par l'éventualité d'une agression sexuelle.
- Sur le plan médico-légal, en raison des soins d'urgence qu'il peut être amené à dispenser, mais surtout pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles ou des grossesses et pour l'orientation vers une prise en charge psychologique.
- Sur le plan psychologique pour tenter d'atténuer les conséquences graves des violences sexuelles

## Conclusion et recommandations

1 - Il est important de rappeler les limites de l'examen médico-légal, dans les cas d'agression sexuelle notamment sur mineur ; ce qui incite à la prudence dans l'interprétation des données cliniques et souligne l'intérêt de le coupler avec l'examen somatique et psychologique.

2 - Il est indispensable d'ouvrir des unités de consultation de victimologie qui facilitent l'accès des victimes de violences sexuelles à des structures de soins et de prise en charge tant psychologique que sociale et ainsi d'améliorer la prévention.

3 - Il est nécessaire de créer des pôles de référence régionaux dont les missions sont multiples :

- Ils ont un rôle opérationnel proprement dit assurant l'accueil et la prise en charge des victimes 24h/24 ;
- Ils ont aussi un rôle de conseil d'information et de formation des personnels de santé ;
- Ils assurent la coordination de la prise en charge des victimes notamment pour qu'elles puissent disposer d'un certificat médical de qualité et que soient réalisés les prélèvements au plus vite et de façon convenable ;

4- La prise en charge doit être pluridisciplinaire, associant le médecin traitant, le médecin légiste, un psychologue et éventuellement des chirurgiens (dont chirurgien pédiatrique), un biologiste, un radiologue. Cette prise en charge pluridisciplinaire peut dans certains cas s'inscrire dans un suivi à moyen et long terme afin d'évaluer les résultats des constatations médico-psychologiques initiales.

L'hôpital est donc le lieu le plus adapté pour la prise en charge des violences sexuelles, offrant l'unité de lieu de neutralité et d'indépendance ainsi que le meilleur et le plus complet des plateaux techniques que les victimes sont en droit d'attendre

## V - Violences sur enfants : le droit de l'enfant à la protection<sup>1</sup>

### Introduction

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) adoptée par l'organisation des Nations Unies en 1989 et ratifiée par l'Algérie en 1993 proclame dans son article 3 :

« L'enfant a droit à une aide et à une assistance spéciale ; l'enfant en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux ; les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes responsables de lui, et prennent à cette fin toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes les formes de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements et d'exploitation y sexuelle. »

### 1 - Le signalement : une obligation « nécessaire »

Pour que le problème de l'enfant maltraité puisse être soulevé et afin que les services compétents puissent être informés et réagir, il faut signaler chaque cas au service concerné. Se posent alors :

- La question du secret professionnel auquel sont tenus les professionnels, notamment de la santé et son encadrement légal : comment passer du secret « devoir de dis-

création » au secret partagé ? Dans quels cas et comment lever le secret professionnel ?

- La non assistance à personne en danger, en péril, du fait de la non-dénonciation de crime ou de mauvais traitement ;
- Les risques de maltraitance engendrés par un signalement

## 2 - L'état des lieux

En Algérie, il n'y a pas d'obligation pénale de signalement mais la loi sanitaire de 1990 recommande « aux médecins de dénoncer les sévices sur enfants mineurs et personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ».

Par ailleurs le Code de déontologie médicale recommande lui aussi le signalement.

## 3 - Pour illustrer la situation : présentation d'un cas

### Rappel des faits

Le 2 avril 2009, un garçon âgé de 14 ans, accusé à tort de vol, a été séquestré et torturé par un proche parent en présence d'un adulte : trainé sur un sol rugueux, pieds et poings liés, tentative de strangulation avec un fil électrique, brûlure par cigarette au niveau de la main, giflé avec force, menace de mort.

Pour sauver sa peau, la victime réclame la présence de la gendarmerie pour faire des aveux ; celle-ci auditionne la victime et les auteurs des violences.

Les parents décident de ne pas porter plainte ; l'enfant décide de relancer l'affaire seul ; mais la gendarmerie clot le dossier.

## Examen clinique

L'enfant très perturbé psychologiquement se sent trahi par ses parents ; il les menace de fugue et de suicide, ce qui pousse sa mère à l'accompagner à ma consultation.

Il ne tient pas en place, il a le regard très triste, il est inquiet et se tord les mains.

Il tourne le dos à sa mère et c'est lui qui répond à mes questions

## Bilan lésionnel

L'enfant présente de multiples traces de violence : plaie contuse du cuir chevelu, région occipitale gauche, abrasion épidermique de toute l'hémiface droite, plaque ecchymotique de toute l'hémiface gauche et de la lèvre supérieure, sillon de strangulation autour du cou, très prononcé à sa face antérieure, brûlure du 2<sup>ème</sup> degré à la face dorsale de la main droite; multiples abrasions épidermiques au niveau des deux genoux.

## Commentaire

Cet enfant, victime de violence, n'a pas été protégé :

- Par ses parents restés silencieux devant cet acte horrible car commis par un proche de la famille ;
- Par la personne adulte témoin de cette scène de violence ;
- Par la gendarmerie qui a classé l'affaire sur simple refus de dépôt de plainte par les parents : n'a-t-elle pas obligation d'enquêter et de poursuivre les auteurs de violence ?

Le fait de ne pas punir cet acte de violence, de ne pas avoir pris toutes les dispositions pour protéger cet enfant n'est-il pas un manquement ?

Le médecin, qui n'est pas protégé par des textes de loi, et au nom du respect du secret médical, sera-t-il sanctionné s'il fait un signalement ? (dans ce cas particulier, j'ai contacté la gendarmerie qui a relancé l'affaire) ; s'abstenir de signaler n'est-il pas une abstention fautive ?

Les violences faites aux enfants sont graves, elles ont de redoutables conséquences sur leur intégrité psychique et physique ; elles sont une atteinte à leur dignité et à leur droit fondamental de vivre en sécurité et de se développer dans un environnement psychoaffectif adapté à leurs besoins essentiels.

Les violences faites aux enfants ont un impact négatif important sur leur santé mentale, sur la santé physique, sur la qualité de vie: sur la vie scolaire, professionnelle, sociale, personnelle et affective.

### Conclusion

La violence faite aux enfants est un véritable problème de santé publique.

Les violences faites aux enfants, si elles sont prises en charge précocement, n'entraînent pas de troubles psycho-traumatiques. La prise en charge de ceux-ci par des soins spécialisés est efficace et permet une récupération des atteintes neurologiques et des fonctionnements psycho-neurobiologiques et la prévention des violences futures.

Rendre son signalement obligatoire, en fixer les modalités, pénaliser le silence est une véritable urgence.

Le signalement, mécanisme permettant aux services compétents de prendre les mesures qui s'imposent pour protéger l'enfant, doit s'inscrire dans la loi algérienne.

## VI - Les violences sexuelles sur enfants : l'expérience du Réseau Wassila

### Introduction

#### - Définitions et généralités

L'utilisation par un adulte d'un enfant ou d'un adolescent à des fins sexuelles est désignée par les expressions suivantes :

- **Abus sexuel**, ce qui sous-entend qu'il y un « usage sexuel normal » de l'enfant !!!
- « **Infractions sexuelles** », « **sérvices sexuels** »

Nous parlerons en ce qui nous concerne de « **violences sexuelles** », **par référence** aux articles 19 et 34 de la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) de 1989.

La violence sexuelle sous entend un rapport inégalitaire, un rapport de domination.

Dans notre code pénal, il n'existe pas de définition des différentes formes de violence sexuelle, à la différence des législations canadienne ou française où viol, atteinte sexuelle et agression sexuelle sont qualifiés ce qui implique une sanction pénale.

C'est un phénomène universel, tabou, considéré comme rare, difficile à croire, très peu étudié, grandement sous-estimé,

d'une »banalité« terrible et d'un pouvoir de destruction rare, qui justifie une meilleure connaissance de son ampleur, de son impact et des ses conséquences à long terme.

Chaque fois qu'un enfant devient objet et non pas sujet en devenir, sa santé, sa personnalité, sa vie affective et intellectuelle, son évolution sont menacées.

– **Le Réseau Wassila**, créé en 2000 est un groupement d'associations et de personnes qui accompagnent des femmes et des enfants victimes de violences (aide médicale, psychologique, sociale, juridique).

Le Réseau a été sollicité en 2003 par des parents d'enfants des deux sexes (une douzaine, majoritairement des filles), victimes de violences sexuelles de la part de leur enseignant. Ce qui a donné lieu :

- A des actions directes envers les enfants victimes et indirectes par le biais des parents et des associations de parents d'élèves : soutien, informations sur les démarches médicales et juridiques, et surtout orientation vers des actions en justice et une prise en charge psychologique des enfants.
- A des actions auprès d'institutions administratives, juridiques et politiques
- A des journées d'étude et des publications (trois entre 2005 et 2008) avec le soutien de SOS Village d'enfants Algérie et l'UNICEF.

## 1 - L'expérience du Réseau Wassila

Nous nous sommes appuyés sur le dépouillement des fiches établies lors des permanences d'accueil et au niveau du centre d'écoute téléphonique entre 2005 et 2012. L'analyse des résultats appelle les commentaires suivants :

- 80 des personnes accueillies ont mentionné avoir subi une violence sexuelle ; 49 étaient des enfants (27 filles et 22 garçons) et 31 des adultes (29 femmes et 2 hommes). Près de 3 victimes sur 4 sont de sexe féminin.
- Les demandes d'aide se font à parts presque égales lors des permanences (38) ou par le biais de l'écoute téléphonique (42) ; en ce qui concerne les enfants elles sont plus exprimées lors des permanences ; en ce qui concerne les adultes deux fois plus lors de l'écoute : le téléphone permet l'anonymat.

