



IMPLEMENT

HEALTH SYSTEM RESPONSE
TO GENDER BASED VIOLENCE

MANUEL DE FORMATION

**SUR LES VIOLENCES DE GENRE
À DESTINATION DES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ**



With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



IMPLEMENT – SERVICES DE SANTÉ EN EUROPE : SOUTIEN SPÉCIALISÉ POUR LES VICTIMES DE VIOLENCES | JUST/2014/DAP/5361



Editeur :

AÖF – Réseau autrichien des foyers d'hébergement réservés aux femmes
Bacherplatz 10/4, 1050 Vienne, Autriche
Site internet : www.aoef.at
ZVR : 187 612 774

Coordinatrice principale du manuel : Kelly Blank

Auteurs : Kelly Blank, Maria Rösslhumer

Version française : Natacha Henry

Editrices : Maria Rösslhumer, Mathilde Sengölge

Coordinatrice du projet : Maria Rösslhumer

Expertise technique : Gene Feder, Medina Johnson

Lieu et année de publication : Vienne, Autriche, mai 2015

Conception graphique : Monika Medvey

Photo de couverture : istock.com

Financé par :

With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



UNIVERSITATEA
BABEŞ-BOLYAI



© Réseau autrichien des centres d'hébergement réservés aux femmes, 2015

Une partie de ce manuel de formation IMPLEMENT s'inspire du manuel de l'UNFPA-WAVE *Renforcer les réponses du système de santé aux violences de genre en Europe de l'Est et en Asie Centrale* (2014), avec leur aimable autorisation.

MANUEL DE FORMATION

SUR LES VIOLENCES DE GENRE À DESTINATION DES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

● SECTION I – MANUEL DE FORMATION

1. CONTEXTE	5
1.1 Remerciements	5
1.2 Le projet IMPLEMENT	5
1.3 Sources primaires pour le manuel	6
1.4 Plan du manuel	7
2. LES VIOLENCES DE GENRE : CONCEPTS DE BASE	8
2.1 Définition des violences de genre (VDG)	9
2.2 Formes de violences de genre contre les femmes	11
2.3 Comprendre la dynamique des violences au sein du couple	12
2.4 Impact des violences de genre sur la santé des femmes	14
2.5 Impact des VDG sur les enfants	14
2.6 Prévalence des violences physiques et sexuelles	15
2.7 Rôle des services de santé	16
3. IDENTIFIER LES VIOLENCES DE GENRE	17
3.1 Le dépistage universel / le dépistage au cas par cas	17
3.2 Symptômes, signes et comportements liés aux VDG	18
3.3 Obstacles du système de santé dans la prévention des VDG	19
3.4 Exigences et critères pour parler des VDG	21
3.5 Comment aborder les VDG	22
3.6 Entreprendre un examen médical et apporter des soins médicaux	23
4. LE DOSSIER DE VDG	26
4.1 Enregistrement et classification des blessures	26
4.2 Documenter les violences	26
4.3 Clichés	28
4.4 Stockage et accès aux dossiers des patientes	29
4.5 Examen médico-légal	29
5. EVALUATION DES RISQUES & PLANIFICATION DE LA SECURITE	30
5.1 Comprendre les facteurs de risque de violence répétée ou d'aggravation des violences	30
5.2 Entreprendre une évaluation des risques	32
5.3 Soutenir la patiente dans le développement d'un plan de sécurité	32
6. PARCOURS DE PRISE EN CHARGE	33
6.1 Concepts de base du parcours de prise en charge	34
6.2 Avantages des parcours de prise en charge	34
6.3 Les services spécialisés d'aide aux femmes	37
7. COOPERATION MULTISECTORIELLE	39
7.1 Les rôles et limites de la coopération multistrukture	41
7.2 Les freins à la coopération multisectorielle	41
8. EVALUATION ET CONCLUSION	42
8.1 Formulaire d'évaluation de la formation	42

● SECTION II – ANNEXE

1. Exercice sur les mythes liés aux VDG	45
2. Roues du pouvoir et du contrôle.....	46
3. Quiz IRIS sur les violences de genre et la santé	47
4. Exercices sur le pouvoir médical et la roue du contrôle	47
5. Etude de cas - l'expérience clinique d'une généraliste – l'histoire de Trish	48
6. Etude de cas – l'expérience d'une patiente – l'histoire de Kim	49
7. Notes des patientes de IRIS	50
8. Etude de cas – l'expérience d'une patiente – l'histoire de Catherine	51
9. Exercice de groupe : les obstacles à des services de santé efficaces	52
10. Jeu de rôle 1	53
11. Jeu de rôle 2	54
12. Jeu de rôle 3	54
13. Exercice clinique – exemple de questions	55
14. Dossier violences de genre – exemple de l'Autriche	56
15. Document : indicateurs de risque et planification de la sécurité	59
16. Document : exemple de formulaire de planification de la sécurité	60
17. Exercice individuel – identifier les facteurs de risque – le cas de Mme Y	62
18. Jeu de rôle : planifier la sécurité – le cas de Dilorom	63
19. Exemple de formulaire de recommandation IRIS	64
20. Exercice pour mieux assurer les formations	64
21. Exercice pour l'organisatrice de la prévention des violences de genre – que faire quand... ..	65
22. Exercice pour se protéger	66
23. Document : exercice pour un plan d'action personnel	67
Réponse du secteur de santé aux victimes de violences de genre	68
Powerpoint du séminaire Formation de Formateur (premier et deuxième jour).....	70



1. CONTEXTE

Les systèmes de santé en Europe sont un point central, mais sous-employé, pour l'identification et la prise en charge des victimes de violences sexistes, ou violences de genre (VDG). Il faut néanmoins que les professionnel/les de santé puissent briser le silence et soigner les femmes et les enfants victimes de violence. Soins essentiels, tant les violences peuvent impacter la santé des victimes pendant des années. En outre, ce sont souvent ces professionnel/les de santé qui sont au contact des survivant/es. Pourtant, ils/elles identifient peu les patientes victimes de violence, et ne traitent que les victimes avérées. Ils/elles manquent ainsi l'occasion d'orienter les patientes vers les structures spécialisées en violences de genre. Parfois, c'est l'infrastructure nécessaire qui fait défaut, ou l'assistance juridique. Les professionnel/les de santé doivent jouer un rôle clé afin que l'ensemble du système médical réponde aux violences de genre, et protège la santé et les droits des femmes. Ceci ne peut être fait qu'en **reliant directement le système médical aux structures d'accueil spécialisées**. IMPLEMENT, un projet cofinancé de la Commission européenne (CE), vise à renforcer les capacités dans six pays européens (Allemagne, Autriche, Bulgarie, France, Italie, Roumanie) afin d'améliorer la prise en charge des violences de genre dans les établissements de santé. Le projet vise à mieux répondre aux besoins des victimes, en assurant un lien effectif entre le système de santé et les structures spécialisées dans l'accueil des femmes.

1.1 Remerciements

Ce manuel a été préparé par Kelly Blank, membre de AÖF, avec Mathilde Sengölge, animatrice du projet, et Maria Rösslhuber, coordinatrice du projet. Les commentaires et suggestions viennent également de tou/tes les partenaires de IMPLEMENT (Marc Nectoux, Sonia Abluton, Ulrike Janz, Marion Steffens, Diana Rus, Daniela Gorbounova), les formateurs (Gene Feder, Medina Johnson) et du Groupe consultatif (Sabine Bohne, Carol Metters, Pascale Franck, Leo Pas). IMPLEMENT souligne que ce manuel de formation, et le projet IMPLEMENT dans son ensemble, sont possibles grâce au soutien de la Commission européenne. Le manuel est adapté du manuel de formation de l'UNFPA-WAVE, *Renforcer les réponses du système de santé aux violences de genre en Europe de l'Est et en Asie Centrale* (2014).

Par conséquent, il emprunte de nombreux modules, chapitres, documents et tableaux utilisés dans celui de l'UNFPA-WAVE (Women against Violence Europe), en plus des informations fournies par d'autres sources, énumérées à l'article 1.3 ainsi que dans les citations et notes de bas de page.

1.2 Le projet IMPLEMENT

OBJECTIFS

IMPLEMENT : *Soutien spécialisé pour les victimes de violences dans les services de santé en Europe*, bénéficie de l'accord **JUST/2014/DAP/5361**. Il débute le 1er octobre 2014, et s'étale sur 24 mois. Objectifs du projet :

- ▶ Identifier les forces et les faiblesses du système de santé existant, en particulier les accueils des victimes en obstétrique et aux urgences. Dans chaque pays seront prévus des échanges avec les gestionnaires de soins de santé, et l'on intégrera des matériaux / ressources utilisés dans les pays partenaires.
- ▶ Identifier les cadres juridiques nationaux existants qui portent sur les soins aux victimes dans le cadre de la santé.
- ▶ Prévoir un séminaire de formation des formateurs/formatrices afin de rendre autonomes les six organisateurs/trices de la prévention des violences de genre et les six référent/es cliniques. Dans chacun des pays partenaires, ils/elles mettront en œuvre un renforcement des capacités en santé (formation des formateurs) et un séminaire de suivi pour

responsabiliser les équipes obstétrique ou urgence à améliorer le soutien aux victimes de violence de genre.

- ▶ Sensibiliser les politiques de santé afin d'obtenir un soutien juridique aux victimes au sein des établissements de santé des pays partenaires. Il s'agit par conséquent d'identifier les cadres juridiques qui existent actuellement au niveau national dans l'UE en ce qui concerne le soutien aux victimes de violences de genre en lien avec la santé.
- ▶ Améliorer la formation et le maillage pour promouvoir le changement institutionnel, au niveau politique.
- ▶ Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication et de diffusion efficaces pour assurer une valorisation maximale des activités et des résultats du projet auprès des publics clés et des parties prenantes dans l'UE, y compris en partageant les meilleures pratiques avec le réseau WAVE et en ciblant les conférences médicales.

ORGANISATION

IMPLEMENT est implanté au sein d'établissements de santé des six pays partenaires :

TABLEAU 1: LISTE DES PARTENAIRES IMPLEMENT :

Nom	Pays	Organisation /Service
Ulrike Janz	Allemagne	GESINE
Marion Steffens	Allemagne	GESINE
Maria Rösslhuber	Autriche	AÖF
Genoveva Tisheva	Bulgarie	BGRF
Marc Nectoux	France	PSYTEL
Sonia Abluton	Italie	Lamoro
Diana Rus	Roumanie	BBU

GROUPE CIBLES

Les bénéficiaires du projet sont les patientes qui se présentent aux urgences ou aux services obstétricaux en tant que victimes de violences de genre (VDG), et les professionnel/les de santé (médecins, infirmières, sages-femmes) qui leur fournissent une assistance médicale.

Les groupes cibles du projet incluent : les actrices de la prévention des violences de genre (VDG), en première ligne pour l'accueil des victimes ; les professionnel/les de santé obstétrique/urgence au sein des équipes cliniques, qui manquent de ressources pour aider les victimes de VDG ; la direction ; les décideurs du secteur, par exemple, les ministères et les institutions locales en charge des questions de santé, auxquels incombent l'attribution des financements et des mesures institutionnelles spécifiques.

CALENDRIER

Séminaire de formation des formateurs à Vienne en Autriche, le 21 et 22 mai 2015. Il est assuré par deux formateurs britanniques spécialisés. Thème : former les professionnel/les de santé et les actrices de la prévention des violences de genre (VDG) (une pour chaque pays partenaire) à améliorer la prise en charge au sein de leur établissements de soins, dans les six pays partenaires.

Le site internet
IMPLEMENT :
gbv-implement-
health.eu

1.3 Sources primaires pour le manuel

Le manuel est adapté du Manuel de formation de l'UNFPA-WAVE, Renforcer les réponses du système de santé aux violences de genre en Europe de l'Est et en Asie Centrale (2014)¹, et de :

¹ <http://eeca.unfpa.org/publications/strengthening-health-system-responses-gender-based-violence-eastern-europe-and-central>

- **Agence des droits fondamentaux (FRA)**, Violences contre les femmes : une enquête à l'échelle de l'UE (2014) ²
- **Projet PRO TRAIN**, Améliorer la formation multiprofessionnelle et secteur santé, en Europe. Mutualiser les bonnes pratiques de prévention de la violence (2007-2009) ³
- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, Prévenir la violence exercée par les partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données (2013) ⁴
- Matériel de formation à l'identification et à l'orientation pour améliorer la sécurité (**IRIS**), Université de Bristol (2015) ⁵
- **UNICEF**, Guide à la coordination de l'intervention contre les violences de genre dans un contexte humanitaire (2010) ⁶
- **Women Against Violence Europe (WAVE)**, Rapport WAVE 2014 (2014) ⁷

Tableau 2: LISTE DES FORMATEURS IMPLEMENT ET MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF:

Nom	Pays	Organisation	Position
Sabine Bohne	Allemagne	Université d'Osnabrück	Membre du groupe consultatif
Pascale Franck	Belgique	Province d'Anvers	Membre du groupe consultatif
Leo Pas	Belgique	EUROPREV	Membre du groupe consultatif
Gene Feder	RU	IRIS	Formateur
Medina Johnson	RU	IRIS	Formatrice
Carol Metters	RU	IRIS	Membre du groupe consultatif

1.4 Plan du manuel

Ce manuel se compose de deux sections : la section I, le manuel de formation, se divise en huit chapitres ; la section II, les annexes pour la formation, contient 23 éléments pour les sessions de formation et un outil de référence fondamentale.

SECTION I – MANUEL DE FORMATION ●

Le **chapitre 1** apporte des informations et des conseils pratiques pour les programmes de renforcement du système de santé face aux violences de genre et, le cas échéant, à la formation actuellement dispensée. Le **chapitre 2**, Violences de genre, concepts clés, donne un aperçu des causes, du continuum et des conséquences des violences de genre. Il précise les deux rôles IMPLEMENT (professionnel/les de santé et actrices de la prévention des VDG). Il aborde la violence contre les femmes, la prévalence des violences physiques et sexuelles dans les six pays partenaires, les statistiques des femmes âgées de plus de 15 ans qui contactent des structures à la suite d'épisodes graves de violence, et le rôle des professionnel/les de santé dans la réponse aux VDG. Le **chapitre 3**, Identifier les violences de genre, décrit les différentes étapes de l'intervention d'un/e professionnel/e de santé dans un cas présumé de VDG : poser des questions avec tact, les réponses des victimes, les signes et les symptômes des violences de genre telles qu'elles peuvent les exprimer ou les ressentir, le dépistage universel contre le dépistage au cas par cas, le processus de l'examen médical et des soins. Le **chapitre 4**, Documenter les violences de genre, explique comment le personnel médical

² www.health-genderviolence.org/

³ www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

⁵ <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/>

⁶ www.unicef.org/protection/files/GBV_Handbook_Long_Version.pdf

⁷ www.wave-network.org/sites/default/files/01%20WAVEREPORT_2014.pdf

peut constituer un dossier, y compris l'enregistrement et la classification des blessures, ce qu'il faut noter et comment, et la méthode pour prendre des clichés qui pourront servir de preuve des violences. Le **chapitre 5**, Évaluer les risques et planifier la sécurité, porte sur les mesures à prendre en cas de violences de genre, dont la confidentialité, la divulgation lorsqu'il s'agit de mineur/es et la compréhension des facteurs de risques. Le **chapitre 6**, Orientation, aborde les voies de recours pour les victimes, les professionnel/les concerné/es, l'orientation des rescapées vers un organisme adéquat, la mise en place de services dédiés. Le **chapitre 7**, Coopération multi-sectorielle, décrit l'importance de la formation, et de la coopération entre les partenaires. Il donne, entre autres, des extraits du manuel Daphné de PRO TRAIN (Module 5), ainsi que de celui de l'UNICEF, Guide à la coordination de l'intervention contre les violences de genre dans un contexte humanitaire. Enfin, le **chapitre 8**, Évaluation et conclusion, contient le formulaire d'évaluation de la formation.