## 2 - Qui sont les victimes ?

- La répartition des 49 enfants victimes par âge et par sexe au moment de la demande, montre la prédominance des filles (27) sur les garçons (22) surtout au moment de l'adolescence, leur jeune âge : 58% de moins de 10 ans, dont un de moins de 3 ans.

Ce sont d'abord les mères (35 sur les 49 cas) qui parlent de la violence subie par l'enfant, puis les pères (6), ensuite des membres de la famille ou des enseignantes (2). Trois enfants mineurs (2 filles et 1 garçon) se sont adressés eux-mêmes au Réseau. Parmi les 35 mères, 5 avaient elles-mêmes vécu des violences sexuelles.

- Parmi les 31 adultes qui ont sollicité le réseau, ce sont essentiellement des femmes (28) qui révèlent des violences sexuelles vécues durant l'enfance (particulièrement l'inceste). Souvent c'est la 1<sup>ère</sup> fois qu'elles en parlent. Deux hommes ont sollicité un soutien (dont l'un était handicapé mental).

Pour la quasi majorité de sont des personnes de moins de 40 ans. Toutefois certains avaient entre 50 et 60 ans. Ce qui montre bien qu'il s'agit d'une trace indélébile.

- En ce qui concerne les types de violence subies, pour l'essentiel (54 sur les 80 personnes accueillies) il s'agit d'incestes, dont les 2/3 ont été révélés avant l'âge de 10 ans et 2/3 ont concerné des filles.
- En ce qui concerne le cas particulier des incestes ; il peut s'agir d'actes répétés dans le temps et infligés parfois à plusieurs enfants de la famille. Il peut y avoir un agresseur mais plusieurs victimes déclarées ; comme il peut y avoir plusieurs agresseurs faisant une ou plusieurs victimes. L'inceste peut être accompagné d'autres violences physiques, quand la fille est adolescente.

Une des conséquences de l'inceste peut être la grossesse (2 cas).

Dans tous les cas le signalement de l'inceste a été fait par les mères, dont 60% étaient divorcées, séparées ou en instance de divorce. Le divorce vient souvent à la suite de la révélation de l'inceste (par le père ou l'oncle).

### 3 - Qui sont les agresseurs ?

Sur les 54 cas d'inceste dont nous avons été informés, 52 ont été le fait d'adultes et de 2 de mineurs. En ce qui concerne les agresseurs adultes, la moitié sont les pères (25), puis viennent les grands frères (12), les parents proches (oncle, grand-père, beau-père). Trois cas d'inceste ont été le fait de femmes.

En ce qui concerne les autres types de violences sexuelles (28), ce sont d'abord les « copains » qui sont mis en cause (20), mais également des enseignants (3).

Selon Christian Besnard (2010), 80% des actes de violence sexuelle sont commis par des proches de l'enfant.

### 4 - Y a-t'il eu des suites judiciaires ?

En moyenne, 30% des cas d'agressions sexuelles sur les enfants ont fait l'objet d'un dépôt de plainte (18% en ce qui concerne les incestes). C'est ce que confirme André Ciavaldini (2001) : en 1992, 70% des viols et agressions sexuelles n'ont fait l'objet d'aucune plainte ni d'aucun signalement.

Nous avons vu plusieurs cas de femmes qui avaient été déboutées de leur plainte et accusées de non présentation d'enfant.

Certains agresseurs ont été condamnés à des peines de prison : des enseignants (4 ans/2 ans), un père (1 an 1/2).

### Conclusion

Le réseau Wassila vise à :

- Rendre visible un drame social qui reste tabou et dont l'ampleur est très souvent sous estimée (peut-être encore plus pour les hommes – « garçon invisible ») ;
- Dénoncer le discours social de « banalisation », relayé par les professionnels de la santé ;
- Mettre l'accent sur les conséquences dévastatrices pour la victime, sa famille, la société, sans méconnaître les effets possibles sur plusieurs générations ;
- Recommander la prise en charge précoce par des équipes pluridisciplinaires, formées, agissant en concertation ;
- Proposer aussi une aide à l'environnement familial ;
- Rappeler l'importance de la procédure judiciaire, à certaines conditions, face à un crime :
  - Croire en la parole de l'enfant victime
  - Procéder au signalement (obligation pénale)

- Exiger des modifications de la loi pour définir de manière précise les actes et qualifications qui doit être centrés sur la victime ;
- Exiger de notre Etat, signataire de la convention Internationale des Droits de l'Enfant, de mettre en œuvre les dispositions légales de la protection de l'enfance.
- Redéfinir la place de l'enfant dans la société comme sujet de parole et de droit (droit à la protection notamment).

## **VII - Le signalement : une étape essentielle de la protection de l'enfant**

### **Introduction**

Depuis sa création en 2000, le Réseau Wassila –Action et réflexion dans la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences – a reçu des cas d'enfants victimes de violences sexuelles émanant de parents et/ou d'intervenants auprès d'institutions dans lesquelles ces enfants sont admis. Ces situations sont dramatiques à double titre :

- Par leur impact désastreux sur eux-mêmes et leur entourage ;
- Par le silence qui les entoure car, étant taboue, cette situation n'est pas révélée ce qui, d'une part favorise l'impunité de l'agresseur et d'autre part ne permet pas la reconnaissance de l'enfant comme victime.

### **Définition du signalement**

Signaler consiste à alerter l'autorité administrative dont dépend l'enfant, en vue d'une intervention.

Le signalement doit donc être un écrit objectif, comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger, nécessitant une mesure de protection administrative et judiciaire

## Quand signaler ?

Le signalement se justifie lorsqu'on soupçonne, ou que l'on constate une atteinte physique (lésions sur le corps de l'enfant, traces de coups, brûlures...) ou psychologique (trouble du comportement, anxiété, repli sur soi,...) ou un mauvais traitement (négligence de l'hygiène corporelle, malnutrition...), perpétrés sur un mineur. Chez les enfants plus âgés, les symptômes de violences peuvent se manifester par des fugues, voire des tentatives de suicide et des passages à l'acte qui sont des expressions de la souffrance.

## Pourquoi signaler ?

- Pour faire cesser le danger que présente l'exercice des violences.
- Le signalement va déclencher la prise en charge qui permettra de protéger l'enfant le plus rapidement possible et de mettre en place les mesures de protection nécessaires après avoir procédé à une évaluation de la situation.

## Que signaler ?

Tous les éléments qui peuvent constituer une présomption ou une constatation de sévices, de privations ou de délaissement.

L'auteur du signalement n'est pas tenu de fournir les preuves des faits ; il doit être fidèle à la parole de l'enfant en rapportant les mots émis par celui-ci.

Le signalement doit donc contenir toutes les informations sur l'enfant :

- Son identité, son âge, la situation familiale, du titulaire de l'autorité parentale
- Un résumé de l'évaluation pluridisciplinaire, éventuellement un certificat médical,

- Ainsi que les éléments justifiant le signalement: faits observés ou rapportés, attitudes de la famille, actions déjà menées ;
- Il doit également préciser si la famille est informée du signalement.

## A qui signaler ?

### 1 - Aux autorités administratives, c'est le signalement administratif

Après recueil des informations sur la situation de l'enfant dans sa globalité, le signalement fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire selon les conditions médicale, psychologique, sociale, éducative etc...Après évaluation on peut aboutir à plusieurs possibilités :

- Le dossier est classé sans suite dans le cas où le danger n'est pas avéré ;
- La situation fait l'objet d'une enquête plus approfondie ;
- La procédure est justifiée.

### 2 -- Au procureur de la République, c'est le signalement judiciaire

Le procureur de la République peut saisir les services de police, de gendarmerie pour apprécier si les faits signalés constituent une infraction pénale. Au vu des résultats des investigations menées, le procureur apprécie les suites à donner :

- Classer sans suite
- Engager des poursuites pénales contre les auteurs devant le tribunal correctionnel ou le juge d'instruction.

Le procureur doit assurer la protection de l'enfant en prenant les mesures immédiates adaptées, à charge de saisir le juge des mineurs.

### Quelques exemples pour illustration

- B. 6 ans, a été admise à l'hôpital pour puberté précoce. Durant ce séjour où elle est accompagnée de sa mère, l'interrogatoire de toutes les deux révèle que B. est victime de violences sexuelles de la part du père. Cette situation nous a été révélée par l'assistante sociale.
- Le signalement n'a pu être fait qu'après maintes démarches auprès de la mère qui, terrorisée par le mari et craignant les représailles de celui-ci et de ses fils d'un 1<sup>er</sup> lit, refusait d'agir.
- H. 9 ans, a été hospitalisée à plusieurs reprises au cours d'une année, pour de longs séjours, pour nécrose du cuir chevelu, constatée par le médecin légiste, avec de nombreux signes de maltraitance physique (fractures, ecchymoses, lésions des organes génitaux), suite à une réquisition après son signalement par les voisins.
- Z. est un petit garçon de 8 ans qui a été hospitalisé pour un état d'agitation et d'agressivité au sein de sa famille et à l'école. D'après sa mère, divorcée, Z subissait des sévices sexuels commis par le père pendant le droit de visite auquel elle était obligée de se soumettre bien que l'inceste ait été évoqué dans la procédure de divorce. Nous avons eu des difficultés à obtenir du personnel médical et psychologique de l'hôpital des documents attestant de son état (certificat médical du médecin légiste et rapport psychologique), prétextant le secret médical.