SECTION II – ANNEXE POUR LA FORMATION ●

Le but de l'annexe est de fournir aux formateurs et aux formatrices du matériel prêt à l'emploi et convivial afin de former les professionnel/les de santé au sein de l'UE. Les formateurs/trices sont encouragé/es à adapter les séances aux besoins de chaque groupe. Cette annexe comprend des diapositives de présentation de la formation, de la documentation, des exercices et des jeux de rôle, ainsi qu'un document intitulé Réponse du secteur de santé aux victimes de violences de genre qui sera distribué aux professionnel/les.

2. LES VIOLENCES DE GENRE : CONCEPTS DE BASE

La Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence conjugale du Conseil de l'Europe, ou Convention d'Istanbul (2011), est une convention européenne révolutionnaire : elle reconnaît que la violence à l'encontre des femmes est une violence de genre perpétrée contre les femmes parce qu'elles sont des femmes. La Convention insiste sur la prévention, la protection, les poursuites et le suivi⁸. Au cœur de la prévention, la formation des professionnel/les qui sont au contact des victimes.

Les violences de genre violent un certain nombre de droits des femmes, y compris le droit à la vie, de ne pas être soumis/e à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit à une égale protection devant la loi, à l'égalité dans la famille, à la meilleure santé physique et mentale possibles⁹. Les violences de genre à l'encontre des femmes et des filles constitue l'une des violations des droits humains les plus répandues. Elles ont des conséquences sur leur santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive. C'est un problème structurel, profondément ancré dans les relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes. Il comprend toutes les formes de harcèlement sexuel et d'exploitation sexuelle¹⁰. Les violences de genre incluent également la violence perpétrée contre les hommes et les garçons : les garçons peuvent être victimes d'abus sexuels au sein de leur famille, ou de la traite à des fins d'exploitation sexuelle. Il y a aussi des hommes victimes de violences au sein du couple. Toutefois, en raison de la répartition inégale du pouvoir entre hommes et femmes, les femmes et les filles constituent la grande majorité des personnes touchées par les violences de genre, la majorité des auteurs étant des hommes¹¹.

« La violence contre les femmes est fondée sur le genre. C'est une cause et une conséquence des relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes. »
(UNFPA-WAVE, p. 17)

Selon l'étude menée dans tous les États membres de l'Union européenne (UE), par l'Agence des droits fondamentaux (FRA) en 2014, sur les violences contre les femmes, une femme sur

⁸ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 17.

⁹ Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (1992).

¹⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 18.

¹¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 19.

trois (33%) au sein de l'Union européenne et âgée de plus de 15 ans, a subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours de sa vie. Pour 8% des femmes, au cours des 12 mois précédant l'enquête : environ 13 millions de femmes dans l'UE ont subi des violences physiques, et 3,7 millions ont subi des violences sexuelles dans les 12 mois précédant l'enquête.¹²

« Violences physiques les plus fréquentes : bousculer, gifler, empoigner, tirer les cheveux. » (FRA, p. 21)

2.1 Définition des violences de genre (VDG)

La violence fondée sur le genre et la violence contre les femmes sont souvent employées ensemble ou de façon interchangeable. En effet, la majorité des violences contre les femmes sont fondées sur leur sexe, et la plupart des VDG sont perpétrées par des hommes sur des femmes et des filles. Voici les définitions liées aux VDG, le manuel de formation, ainsi que de brèves définitions des deux rôles importants au sein d'IMPLEMENT: *le référent/e clinique* et *l'actrice de la prévention des violences de genre*.

VIOLENCES

La violence fondée sur le genre (VDG)

« Une violence dirigée contre une femme parce qu'elle est une femme, ou qui touche les femmes de façon disproportionnée »¹³

La violence contre les femmes

« (...) Manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, qui ont abouti à la domination des hommes et à la discrimination des femmes, et à la limitation de l'avancée des femmes. [...] La violence contre les femmes est l'un des plus importants mécanismes sociaux par lesquels les femmes sont placées dans une position de subordination par rapport aux hommes »¹⁴

« (...) C'est une violation des droits humains et une forme de discrimination, qui implique tous les actes de violence fondés sur le sexe et qui se traduisent par, ou sont susceptibles d'entraîner, un préjudice physique, sexuel, psychologique ou économique ou des souffrances infligées aux femmes, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit en public ou dans la vie privée. »¹⁵

La violence domestique

« Tout comportement de contrôle¹⁶, coercitif¹⁷ ou menaçant, de violence ou d'abus entre personnes de 16 ans ou plus, qui sont, ou ont été, des partenaires intimes, ou sont membres de la même famille, indépendamment du sexe ou de la sexualité. Cela peut englober les abus suivants : psychologiques, physiques, sexuels, finan-

¹² FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 21.

¹³ Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 19, Violence Against Women (1992).

¹⁴ Declaration on the Elimination of Violence Against Women (1993), Preamble.

¹⁵ Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence (2011), Article 3.

¹⁶ Un comportement de contrôle se caractérise par différents actes, ayant pour but de rendre une personne subordonnée et/ou dépendante en l'isolant de ses proches soutiens et en exploitant ses ressources ou ses capacités à gagner sa vie. Le comportement de contrôle consiste également à déposséder la victime de ses moyens d'être indépendante, de résister et de s'échapper et à réguler son comportement quotidien. "UK Home Office, Information for Local Areas on the change to the Definition of Domestic Violence and Abuse" (UK Home Office, Information destinée aux zones locales, à propos des changements de définition de Violence Domestique et Maltraitance) (2013), p. 2. Note de traduction: ce texte fait la différence entre Violences domestiques, qui peut inclure des membres de la famille autres que le conjoint ou ex-conjoint, et Violences au sein du couple, qui ne concerne que les partenaires ou ex-partenaires intimes de la victime.

¹⁷ Un comportement coercitif se caractérise par des tendances à l'agression, aux menaces, à l'humiliation et à l'intimidation ou à d'autres mauvais traitements qui ont pour but de blesser, de punir, ou d'effrayer la victime. "UK Home Office, Information for Local Areas on the change to the Definition of Domestic Violence and Abuse" (UK Home Office, Information destinée aux zones locales, à propos des changements de définition de Violence Domestique et Maltraitance) (2013), p. 2.

ciers et émotionnels. La violence domestique comprend également la violence fondée sur "l'honneur" et le mariage forcé. »¹⁸

La violence au sein du couple

« Quand le comportement d'un partenaire intime cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, y compris les actes d'agression physique, la contrainte sexuelle, la violence psychologique et le contrôle. (Elle) concerne la violence exercée par les conjoints actuels, passés, et autres partenaires intimes. »¹⁹

SERVICES & SOUTIEN

Savoir détecter

C'est l'enquête clinique. « Il s'agit d'interroger les femmes dans les établissements de santé, en fonction des conditions cliniques, de l'histoire et, le cas échéant, de l'examen de la patiente. »²⁰

Assistance de premier niveau

« Se réfère au niveau minimum (surtout psychologique) de soutien et à la validation de l'expérience de la patiente. L'assistance de premier niveau devrait être fournie à toutes les femmes qui dénoncent les violences à une professionnel/le de santé ou un autre professionnel, telle que l'organisatrice de la prévention des violences de genre. Il partage de nombreux éléments avec ce qu'on appelle « premiers secours psychologiques » dans le contexte des situations d'urgence impliquant des expériences traumatisantes »²¹

Examen médico-judiciaire

« Un examen médical effectué en connaissant la possibilité de poursuites judiciaires nécessitant un avis médical. »²² L'objectif principal d'un examen médico-légal est de recueillir des preuves qui pourront aider à prouver ou à réfuter un lien entre des individus et / ou entre des individus et des objets ou des lieux.²³

Système de référence

« Un cadre institutionnel global qui relie diverses entités ayant des mandats bien définis, des responsabilités et des pouvoirs dans un réseau de coopération, avec pour objectif d'assurer la protection et l'assistance des survivant/es, leur pleine réadaptation et leur autonomisation, la prévention des violences de genre et la poursuite des auteurs. »²⁴

Dépistage systématique

Aussi appelé enquête de routine, il interroge systématiquement les femmes dans les établissements de santé, quant à leur exposition aux violences de genre.²⁵

¹⁸ UK Home Office, "Information for Local Areas on the change to the Definition of Domestic Violence and Abuse" (2013), p. 2.

¹⁹ WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council, "Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence" (2013).

²⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

²¹ WHO "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), p. vii.

²² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

²³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81. Également cité dans WHO, "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

²⁴ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 88.

²⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

RÔLES IMPLEMENT

Référent/e clinique

Un/e *Référent/e clinique* est un professionnel/e de santé employé/e dans le cadre pilote. Il/elle travaille en étroite collaboration avec l'organisatrice de la prévention des VDG en fournissant un soutien et une orientation appropriés aux rescapées. Son rôle est d'aider et d'autonomiser les autres professionnel/les de santé.

L'organisatrice de la prévention des violences de genre

L'organisatrice de la prévention des VDG, ou actrice de la prévention des VDG, travaille au sein d'une structure d'accueil aux femmes victimes. Elle travaille en étroite collaboration avec le/la référent/e clinique en fournissant un soutien approprié aux femmes victimes de violence de genre, et s'assure que la rescapée reçoit le soutien approprié. Si nécessaire, elle fournit de plus amples renseignements sur les moyens à disposition.

2.2 Formes de violences de genre contre les femmes

Les violences de genre englobent un large éventail d'actes violents, physiques, sexuels, psychologiques et économiques. Par conséquent, il est important pour les professionnel/les de santé d'identifier la gamme complète des actes pouvant les constituer (voir Tableau 3).²⁶

TABLEAU 3 : FORMES DE VIOLENCES DE GENRE²⁷

Violence physique

La force physique entraînant des blessures corporelles, des douleurs ou un handicap. La gravité des blessures inclue : lésions, fractures, blessures, décès.

Les actes de violence physique comprennent :

- ▶ Gifler, bousculer, frapper, griffer, étouffer, mordre, empoigner, secouer, cracher, brûler, tordre une partie du corps, forcer l'ingestion d'une substance indésirable
- ▶ Frapper ou poignarder à l'aide d'objets ménagers, d'armes, de couteaux.

Violence sexuelle

Imposer un acte sexuel, tenter d'obtenir un acte sexuel, faire des commentaires sexuels ou des avances non désirés, se livrer au trafic prostitutionnel, s'opposer à la sexualité d'un individu en utilisant la coercition, par toute personne, indépendamment de sa relation avec la victime, dans tous les milieux (y compris au domicile et au travail).²⁸

Les actes de violence sexuelle peuvent inclure :

- ▶ Le viol ou d'autres formes d'agression sexuelle
- ▶ Des avances sexuelles non désirées, harcèlement sexuel (y compris en échange d'une promotion professionnelle ou de meilleures notes)
- ▶ La traite à des fins d'exploitation sexuelle
- ▶ L'exposition forcée à de la pornographie
- ▶ Les grossesses forcées, la stérilisation forcée, l'avortement forcé
- ▶ Le mariage forcé/ le mariage des enfants
- ▶ Les mutilations sexuelles féminines

²⁶ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 20.

²⁷ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 20.

²⁸ WHO, "World Report on Violence and Health" (2002) p. 149.

- ▶ Les tests de virginité
- ▶ L'inceste

Violence psychologique (violence émotionnelle)

Une action ou une série d'actions qui nuisent directement à l'intégrité psychologique de la femme. Les actes de violence psychologique comprennent :

- ▶ Des menaces de violence et des dommages contre la femme ou son entourage, par des paroles ou des actions (harcèlement, armes)
- ▶ Le harcèlement et le harcèlement moral au travail
- ▶ Des commentaires humiliants et insultants
- ▶ Isoler la femme et restreindre ses contacts extérieurs
- ▶ L'utilisation des enfants par un conjoint violent pour contrôler ou nuire à la femme. Ces actes constituent à la fois une violence contre les enfants, et contre les femmes.

Violence économique Utilisée pour nier ou contrôler l'accès de la femme aux ressources, y compris son emploi du temps, l'argent, les transports, la nourriture, les vêtements.

Les actes de violence économique comprennent :

- ▶ Interdire à la femme de travailler
- ▶ L'exclure de la prise de décision financière dans la famille
- ▶ L'exclure des moyens financiers ou de l'information financière
- ▶ Refuser de payer les factures ou de pourvoir à son bien-être ou à celui des enfants
- ▶ Détruire les biens communs.

2.3 Comprendre la dynamique des violences au sein du couple

Lors de la consultation, les femmes ayant survécu aux violences parlent rarement de ce qu'elles endurent. Les attitudes négatives envers les femmes en général et envers les rescapées de violence en particulier, peuvent infliger des dommages supplémentaires à ces femmes et empêcher les professionnel/les de santé de leur fournir des soins médicaux adéquats.²⁹ Comprendre la dynamique des violences au sein du couple peut aider les professionnel/les à adopter une attitude solide, dénuée de jugement, vis-à-vis des victimes. C'est une condition préalable importante pour que le système de santé soit efficace contre les VDG.³⁰

La Roue du pouvoir et du contrôle permet de comprendre les mécanismes de pouvoir et de contrôle dans une relation intime.³¹ Ce modèle a été développé par les programmes violences conjugales dans le Minnesota, aux États-Unis, grâce aux groupes de parole de femmes victimes. La roue se compose de huit rayons qui résument les schémas de comportements utilisés par un individu pour contrôler ou dominer sa partenaire : intimider, employer la violence psychologique, isoler, minimiser, nier, critiquer ; utiliser les enfants, le privilège d'être né de sexe masculin, la violence économique, la coercition et les menaces. Ces actions servent à exercer « pouvoir et contrôle » – ces mots sont au centre de la roue. La jante de la roue est faite de violences physiques et sexuelles - ces violences englobent tous les éléments (voir graphique 1).³²

Souvent, les rescapées ne parlent pas des violences parce qu'elles ont honte, peur pour leurs enfants et leur famille, qu'elles sont isolées ou pensent qu'on ne les croira pas. C'est pourquoi les professionnel/les de santé doivent comprendre la dynamique des violences de genre, savoir les identifier et assurer une bonne prise en charge.

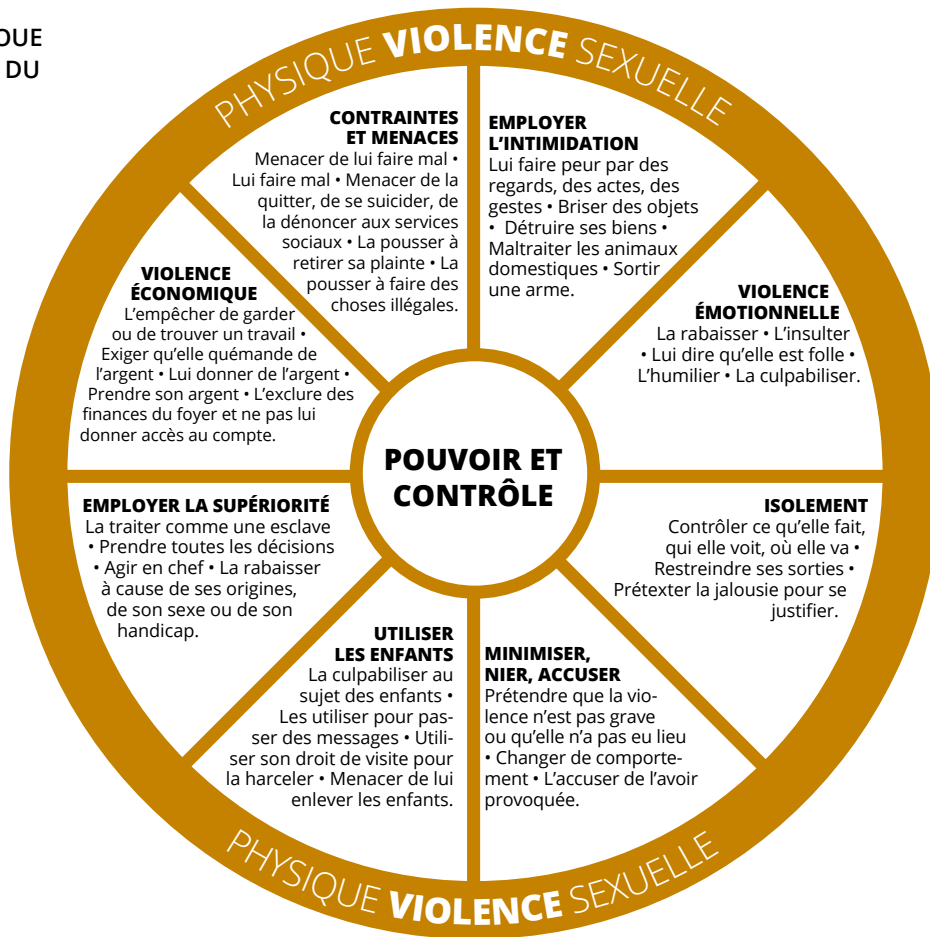
²⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 31.

³⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 31.

³¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 32. Également cité dans WHO, "Integrating Poverty and Gender into Health Programmes, A Sourcebook for Health Professionals Module on Gender-based Violence", (2005).

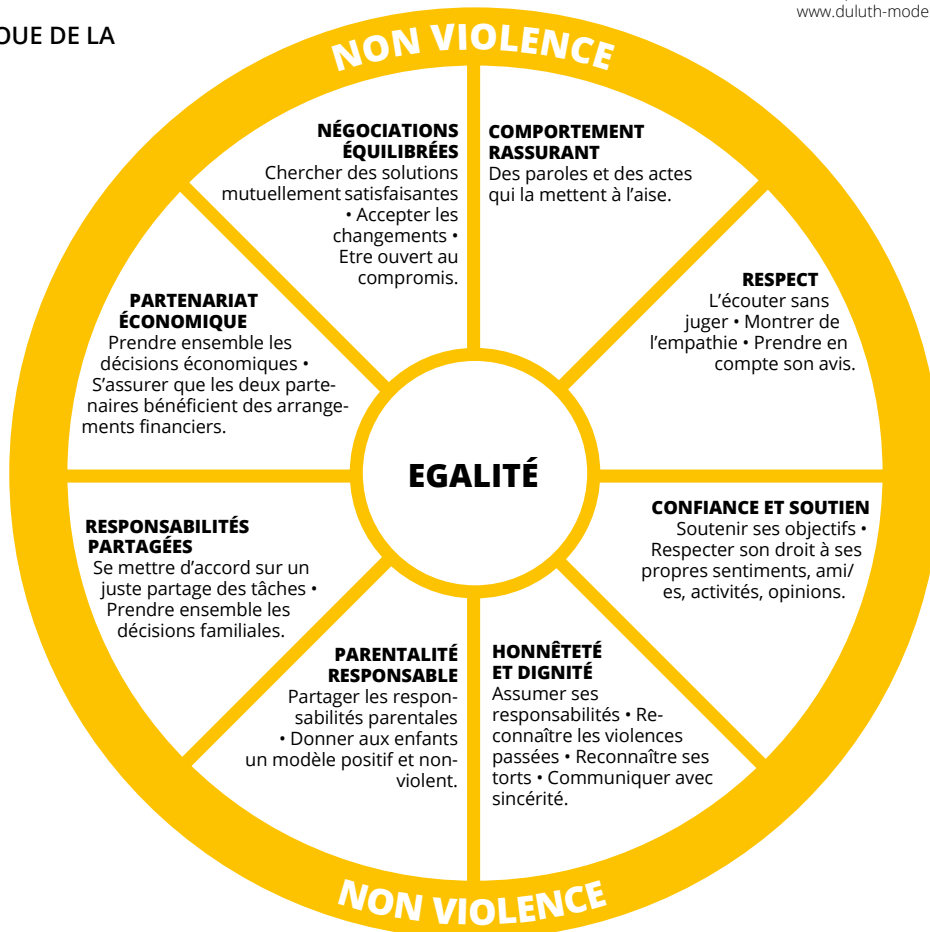
³² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 32.

Graphique 1 : ROUE DU POUVOIR ET DU CONTRÔLE



Adapté de :
Domestic Abuse Intervention Project
Duluth, MN 218/722-2781
www.duluth-model.org

Graphique 2 : ROUE DE LA NON-VIOLENCE



2.4 Impact des violences de genre sur la santé des femmes

Les VDG peuvent toucher tous les aspects de la santé des femmes - physiques, sexuels et reproductifs, santé mentale et comportementale. Les conséquences sont immédiates et aiguës, ou à long terme et chroniques ; elles peuvent persister longtemps après que la violence ait cessé.³³

LES VDG PEUVENT AVOIR LES ISSUES SUIVANTES:³⁴

- ▶ **Décès** – conséquence immédiate quand une femme est tuée par l'auteur, ou conséquence à long terme d'autres éléments nuisibles à la santé (par exemple, les problèmes de santé mentale résultant d'un traumatisme peuvent conduire au suicide, à l'abus d'alcool, au VIH, aux maladies cardiovasculaires)
- ▶ **Réduction de l'espérance de vie** – selon la Banque mondiale, le viol et la violence domestique représentent 5% des années de vie en bonne santé, perdues pour les femmes de 15 à 44 ans dans les pays en développement
- ▶ **Dommages physiques** – blessures, déficiences fonctionnelles, handicaps permanents
- ▶ **Comportements à risque** – alcool, drogue, tabac, risques sexuels, automutilation
- ▶ **Conséquences psycho-somatiques** – douleurs chroniques, côlon irritable, troubles gastro-intestinaux, infections urinaires, troubles respiratoires
- ▶ **Conséquences sur la santé reproductive** – inflammations pelviennes, infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, complications au cours de la grossesse, faible poids à la naissance, fausse couche
- ▶ **Conséquences psychologiques** – stress post-traumatique, dépression, peurs, troubles du sommeil, de l'alimentation, pensées suicidaires, faible estime de soi

2.5 Impact des VDG sur les enfants

Les enfants subissent les VDG, en particulier la violence domestique et les maltraitances. Les enfants peuvent être touchés par les violences contre leur mère. Ils peuvent être eux-mêmes maltraités par l'auteur, souvent leur père ou beau-père.³⁵ Les résultats de l'enquête menée par l'Agence des droits fondamentaux (FRA) de l'UE mettent en évidence le lien entre la violence pendant l'enfance et la victimisation à l'âge adulte. Pour interrompre le cycle de la violence, il est essentiel de prendre en charge les enfants témoins de violences familiales contre leur mère. « C'est aussi important pour la prévention, car les enfants sont souvent conscients des violences que subit leur mère. »³⁶

En outre, « les enfants qui sont exposés à un comportement violent envers leur mère sont plus susceptibles de devenir plus tard auteurs ou victimes. »³⁷ Les enfants témoins des violences sont plus que des observateurs : « ils grandissent dans une atmosphère de peur, d'exercice du pouvoir, d'impuissance et d'insécurité ... et de stress. »³⁸ En outre, les enfants peuvent être directement touchés en endurant des violences similaires. La probabilité que les enfants souffrent toute leur vie des conséquences de ces violences dans leur petite enfance est élevée : les garçons sont plus susceptibles de devenir des auteurs, les filles, de subir des violences.³⁹ Il est donc essentiel que les enfants reçoivent aide et soutien.

« 73% des mères victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles disent qu'au moins 1 de leurs enfants était au courant des violences. »
(Rapport WAVE 2014, p. 10)

³³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 39.

³⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 40.

³⁵ WAVE, "Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge" (2004), p. 14.

³⁶ WAVE, "WAVE Report 2014" (2014), p. 10.

³⁷ WAVE, "Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge" (2004), p. 14.

³⁸ Domestic Violence Intervention Center Vienna, "Parent's Rights or Child Protection? Experience Concerning the new Action Family Matters in view of Domestic Violence" (2013), p. 4.

³⁹ WAVE, "Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge" (2004), p. 14.

SYMPTÔMES DES ENFANTS EXPOSÉS AUX VIOLENCES (liste non-exhaustive) : ⁴⁰

- ▶ Troubles du sommeil et de l'alimentation
- ▶ Énurésie
- ▶ Troubles de la parole
- ▶ Retrait
- ▶ Troubles du comportement
- ▶ Agressivité
- ▶ Dépression
- ▶ Difficultés scolaires
- ▶ Pensées ou actes suicidaires

Le Tableau 4 (voir ci-dessous), tiré de l'enquête 2014 de la FRA sur les violences envers les femmes en Europe ⁴¹, donne le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir subi des maltraitements physiques, psychologiques et/ou sexuelles avant l'âge de 15 ans. Il montre que dans les 6 pays partenaires IMPLEMENT, un tiers à un quart des femmes déclarent avoir été victimes de violences avant l'âge de 15 ans. Cependant, 5% des femmes interrogées en Autriche mentionnent des violences sexuelles pour 28% des femmes en Bulgarie. Ces différences peuvent signifier une sous-déclaration, ou des différences culturelles, sociétales et politiques, dans la sensibilisation sur la maltraitance des enfants.

Tableau 4 : VIOLENCES PENDANT L'ENFANCE ⁴²

Pays	Violence physique	Violence sexuelle	Violence psychologique	Autre Violence
Allemagne	37%	13%	13%	44%
Autriche	27%	5%	9%	31%
Bulgarie	28%	28%	5%	30%
France	33%	20%	14%	47%
Italie	25%	11%	9%	33%
Roumanie	23%	(1)	4%	24%

2.6 Prévalence des violences physiques et sexuelles

Le Tableau 5 donne les résultats de l'enquête de la FRA, avec le pourcentage de femmes qui ont divulgué les actes de violence physique et sexuelle par leurs partenaires actuels, les partenaires précédents, et/ou les non-partenaires, depuis l'âge de 15 ans.⁴³ Les violences physiques et sexuelles sont répandues dans toute l'Europe et ces statistiques ne reflètent que les cas signalés. La moyenne de prévalence (UE 28) de la violence physique et/ou sexuelle par un partenaire et/ou un non-partenaire depuis l'âge de 15 ans est de 33%⁴⁴; cela est similaire à la prévalence dans les pays partenaires de IMPLEMENT, mais l'Autriche est en-dessous de la moyenne de l'UE avec 20%, tandis que la Bulgarie est supérieure à la moyenne avec 44%.⁴⁵

Pour les rescapées, les médecins sont souvent le premier point de contact. Elles sont plus susceptibles de contacter les structures médicales que toute autre structure
(FRA, p.60).

⁴⁰ Domestic Violence Intervention Center Vienna, "Parent's Rights or Child Protection? Experience Concerning the new Act on Family Matters in view of Domestic Violence" (2013), p. 4.

⁴¹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 123.

⁴² FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 123.

⁴³ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 28.

⁴⁴ données non présentées.

⁴⁵ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 29.

Tableau 5 : LES FEMMES QUI ONT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU DES VIOLENCES SEXUELLES DEPUIS L'ÂGE DE 15 ANS ⁴⁶

Pays	Partenaire actuel	Partenaire passé	Non-partenaire	Tout partenaire et/ou non-partenaire
Allemagne	7%	24%	24%	35%
Autriche	3%	15%	12%	20%
Bulgarie	11%	38%	14%	28%
France	11%	31%	33%	44%
Italie	9%	25%	17%	27%
Roumanie	14%	30%	14%	30%

2.7 Rôle des services de santé

Le secteur de la santé est un point d'entrée essentiel pour identifier les VDG, fournir des soins médicaux aux victimes et les orienter vers d'autres structures, tels que les associations, ou un centre spécialisé. **Souvent, la première démarche, c'est de consulter un/e professionnel/e de santé ⁴⁷** qui permettra d'être accompagnée et prise en charge. Par conséquent, le renforcement des capacités des professionnel/les de santé à identifier et aider les victimes est essentiel pour prévenir et traiter les VDG.

En 2014, l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) a publié une étude sur les violences contre les femmes dans toute l'UE. Les résultats indiquent qu'un tiers des victimes de violence conjugale physique et/ou sexuelle, et un quart des victimes de violence physique et/ou sexuelle non conjugale, ont cherché de l'aide auprès d'une structure. Les résultats montrent aussi que seules 25% des victimes dénoncent les violences – surtout auprès d'un/e professionnel/le de santé et, ensuite, à la police.⁴⁸ Il est clair que tous ceux et toutes celles qui travaillent dans le monde de la santé, ont un rôle à jouer dans l'aide aux victimes, que la violence soit ou non révélée par la rescapée.

POURQUOI CERTAINES FEMMES NE DEMANDENT PAS D'AIDE, RAISONS LES PLUS FRÉQUENTES:⁴⁹

- ▶ Elles choisissent de s'en occuper de façon toutes seules ou d'en parler à un/e proche
- ▶ Elles croient que personne ne peut les aider
- ▶ Leur situation n'est « pas assez importante » pour impliquer des organismes
- ▶ **Elles ne connaissent pas les structures à leur disposition, ou il n'y en avait pas**

Les associations sont essentielles car souvent, les femmes disent qu'elles ont honte, et se pensent responsables des violences qu'elles subissent. Ces structures peuvent aider leur reconstruction avant, pendant et après la consultation. Elles valident les récits et les sentiments des patientes, restent sensibles à leurs situations, ne les jugent pas, et leur assurent un environnement sûr. Il est largement prouvé que les associations spécialisées améliorent les résultats.⁵⁰

C'est pourquoi IMPLEMENT veut améliorer les soins et l'implication du secteur santé contre les VDG. En encourageant et en renforçant une coopération multi-structures, les besoins des rescapées seront pris en compte de manière plus efficace et plus sensible. Comme démontré dans ce manuel, IMPLEMENT s'attache à décrire comment la coopération multi-structures

Beaucoup de rescapées ne connaissent pas les structures d'aide. Il est donc essentiel que les professionnel/les de santé et les associations de lutte contre les violences de genre travaillent ensemble, en réseau.

⁴⁶ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 28.

⁴⁷ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 60.

⁴⁸ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 60.

⁴⁹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014) p. 66.

⁵⁰ Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD005043.

peut être établie avec succès dans les pays partenaires, par divers moyens. En particulier, à travers une meilleure communication et un maillage efficace entre les établissements de santé (**réfèrent/e clinique**) et les associations de femmes (**organisatrice de la prévention des VDG**). Pour plus d'informations sur la coopération multi-sectorielle, voir le chapitre 7.

Les professionnel/les de santé doivent être formé/es à répondre efficacement à la maltraitance, et orienter les femmes vers les structures spécialisées.