Pourtant la loi sanitaire fait obligation au personnel médical de signaler les violences faites aux enfants et/ou aux personnes dépendantes sous peine d'être accusé de non-assistance à personne en danger.

### **Conclusion**

Les violences sexuelles ont un impact dévastateur sur l'avenir de l'enfant, impact qui entrave son développement statut-pondéral et mental ainsi que ses capacités cognitives (scolarisation, apprentissage,...); qu'elles entravent également son intégration parmi ses pairs et dans la société, qui induit un comportement agressif à court et moyen terme avec risque de reproduction de ce qu'il a subi.

Les violences sur les enfants sont multiples et diverses (recherche d'identité, déscolarisation, maltraitance, non accès aux soins médicaux,...) ; nous avons focalisé notre réflexion sur les violences sexuelles, vu la nécessité et l'urgence de leur prise en charge, qui, pour être efficace, doit être multidisciplinaire.

Le signalement, étape essentielle dans la reconnaissance à l'enfant du statut de victime, désignant ainsi l'agresseur, participe au chemin de réparation de l'enfant.

Cette réflexion a abouti à un plaidoyer pour sensibiliser les intervenants auprès des enfants pour que leurs diverses actions soient coordonnées et aboutissent à une prise en charge globale et multidisciplinaire de la victime où le signalement, étape essentielle, doit devenir une obligation pénale.

C

**LA PRISE EN CHARGES DES VICTIMES :  
GUIDE DE BONNES PRATIQUES**

## I - Petit dictionnaire des violences

**Violence:** « C'est l'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. »

**Violences physiques :** frapper, gifler, donner des coups de poing, de pied, tirer par les cheveux, griffer, brûler, lancer sur la victime tout objet, utiliser contre elle toute arme blanche ou arme à feu, etc...

### Violences psychologiques

- Insulter, énoncer des remarques vexantes, des critiques non fondées.
- Critiquer de façon permanente les pensées ou les actes de l'autre.
- Se présenter comme celle ou celui qui a toujours la « vérité », qui sait tout.
- - Inférioriser l'autre, lui dicter ses comportements, ses lectures, ses amies, ses amis,
- Essayer de faire passer l'autre pour un malade mental
- Menacer d'être violent, intimider, menacer de représailles, menacer de mort,
- Menacer de viol, par lui ou ses copains

- Utiliser le chantage, faire pression sur l'autre en utilisant l'affection ou le droit de garde des enfants, menace de les enlever
- Destruction permanente, dénégation de l'autre, créer un enfer relationnel
- Chantage au suicide, culpabilisant l'autre dans sa responsabilité
- Menacer de partir, de renvoyer l'autre dans sa famille, sa région, son pays
- Forcer l'autre à des actions vécues comme dégradantes
- Contrôler sans cesse l'autre, ses allées et venues, ses relations
- S'arranger pour que l'autre vous prenne en pitié et cède
- Se moquer sans cesse des compétences de l'autre, nier le travail de l'autre
- Insulter dévaloriser le genre féminin par des expressions telles que « toutes les femmes sont des .... »

### **Violences verbales**

- La violence est dans le débit de la parole, le ton, les cris ; le ton peut être brusque et autoritaire pour demander un service, devenir injonction pour que l'autre obéisse immédiatement
- Faire pression sur l'autre en montrant son impatience
- Interrompre l'autre constamment en lui reprochant de parler, ou de ne pas parler, l'obliger à parler
- Changer de sujet de discussion fréquemment, vouloir diriger la conversation sur ses seuls centres d'intérêt. Ne pas écouter l'autre, ne pas lui parler
- Ponctuer toutes ses phrases par des insultes ou des qualificatifs infâmant, etc.....

## **II - Importance et impact du certificat médical en Victimologie**

Le certificat médical est un acte médical descriptif qui témoigne des dires de la patiente, il n'émet ni doute ni suspicion sur la véracité de ses allégations. Il décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences physiques et psychologiques. Il est établi sur réquisition des autorités judiciaires ou non et fixe l'ITT (incapacité temporaire de travail) qui permet de qualifier l'acte.

### **1-l'importance du certificat médical**

En matière de violences envers les femmes, c'est une pièce essentielle. C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la victime. L'opportunité de poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendent largement. Il peut aussi constituer un élément de preuve très utile ultérieurement, lors d'une aggravation de la situation, si la femme ne l'utilise pas immédiatement.

### **Quel est le constat sur le terrain ?**

Les femmes consultent rarement dès le début de cette violence : violence physique, violence psychologique, violence sexuelle, violence sur le lieu de travail (harcèlement moral et harcèlement sexuel).

Cette violence est occultée par le silence et la dénégation. Il arrive qu'elle soit même tolérée ou justifiée. Les médecins généralistes, les urgentistes, les gynéco-obstétriciens se

retrouvent le souvent en première ligne. Mais dans la majorité des cas, ce n'est pas le médecin qui repère la violence mais la femme qui évoque elle-même le problème en premier, et ceci par le manque de formation des personnels de santé sur la problématique de la violence.

Si les femmes parlent peu de la violence à laquelle elles sont confrontées, les médecins les interrogent rarement sur le sujet. La faille ou la faillite des différents intervenants médicaux qui passent à côté des signes d'alerte, décourage la victime de porter plainte et risque d'entraîner chez elle une « survictimisation ».

### **Accès au certificat médical descriptif**

L'accès devrait être facile pour toute personne qui consulte puisque ce document est rédigé par le médecin traitant. Tout médecin en effet est habilité à le rédiger et pas seulement les médecins légistes contrairement à une croyance répandue. Le certificat médical fait partie de la consultation et représente une étape obligatoire. Il doit obéir à des principes de fond et de forme. En matière de coups et blessures volontaires (CBV), il est fait sans réquisition mais peut aussi être fait sur réquisition. En matière sexuelle il est fait seulement sur réquisition.

Il est remis à la victime - même si elle ne le réclame pas - ou bien au tuteur légal si la victime est mineure, à l'autorité requérante, si la personne est majeure avec un statut « d'incapable », ou s'il y a réquisition.

Il ne faut pas oublier que le certificat d'ITT est différent d'un arrêt de travail.

### **Constat**

La rédaction du certificat médical n'est pas toujours détaillée, et l'impact psychologique de la violence est souvent omis dans le document. Il n'y a pas d'harmonisation dans la rédaction de ce document. Son contenu varie d'un médecin à

un autre. Parfois il est rédigé avec légèreté alors qu'il engage la responsabilité du médecin rédacteur. Nous constatons une grande confusion faite par le médecin rédacteur entre l'ITT et l'arrêt de travail. Le vocabulaire des lésions est parfois inadapté, fallacieux, erroné.

### **2 - Le certificat pour Coups et Blessures Volontaires (CBV)**

Ce certificat est rédigé par le médecin légiste sur la base du certificat descriptif et des documents fournis par la victime après examen minutieux et complet de celle-ci.

Souvent, le constat du légiste est différent de celui du médecin traitant ou du médecin qui a établi le certificat médical descriptif. Le manque d'expérience, la mauvaise formation ou la formation insuffisante, l'ignorance de l'impact et de l'importance de ce document, le manque de temps, la charge de travail, le manque de sensibilisation, la banalisation de la violence, l'examen médical incomplet, inattentif, non consciencieux, rédigé par des étudiants en médecine, sont autant d'éléments qui font que le médecin légiste est sollicité pour établir le certificat de coups et blessures.

De par son expérience, il est supposé être amené à rétablir la victime dans ses droits. Encore que cet effort a des limites ne serait ce que par l'absence d'obligation légale de signalement.

### **3 -Le certificat médical pour violence sexuelle**

Dans la majorité des cas, le diagnostic est de l'ordre du possible ou du probable, du certain et de l'évident. Malheureusement, dans certains cas, la matérialité des faits est rarement prouvée. Il s'agit le plus souvent de la parole de l'une contre la parole de l'autre : celle de la victime contre celle de l'agresseur. Mais comment prouver qu'il y a eu viol ? Difficulté aggravée par l'absence de définition du viol dans la législation algérienne. L'examen médico-légal peut n'apporter

aucun élément, la victime s'étant aussitôt soigneusement lavée, rendant le plus souvent les prélèvements non probants voire inutiles.

- **L'entretien est un moment très important**

Il doit être suffisamment long, adapté, sans être inquisitoire. Il doit prendre en compte les doléances de la victime sans le moindre jugement ni commentaire. Doivent être relevés la date et l'heure des faits, les circonstances, le nombre d'agresseurs, la méthode utilisée et le type d'acte commis : attouchements, pénétration, exhibition... Il permet d'apaiser les craintes de la victime et d'apporte plus d'informations que les lésions objectives.

- **L'examen physique**

Dans tous les cas, l'accord de la victime doit être recherché. L'examen doit être complet, non traumatisant, et non réduit aux seuls organes génitaux externes. Il doit être méthodique, rigoureux, objectif, mené dans une logique de constatation et non d'interprétation. L'examen doit se faire d'abord sur les parties découvertes et couvertes au moment de l'agression à la recherche de violences corporelles, puis sur les parties génitales.

- **Commentaires**

Il convient d'insister sur l'urgence de l'examen, le plus tôt possible, afin d'établir la réalité de l'agression sexuelle, sans que l'examen lui-même soit ressenti comme une autre agression.

Il y a urgence médicale dans la prise en charge de l'hémorragie, des blessures, des MST (maladies sexuellement transmissibles) et de la grossesse éventuelle.

Il y a urgence également dans la prise en charge psychologique et urgence enfin pour l'identification de

l'agresseur, grâce à différents prélèvements en vue de rechercher l'ADN. Malheureusement on ne peut que regretter l'absence de protocole de prise en charge des victimes de violence sexuelle.

#### **4 -Le rapport d'expertise médicale**

Il doit être clair et objectif et n'indiquer que l'essentiel et ce qui est certain. Il doit répondre aux termes de la mission : ce n'est pas un procès verbal de police ou de gendarmerie. Ce n'est pas un compte rendu ni une anecdote, c'est un acte médical qui doit relever :

- Des traces de violence sur le corps ou non,
- des traces de violence ano-génitales ou non,
- des traces de défloration ancienne ou récente,
- ou au contraire l'absence de lésion.

Il doit mentionner l'ITT si elle est justifiée et ses motifs. A ce propos, il conviendrait de revoir à la baisse les barèmes de l'ITT.

#### **Conclusion**

La question essentielle peut se résumer à celle-ci : les constatations sont elles compatibles avec les dires de la victime ? Cependant, il ne faut pas conclure à l'absence d'agression sexuelle lorsque l'examen clinique ne montre aucune lésion. Il ne faut pas conclure à la qualification de viol qui est une qualification juridique, du ressort de l'autorité judiciaire.

La personne victime d'abus sexuels ne le dit pas toujours avec des mots. Elle peut aussi signifier sa souffrance par son changement de comportement. Toute victime a besoin d'aide et d'accompagnement psychologique pour surmonter le traumatisme.

## Principes de rédaction du certificat médical

Un certificat médical, pour violences faites aux femmes, doit comporter l'identification du médecin et de la femme, la date et l'heure de l'examen, les dires de la victime, la description exhaustive des lésions en respectant les termes médicaux appropriés, la liste des examens complémentaires prescrits, les conséquences fonctionnelles des blessures, et la détermination de l'ITT. Le médecin doit émettre des réserves quant à un éventuel retentissement psychique ultérieur et indiquer qu'un nouvel examen, sera nécessaire, ou qu'une prise en charge psychologique est indispensable.

## III - Composantes principales de la prise en charge médicale des victimes de violence

**Les différentes étapes de la prise en charge médicale** sont l'écoute, l'accueil, l'anamnèse, l'examen clinique, les examens para cliniques, les soins, l'information et l'orientation, la rédaction des documents médicaux

**1 - L'accueil :** il doit être réalisé par une personne formée et expérimentée, qui perdurant l'entretien, d'être serein pour favoriser un climat de confiance et de donner à la victime le temps dont elle a besoin.

**2 - L'écoute :** écouter la victime et la regarder parler sans intervenir, ne pas la brusquer, ne pas juger, ne pas suggérer de réponses, l'amener progressivement à parler des faits.

**4 - L'anamnèse** permet de recueillir, avec l'accord de la victime, les renseignements suivants : âge, résidence, niveau scolaire et profession de la victime, lien avec l'agresseur, date et lieu des faits, agent vulnérant, circonstances, violences antérieures, dépôt de plaintes antérieurs, les antécédents médicaux, les maladies chroniques éventuelles et leur aggravation, la non observance de traitements (dépression, asthénie), les troubles psychosomatiques (tachycardie, palpitation, oppression..), des flash back, des cauchemars évocateurs de syndrome post traumatique (PTSD).

En cas de violences sexuelles demander en plus la nature des violences, la date de l'agression, la date des dernière

règles, la prise de contraception, s'il y a eu toilette ou non après l'agression.

## 5 - L'examen clinique

Il doit respecter les moments de silence, expliquer les gestes qu'on va faire et obtenir le consentement de la victime. Il doit porter sur :

**l'état psychologique** irritabilité, pleurs, mimiques, repli sur soi...

**l'examen somatique** doit préciser la nature, le siège, la forme, l'aspect et les caractéristiques des lésions. (il est parfois conseillé de prendre des photos des zones traumatisées). L'examen doit être complet et minutieux.

En cas de violence sexuelle, il faut rechercher des traces de lésions dues à la violence sur l'ensemble du corps, notamment cuisses, seins, mains (aussi minimales soient-elles). L'examen minutieux de la région génitale et de la région anale doit être réalisé sous un bon éclairage, en observant la marge anale, l'état des sphincters (toniques, lâches, en entonnoir...). Chez la victime non vierge, noter les ecchymoses vulvaires, les excoriations génitales, etc... Chez la victime vierge rechercher les signes de défloration.

**Les examens para-cliniques** sont demandés en fonction du résultat de l'examen clinique :

- examens radiologiques,
- consultation spécialisée pour avis et éventuellement prise en charge, échographie pelvienne :
- **En cas de violence sexuelle :**
  - Faire des écouvillonnages si la victime ne s'est pas lavée
  - Prévoir des examens ultérieurs à la recherche de complications (grossesse, MST).

- Faire un test de grossesse

## 6 - Les soins

- Traitement local des lésions : soins locaux, suture;
- Prescrire la pilule du lendemain s'il y a un risque de grossesse
- Conseiller une prise en charge psychologique toujours nécessaire

## 7 - Information et orientation

Il est important d'informer la victime sur ses droits: pour la reconnaissance du statut de victime, sa protection, les recours sociaux, la nature des démarches et les procédures administratives et judiciaires

## 8 - La rédaction des certificats médicaux et la détermination de l'ITT

Le certificat médical descriptif est particulièrement important; en matière de violences envers les femmes, c'est une pièce essentielle

- Il prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la victime.
- Il peut aussi constituer un élément de preuves qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme victime ne l'utilise pas immédiatement.
- le médecin doit émettre des réserves quant à un éventuel retentissement psychique ultérieur et indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, ou qu'une prise en charge psychologique est indispensable.
- Il doit être remis en mains propres même si la victime ne le demande pas

## Modèles de certificat descriptif

**EN MATIÈRE DE COUPS ET BLESSURES  
VOLONTAIRES (CBV) :**

- Je soussigné(e)..... Dr.....certifie avoir examiné ce jour le ..... Madame..... née le .... résidant à.....
- Elle déclare avoir été victime de..... Le..... à..... A l'aide de.....
- Elle se plaint de.....
- Elle présente à l'examen somatique.....
- Les examens complémentaires pratiqués.....
- Sur le plan psychologique, elle présente.....
- En conclusion : madame ..... présente des traces de lésion de violence et des troubles psychologiques compatibles avec l'agression qu'elle dit avoir subie. Elle nécessite une ITT de..... Jours Sous réserve de complications ultérieures.
- Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une IPP, incapacité permanente partielle, à évaluer par voie d'expertise médicale ;
- Une prise en charge psychologique est souhaitée (indiquée).
- Certificat fait ce jour et remis en main propre à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.
- Signature et griffe du médecin.
- Parfois, des photos des zones traumatisées s'avèrent indispensables.

**EN CAS DE VIOLENCES SEXUELLES**, il se fait sur réquisition

- Je, soussigné(e) Dr....., agissant sur réquisition de.....  
Datée du... N° ....., à l'effet de (mission)

Certifie avoir accompli la mission ce jour le..... à..... Et déclare ce qui suit:

- Décrire l'état psychologique
- L'examen somatique retrouve (description détaillée des lésions)
- L'examen de la région génitale retrouve.....
- L'examen de la région anale met en évidence.....
- de l'ensemble des constatations effectuées il résulte que l'intéressée présente des traces de lésions de violence nécessitant une ITT de ..... Elle présente des lésions de la région génitale caractéristiques, évoquant un rapport sexuel fait avec violence; il existe (ou il n'existe pas ) des lésions caractéristiques d'un acte contre nature.

Elle nécessite une prise en charge psychologique

Des examens médicaux ultérieurs sont indiqués

Signature et griffe du médecin.

#### IV - L'entretien :

##### Comment reformuler les expressions utilisées et revaloriser la victime

**L'entretien peut être pollué par une expression maladroite de l'intervenant qui risque de mettre mal à l'aise la personne reçue.**

Formulations à éviter	Formules à utiliser
Vous n'avez pas de famille ?	Est-ce que quelqu'un de proche peut vous aider ?
Vous n'avez pas de moyens ?	Est-ce que vous travaillez actuellement ? Avez-vous un revenu ?
Il faut en parler, cela vous fera du bien	Si vous sentez le besoin de parler et si vous le souhaitez, je suis à votre écoute
N'y pensez plus, faites comme si cela n'était jamais arrivé	Je sais que c'est difficile d'oublier une chose aussi pénible
Pourquoi ressasser tout cela, vous vous faites du mal	Je vois que vous avez besoin de parler de ce que vous avez vécu, je suis à votre écoute (ou je vais vous orienter vers...)
Vous savez qu'il vous arriverait quelque chose	Cela peut arriver à n'importe qui
On ne peut faire confiance en personne, soyez plus méfiante la prochaine fois	Vous ne pouviez pas prévoir le comportement de l'autre, vous avez rencontré une personne malintentionnée

C'est toujours à vous que cela arrive ces choses là	Nul n'est à l'abri, tout un chacun peut faire une mauvaise rencontre
Vous avez forcément fait quelque chose pour vous retrouver dans cette situation	Cela peut arriver à n'importe qui, sans aucune raison
A votre place je ne pourrais pas vivre après ce qui s'est passé	Je trouve que vous avez beaucoup de courage

##### Comment revaloriser une victime ?

Δ De la part de l'intervenant, l'entretien demande des qualités d'écoute, de remise en question, et des techniques de reformulation des déclarations de la victime. Il faut en priorité :

- Favoriser la prise de parole de la personne
- Mettre en avant les aspects positifs de sa vie
- Lui montrer sa valeur, ses qualités
- Lui rappeler l'importance de prendre soin d'elle-même, et de son corps
- L'encourager à reformer des liens familiaux souvent rompus
- L'informer de ses droits

Δ L'intervenant ne doit pas nuire :

- Le manque de temps, d'attention, ou d'empathie peut renforcer le sentiment d'isolement et de culpabilité de la victime.
- Il ne doit pas recevoir la victime avec son partenaire.
- Il doit lui laisser un espace de parole et de confidentialité.
- Il doit poser directement la question sur des violences éventuelles.