L'enquête FRA 2014 indique le pourcentage de femmes dans l'UE qui ont contacté la police ou d'autres services après un épisode de violence physique et/ou sexuelle. Ces chiffres, ci-dessous dans le tableau 6, démontrent que les femmes sont plus susceptibles de contacter un médecin ou un cabinet médical. Ensuite viennent la police et l'hôpital. Les raisons de ne pas contacter une structure peuvent varier. Raisons principales (cf. enquête de la FRA) : les femmes préfèrent se débrouiller seules ou avec un/e proche, un membre de la famille ou un/e ami/e ; elles estiment que la situation n'est pas assez grave ; il ne leur est jamais venu à l'esprit de contacter un organisme ; elles ne savent pas vers qui se tourner ; absence de structure adéquate.⁵¹

Tableau 6 : FEMMES ÂGÉES DE 15 ANS ET PLUS, AYANT CONTACTÉ DES ORGANISMES APRÈS DES INCIDENTS GRAVES DE VIOLENCE (UE 28)⁵²

Service	Violence physique du partenaire	Violence sexuelle du partenaire	Violence physique d'un non-partenaire	Violence sexuelle d'un non-partenaire
Police	14%	15%	13%	14%
Hôpital	11%	12%	9%	12%
Médecin, centre de santé	15%	22%	10%	16%
Foyer pour Femmes	3%	6%	(0)	(1)
Organisation d'aide aux Victimes	4%	4%	1%	4%

3. IDENTIFIER LES VIOLENCES DE GENRE

Même si les rescapées des violences de genre sont plus susceptibles que la moyenne d'utiliser les services de santé, elles ne vont pas spontanément révéler les violences. Si les professionnel/les de santé se renseignent avec tact lorsqu'une patiente présente des symptômes pouvant indiquer des VDG, cela lui donne plus de chance d'en parler. Par conséquent, encourager la divulgation des VDG est un point de départ important pour toute consultation. Poser des questions de façon professionnelle et empathique, peut aider à briser le sentiment d'isolement, la culpabilité et la honte que peuvent ressentir les victimes. Cela permet aussi de les informer des aides disponibles, qui sont à leur disposition si elles se sentent prêtes.⁵³

87% des femmes trouveraient acceptable que leur médecin mentionne les violences en voyant certaines blessures (FRA, p. 69)

3.1 Le dépistage universel / le dépistage au cas par cas

Dans le domaine de la santé, deux approches sont utilisées pour faciliter la divulgation des violences de genre : le dépistage universel et la recherche au cas par cas.⁵⁴

Dépistage universel, ou enquête de routine : on demande à toutes les femmes se présentant dans les établissements de santé si elles sont, ou ont été, exposées à des violences de genre.

⁵¹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 66.

⁵² FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 65.

⁵³ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 66.

⁵⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

Au cas par cas, ou enquête clinique : on aborde la question des VDG avec les femmes qui présentent certains symptômes cliniques, une histoire particulière et, le cas échéant, selon leur examen médical.⁵⁵

Selon une étude récente de l'OMS, le dépistage universel peut être lourd pour les centres de consultation, en particulier quand les options de prise en charge et de ressources/partenaires, sont limitées. Cela peut avoir de graves conséquences sur les patientes, si elles parlent des violences lors d'un dépistage universel, mais ne reçoivent pas de réponse efficace.

Fondée sur des considérations cliniques sélectives et prudentes, la recherche de cas est la plus efficace, en particulier lorsque le personnel de santé est formé aux bonnes réactions et l'orientation adaptée. IMPLEMENT est un bon exemple à cet égard, et suit la recommandation de l'OMS de « renforcer la capacité à répondre à celles qui ne divulguent pas les violences, mais montrent des signes et des symptômes associés aux violences, ou souffrent de formes sévères de maltraitements. »⁵⁶

Le dépistage universel, ou systématique, n'est donc pas recommandé : bien que cette méthode augmente les taux d'identification de victimes, elle n'a pas fait diminuer les violences ultérieures, ni produit de bénéfices pour la santé des femmes. C'est donc le dépistage au cas par cas qui est conseillé ; les professionnel/les de santé devraient aborder l'exposition aux violences lors de l'évaluation des maux qui peuvent être causés ou aggravés par les violences, afin d'améliorer le diagnostic/l'identification et les soins ultérieurs.⁵⁷

Cependant, on peut envisager le dépistage universel dans certaines circonstances particulières :

- Les femmes présentant des symptômes et des troubles (dépression, anxiété, stress post-traumatique, automutilation / tentatives de suicide), en raison de la forte corrélation entre les troubles de santé mentale et les violences conjugales
- Dépistage du HIV, puisque la violence conjugale peut affecter la divulgation de la séropositivité, ou compromettre la sécurité des femmes qui divulguent les violences, ainsi que leur capacité à mettre en œuvre des stratégies de réduction des risques
- Les soins prénataux, en raison de la double vulnérabilité due à la grossesse et en prévoyant un suivi dans les soins prénataux.⁵⁸

3.2 Symptômes, signes et comportements liés aux VDG

Les indicateurs suivants montrent qu'une patiente peut avoir subi des violences, ou en subir actuellement, ainsi que les symptômes liés aux VDG. Il est important de noter **qu'aucun des signes, des symptômes ou des comportements énumérés ci-dessous n'indique automatiquement qu'une femme a connu les VDG. Ils devraient éveiller les soupçons rapides des professionnel/les de santé, les inciter à parler à la femme en privé et lui demander si elle a subi des violences.** Même si elle choisit de ne pas les divulguer à ce moment précis, elle saura que le/la professionnel/le est conscient/e du problème. Elle pourra alors choisir d'en parler plus tard.⁵⁹

⁵⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

⁵⁶ WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), p. 19.

⁵⁷ WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), p. 18.

⁵⁸ UNFPA-WAVE, ("Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

⁵⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

ÉTATS CLINIQUES ASSOCIÉS AUX VIOLENCES DE GENRE: ⁶⁰

- ▶ Dépression, anxiété, stress post traumatique, troubles du sommeil
- ▶ Pensées et tentatives de suicides, automutilation
- ▶ Abus d'alcool et autres substances
- ▶ Symptômes gynécologiques inexplicables, douleurs pelviennes, dysfonctionnement sexuels
- ▶ Conséquences négatives sur la reproduction, y compris grossesses non désirées et/IVG, suivi tardif de la grossesse, attitude négative à la naissance du bébé
- ▶ Symptômes génito-urinaires inexplicables, y compris infections urinaires fréquentes, problèmes rénaux
- ▶ Douleurs chroniques inexplicables
- ▶ Lésions traumatiques répétées accompagnées d'explications vagues ou peu plausibles
- ▶ Problèmes du système nerveux central, migraines, problèmes cognitifs, perte auditive
- ▶ Consultations médicales fréquentes sans diagnostic évident
- ▶ Conjoint, mari ou autres adultes intrusifs pendant les consultations

COMPORTEMENTS LIÉS AUX VIOLENCES DE GENRE: ⁶¹

- ▶ Blessures sans lien avec les causes exprimées
- ▶ Rendez-vous fréquents pour des symptômes vagues
- ▶ La femme tente de cacher ses blessures ou de les minimiser
- ▶ La femme hésite à parler devant son conjoint ou l'adulte qui l'accompagne, semble dominée ou avoir peur en présence de son conjoint ou de l'adulte qui l'accompagne
- ▶ Elle ne suit pas l'ordonnance médicale
- ▶ Elle rate ses rendez-vous
- ▶ Des blessures multiples apparaissent pendant la guérison
- ▶ La femme a peur, semble très anxieuse ou déprimée
- ▶ Le conjoint est agressif ou dominant, il parle à la place de la femme ou refuse de quitter la pièce
- ▶ La femme ne se rend pas ou peu au service maternité
- ▶ Départ précoce de l'hôpital

3.3 Obstacles du système de santé dans la prévention des VDG

Plusieurs raisons peuvent empêcher les femmes victimes de VDG d'accéder aux soins et de parler aux professionnel/les. Ces freins opèrent au sein du couple, dans les familles et la communauté, et nécessitent des interventions au-delà du système de santé. Cependant les professionnel/les de santé doivent en être conscient/es, afin de pouvoir proposer des soins et une orientation efficaces (associations, accueils d'urgence). Ces structures vont aider les femmes à faire face, par exemple en leur fournissant un hébergement, des conseils juridiques, etc. ⁶²

BARRIERE ALL'ACCESSO DEI SERVIZI SANITARI PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E INTENZIONATE A DENUNCIARLA: ⁶³

- ▶ **La honte, la culpabilité et le sentiment d'être exclusivement ou en partie responsable des violences** : une femme qui a connu les violences au sein du couple peut être persuadée qu'elle peut mettre fin à ces violences si elle obéit à la volonté de l'agresseur et si elle fait des efforts.
- ▶ **La peur de représailles de la part de l'auteur** : les femmes qui vivent dans des relations violentes peuvent craindre une escalade de la violence ou des menaces. Les conjoints vio-

⁶⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

⁶¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

⁶² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

⁶³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

lents interdisent généralement aux femmes de parler des violences à une tierce personne, et menacent de nouvelles violences.

- ▶ **La peur de la stigmatisation et de l'exclusion sociale** par la famille et la communauté.
- ▶ **Isolement** et sentiment d'avoir à faire face toute seule aux violences.
- ▶ **Subir des mauvais traitements sur une longue période** peut endommager l'estime de soi au point où il devient difficile pour la femme de demander compréhension et soutien.
- ▶ **Absence d'options sécurisantes pour ses enfants** et peur de perdre la garde des enfants.
- ▶ Crainte d'attirer l'attention sur son **statut d'immigrée** illégale ou de perdre son statut légal suite à sa séparation d'avec le conjoint violent.
- ▶ **Absence d'options réalistes** (par exemple, ressources financières, logement, emploi, sécurité).

D'AUTRES OBSTACLES AUXQUELS LES FEMMES DOIVENT FAIRE FACE PEUVENT ET DOIVENT ETRE TRAITÉS PAR LES SERVICE DE SANTÉ, DONT :⁶⁴

- ▶ **Accès aux services de santé impossible** pour les femmes géographiquement isolées ;
- ▶ **Crainte d'une réponse négative des interlocuteurs ou d'être accusée de ne s'être pas séparée du conjoint violent**, en particulier si elle a déjà été mal reçue dans le passé, et a été tenue responsable de la situation ;
- ▶ **Ne pas savoir quelles initiatives vont être prises par les professionnel/les de santé**, par exemple s'ils/elles vont contacter la police ou l'auteur des violences ;
- ▶ Pour les femmes migrantes, ou appartenant à des minorités ethniques, **le problème de langue et de la culture** ;
- ▶ **Aspects conjoncturels** : notamment les conditions inappropriées des infrastructures ou le comportement insensible des médecins et du personnel soignant.

OBSTACLES AUXQUELS DOIVENT FAIRE FACE LES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ QUI VEULENT AIDER LES RESCAPÉES DES VDG :⁶⁵

- ▶ **Manque de connaissance sur les causes et le processus des VDG** : si les professionnel/les de santé ne posent pas de questions sur les VDG ou ne les identifient pas, ils/elles peuvent rendre un diagnostic erroné.
- ▶ **Leurs préjugés personnels** peuvent les conduire à penser que les violences au sein du couple sont un problème privé, ou que la rescapée en est responsable.
- ▶ **Leurs propres expériences** de VDG.
- ▶ **Le manque de compétences cliniques pour répondre aux violences de genre** : les professionnel/les de santé peuvent être réticent/es à poser des questions sur les VDG afin d'éviter d'ouvrir la « boîte de Pandore ». Le manque de connaissances et de compétences peut également mettre en péril la sécurité, la vie et le bien-être de la patiente, par exemple lorsque les professionnel/les de santé s'adressent mal à une victime de viol, ou s'ils/elles discutent de ses blessures sans se soucier d'être entendu par le conjoint potentiellement violent qui attend à l'extérieur.
- ▶ **Le manque d'informations** sur les structures existantes et de contacts professionnels, qui pourraient initier une prise en charge.
- ▶ **Le manque de temps pour les soins médicaux**, ainsi que le manque de financement pour le personnel d'accueil. Il peut être difficile d'estimer combien de temps durera l'entretien et le personnel médical craint de devoir réduire le temps consacré aux autres patient/es.
- ▶ **Le manque de soutien intra-institutionnel** tels que des protocoles harmonisés, de la documentation, une formation du personnel sur l'accueil.
- ▶ **Les incertitudes quant aux obligations juridiques**, telles que les règles de confidentialité et les obligations de dénonciation.
- ▶ **L'absence de procédures harmonisées** pour que les professionnel/les de santé suivent un même protocole de soins, adapté aux rescapées des VDG.

Pour une réponse efficace, le personnel de santé doit connaître le continuum des violences de genre, le réseau des partenaires et les procédures.

⁶⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

⁶⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 183.

3.4 Exigences et critères pour parler des VDG

Afin de se pencher sur les violences de genre, les personnels de santé doivent s'assurer d'un certain nombre de critères, et de la sécurité de la patiente. ⁶⁶

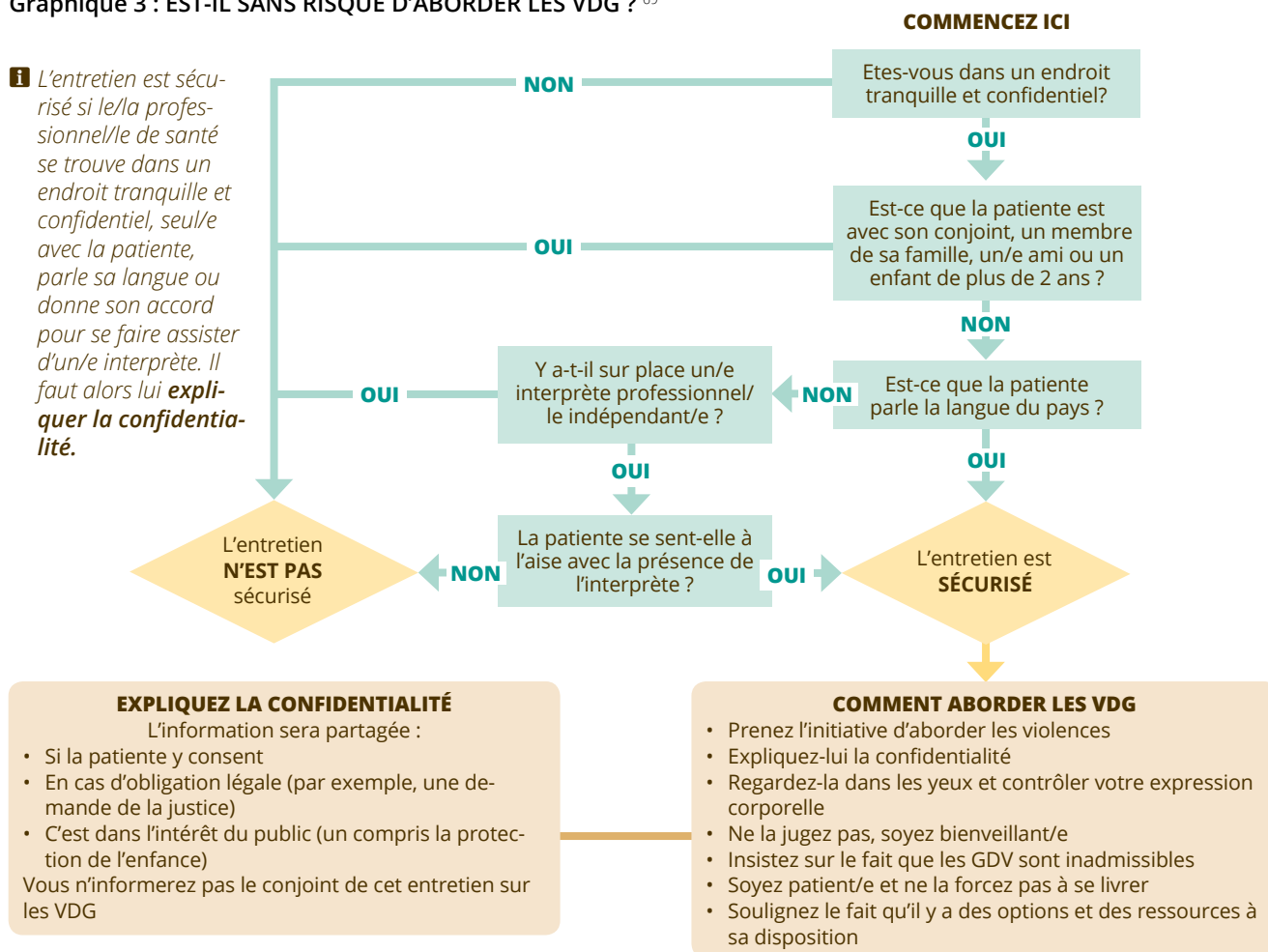
AVANT DE POSER LA QUESTION, LES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ DOIVENT: ⁶⁷

- Avoir à leur disposition un protocole d'intervention
- Avoir reçu une formation sur la façon d'interroger les femmes et de leur répondre
- S'assurer de la sécurité et de la confidentialité des échanges
- Connaître les partenaires vers lesquels orienter les femmes

CRITÈRES DE SÉCURITÉ: ⁶⁸

- Un espace privé et confidentiel
- Éviter de parler des violences de genre devant un membre de la famille, un/e ami/e, ou un enfant de plus de 2 ans
- S'assurer de la présence d'un/e interprète professionnel/le pour les migrantes, les réfugiées et les femmes des minorités ethniques
- Éviter d'utiliser comme interprètes des membres de la famille

Graphique 3 : EST-IL SANS RISQUE D'ABORDER LES VDG ? ⁶⁹



⁶⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

⁶⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68. Also cited in WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013), p. 19.

⁶⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

⁶⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 69. (IMPLEMENT a mis à jour cette figure pour les besoins de ce manuel).

3.5 Comment aborder les VDG

Demander à une femme si elle a subi des VDG n'est pas toujours aisé. Cette section vise à accroître la connaissance et la confiance en soi des professionnel/les de santé lorsqu'ils/elles abordent le sujet (voir ci-dessus section 3.4 et graphique 3).⁷⁰

RECOMMANDATIONS POUR COMMUNIQUER AVEC LES RESCAPÉES DES VDG :⁷¹

- ▶ **Prenez l'initiative d'aborder les violences**, mais jamais en présence du conjoint, d'un membre de la famille ou d'un/e ami/e
- ▶ **Expliquez que l'information va rester confidentielle** (et abordez les limites, le cas échéant)
- ▶ **Regardez votre interlocutrice dans les yeux** et concentrez toute votre attention sur elle
- ▶ **Soyez conscient/e de votre corps** (le ton de votre voix, votre façon d'être assis/e, de tenir votre tête ou vos bras, sont autant de messages qui indiquent à la femme votre façon de voir sa situation)
- ▶ **Évitez l'écoute passive et sans commentaire** – montrez-lui que vous l'écoutez activement
- ▶ **Ayez une attitude dénuée de jugement, soyez en empathie**, et validez ce qu'elle dit – évitez les questions culpabilisantes, telles celles commençant par « pourquoi »
- ▶ **Insistez sur le fait que les violences de genre ne sont pas tolérables**, et qu'elle a raison de ressentir ce qu'elle ressent
- ▶ **Soyez patient/e**, souvenez-vous qu'elle traverse une crise et qu'elle peut évoquer des sentiments contradictoires
- ▶ **Ne la forcez pas à briser le silence**, dites-lui qu'elle peut revenir pour recevoir de l'aide
- ▶ Soulignez le fait qu'elle n'est pas responsable des violences et que l'auteur est seul responsable de son comportement
- ▶ **Utilisez des phrases de soutien telles que « je suis désolé/e que cela vous soit arrivé »,** qui peuvent l'encourager à parler davantage
- ▶ **Soulignez le fait qu'il existe des pistes et des solutions**
- ▶ Lorsque vous abordez les VDG, commencez par une **question introductive**, qui explique à la patiente que ces violences touchent de nombreuses femmes et ont des conséquences sur leur santé

Pour aborder les violences de genre, adoptez une attitude corporel chaleureuse, une écoute active, un regard franc et des paroles empathiques.

EXEMPLES DE QUESTIONS INTRODUCTIVES À L'ENTRETIEN :⁷²

1. « D'après mon expérience, beaucoup de femmes subissent des violences à la maison. Est-ce votre cas ? »
2. « Nous savons que beaucoup de femmes subissent des violences à la maison et que ces violences ont des conséquences sur leur santé. Avez-vous subi des violences à la maison ? »
3. « Beaucoup de mes patientes sont maltraitées par leur conjoint. Ce n'est pas facile d'en parler. Elles peuvent avoir peur ou se sentir mal à l'aise. Avez-vous déjà subi des violences de la part de votre conjoint ? »

⁷⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 70.

⁷¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 70.

⁷² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 71.

EXEMPLES DE QUESTIONS DIRECTES PENDANT L'ENTRETIEN : ⁷³

1. « J'ai l'impression que vos symptômes viennent de maltraitances. Est-ce que quelqu'un vous fait du mal ? »
2. « D'après mon expérience, ces blessures peuvent venir d'une agression physique. Est-ce que ça vous est arrivé ? »
3. « Est-ce que votre partenaire, votre ex conjoint ou un membre de la famille vous humilie ? Ou vous menace ? »
4. « Avez-vous peur de votre partenaire, de votre ex conjoint ou d'un membre de la famille ? »
5. « Avez-vous été obligée d'avoir des relations sexuelles alors que vous n'en aviez pas envie ? »
6. « Votre conjoint vous a-t-il déjà privée de liberté et empêchée de faire ce dont vous aviez envie ? »

i Il est pertinent d'avoir à disposition dans les établissements de santé, des livrets ou des prospectus sur les VDG. Ces documents peuvent encourager les femmes à briser le silence.

ASSISTANCE DE PREMIER NIVEAU

Lorsqu'une femme parle des violences pour la première fois, les personnels de santé doivent lui procurer une assistance immédiate. S'ils/elles n'en ont pas la capacité, ils/elles doivent s'assurer que quelqu'un d'autre sur place ou facilement accessible, peut s'en charger.

Il s'agit « d'une assistance de première ligne. Toute femme qui révèle les violences à un personnel de santé ou un autre partenaire, comme les organisatrices de la prévention des VDG, reçoit une assistance a minima (surtout psychologique) et la validation de son témoignage. Cette assistance a minima partage de nombreux éléments avec "les premiers secours psychologiques" dans les situations d'urgence impliquant des chocs traumatiques. » ⁷⁴

LIGNES DIRECTRICES ET ÉLÉMENTS POUR DES SOINS CENTRÉS SUR LES FEMMES : ⁷⁵

- Ne pas la juger ; la soutenir, croire ce qu'elle dit
- Apporter un soutien et des soins sans être intrusif
- Lui poser des questions sur son historique de violences, écouter attentivement, mais ne pas l'obliger à parler (attention aux sujets délicats si des interprètes sont présents)
- L'aider à obtenir des informations sur les questions légales et autres
- L'aider à augmenter les mesures de sécurité pour elle et pour ses enfants si nécessaire
- S'assurer que la consultation est privée et confidentielle
- Solliciter les services sociaux

L'assistance de premier niveau exige que le/la professionnel/les de santé soit patient/e, n'oblige pas la femme à parler de son vécu et s'assure qu'elle reçoit toute l'information dont elle a besoin (WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women", p. 3)

3.6 Entreprendre un examen médical et apporter des soins médicaux

Suite à la divulgation des violences, les professionnel/les de santé doivent, le cas échéant, procéder à un examen médical, et soigner la patiente. Durant tout le processus, le personnel médical doit garder à l'esprit qu'après une agression, les rescapées de violences sexuelles sont souvent très sensibles et émotives. Alors que l'empathie d'organismes comme les associations peut aider à la reconstruction après une agression sexuelle, à l'inverse, des commentaires inappropriés émanant de la police, des médecins, ou autres, peuvent contribuer à la détresse de la patiente pendant l'examen et entraver sa reconstruction à long terme. ⁷⁶

⁷³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 71.

⁷⁴ WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), p. vii.

⁷⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 210. Également cité dans WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), Recommendations 1, 10, 12, 24.

⁷⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 73.

PROCÉDURE MÉDICALE ET EXAMEN

Les professionnel/les de santé doivent d'abord obtenir le consentement éclairé de la patiente quant à tous les aspects de la consultation. Cela implique de tout expliquer, pour que la patiente comprenne les options et puisse prendre des décisions éclairées. Ainsi, les professionnel/les de santé doivent signaler les limites de la confidentialité, le cas échéant. Si requis par la législation nationale, les professionnel/les de santé doivent demander à la patiente de signer un formulaire de consentement. L'examen d'une patiente sans son consentement peut entraîner des poursuites criminelles. En outre, dans certains pays, les résultats d'un examen effectué sans consentement ne pourront pas être utilisées dans des procédures judiciaires.⁷⁷

Le consentement éclairé est l'un des éléments les plus importants à obtenir de la patiente avant de procéder à un examen.

Prochaine étape : noter l'histoire, les événements, afin de déterminer les interventions appropriées. Cela doit inclure une description détaillée de l'agression, des violences psychologiques ou de la coercition, de sa durée, si des armes ont été utilisées, ainsi que la date et l'heure de l'agression.⁷⁸

DANS LES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE, IL FAUT AJOUTER LES INFORMATIONS SUIVANTES:⁷⁹

- ▶ Le temps écoulé depuis l'agression et le type de voies de fait
- ▶ Le risque de grossesse
- ▶ Le risque de HIV et autres Infections sexuellement transmissibles (IST)
- ▶ L'état psychologique de la femme⁸⁰

EN PARLANT DE VDG À UNE PATIENTE, LES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ DEVRAIENT:⁸¹

- ▶ Lui demander de raconter **dans ses mots** ce qui s'est passé
- ▶ **Eviter de l'interrompre**, poser des questions une fois le récit terminé
- ▶ **Approfondir**, tout en gardant à l'esprit que certaines patientes peuvent volontairement éviter des détails particulièrement embarrassants de l'agression, tel qu'un contact bouche/ sexe ou une pénétration anale
- ▶ **Utiliser des questions ouvertes** et éviter les questions commençant par « pourquoi », qui tend à sous-entendre une culpabilité
- ▶ Répondre à ses questions **avec empathie, sans jugement**, en employant par exemple un ton très calme, en la regardant dans les yeux (si c'est en accord avec ses coutumes), et éviter de se montrer choqué ou dubitatif

Après avoir noté le récit, les professionnel/les de santé doivent procéder à un examen physique complet (de la tête aux pieds, si la violence sexuelle comprend aussi les organes génitaux de la patiente), si nécessaire :

⁷⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 74. Également cité dans WHO, "Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence" (2003).

⁷⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 74.

⁷⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 74.

⁸⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 75.

⁸¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 75.

CHECKLIST POUR L'AUSCULTATION DES RESCAPÉES DES VIOLENCES DE GENRE : ⁸²

- ✓ Expliquez pourquoi et comment se passe l'examen médical, afin qu'il ne devienne pas une expérience traumatisante. Et laissez une chance à la patiente de poser des questions
- ✓ Demandez à la patiente si elle préfère une femme médecin (en particulier dans les cas de violence sexuelle)
- ✓ Ne laissez pas la patiente toute seule (par exemple, lorsqu'elle attend avant l'examen)
- ✓ Demandez-lui de se déshabiller complètement et d'enfiler une blouse médicale, pour repérer les blessures moins visibles
- ✓ Examinez les zones recouvertes de vêtements, cheveux, poils
- ✓ En cas de violences sexuelles, examinez tout son corps, pas seulement ses parties génitales ou son bas ventre
- ✓ Examinez à la fois les blessures bénignes et importantes
- ✓ Notez les symptômes émotionnels et psychologiques
- ✓ Tout au long de l'examen, informez la patiente de ce que vous prévoyez de faire et demandez-lui son autorisation. Dites-lui où et quand elle va être examinée ; montrez-lui et expliquez-lui les instruments médicaux
- ✓ La patiente peut refuser tout ou partie de l'examen physique. Il faut lui laisser un degré de contrôle sur l'examen, car ce sera bénéfique pour son rétablissement
- ✓ Les échantillons médicaux et médico-légaux doivent être collectés au cours de l'examen (par un/e professionnel/le de santé formé/e en médecine légale)
- ✓ Fournir des services médicaux et juridiques (médecine légale) en même temps, au même endroit et par la même personne réduit le nombre d'exams que la patiente doit subir et permet de s'assurer que ses besoins sont mieux pris en compte

⁸² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 215

4. LE DOSSIER DE VDG

Le personnel médical a l'**obligation professionnelle** d'enregistrer les détails de toute consultation. Ces notes doivent refléter ce que la patiente a dit, et ce qui a été vu et fait par le/la professionnel/le. Ces notes sont également confidentielles.

Enregistrer les récits n'est pas seulement une obligation professionnelle. C'est important pour les **dossiers médicaux**, qui peuvent servir de **preuves à la justice**. Noter les conséquences sur la santé peut aider la justice à prendre une décision et fournir des informations sur les violences passées et présentes. Un manque de coordination entre les prestataires de santé et la police / justice peut entraîner la disparition de preuves. Il est donc essentiel que le personnel de santé comprenne les liens entre médecine légale et justice pénale afin de faciliter l'accès des femmes au système judiciaire.

En outre, cette documentation peut servir aux autres personnels médicaux qui verront la patiente ultérieurement, et les aider **à fournir un suivi de soins appropriés**.⁸³

4.1 Enregistrement et classification des blessures

Les professionnel/les de santé doivent soigneusement décrire les blessures. Cette description doit inclure leur type, leur nombre et leur emplacement, grâce à une **carte du corps**. L'interprétation des blessures à des fins médico-légales est une question complexe qui exige des praticiens, une expertise éprouvée. Car dans la pratique, la police, les tribunaux et les avocats demandent souvent aux pathologistes – et devraient demander aux cliniciens - de déterminer l'ancienneté d'une lésion, comment elle a été provoquée, la force qui a été nécessaire pour la provoquer.⁸⁴

Les consultations comprennent des notes manuscrites, des diagrammes, des cartes du corps, et des clichés. Pendant tout le processus, les professionnel/les de santé doivent s'assurer du **consentement éclairé** de la patiente.

Dans certains pays, les autorités de santé fournissent des formulaires standard, dont certains sont obligatoires. On peut adapter un formulaire des consultations de victimes de violences sexuelles, dont un modèle se trouve dans l'annexe.