Δ Certaines situations peuvent dérouter l'intervenant :

- Tendance de la victime à entretenir le déni
- La violence est subie depuis plusieurs années
- Difficulté de la victime à prendre une décision
- Difficulté à être objective malgré le récit des violences
- L'aspect très « convenable » du partenaire, son discours assuré, voire son statut social
- La victime reste fragile et peut revenir sur ses décisions

Δ L'intervenant doit faire le point de la situation

- Etablir où en est la victime avec le partenaire : elle ne pourra entendre le message que si elle est dans une phase réceptive.
- Déni de la violence : elle ne se reconnaît pas comme victime, y compris en ce qui concerne les pratiques sexuelles.
- Sentiment de culpabilité, de honte. La victime reconnaît les violences mais s'en considère responsable.
- Elle prend conscience de cette violence mais veut encore aider le partenaire à changer.
- Elle se reconnaît comme victime et est prête à accepter de l'aide pour refuser dorénavant cette violence.

## V - Protocoles de conduites à tenir selon les situations rencontrées

### I - Conduites à tenir face à une Victime de Violences conjugales

Conduites à tenir	Ce qu'il faut savoir
<p><b>Ecouter sa demande : ne pas donner plus de gravité à une forme de violence plutôt qu'à une autre (violence physique, sexuelle ou psychologique)</b></p> <p><b>Condamner la violence</b></p>	<p><b>Eviter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une attitude banalisante, le jugement</li> <li>- De minimiser les conséquences</li> </ul> <p><b>Risque sur l'intervenant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- impact de ses propres émotions sur son objectivité</li> <li>- rejet de la bénéficiaire</li> </ul> <p><b>La victime doit :</b> Faire établir un certificat médical de constat » par un généraliste et un par le médecin légiste, un « certificat de coups et blessures volontaires » ainsi qu'une ITT, prendre des photos des lésions</p>

<p><b>Appel dans l'urgence :</b> violences physiques récentes, ce sont les seules qui sont prises en charge par la justice</p>	<p>Demander si possible un certificat du psychologue Rechercher une aide ou l'intervention des proches</p>
<p><b>L'orienter vers médecin légiste et un psychologue</b></p>	<p>Aller en compagnie d'un proche pour le dépôt de plainte auprès du commissariat, de la gendarmerie ou du procureur, Demander le numéro de la plainte pour suivre l'évolution de la plainte</p>
<p><b>Y a-t-il un risque vital ressenti par la victime ?</b> faire confiance dans le jugement de la victime</p>	<p>Rechercher les épisodes de violence précédents. Recomposer le processus d'installation des violences, les décrire, reconnaître les moments de tension où la violence peut éclater. Se préparer à un nouvel épisode : à qui demander de l'aide et préparer des affaires essentielles en cas d'urgence.</p>
<p><b>Si la victime n'est pas prête au dépôt de plainte,</b> l'aider à faire le point :</p>	
<p><b>Violences répétées :</b> Aider la victime à reconnaître les diverses formes de violences (psychologiques, verbales sexuelles, isolement, séquestration)</p>	
<p><b>Poser des questions directes</b></p>	

<p><b>Voir son état de santé, maladies chroniques, grossesse</b></p> <p><b>Atteintes psychosomatiques, psychologiques,</b></p> <p><b>Voir l'état des enfants éventuellement</b></p>	<p>Risque d'aggravation de maladie chronique, d'avortement,</p> <p>Indicateurs : insomnies, dépression, angoisses, fatigue constante, confusion.</p> <p>Troubles du comportement, échec scolaire, fugue, toxicomanie</p>
<p><b>Expliquer la stratégie de l'agresseur</b></p> <p><b>Expliquer les réactions de la victime</b></p>	<p>L'isolement, les menaces</p> <p>Le chantage aux enfants, à la situation économique</p> <p>Le cycle : violences, regrets, violences</p> <p>Peur des représailles, l'agresseur est « intouchable »</p> <p>peur des conséquences sur les enfants, n'a pas où aller etc.</p> <p>sentiment d'incapacité, de honte, n'ose pas parler, loyauté envers l'agresseur</p>
<p><b>Expliquer la procédure : constituer des preuves</b></p> <p><b>Orienter vers un conseil juridique ou avocat</b></p>	<p>Code pénal : art.266 bis et 266 bis 1, sur les coups et blessures volontaires entre conjoints</p>

## Les mesures de sécurité conseillées à la victime en cas de violences répétées

La victime doit :

- Conserver des numéros de téléphones utiles, (famille, proches, amis, police) rapidement accessibles, ou mieux de les mémoriser
- Identifier un ou deux proches qui pourraient l'héberger en cas d'urgence
- Voir les associations ou les centres d'hébergement existant dans les environs
- Parler des violences à une ou deux personnes proches et de confiance, qui pourraient contacter sa famille ou la police en cas de besoin.
- Mettre si possible à l'abri les enfants, leur dire ce qu'il faut faire en cas de violence : aller chez les voisins, appeler la police.
- Prévoir une somme d'argent pour prendre un transport en cas d'urgence, un sac avec les clés de la maison, les documents importants, livret de famille, carte d'identité, documents des enfants, les médicaments, quelques vêtements. Les conserver à proximité chez une voisine ou une personne de confiance.

## 2 - Les mères célibataires

### Voici les situations les plus souvent rencontrées par les professionnels :

- abandon de l'enfant et réintégration au foyer familial de la mère (plus souvent pour les mineures)
- abandon de l'enfant et non réintégration de la mère au foyer familial: risque d'exclusion, de marginalisation, la mère passe d'un hébergement à un autre, de proche en proche puis risque de devenir sdf
- garde de l'enfant mais la mère est reniée par sa famille: elle risque de se retrouver dans un centre d'hébergement ou de passer de centre en centre
- garde de l'enfant et réintégration au foyer familial avec une situation de compromis: l'enfant est remis à un membre de la famille mais son identité est cachée et s'installe un «mensonge familial» qui est préjudiciable à l'enfant à long terme
- garde de l'enfant et non réintégration à la famille: l'enfant est donné en nourrice par la mère qui travaille, de plus en plus fréquent chez les femmes d'un certain âge ou chez les femmes déjà mères
- reconnaissance de l'enfant par le père, mariage, (rares)
- garde de l'enfant et marginalisation, exclusion, prostitution
- Infanticide.

### Les problèmes soulevés par les mères célibataires

Quand elles arrivent face à un intervenant elles sont :

- Enceintes, paniquées, désorientées elles demandent de l'aide

- Elles peuvent être enceintes suite à un viol et veulent savoir ce qu'il faut faire, savoir ce que dit la loi
- Elles veulent se renseigner sur des lieux d'accouchement
- Elles veulent connaître les moyens d'avortement existants
- Veulent savoir si elles ont perdu leur virginité
- Veulent trouver un hébergement dès que la grossesse deviendra visible
- Viennent d'avoir un rapport sexuel non protégé, ont un retard de règles et sont inquiètes du risque éventuel de grossesse
- Viennent d'accoucher et veulent connaître les procédures en cours en matière d'admission du bébé en pouponnière, de délai de réflexion, par rapport à la garde ou l'abandon du bébé et à la possibilité de le reprendre après avoir trouvé une solution pour elle-même

### Éléments à prendre en compte par l'intervenant

Chaque intervenant doit se poser les questions suivantes:

- Quels sont mes préjugés moraux, sociaux, culturels, religieux, concernant la sexualité hors mariage, les mères célibataires et les enfants nés hors mariage?
- En quoi mes préjugés peuvent constituer un «frein» à une écoute attentive, aidante et **sans Jugement ?**
- Quelles sont les limites de l'aide que je peux offrir à cette mère?
- Comment je peux gérer mes émotions afin de rester objective et « contenante? »

### Conduites à tenir face à une mère célibataire

Conduites à tenir	Ce qu'il faut éviter Ce qu'il faut savoir
<b>Ecouter attentivement</b> et comprendre la demande de la mère célibataire	<p><b>Eviter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'attitude moralisatrice</li> <li>- le jugement</li> <li>- l'impact des préjugés</li> </ul> <p><b>Risque chez l'intervenant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interférence de ses propres émotions sur son objectivité</li> <li>- rejet de l'appelante</li> </ul> <p>Si le cas est trop lourd, ne pas hésiter à le déléguer à une collègue</p> <p>Si les préjugés sont trop présents: les exprimer franchement sans honte ni peur aux collègues ou pendant les réunions</p>
<b>Expliquer qui on est</b> et ce qu'on peut faire	<p><b>Eviter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les fausses promesses</li> <li>- les faux renseignements</li> </ul>
Donner les horaires de disponibilité de l'intervenant	«Je serai disponible de tel à tel jour ou de telle à telle heure»
<b>Informé sur :</b>	- L'informer, si elle le demande, que la loi autorise