4.2 Documenter les violences

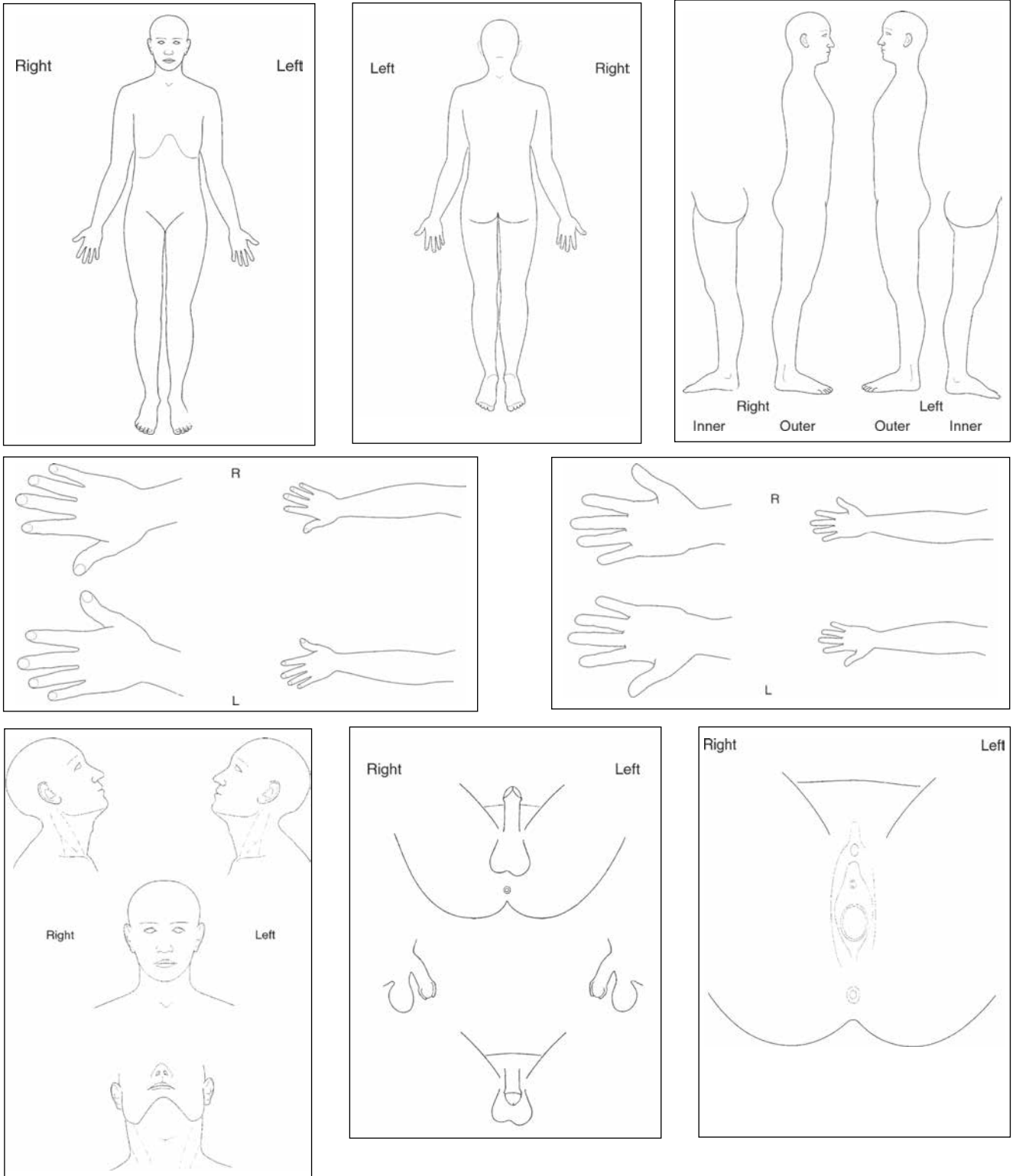
Les dossiers des consultations comprennent des notes manuscrites, des diagrammes, des cartes du corps et des clichés. Pendant l'ensemble du processus, les professionnel/les de santé doivent s'assurer du consentement éclairé de la patiente.

Ci-dessous, des exemples de cartes du corps émanant de l'OMS.

⁸³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 79.

⁸⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 79.

MAPPE DEL CORPO PER VISITE MEDICHE PROMOSSE DALL'OMS ⁸⁵



⁸⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 293-296.

DANS LES CAS DE VIOLENCES SEXUELLES, LE DOSSIER DEVRAIT INCLURE : ⁸⁶

- ▶ Nom, âge, sexe, etc.
- ▶ Consentement éclairé
- ▶ Historique (médical et gynécologique)
- ▶ Récit de l'agression
- ▶ Résultats de l'auscultation
- ▶ Résultats des prélèvements
- ▶ Ordonnance
- ▶ Médicaments donnés ou prescrits
- ▶ Niveau d'éducation de la patiente
- ▶ Prise en charge

CHECKLIST POUR LES CAS DE VIOLENCES SEXUELLES : ⁸⁷

- ☑ Décrire l'examen physique effectué, et tous les résultats normaux
- ☑ Noter précisément et clairement toutes les informations pertinentes
- ☑ Les notes et croquis doivent être établis au cours de la consultation
- ☑ En cas de modification ultérieure, l'indiquer sur la note concernée
- ☑ S'assurer que les notes sont exactes
- ☑ Employer les expressions des rescapées, en utilisant leurs citations (utiliser un langage neutre comme « Mrs Smith dit que... » plutôt que « la patiente prétend que... »)
- ☑ Ne pas exclure des infirmités non médicales, comme « C'est de ma faute s'il m'a frappée parce que... » ou « Je l'ai bien mérité parce que... »
- ☑ Les noms et coordonnées des centres d'hébergement donnés à la patiente ne seront pas notés, afin de préserver sa sécurité.

4.3 Clichés

Tou/tes les professionnel/les de santé doivent utiliser des clichés, qu'ils/elles soient spécialisé/es ou non en médecine légale. Les clichés servent de preuve importante dans une éventuelle procédure judiciaire contre l'auteur. Cependant, ils complètent mais ne remplacent pas les autres méthodes d'investigation mentionnées ci-dessus.

CHECKLIST POUR L'UTILISATION DES CLICHÉS : ⁸⁸

- ☑ Obtenir le **consentement éclairé** de la patiente après lui avoir parlé de la fonction des clichés
- ☑ **Identification** : chaque cliché doit porter le nom du sujet, la date et l'heure à laquelle il a été pris, ainsi que le nombre total de clichés.
- ☑ **Echelle** : un cliché de l'échelle de couleurs doit ouvrir le dossier. Ces échelles sont essentielles pour établir la taille d'une blessure. Elles sont placées sur un plan horizontal ou vertical. Les clichés doivent être pris avec et sans l'échelle de couleurs.
- ☑ **Orientation** : le premier cliché doit être un portrait de face, afin d'identifier la personne. Ce n'est pas nécessaire si les clichés ont déjà été correctement identifiés. Clichés suivants : une photographie globale de la partie du corps concernée, puis des gros plans des blessures spécifiques.

⁸⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 80.

⁸⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

⁸⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 80. Également cité dans WHO, "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

- ✓ **Chaîne de contrôle** : elle doit être consignée comme preuve médico-légale autre.
- ✓ **Sécurité** : les clichés appartiennent au dossier de la patiente et demeurent confidentiels
- ✓ **Sensibilité** : dans certaines cultures, il est inapproprié de prendre des photos, ce qui nécessitera peut-être un accord spécifique. Il faut donc obtenir le consentement éclairé.

4.4 Stockage et accès aux dossiers des patientes

Les dossiers des patientes sont strictement confidentiels. Tou/tes les professionnel/les de santé sont tenu/es professionnellement, légalement et éthiquement, de protéger et de respecter la confidentialité et l'anonymat des patientes.

Les données ne doivent être divulguées à personne, à l'exception des intéressé/es ou à la demande des autorités locales ou nationales.

Tous les dossiers et prélèvements seront entreposés en lieu sûr. Les prélèvements biologiques doivent être réfrigérés ou congelés ; il faut consulter le laboratoire pour connaître leurs conditions de conservation.⁸⁹

4.5 Examen médico-légal

Un examen médico-légal « est un examen médical effectué sachant qu'il pourra être versé au dossier judiciaire. »⁹⁰ Son but premier est de collecter des preuves qui vont, ou pas, mettre en évidence un lien entre les individus et/ou un lien entre les individus, les objets et les lieux.⁹¹

Dans tous les cas de violences de genre, où une **infraction pénale** a été commise, comme dans toute enquête criminelle, les principes suivants doivent être strictement respectés pour le prélèvement d'échantillons :

- Prélever avec soin, éviter toute contamination ;
- Faire les prélèvements aussi tôt que possible, car les preuves diminuent considérablement 72 heures après l'agression ;
- Etiqueter chaque échantillon avec soin ;
- Sécher les échantillons humides ou mouillés ;
- S'assurer que les échantillons sont en sécurité ;
- Ne pas briser la chaîne ;
- Noter les détails des prélèvements et des analyses.

Les professionnel/les de santé doivent connaître les capacités et les exigences de leur laboratoire de médecine légale ; il est inutile de recueillir des échantillons qui ne peuvent pas être analysés.⁹²

i Il est important de noter que cette information peut ne pas s'appliquer à tous les professionnels de santé, en particulier au/à la référent/e clinique qui prend part au projet IMPLEMENT. En fonction des assignations du/de la référent/e clinique et/ou du/de la professionnel/le de santé, cette information peut cependant s'appliquer.

⁸⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83.

⁹⁰ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

⁹¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81. Également cité dans WHO, "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

⁹² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

Tableau 7 : GUIDE POUR L'APPORT DE PREUVES DANS LES CAS DE VIOLENCES SEXUELLES ⁹³

Rapports écrits	Apporter des preuves
<ol style="list-style-type: none"> 1. Expliquez ce qui vous a été dit et ce que vous avez observé 2. Utilisez une terminologie précise 3. Restez objectif/objective 4. Ne sortez pas de votre domaine de compétences 5. Distinguez résultats et opinion 6. Détaillez tous les échantillons prélevés 7. Dites ou écrivez uniquement ce que vous serez prêt/e à répéter sous serment au tribunal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soyez préparé/e 2. Écoutez attentivement 3. Parlez clairement 4. Employez un langage simple et précis 5. Ne sortez pas de votre domaine de compétences 6. Séparez les faits et votre opinion personnelle 7. Restez neutre

5. EVALUATION DES RISQUES & PLANIFICATION DE LA SECURITE

La **sécurité des patientes** victimes de VDG doit être au cœur de toute intervention. Les cas isolés de violence sont rares car les VDG sont souvent caractérisées par un schéma de contrôle répété et coercitif. Juste après la séparation, le risque de violence augmente : la plupart des meurtres, tentatives de meurtre et actes de violence aggravée ont lieu lorsqu'une rescapée tente de quitter un conjoint violent.⁹⁴

Les professionnel/les de santé ont un rôle important à jouer en proposant une prise en charge par une organisatrice de la prévention des VDG, liée à des services spécialisés qui pourront guider la victime à travers l'évaluation des risques et de planification de la sécurité.⁹⁵

5.1 Comprendre les facteurs de risque de violence répétée ou d'aggravation des violences

De manière générale, l'augmentation du nombre de facteurs de risques est proportionnelle au risque de répétition, d'augmentation ou d'aggravation de la violence.

FACTEURS DE RISQUE : ⁹⁶

- **Des actes de violence commis à l'encontre de la femme, des enfants ou d'autres membres de la famille, ainsi que des conjointes précédentes** : examiner les antécédents de violence, les formes et les cycles de violence ainsi que les condamnations précédentes et les plaintes à la police. Un auteur ayant commis des actes fréquents de violence grave (utilisation d'une arme, tentative d'étranglement) est particulièrement dangereux.

⁹³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 82

⁹⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83

⁹⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83

⁹⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83-84.

- **Des actes violents commis en dehors de la famille**, par exemple à l'encontre de membres de l'administration ou représentants de l'autorités, indiquent une tendance générale à la violence au sein du foyer.
- **Les périodes de séparation et de divorce** constituent un risque élevé.
- **Des actes de violence commis par des membres de la famille** de l'auteur peuvent être utilisés pour contrôler la rescapée et rendre sa fuite impossible.
- **Possession et/ou usage d'armes** : la possession légale ou illégale d'armes augmente le risque de violence armée, particulièrement lorsque l'auteur a utilisé ou menacé d'utiliser ces armes lors d'épisodes violents précédents.
- **L'abus d'alcool ou de drogues** n'engendre pas de violences en soi mais peut contribuer à une aggravation de la violence.
- **Une menace** doit toujours être prise au sérieux. Il est erroné de croire qu'un individu qui « ne fait que » menacer n'est pas dangereux – en réalité, les violences graves sont souvent précédées de menaces. En particulier, les menaces de mort doivent être prises au sérieux : de nombreuses femmes qui ont été assassinées par leur conjoint avaient été menacées de mort avant d'être tuées.
- **Jalousie et possessivité extrêmes** : les auteurs qui tuent ou infligent des blessures graves à leurs partenaires sont souvent obsédés par le désir de posséder et de contrôler leurs conjointes, voyant parfois tous les hommes autour d'elles comme des rivaux et les accusant constamment d'infidélité.
- **Des concepts et attitudes patriarcales extrêmes**, tels que l'idée qu'une femme ou une fille doit obéir à son mari ou à son père qui est le chef de la famille, ou se conformer à des concepts d'honneur et de sexualité stricts.
- **Persécution et terreur psychologique (harcèlement)** : beaucoup d'auteurs refusent la séparation souhaitée par leur partenaire et essaient de l'empêcher par tous les moyens, y compris par les violences. Cela peut donner lieu à des actes de violence et des menaces, même des années après une séparation.
- **Danger pour les enfants** : les enfants courent également un risque particulier pendant une séparation ou un divorce. L'attitude de l'agresseur envers la partenaire peut s'étendre aux enfants, et il se peut qu'il se venge en les maltraitant ou en les tuant. C'est pourquoi la planification de la sécurité doit toujours prendre en compte les enfants.
- **Le non-respect de l'injonction à ne pas s'approcher de la femme, décidée par la justice ou la police** indique une situation à haut risque car cela révèle que l'auteur n'est pas prêt à changer de comportement.
- **Des déclencheurs potentiels** qui peuvent engendrer une aggravation de la violence comprennent les changements au sein du couple, par exemple lorsqu'une femme trouve un emploi contre la volonté de son conjoint, lorsqu'elle cherche de l'aide, ou qu'elle demande le divorce.

5.2 Entreprendre une évaluation des risques

L'évaluation des risques permet aux autorités judiciaires de décider des mesures à prendre vis-à-vis de l'auteur. Elle permet aussi aux professionnel/les de santé et autres prestataires de service de soutenir la patiente en identifiant les mesures à prendre pour augmenter sa sécurité et la sensibiliser au risque.⁹⁷

LES QUESTIONS À POSER LORS D'UNE ÉVALUATION DES RISQUES :

- ▶ Serez-vous en sécurité si vous rentrez à la maison ?
- ▶ Que redoutez-vous ?
- ▶ De quoi l'agresseur vous a-t-il menacée ?
- ▶ Qu'en est-il des menaces envers les enfants ?

SPECCS⁹⁸

Les chefs de clinique, les professionnel/les de santé et les organisatrices de la prévention des VDG peuvent s'aider d'acronymes pour mémoriser des facteurs et étapes clés de l'évaluation des risques. Un exemple utilisé au Royaume Uni est l'acronyme « **S P E C S S** », qui signifie :

SEPARATION/CHILD CONTACT (séparation/contact avec l'enfant) : il est extrêmement risqué de quitter un partenaire violent.

PREGNANCY (grossesse) : (avant la naissance et lorsque le bébé a moins d'1 an) : 30 % des violences conjugales et familiales apparaissent pendant la grossesse

ESCALATION OF VIOLENCE (aggravation des violences) : des incidents antérieurs de violences conjugales sont l'indicateur le plus efficace de violences conjugales à venir. Dans 35 % des foyers, un second incident se produit dans les cinq semaines suivant le premier.

CULTURAL FACTORS (facteurs culturels) : tels que la barrière de la langue, le statut d'immigrant et l'isolement.

STALKING (harcèlement) : les recherches montrent que les harceleurs qui sont des partenaires intimes ont des comportements de harcèlement plus dangereux que les harceleurs non-intimes.

SEXUAL ASSAULT (agression sexuelle) : lorsque l'agresseur fait usage de violences à la fois physiques et sexuelles, les victimes encourrent un risque plus élevé.

Cette liste est non exhaustive.

5.3 Soutenir la patiente dans le développement d'un plan de sécurité

La planification de la sécurité fait partie du processus général de gestion des risques, qui vise à prévenir les violences en influant sur les facteurs de risque et de protection. Le but de cette planification est d'améliorer les ressources dynamiques (tel que l'environnement social) et statiques (l'environnement physique, tel que serrures, caméras vidéo, etc.) de la rescapée.

Le fait de développer un plan de sécurité peut aider une femme à préparer une séparation sécurisée au cas où la violence s'aggraverait. Les établissements de santé ont la responsabilité d'établir des parcours de prise en charge afin d'aider les victimes de violences. Les

⁹⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 84.