<p>- L'avortement</p> <p>- Les moyens de contraception existants</p> <p>- la pilule du lendemain</p> <p>- la consultation d'un gynécologue</p>	<p>l'avortement thérapeutique quand la santé physique ou mentale de la mère est en danger (mineure, viol, inceste). Il faut demander une consultation à l'hôpital qui fixera une réunion d'experts (3 médecins) pour la décision finale</p> <p>- L'avortement hors structure et conditions de sécurité médicale se fait généralement de manière clandestine et peut être dangereux pour la santé de la mère. La loi l'interdit.</p> <p>Si une mère célibataire vient d'accoucher, il est possible qu'elle fasse une nouvelle grossesse si elle toujours en relation avec le père biologique</p> <p>En cas de rapport sexuel récent</p>
<p>-S'informer de l'entourage de la mère célibataire : ressources à exploiter dans l'accompagnement de la bénéficiaire</p>	<p>- Souvent l'entourage féminin, mère, tante, sœur, voisine, amie, aide beaucoup</p>
<p><b>Soutien psychologique indispensable</b></p>	<p>- S'enquérir de sa santé, est-elle suivie médicalement?</p> <p>-Risque d'idées suicidaires surtout en cas de grossesse</p>

	<p>suite à un viol</p> <p>- demander d'une façon subtile si elle n'a pas tenté un avortement (méthode traditionnelle souvent dangereuse, ou prise de médicaments)</p>
<p><b>Soutien juridique</b></p> <p>- Informer des dispositions de la loi</p> <p>- En cas de viol: voir les conditions de plainte</p> <p>Art.334 à 337 Code pénal</p>	<p>Ce que prévoit la loi</p> <p>- le code de la santé protège les mères célibataires. Elle peut être accueillie pendant la grossesse et accoucher dans l'anonymat si elle le désire</p> <p>- Les hôpitaux sont tenus de respecter le secret de l'admission et l'anonymat de l'accouchement</p> <p>Après l'accouchement:</p> <p>- La mère peut donner son nom à l'enfant</p> <p>- l'enfant aura 2 prénoms si elle accouche dans l'anonymat:</p> <p>-Soit, elle prend l'enfant à sa sortie de l'hôpital</p>
<p>- En cas de relation consentie</p>	<p>-Soit elle a le projet de garder l'enfant mais pas tout de suite car elle a besoin de temps pour trouver une solution ; dans ce cas</p>

	<p>- l'enfant sera placé par l'hôpital en pouponnière pour une durée de 30 jours renouvelables (maximum 3 mois). La mère doit garder un lien avec le bébé et lui rendre visite régulièrement</p> <p>- après 3mois la pouponnière lui demandera de signer l'abandon définitif de l'enfant ou bien de le reprendre</p> <p>Une fois l'abandon signé elle ne peut plus récupérer l'enfant qui sera placé dans une famille</p>
<p><b>Informé sur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les centres d'accueil qui peuvent l'héberger pendant la fin de la grossesse ou quelques temps après l'accouchement</li> <li>- les pouponnières</li> <li>- Les procédures d'abandon et de garde</li> <li>- les mécanismes d'aide à la mère seule</li> </ul>	<p><b>- Ne jamais influencer la décision</b> de garde ou d'abandon de l'enfant: accompagner la mère célibataire à prendre la décision <b>qu'elle juge la meilleure pour elle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attention aux préjugés dans ce cas</li> </ul> <p>Voir avec la DAS qui fera une enquête</p>

### 3 - Conduites à tenir face à une victime d'agression sexuelle, de viol

Conduites à tenir	Ce qu'il faut savoir
<p><b>Ecouter attentivement la victime</b> qui peut être confuse ou ne pas parler explicitement d'agression sexuelle</p> <p><b>Condamner l'agression :</b> dire que c'est un crime, condamné par la loi, citer la sanction Art.334 à 337 du code pénal</p> <p><b>Lui dire qu'elle n'est pas coupable</b></p> <p>L'encourager à parler à une personne proche et à dénoncer l'agresseur</p>	<p><b>Eviter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'attitude banalisante</li> <li>- de minimiser les conséquences</li> <li>- de porter un jugement</li> </ul> <p><b>Risque sur l'intervenant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'impact de ses propres émotions sur son objectivité</li> <li>- le rejet de la part l'appelante</li> </ul>

#### **4 – Le cas particulier des violences sexuelles sur enfants : le signalement**

*Le signalement est une étape essentielle dans la reconnaissance à l'enfant du statut de victime, désignant ainsi l'agresseur et participe au chemin de réparation de l'enfant.*

##### **1 - Exemple de signalement fait par un médecin**

Je soussigné, certifie avoir examiné ce jour : (date) (heure)

L'enfant : nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse, nationalité

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, les coordonnées de la personne et éventuellement les liens de parenté avec l'enfant)

La personne accompagnatrice nous a dit que : ».....«

L'enfant nous a dit que : «..... »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice

Oui Non (rayer la mention inutile)

Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi (code de la santé), je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la république

Fait à ..... le .....

Signature du médecin ayant examiné l'enfant

#### **2 - Exemple de signalement fait par une personne ou par une institution**

Identification de la source de signalement .....

Date du signalement .....

##### **A l'attention de Monsieur le procureur,**

En application des dispositions de l'article ..... du code pénal ; je me dois de vous rapporter les propos que l'enfant :

Nom, prénom .....

date de naissance .....

Adresse (du mineur concerné et de ses parents) .....

A confié le .....

Que : .....

A : nom (s) et qualité du (des) adulte(s) ou enfant(s) au(x) quel(s) il s'est confié, en indiquant les circonstances du recueil de la confidence

Signature

## 5 - Le harcèlement sexuel

### Les comportements suivants sont considérés comme harcèlement sexuel:

- Manifestations persistantes ou abusives d'un intérêt sexuel non désiré.
- Remarques, commentaires, allusions, plaisanteries ou insultes persistantes, à caractère sexuel, portant atteinte à l'environnement de travail ou d'étude
- Avances verbales ou propositions insistantes à caractère sexuel, non désirées
- Avances physiques, attouchements, frôlements, pincements, baisers non désirés
- Promesse de récompense ou menaces de représailles, implicites ou explicites,
- Actes de voyeurisme ou d'exhibitionnisme
- Toute autre manifestation à caractère sexuel offensante ou non désirée

### Les éléments pris en considération par le législateur

- **Le but** du harcèlement sexuel : obtention de faveurs sexuelles
- **Le harcèlement dans le milieu de travail ou d'étude: c'est un abus d'autorité**
- le harcèlement sexuel n'est puni que s'il émane d'un employeur, de son représentant ou de toute personne ayant abusé de l'autorité que lui confère sa fonction. Art. 341 bis du code pénal
- **Harcèlement dans la rue** : art. 333 bis 2. Du code pénal

## La victime de harcèlement sexuel

- la victime a peur de parler surtout si l'agresseur est son supérieur hiérarchique, s'il possède un pouvoir: enseignant, agent ayant un pouvoir administratif etc., si son salaire est vital pour la famille, si elle craint que sa famille lui interdise de travailler.
- la victime va s'absenter, déposer des arrêts de travail, demander une mutation au lieu de dénoncer le harceleur.
- la victime se tait de crainte de subir les accusations de l'entourage professionnel.
- la victime ne parle pas par crainte des réactions de l'entourage familial.

### Observations

Les victimes de harcèlement sexuel sont souvent hésitantes et ne savent pas trop si elles doivent dénoncer ou pas.

L'auteur du harcèlement donne souvent une image de personne intègre, honnête, de bon père de famille. Il s'arrangera toujours pour qu'il n'y ait pas de témoin et ce sera sa parole contre celle de la victime. Sauf si celle-ci présente des témoins.

La victime doit trouver des soutiens auprès de ses collègues, mais la loi ne protège pas les témoins ce qui dissuade le témoignage

### Conduites à tenir face à une victime de harcèlement sexuel

Conduites à tenir	A éviter A savoir
<p><b>D'abord condamner l'acte, ensuite :</b></p> <p><b>Ecouter attentivement et comprendre la demande</b> de la victime de harcèlement sexuel</p>	<p><b>Eviter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une attitude moralisatrice</li> <li>- de porter un jugement</li> </ul> <p><b>Faire attention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'impact des préjugés</li> <li>- à l'impact des émotions de l'intervenant, sur son objectivité</li> </ul> <p>Si les préjugés sont trop présents en parler clairement pendant les réunions</p>
<p><b>Aider la victime à trouver des ressources</b></p> <p><b>Créer des alliances</b> dans l'entourage professionnel, familial ou autre</p>	<p>Suggérer à la victime de se confier à un parent, ami ou membre de la famille qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- puisse réfléchir avec elle objectivement</li> <li>- soit capable de la comprendre sans la juger</li> <li>- puis l'accompagner et l'aider dans ses démarches: plainte, etc</li> </ul>

	- rechercher auprès de ses collègues d'autres personnes victimes
<b>Evaluer l'état psychologique de la victime</b>	<p><b>Indicateurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de honte</li> <li>- Angoisse</li> <li>- Insomnies</li> <li>- Attitudes d'évitement : absentéisme, arrêts de travail...</li> </ul>
<b>Aider la victime à constituer des preuves</b>	<p><b>La victime doit :</b></p> <p>Noter tous les événements où elle estime avoir été victime de harcèlement sexuel: date, heure, lieu exact, circonstances, personnes présentes</p>
	- Noter tout ordre ou suggestion émanant de son responsable si elle estime y avoir perçu une connotation sexuelle (clins d'œil, attouchements, heures supplémentaires imposées après le départ des employés, insultes, intimidations, sanctions non justifiées etc.
<b>Expliquer la stratégie de l'agresseur</b>	La victime a souvent peur car son agresseur est reconnu comme personne honnête et

	<p>sans reproche par l'entourage</p> <p>Informez la victime sur la technique de l'agresseur afin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la déculpabiliser</li> <li>- de l'aider à saisir le mécanisme du harcèlement sexuel</li> </ul>
<b>Expliquer la procédure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dépôt par la victime d'une requête auprès de son administration ou du syndicat et dépôt de plainte auprès du tribunal (art. 341 bis ou 333 bis du code pénal)</li> </ul>
<b>Expliquer le cadre légal: la loi punit le harcèlement sexuel dans le cadre du travail : art 341 bis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les victimes de harcèlement sexuel ignorent souvent qu'il existe une loi qui le punit</li> <li>- cela permettra à la victime de savoir qu'elle a des droits</li> </ul>
<b>Loi punit le harcèlement sexuel dans un lieu public art. 333 bis 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- qu'elle peut mettre fin à son calvaire</li> <li>- évitera des règlements de compte personnels (par elle-même ou par des membres de sa famille, frère, mari...)</li> </ul>

## 6 - L'inceste

L'inceste est une problématique difficile dans le cadre de l'entretien car cela renvoie à un acte impensable, inadmissible du fait du lien de parenté entre la victime et l'agresseur

- L'inceste est souvent subi par la victime dans l'enfance mais peut se poursuivre à l'âge adulte. C'est un phénomène qui détruit gravement la victime surtout s'il dure dans le temps
- L'intervenant reçoit la victime avec beaucoup d'émotions mais aussi parfois de rejet et d'incompréhension quand la victime est adulte
- Souvent, et au détriment de la victime, on parle de «responsabilité et de complicité»
- Concernent les adultes, ils ont souvent subi l'inceste durant l'enfance mais n'en ont jamais parlé.
- Les victimes cherchent à être écoutées mais ne veulent ni mettre au courant les proches ni engager de poursuites judiciaires, elles ont tendance à couper rapidement le lien avec l'intervenant.
- Certaines mères ont souvent du mal à réaliser ce qui se passe, et veulent en parler
- Certains parents recherchent des informations sur les procédures de dépôt de plainte contre l'agresseur de leur enfant.

### Les difficultés rencontrées par les professionnels

- Le silence de la famille élargie qui ne veut pas s'impliquer
- Le rôle que peut jouer la mère dans certains cas: elle peut être au courant de l'inceste mais par peur, par soumis-

sion ou autre, elle peut retarder la dénonciation et ne pas protéger l'enfant.

- Le risque de déstructuration de la famille suite à la révélation de l'inceste.
- La loi ne protège que les mineurs.
- La loi condamne la victime comme complice si celle-ci a plus de 16 ans

*Il est très difficile pour un professionnel d'informer et d'orienter une victime d'inceste en souffrance alors que la loi ne protège pas*

### Conduites à tenir face à une victime d'inceste

Conduites à tenir	Ce qu'il faut éviter Ce qu'il faut savoir
<b>Ecouter attentivement</b> et comprendre la demande de la victime	<p><b>Eviter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une attitude moralisatrice</li> <li>- de porter un Jugement</li> </ul> <p><b>Faire attention à:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Impact des préjugés de l'intervenant</li> <li>- l'Impact des émotions de l'intervenant sur son objectivité</li> </ul> <p><b>A Faire:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le cas est trop lourd déléguer à une collègue</li> </ul>

	- Si les préjugés sont trop présents en parler clairement pendant les réunions
<p><b>Condamner l'acte</b></p> <p><b>Insister sur l'acte</b> incestueux dans l'histoire familiale afin de mieux comprendre ses mécanismes</p>	<p><b>Eviter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De culpabiliser la victime</li> <li>- De culpabiliser la mère de l'enfant victime et de l'accuser même si apparemment elle était au courant du drame,</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un professionnel doit comprendre les motivations de chaque membre de la famille sans juger</li> <li>- il doit condamner l'acte mais pas l'agresseur car c'est un membre de la famille. La victime est souvent déchirée entre loyauté envers le coupable et dénonciation</li> </ul>
<p><b>Rappeler le droit:</b> <b>Informé de la procédure de plainte, art.337 du code pénal</b></p> <p><b>Respecter la notion de secret</b></p> <p><b>Orienter vers un psychologue</b></p>	<p><b>Eviter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de faire pression sur la victime pour qu'elle dénonce son agresseur</li> </ul> <p><b>A faire:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseiller et orienter</li> <li>- Voir avec la victime ce que taire ou dénoncer l'agresseur peuvent avoir comme conséquences</li> </ul>

<p><b>accompagnement</b> en cas de grossesse</p>	<p><b>A faire</b></p> <p>Indispensable de garder le lien</p> <p><b>Attention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Risque suicidaire accru</li> <li>-Tentatives d'avortement répétées: informer la mère sur les risques sur sa santé et la santé du bébé</li> <li>-L'informer de la procédure de demande d'avortement thérapeutique si elle le demande</li> <li>-Sensibiliser la victime d'inceste enceinte, s'enquérir de sa santé et du déroulement de la grossesse, expliquer que l'enfant dépend entièrement de sa maman</li> </ul>
<p>Parler de l'accouchement</p> <p>Parler du devenir de l'enfant si l'appelante est prête</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-informer sur les structures de santé existantes pour l'accouchement</li> <li>-Rassurer sur le droit à l'anonymat à l'hôpital</li> <li>-Expliquer les modalités d'abandon de l'enfant ou de garde</li> </ul>
<p>Chercher des personnes ressources dans l'entourage de la victime</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir avec elle les personnes qui peuvent l'aider et comment elles peuvent l'aider</li> </ul>

<p>informer sur les moyens de contraception existants</p>	<p>- si le rapport est récent conseiller la pilule du lendemain</p>
<p>Parler de l'avenir avec la victime</p>	<p>Essayer de trouver des points d'appui: un projet personnel à réaliser, des études à faire, un passe-temps favori, travailler,</p>

## 7 - Le cas particulier des sages-femmes et leur rôle dans le dépistage des violences

La présence des sages-femmes dans les structures de santé telles que les PMI, les maternités (salles des naissances), les services de suites de couches, le post-partum, le service Grossesses à Haut Risque (GHR), les urgences obstétricales et mêmes néonatales, peut leur donner l'occasion de repérer et de dépister les violences.

Comment rechercher les éléments et signes qui permettent de penser aux violences conjugales

La victime peut être dans le déni ou minimiser les violences comme en atteste les types de réponses des patientes si la sage-femme fait allusion aux violences conjugales:

- -Elle n'a pas eu le temps de faire les analyses et examens demandés
- -Elle oublie les rendez vous pourtant fixés avec elle
- -Elle ne veut pas faire les différents vaccins durant la grossesse qui vont pourtant la protéger ainsi que l'enfant qu'elle porte
- -Elle oublie « volontairement » des dates importantes comme la date des dernières règles, elle élude le questionnement autour de la grossesse. La grossesse est sans doute non désirée mais elle ne l'avoue pas.

Dans tous les cas la sage femme doit laisser la possibilité à une nouvelle entrevue. Si la patiente sent une pression, elle ne reviendra pas et on risque alors de passer sur un vrai cas de violence conjugale. La révélation est un acte volontaire.

Il faut toujours penser à une violence conjugale quand des femmes se présentent avec des signes évocateurs tels que :

- -L'âge, plus précisément le jeune âge, (même si toute les autres tranches d'âge sont concernées).
- -Des antécédents de violence familiale aussi bien dans sa famille que dans celle de son mari.
- -La femme peut parler de nombreuses périodes de séparation et quelques fois d'instance en divorce avec des reprises rapides de la vie commune
- -Enfin des symptômes précis tels que :
  - Lésions traumatiques témoignant de coups et blessures ;
  - Pathologies répétitives (infections vaginales à candida, trichomonas) ;
  - Infections urinaires rebelles aux traitements ;
  - Grossesse débutant mal avec menace d'avortement (ABRT), saignements pouvant évoquer un hématome rétro placentaire (HRP).

C'est là que pourra intervenir le travail en réseau et le recours à un référent, c'est-à-dire une personne, issue du groupe qui travaillera en lien étroit avec elle et l'ensemble des acteurs. Cet interlocuteur unique va accueillir, écouter et évaluer la situation personnelle de la victime dans son contexte conjugal :

- Etablir un diagnostic
- Evaluer les violences subies et leur degré de gravité
- Définir les démarches, orienter la victime vers les divers intervenants
- Informer la victime de ses droits avec l'aide des autres interlocuteurs.

Un moment de choix à saisir est l'entretien du 4<sup>e</sup> mois auquel il faut savoir donner un cadre précis et le temps nécessaire pour s'assurer du suivi.

Le repérage de violences éventuelles devrait figurer systématiquement dans le contenu de l'entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois

Enfin, la surveillance prénatale étant obligatoire, il convient de mettre ce dispositif à profit pour que tous les professionnels (sages-femmes, gynécologues, médecins) respectent les normes lors des consultations prénatales; celle du 8<sup>e</sup> mois est l'occasion de faire le point sur la grossesse, de pratiquer les examens et les vaccinations, et de préparer à l'accouchement.

Il faut apprendre à faire de chacune de ces rencontres des occasions de dépistages de possibles violences, de proposer un entretien individualisé pour ne pas la mettre en danger ou risquer de lui faire subir des représailles. L'entretien nécessite des conditions

**Le dépistage** est de difficulté variable et requiert attention et pertinence de la part des professionnels pour déceler des violences face à des déclarations souvent confuses ou des lésions plus ou moins évidentes.