⁹⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 85.

associations spécialisées disposent de l'expertise requise pour assister les victimes. Le développement d'un plan de sécurité peut s'avérer difficile pour les femmes à faibles revenus, en milieu rural, ou de minorités ethniques. Elles n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour quitter leur agresseur et, en l'absence de foyers d'hébergement, n'ont pas forcément la possibilité ni les moyens de financer un séjour temporaire à l'hôtel. En cas de danger immédiat et d'absence de foyers, les établissements de santé peuvent envisager de proposer aux femmes un court séjour au sein de leur infrastructure.⁹⁹

La liste ci-dessous contient des conseils supplémentaires à l'avis des professionnel/les de santé et des organisatrices de la prévention des VDG, pour développer un plan de sécurité avec la patiente.

CHECKLIST À DESTINATION DES ORGANISATRICES DE LA PRÉVENTION DES VDG POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN DE SÉCURITÉ AVEC UNE RESCAPÉE DE VIOLENCES : ¹⁰⁰

- ✓ Identifiez un ou plusieurs voisins à qui vous pouvez parler des violences et demandez-leur de vous venir en aide s'ils entendent du bruit venant de votre domicile
- ✓ Y a-t-il des ami/es ou membres de votre famille à qui vous faites confiance et qui pourraient vous héberger avec vos enfants pendant quelques jours ?
- ✓ Décidez de l'endroit où vous irez si vous devez partir de chez vous et prévoyez comment y aller, même si vous pensez pouvoir rester
- ✓ Si une dispute semble inévitable, essayez de faire en sorte qu'elle ait lieu dans une pièce où un endroit que vous pouvez quitter facilement
- ✓ Restez éloignée de toute pièce dans laquelle une arme peut être disponible
- ✓ Entraînez-vous à quitter votre domicile en toute sécurité. Identifiez les portes, fenêtres, ascenseurs ou escaliers les mieux adaptés
- ✓ Préparez un sac contenant un double de vos clés, de l'argent, vos documents importants et des habits. Confiez-le à une amie ou à un membre de votre famille au cas où vous seriez contrainte de quitter votre domicile de manière précipitée
- ✓ Choisissez un nom de code à employer avec vos enfants, votre famille, vos amis et voisins si vous avez besoin d'aide d'urgence, ou que vous voulez qu'ils appellent la police
- ✓ Utilisez votre instinct et votre jugement. Si la situation est dangereuse, envisagez de donner à l'agresseur ce qu'il veut si ça peut le calmer. Vous avez le droit de protéger vos enfants et vous-même.
- ✓ Gardez en tête que vous ne méritez pas d'être frappée ni menacée.

Les plans de sécurité sont développés par les organisatrices de la prévention des VDG dans le contexte du soutien aux victimes. Cependant, il est important que les professionnel/les de santé comprennent le processus de la planification de la sécurité pour pouvoir agir en cas d'urgence. La police sera contactée en cas de danger extrême, mais seulement avec le consentement de la femme.

6. PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

Les professionnel/les de santé sont souvent le premier point de contact des rescapées de VDG. Ils/elles sont donc bien placés/es pour identifier les VDG, offrir des soins médicaux aux rescapées et les orienter vers d'autres structures pertinentes. La prise en charge peut se faire par d'autres professionnel/les de santé dans le même – ou dans un autre – établissement de santé, par exemple par des psychologues ou des spécialistes du HIV ; ainsi que dans d'autres organismes proposant une assistance psychosociale ou juridique. Les profes-

⁹⁹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 85.

¹⁰⁰ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 86.

sionnel/les de santé peuvent à leur tour recevoir des femmes qui leur ont été orientées par la police, une association, ou d'autres professionnel/les de santé.¹⁰¹

Le projet **IMPLEMENT vise à développer, ou à renforcer, les parcours de prise en charge entre le système de santé et les services de soutien.** Le/la professionnel/le de santé est formé/e à l'identification des VDG et a établi un parcours de prise en charge vers une association de lutte contre les VDG. Celle-ci garantira une assistance adaptée à la rescapée. S'il n'y a pas de structures spécialisées dans le pays en question, le/la professionnel/la de santé doit encourager la mise en place de réglementations visant à soutenir les victimes de VDG au sein de leur établissement de santé.

6.1 Concepts de base du parcours de prise en charge

Les besoins des femmes victimes de VDG sont multiples et complexes. Des soins médicaux, un hébergement sûr, un soutien psychosocial, une protection policière et/ou du conseil juridique pour en citer quelques-uns ; cette liste est non exhaustive dans la mesure où de nombreux facteurs supplémentaires sont à prendre en compte tels que l'aspect financier, la protection des enfants, etc. C'est pourquoi une réponse efficace aux VDG requiert un ensemble important de structures. Dans la mesure où il est quasi impossible pour une seule organisation de correctement fournir tous ces services avec un niveau de spécialisation adapté, une réponse multisectorielle qui coordonne les services proposés par tous les partenaires permet de garantir l'accès à un soutien global. Un prérequis important à la conception et à la mise en œuvre de prises en charge efficaces est l'existence d'un **parcours de soins** institutionnalisé.

Les partenaires du réseau comprennent généralement différents ministères, des organisations d'aide aux femmes, des organisations communautaires, des institutions médicales, etc. Il y a également la possibilité d'une prise en charge autonome dans le cas où une femme prend elle-même contact avec une structure. Selon le principe de bonnes pratiques cliniques, elle doit se faire avec l'accord de la femme concernée. Cependant, dans certains cas, une prise en charge à l'initiative d'un membre de la famille ou d'une structure, sans l'accord de la femme, peut être justifiée si sa vie est en danger : risque élevé de suicide, menace de mort ou de mariage de mineure.¹⁰²

I meccanismi di rinvio a consulto possono funzionare su livelli differenti - nazionale, regionale e/o municipale/comunitario. I meccanismi di rinvio a consulto locale e/o regionale devono essere fondati su leggi e/o politiche nazionali.

6.2 Avantages des parcours de prise en charge

Lorsque le/la chef de clinique, les professionnel/les de santé et les organisatrices de la prévention des VDG guident une rescapée à travers le système de prise en charge, cela lui permet d'accéder à des soins et à un soutien adaptés à ses besoins spécifiques. Du point de vue des professionnel/les de santé, l'établissement d'un parcours de prise en charge clair et simple profite à la fois à eux/elles et à la rescapée, tout en ayant les effets suivants :

Un parcours de soins implique la mise en place correcte d'un parcours de prise en charge, au cours duquel la femme contacte un/e professionnel/le ou une institution au sujet de sa situation ; ainsi que la manière dont les professionnels et les institutions communiquent et coopèrent pour lui offrir un soutien global. (UNFPA-WAVE, p. 87)

¹⁰¹ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 87.

¹⁰² UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 87.

- **il allège leur charge quotidienne de travail** car les femmes peuvent compter sur le soutien des structures partenaires ;
- **il accroît l'assurance des professionnel/les de santé pour questionner leurs patientes sur les violences dont elles peuvent être victimes ;**
- **il leur permet d'agir de manière adéquate lorsqu'ils/elles identifient une rescapée de VDG**, en gardant à l'esprit que l'existence d'un système de prise en charge par d'autres services constitue pour eux aussi une exigence minimale.¹⁰³

Sur le terrain, le travail d'organisatrices de la prévention des VDG est bénéfique car les chefs de clinique et les professionnel/les de santé manquent souvent de temps et de ressources dans un contexte clinique chargé.

Il appartient aux chefs de clinique et aux professionnels de santé de s'assurer que les rescapées de violences sont prises en charge par une organisatrice de la prévention des VDG qui leur offrira un soutien plus approfondi.

UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE REQUIERT DES PROFESSIONNEL/LES DE SANTÉ :¹⁰⁴

- **Une capacité à identifier et à faciliter la divulgation de VDG et à y apporter une assistance de premier niveau**
- **Une capacité à évaluer la situation et les besoins individuels de la patiente.** Si le risque constaté est élevé, la rescapée a besoin d'une intervention de crise d'urgence : un soutien médical ou psychologique immédiat et/ou l'accès à un foyer. Si le risque constaté n'est pas élevé, une prise en charge par d'autres établissements de soutien social, psychologique ou juridique peut convenir.
- **Une bonne connaissance des lois nationales** concernant les VDG, y compris les définitions des infractions pénales en question, les mesures de protection disponibles et toutes les obligations de rendre compte de ces faits. Ces connaissances doivent être proportionnelles aux obligations professionnelles concernées.
- **Une capacité à obtenir le consentement de la rescapée avant de partager des informations** la concernant avec d'autres agences ou prestataires de service et à se conformer à la procédure qui protège la confidentialité de la femme. Dans certaines situations, les informations doivent être partagées, même si la rescapée n'y consent pas.

LES COMPOSANTS D'UN SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE EFFICACE :¹⁰⁵

- ▶ **Une compréhension commune de l'objectif du partenariat** auquel tous les partenaires souscrivent et sont prêts à consacrer des ressources. La vision commune doit décrire, en une phrase seulement, ce que les partenaires cherchent à accomplir.
- ▶ **Une structure viable qui s'intègre dans des structures locales plus générales, constituée d'un groupe stratégique** mandaté pour définir des objectifs pour et en consultation avec des structures partenaires ; **et un volet opérationnel** soutenu par des sous-groupes thématiques. La direction stratégique et l'exécution opérationnelle doivent être soutenues par des ressources efficaces et des mécanismes de responsabilité.
- ▶ **Une stratégie commune**, détaillant les objectifs stratégiques et les indicateurs de mesure de leur réussite, **accompagnée d'un plan d'action opérationnel** définissant les résultats et missions clés planifiées, les personnes en charge de produire ces résultats, un calendrier, un budget, ainsi qu'un système de compte rendu et de contrôle qualité.
- ▶ **L'implication de leaders stratégiques** au niveau de la direction stratégique, **de gestionnaires intermédiaires** ayant accès au personnel au niveau de la réalisation opération-

¹⁰³ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 90.

¹⁰⁴ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 251.

¹⁰⁵ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 96.

Le développement d'un parcours de soin requiert bien plus que la simple mise en place d'une prise en charge. Cela nécessite un investissement, un partenariat étroit, ainsi qu'une activité et une prise de conscience constantes autour des protocoles, des politiques, des formations et des réseaux disponibles.

nelle, et de **personnel de première ligne** au niveau des sous-groupes, qui met en œuvre les plans et à qui l'on se réfère concernant les possibilités d'action. Les représentant/es d'ONG doivent être inclus dans ce processus.

- ▶ Le plan d'action doit être soutenu par des **ressources personnelles et financières adéquates**.
- ▶ **Le coordinateur joue un rôle de médiateur, et les activités des structures participantes feront la réussite au partenariat.**
- ▶ **Une formation de tous les professionnels impliqués** qui défie les préjugés et qui vise à développer les compétences et l'assurance du personnel, dans le reflet du contexte local, des procédures et des services disponibles. Les partenaires doivent contribuer au développement de messages clé pour la formation et impliquer les managers et superviseurs dans ce processus, à la fois en tant que participants et en tant que co-formateurs.
- ▶ **Développer des données utiles** pour installer et évaluer le partenariat. Il s'agit de convenir d'un jeu de données basique pour soutenir la stratégie, de se mettre d'accord sur des objectifs et des indicateurs, et d'examiner pendant les réunions, les données des structures partenaires.
- ▶ **L'existence de politiques, de protocoles et de modes opératoires normalisés** pour soutenir la viabilité et la transparence du partenariat.

IDENTIFICATION & PRISE EN CHARGE POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ (IRIS ou, en français, IPAS) ¹⁰⁶

24 pratiques générales en place à Londres et Bristol :

- La formation des professionnel/les de santé et du personnel administratif
- La mise en place d'un parcours de prise en charge simple par un prestataire de services spécialisé dans les violences conjugales
- Un soutien technique apporté aux équipes de soins

Évaluation : par rapport à 24 pratiques de contrôle

Résultat : les pratiques d'intervention ont démontré

- Un taux d'identification 3 fois plus élevé
- 6 fois plus de prises en charges reçues (par rapport aux pratiques de contrôle)

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE VENANT D'AUTRICHE : LES GROUPES DE SOUTIEN AUX VICTIMES DANS LES HÔPITAUX

En 2011, la loi autrichienne sur les services de santé a établi des „groupes de soutien aux victimes“ dans les hôpitaux. La loi indique que des groupes séparés doivent être mis en place pour les enfants victimes de violence et les adultes victimes de violence domestique. Les deux objectifs principaux de ces groupes de protection des victimes sont l'identification rapide de la violence et la sensibilisation du personnel médical. Le groupe doit être composé d'au moins deux médecins spécialisés en chirurgie réparatrice et en gynécologie ou obstétrique, ainsi que d'infirmier-e-s et de psychologues et psychothérapeutes. Cette loi a ainsi transformé des pratiques déjà existantes en une obligation légale. A l'Hôpital Général de Vienne (AKH), non seulement un groupe de protection des victimes a été mis en place en 2011, mais un règlement intérieur a également été adopté pour spécifier les buts et les activités du groupe. Il s'agit de suivre les conseils du personnel médical en lien avec les victimes de violence domestique, sensibiliser ce personnel, développer des règlements standardisés et des lignes directrices pour les interventions, organiser des formations, coordonner les différents départements, et faire des études de cas. Bien que les groupes de protection des victimes soient un succès, certains challenges sont encore à surmonter : l'attribution de ressources humaines et financières adéquates ainsi que la nécessité de rendre les formations

¹⁰⁶ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 252.

sur la violence sexospécifique obligatoires pour le personnel médical sont des priorités. De même, une coopération efficace est requise, tout d'abord d'un point de vue interne, mais aussi avec les parties prenantes externes comme les refuges, la police ou les médecins généralistes.¹⁰⁷

6.3 Les services spécialisés d'aide aux femmes

La participation d'organisations d'aide aux femmes dans la réponse multisectorielle aux VDG est d'une importance primordiale. Ces organisations disposent souvent d'une longue expérience contre les VDG. De plus, grâce à leurs mandats en tant que prestataires de services directs et spécialisés, elles sont bien placées pour proposer elles-mêmes de nombreux services et soutenir les rescapées tout au long du processus. Elles complètent les services de soutien généraux proposés par les pouvoirs publics, mais ne peuvent pas les remplacer.

Les services spécialisés de soutien aux rescapées de VDG peuvent proposer un large éventail de services, y compris des foyers d'hébergement, des numéros d'appel, des accueils de jour, ainsi que des services spécialisés pour les rescapées de violences sexuelles. Ces associations peuvent aider les rescapées de VDG au sens large, ou se concentrer sur les victimes de violences spécifiques (violences conjugales, trafic d'êtres humains ou violences sexuelles) ou faisant partie de groupes spécifiques (travailleuses migrantes, adolescentes ou prostituées).¹⁰⁸

Les expertes en VDG qui travaillent au sein des services spécialisés de soutien aux femmes sont une composante clé du parcours de prise en charge et sont un atout majeur pour le secteur de la santé. Elles ont de l'expérience et disposent d'une formation spécialisée dans la compréhension des VDG, l'apport d'un soutien crucial, et la coopération avec la police.

TABLEAU 7 : EXEMPLES DE SERVICES D'AIDE AUX FEMMES ¹⁰⁹

<p>Numéro d'appel</p>	<p>Peut être le premier point de contact via lequel les rescapées peuvent obtenir des informations sur les structures à leur disposition et les possibilités juridiques. Les numéros d'appel, largement médiatisés, visent à soutenir les victimes et la prise en charge par des services directs, telles que les associations ou la police. Ils constituent une pierre angulaire importante de la réponse multisectorielle aux VDG. Les numéros doivent être gratuits, anonymes, ouverts en permanence et offrir un soutien aux rescapées de toutes les formes de VDG. Toutes les femmes du pays doivent avoir accès à ce numéro : il doit y avoir au moins un numéro à l'échelle nationale, largement accessible dans toutes les langues principales du pays.</p>
<p>Les centres d'hébergement pour femmes</p>	<p>Sont des lieux spécialisés qui offrent un hébergement immédiat et sécurisé aux rescapées de violences et à leurs enfants, ainsi qu'un soutien global. Ils promeuvent l'émancipation des rescapées pour gérer leur expérience traumatisante, retrouver leur estime de soi et bâtir les fondations d'une vie autonome. Les foyers doivent être accessibles en permanence. Ils doivent respecter des mesures de sécurité particulières, ce qui comprend l'évaluation des risques et la planification de la sécurité pour chaque cas de figure, le maintien du secret de leurs emplacements, et la sécurité technique du bâtiment afin de protéger les femmes et le</p>

¹⁰⁷ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 65.