Devant une femme enceinte présentant des signes de violence, il serait important de :

- S'informer sur des avortements spontanés ou à répétition
- Cas de rupture prématurée des membranes
- Retard de croissance in utero
- Graves hémorragies pouvant provoquer une mort in utero
- Hémorragies pendant l'accouchement ou lors de la délivrance

Si malgré tous ces indices le doute est fortement ressenti, il faut poser des **questions simples** pour faire le diagnostic :  
Par exemple :

- Est-ce que tout va bien avec votre mari ?
- Pourquoi êtes-vous triste ?
- Voulez vous en parler avec moi ?
- Si je vous pose ces questions c'est que dans ma pratique il arrive que la violence conjugale conduise à des difficultés identiques à celles que j'observe chez vous.
- Etc...

### **Quand et comment inciter les victimes à parler ?**

Un dépistage peut être effectué par tout praticien en médecine générale ou dans des structures plus spécifiques telles que les PMI, maternités, services d'urgences, médecine du travail.

Un dépistage orienté est à effectuer dès qu'il y a suspicion de violence. Il convient de proposer à la victime un entretien individualisé pour ne pas la mettre en danger, ou risquer de lui faire subir des représailles et d'établir un climat de confiance afin de poser les questions clairement et directement.

L'entretien de dépistage nécessite des conditions à respecter :

- Rechercher le moment adapté
- Etre seule avec la victime et notamment en dehors de la présence d'enfant en âge de parler
- Avoir une attitude axée sur la relation d'aide de confiance et de respect
- Avoir de la persévérance

## **VI - Ethiques des intervenants dans la prise en charge des victimes de violence**

Notre réflexion sur l'éthique des intervenants auprès des femmes victimes de violence a été longue et laborieuse mais passionnante et utile.

Elle a eu en effet un impact important tant individuel que collectif :

- Impact individuel puisque chacun des membres de notre réseau, au-delà de son âge, de sa profession ou de son statut social est sorti renforcé de ces cycles de formation, devenus des espaces pour une parole libre et confiante.
- Impact collectif puisque le travail du groupe s'est concrétisé par la rédaction d'un document intitulé « charte des intervenants », c'est-à-dire l'ensemble des principes communs que chaque intervenant s'engage à respecter.

### **1 - La victime est sujet de droit**

C'est la faille sociale qui fait les victimes, qui provoque parfois leur contact avec la mort et génère leur souffrance. Puisque nous appartenons à la société, nous sommes responsables de ces victimes. Il est donc de notre devoir, selon une éthique fondamentale, avec nos faibles moyens, de réparer les errements de cette société dont nous sommes solidaires.

Le problème se pose donc non pas en termes de charité publique et de bons sentiments mais en termes de droit (droit à l'aide).

C'est là une conception respectueuse de la dignité de la victime, appréhendée comme sujet de droit, dans la globalité de ses besoins.

## 2 - Les devoirs des intervenants

La violence contre les femmes ne doit en aucune manière être justifiée, mais être condamnée et réprimée.

- Son déni est une agression secondaire.
- Il faut la situer au regard de la loi

Les intervenants doivent :

- respecter la dignité de la victime : confidentialité, liberté de décision.
- Etre disponible et patient : il s'agit d'un accompagnement plus que d'une prise en charge, soucieux du rythme de la victime.
- Se mobiliser « auprès » de la victime, chacun dans son domaine de compétence, en coordonnant les différentes aides et en concertation.
- Se rappeler qu'on ne peut pas faire :
  - tout de suite (à la différence d'une urgence)
  - tout (mais passer le relais)
  - tout seul mais dans la transdisciplinarité

## 3 - Les champs d'application des intervenants

Le professionnel est un praticien, appliquant un savoir, une « technique » ;

L'association est un groupe des citoyens, acteurs du champ social, défenseurs des droits de la personne, acteurs du changement, s'inscrivant dans le mouvement de transformation des relations homme/femme, fondé sur l'égalité ;

L'intervenant refuse le morcellement dans l'art de diriger sa conduite ; il s'impose la cohérence indispensable pour donner du sens à sa pratique.

Mais on ne peut occulter les difficultés des professionnels, leur isolement, leur peur, leur impuissance face à l'arbitraire au harcèlement des supérieurs hiérarchiques ou des tutelles administratives.

Il faut donc assurer aux intervenants des garanties, des droits (institutions, codes..) qui dans un Etat de droit, sont assurés par :

- La Loi sanitaire du 13 juillet 1990, article 206-3 : « Les praticiens doivent dénoncer les sévices sur les enfants mineurs et sur les personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession »
- Le Code de déontologie médicale du 6 juillet 1992, article 54 : « Quand le médecin, le chirurgien dentiste, appelés auprès d'un mineur ou d'une personne handicapée, constatent qu'ils sont victimes de sévices, traitements inhumains, de privation, ils doivent en informer les autorités compétentes »

## Conclusion

Le champ éthique est celui non des certitudes mais du questionnement.

La réflexion sur l'éthique n'est pas donneuse d'évidences ni donneuse de leçons. Elle doit être comprise comme une quête de sens grâce à une aptitude d'alerte et de vigilance.

Néanmoins, quelques préceptes simples et clairs peuvent être proposés comme règles d'engagement et de conduite destinées aux intervenants auprès des femmes victimes de violences.

Il faut être là, c'est-à-dire dans tous les lieux de misère où la violence et la mort opèrent entre les victimes une distinction inhumaine de classe et de culture.

Il faut oser, en se donnant les moyens de le faire, allusion faite au nécessaire réseau de solidarités susceptibles de protéger la résistance de ces intervenants.

Il faut savoir s'instituer contre-pouvoir et au besoin démissionner, non comme désertion mais comme objection de conscience, portant le combat en d'autres terrains à l'exemple de **Frantz Fanon**, psychiatre à Blida qui écrivait en 1956 dans sa lettre de démission au gouverneur général français, Robert Lacoste :

**« Une société qui accule ses membres à des solutions de désespoir est une société non viable. Une société à remplacer. Le devoir du citoyen est de le dire. Aucune morale professionnelle, aucune solidarité de classe, aucun désir de laver le linge sale en famille ne prévaut ici. Aucune mystification pseudo-nationale ne trouve grâce devant l'exigence de la pensée ».**

## VII - Proposition de charte des intervenants

La violence faite aux femmes ne peut trouver de justification et doit être condamnée unanimement. Dans la lutte contre les violences faites aux femmes, la charte des intervenants

- Est un ensemble de règles morales ;
- Représente un engagement ;
- Se veut également un moyen de protection des intervenants et un soutien à leurs actions.

**1** – Les intervenants auprès des femmes victimes de violence viennent d'institutions, d'associations, de structures médicales ou juridiques, de services de sécurité (police, gendarmerie).

Ils regroupent des personnes qui contribuent à la réflexion, à la concertation et à l'entraide, visant à l'écoute, l'accueil et la prise en charge des victimes, sans oublier de l'inscrire dans un suivi.

De plus, ils s'imposent la mise en œuvre d'une prévention de la violence.

**2** – Les intervenants participent librement, chacun selon sa spécialité à une activité transdisciplinaire concertée et à un travail en réseau, indispensables pour rendre possible la prise en charge globale des victimes et leur suivi.

**3** – Le réseau des intervenants a pour but de faire converger l'activité des associations, le travail des professionnels de la santé, des juristes, des enseignants, sociologues et travailleurs sociaux, au bénéfice exclusif des femmes victimes.

**4** – Les intervenants s’engagent à dénoncer fermement toutes les formes de violence faites aux femmes par le biais de campagnes de sensibilisation et des plaidoyers pour la légalisation du signalement de ces violences et la pénalisation de celle qui est la plus fréquente, la violence conjugale.

Les intervenants s’engagent également à lutter contre la violence et aussi sa banalisation.

Ils œuvrent à rassembler les moyens humains et matériels à même d’offrir la meilleure prise en charge des victimes.

**5** - Les intervenants ont l’obligation d’être qualifiés, ce qui implique l’acquisition d’un savoir et d’un savoir faire en victimologie, grâce à une meilleure formation continue.

**6** – le réseau des intervenants œuvre au respect de la déontologie professionnelle, à la cohésion de ses membres et au développement d’une collaboration et/ou d’un partenariat, afin d’améliorer la prise en charge des femmes victimes.

**7** – Les intervenants s’engagent au respect de la confidentialité de toute information concernant les victimes, en prévenant leur anonymat et leur dignité ; cependant il existe des cas où le secret doit être partagé entre les intervenants, à la seule condition que cette dérogation au secret serve la victime et la qualité de la prise en charge.

**8** – Dans le cadre de la prise en charge des victimes, les intervenants sont tenus à la neutralité vis-à-vis de toute idéologie, de toute organisation politique, syndicale ou religieuse, nationale ou internationale.

**9** – Les intervenants inscrivent leur action dans la défense et le respect des droits de la personne, tels qu’énoncés dans la Constitution Algérienne et dans la Déclaration Universelle des Droits de l’Homme, la convention contre toutes les discriminations à l’égard des femmes adoptée en 1979, la

déclaration des Nations Unies sur l’élimination de la violence à l’égard des femmes, ainsi que la convention internationale des droits de l’enfant.

**10** – Les intervenants s’engagent à développer les prises de conscience individuelles et collectives qui changeront les mentalités et les comportements vis-à-vis de la violence et à sensibiliser l’opinion publique aux conséquences de la violence sur l’intégrité de la personne, la cohésion sociale et la paix.