¹⁰⁸ UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 91.

¹⁰⁹ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 92-93.

personnel, ainsi que les voisins, contre des attaques violentes des auteurs. Il doit y avoir un nombre suffisant de foyers dans le pays. Le repère souvent utilisé est d'une place en foyer pour 10,000 habitants. Une part importante du travail des centres d'hébergement est l'apport d'un soutien de suivi ou post-jugement, en vue d'assister les femmes et les filles dans leur réintégration une fois qu'elles ont quitté le foyer. Cela nécessite la prise en compte, entre autres facteurs, des risques existants, de la possibilité pour la femme d'avoir un revenu, et de ses qualifications. Le processus de réintégration doit être convenablement géré, garantir la sécurité de la femme et de ses enfants et doit être suivi par une assistante sociale.

Les accueils de jour et permanences Les accueils de jour et permanences comprennent tous les services qui offrent un soutien non-résidentiel (conseil psychosocial, juridique ou toute autre forme d'information et de conseil, soutien pratique, accompagnement juridique, etc.) aux rescapées de VDG et à leurs enfants. Ces organisations jouent un rôle important dans les pays ou les régions qui ne disposent pas de foyers pour femmes. De plus, elles offrent des services de défense et de conseil aux femmes qui ne requièrent peut-être pas un hébergement mais d'autres formes spécialisées de soutien et de défense.

Centres d'accueil des victimes d'agressions sexuelles Les services spécialisés de soutien aux rescapées de violences sexuelles sont nécessaires au vu de la nature traumatisante des violences sexuelles nécessitant une réponse particulièrement délicate par un personnel formé et spécialisé. Ces services comprennent des soins médicaux et un soutien post-traumatique immédiats, une assistance psychologique à moyen et long terme et un examen médico-légal immédiat afin de recueillir les preuves requises pour engager une procédure judiciaire. Une bonne pratique consiste à effectuer un examen médico-légal, que les faits soient signalés ou non à la police, et de proposer à la rescapée de recueillir et de garder les échantillons de manière à ce que la décision de signaler ou non le viol puisse être prise ultérieurement.

Il se peut qu'il n'y ait pas de services de soutien aux rescapées de violences sexuelles dans tous les pays de l'UE. Dans ces pays, il est particulièrement important que les professionnels de santé, en particulier les gynécologues et les médecins légistes, soient formés/es à l'accompagnement post-traumatique et aux soins médicaux immédiats.¹¹⁰

SERVICES DE SOUTIEN GÉNÉRAUX

On entend par services de soutien généraux, les services d'aide financés et proposés par les pouvoirs publics ; ils offrent de l'aide sur le long terme et ne s'adressent pas exclusivement aux rescapées mais au public dans son ensemble. En dehors des services de santé, cela comprend le logement, l'aide financière, l'aide à l'emploi, l'éducation, les services sociaux.

¹¹⁰ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 93.

S'ajoutent les structures spécialisées dans l'assistance adaptée aux rescapées de VDG. Les services sociaux et de santé sont souvent le premier point de contact des rescapées de VDG et doivent donc disposer des ressources suffisantes pour leur répondre. Le personnel doit être formé aux différentes formes de VDG, connaître les besoins spécifiques des rescapées et savoir comment y répondre de manière encourageante (Article 20 de la Convention d'Istanbul et Rapport explicatif).¹¹¹

LA POLICE ET LE JUDICIAIRE

La police et le système de justice pénale ont la responsabilité d'enquêter sur les cas de VDG, de poursuivre l'auteur en justice lorsque les faits constituent des infractions dans le cadre des lois nationales, et de déterminer la responsabilité pénale de l'accusé. Dans certains pays, la police dispose d'un mandat légal pour rendre et faire respecter des ordonnances de non-communication. Les tribunaux civils statuent sur les procédures de divorce et de garde des enfants, et dans certains pays, ils peuvent rendre des ordonnances de protection qui interdisent à l'auteur d'approcher la rescapée. Selon les circonstances de chaque cas, les demandes d'indemnisation pour dommages causés à la rescapée suite aux VDG peuvent être décidées par un tribunal civil et/ou pénal.

Pour permettre aux rescapées de VDG d'avoir accès à la justice et de jouir, de facto, de leurs droits juridiques, il est nécessaire de former les officiers de police, les procureurs généraux et les juges en matière de VDG et de réponse aux violences. De plus, les rescapées doivent avoir accès à une protection adaptée, une aide juridique gratuite et être soignées et interrogées de manière délicate et respectueuse afin d'éviter tout risque de traumatisme supplémentaire. Des salles d'attente séparées dans les tribunaux peuvent aider à éviter toute confrontation avec l'auteur.¹¹²

7. COOPERATION MULTISECTORIELLE

En raison de la nature multisectorielle inhérente aux VDG, tous les efforts pour lutter contre les VDG doivent impliquer un vaste nombre d'acteurs avec un ordre du jour, des priorités et des objectifs différents. Indépendamment de ces différences, il y a des objectifs et des pratiques communes. Par exemple, il relève de la responsabilité de chaque structure de garantir la sécurité de la rescapée, de répondre de manière délicate et compréhensive ; de s'assurer que des mesures adéquates sont prises afin qu'elle reçoive le soutien, l'encouragement à l'émancipation et le bien-être général dont elle a besoin pendant le processus d'aide et par la suite lors de son suivi.¹¹³

Le problème des violences doit être reconnu dans l'ensemble du système de santé et des services sociaux, y compris les soins de santé généralistes, soins spécialisés, ainsi que diverses organisations et institutions, notamment celles destinées aux femmes et spécialisées dans leur accueil. Chacun de ces secteurs peut avoir besoin de développer son propre modèle pour mettre en œuvre des solutions et répondre de manière optimale à chaque situation. Les politiques et les protocoles aident le personnel à agir de façon adaptée et professionnelle face aux VDG. Il est également primordial d'établir des directives sur la gestion de situations et de problèmes qui requièrent de multiples mesures institutionnelles.¹¹⁴ De plus, « **le fait de parler de la violence et de la rendre visible est une bonne façon de la prévenir. La prévention des violences doit être présente dans chaque branche des services sociaux,**

¹¹¹ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 93.

¹¹² UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 93.

¹¹³ UNICEF, "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), p. 110.

¹¹⁴ PRO TRAIN, "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe – Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 3.

à tous les niveaux administratifs ainsi qu'au sein des missions, des politiques et des procédures des unités opérationnelles. »¹¹⁵ C'est pourquoi il est important de maintenir l'engagement de la coordination multi-structures lorsqu'il s'agit de VDG ; en particulier parce que le secteur de la santé et les structures spécialisées de soutien aux femmes, bien qu'étant des entités séparées aux besoins et aux missions variés, sont aussi importantes l'une que l'autre et s'apportent des bénéfices mutuels, tant au niveau du travail de réponse qu'à celui de reconstruction des rescapées de VDG.¹¹⁶

COMPOSANTES CLÉS DE LA COOPÉRATION MULTISECTORIELLE ¹¹⁷

- Comprendre le phénomène des violences et de spirale de la violence
- Savoir reconnaître la manifestation d'un traumatisme
- Sonder régulièrement tout le monde au sujet de la violence
- S'enquérir de l'existence possible de violences et connaître l'étape suivante
- Réagir face à une crise - s'occuper de la sécurité, donner des informations adaptées, connaître les possibilités de prise en charge
- Opérer un suivi
- Coopérer avec d'autres professionnel/es et expert/es

De plus, le leadership partagé et la coopération exigent qu'individus et organisations :¹¹⁸

- Partagent leurs ressources et aient les mêmes objectifs
- Échangent des informations et des activités

Comme indiqué au chapitre 2, les rescapées ont tendance à contacter des services de santé (hôpital, médecin ou autre prestataire de santé) plutôt que tout autre service. Cependant, **l'assistance aux rescapées ne doit pas s'arrêter là.** C'est pourquoi il est crucial que le secteur de la santé et les services spécialisés de soutien aux femmes travaillent en étroite collaboration pour garantir la meilleure aide possible aux femmes victimes de VDG ; en particulier parce que nombre d'entre elles disent avoir honte de leur expérience et que c'est une des raisons pour lesquelles elles décident de ne pas chercher d'aide auprès d'autres organismes. Grâce à une coopération multisectorielle efficace de réponse aux VDG, le secteur de la santé et les structures spécialisées d'aide aux femmes peuvent lutter contre la stigmatisation des victimes et la culpabilité qui freinent beaucoup de femmes dans leur quête de soutien ; de plus, **une coopération multisectorielle réussie augmente les chances de sensibilisation des femmes par rapport aux services à leur disposition au sein de leur communauté, ce qui leur permet une prise de conscience et augmente leurs chances de signaler les VDG dont elles sont victimes.** En outre, le sondage FRA indique que la coopération multisectorielle améliore l'harmonisation et l'efficacité de la collecte de données. Un grand nombre de femmes victimes de violence contactent plusieurs structures pour différentes raisons : c'est pourquoi la coopération est indispensable. Plus il y a de coopération et de formations spécialisées entre le secteur de la santé, la police, les tribunaux et les organisations d'aide aux femmes, plus il y a de chances que celles-ci aient une meilleure connaissance des services disponibles d'une part, et qu'elles aient davantage confiance en la capacité de ces services à satisfaire leurs besoins d'autre part.¹¹⁹

¹¹⁵ PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 2-3.

¹¹⁶ PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 5.

¹¹⁷ PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 3.

¹¹⁸ UNICEF "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), p. 110.

¹¹⁹ FRA, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 70.

7.1 Les rôles et limites de la coopération multistrukture

Dans le cadre d'une coopération efficace, chaque groupe professionnel a sa propre vision du travail de prévention. C'est pourquoi il est important de clarifier les rôles, les visions et les responsabilités des prestataires de services de santé et des organisations d'aide aux femmes qui travaillent dans le domaine des VDG.

HUIT ÉTAPES POUR DÉVELOPPER LA COOPÉRATION : ¹²⁰

1. Créer une philosophie partagée de la coopération, ainsi que des principes et des objectifs : sécurité des victimes, responsabilité de l'auteur et évitement de toute culpabilisation de la victime
2. Créer des procédures convenues d'avance : faire preuve de sensibilité face aux expériences de la victime
3. Surveiller/suivre les cas pour garantir la responsabilité des professionnel/les : clarifier les rôles de chaque groupe de professionnels
4. Coordonner l'échange d'informations entre professionnel/les : développer une compréhension mutuelle des règles et informations de confidentialité
5. Fournir des ressources et services aux victimes
6. Garantir des sanctions, restrictions et services aux auteurs
7. Développer des actions pour éviter les atteintes aux enfants et concevoir des méthodes thérapeutiques pour soigner leurs traumatismes
8. Formation continue

7.2 Les freins à la coopération multisectorielle

Une coopération multisectorielle réussie en matière de prévention des VDG nécessite le soutien de l'entourage (personnel, professionnel), la supervision et le leadership du travail entrepris, les connaissances utiles (y compris des formations cohérentes), une communication cohérente entre secteurs, la délégation de tâches, l'acceptation des limites du travail effectué (y compris le fait que c'est à la victime de quitter son conjoint violent et/ou de demander de l'aide), ainsi que le fait de s'occuper de soi (santé personnelle). Comme il est parfois difficile de réussir une coopération multisectorielle efficace, il est important d'avoir conscience des freins à sa mise en œuvre : ¹²¹

- Les valeurs, normes et attitudes sociétales
- Les législations politiques
- Les ressources financières
- Les stéréotypes liés aux VDG
- La qualité et la quantité des structures spécialisées
- La formation des professionnel/les
- Les valeurs, normes et croyances des personnels de santé
- Les conceptions personnelles du professionnalisme et des rôles
- L'éducation et les connaissances des professionnel/les de santé
- Ses propres sentiments par rapport aux violences

¹²⁰ PRO TRAIN, "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe – Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), Module 5.

¹²¹ PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), Module 5.

8. EVALUATION ET CONCLUSION

8.1 Formulaire d'évaluation de la formation ¹²²

<p>1. Quelle est votre évaluation globale de la formation ? <input type="checkbox"/> très bonne <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> peu satisfaisante <input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisante</p>				
<p>2. Quels sont les trois éléments principaux que vous avez appris pendant cette formation ? A. B. C.</p>				
<p>3. Qu'avez trouvé moins utile?</p>				
<p>4. Merci d'évaluer les aspects suivants de la formation (structure, contenu, méthodologie).</p>				
	Oui, absolument	A peu près	Non, plutôt pas	Pas du tout
La formation était bien structurée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque module a bénéficié d'un temps suffisant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps laissé à la discussion était suffisant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthodes adaptées à mon acquisition des connaissances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les documents étaient utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation était adaptée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation m'a ouvert de nouvelles perspectives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai appris de nouvelles méthodes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus sûr/e face aux violences de genre dans ma pratique professionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation m'a permis de bénéficier de l'expérience et de la pratique des collègues/ des autres pays.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation m'a donné de nouvelles pistes de coopération.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Commentaires ou suggestions pour améliorer la structure, le contenu et la méthodologie de la formation ?</p>				

¹²² UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 263-265.

5. Comment notez-vous la qualité des formateurs ?	Oui, très	Assez bonne	Non, plutôt pas	Pas du tout
Je trouve les formateurs très compétent/es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formateurs ont créé une bonne interaction avec et entre les participants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formateurs ont bien maîtrisé la présentation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recommanderais les formateurs pour des formations similaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres commentaires ou suggestions?				
6. Y a-t-il des thèmes que vous auriez aimé aborder davantage ?				
Y a-t-il des thèmes qui vous ont manqué ?				
7. Comment notez-vous l'organisation et la logistique de la formation en général ?				
Avant la formation	Excellente	Bonne	Moyenne	Insuffisante
Information avant la formation et communication avec les organisateurs/trices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation du voyage et de l'hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant la formation	Excellente	Bonne	Moyenne	Insuffisante
Hébergement (chambre d'hôtel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens pour la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interprète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauses café, déjeuners et dîners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires ou suggestions pour améliorer l'organisation et la logistique ?				
8. Merci de donner un exemple des acquis de cette formation dans votre pratique professionnelle				
9. Autres commentaires ou suggestions pour nous aider à améliorer la formation ?				
Merci beaucoup d'avoir répondu à cette évaluation !				

ANNEXE

1. Exercice sur les mythes liés aux VDG ¹²³

Tout le monde se met debout et écoute les déclarations suivantes, lues à haute voix par les formateurs. Un côté de la pièce représente « Je suis d'accord avec l'énoncé », tandis que l'autre côté de la pièce représente « Je suis en désaccord avec l'énoncé ». Les participants décident où ils veulent se positionner lorsque chaque déclaration est lue, entre « fortement d'accord » et « fortement en désaccord ». Le/la formateur/formatrice demande ensuite aux gens d'expliquer pourquoi ils sont où ils sont, et invite à la discussion après chaque déclaration.

- ▶ Elle l'a provoqué - elle le méritait / elle l'a cherché.
- ▶ Il faut considérer plusieurs paramètres avant de mettre fin à une relation violente ou de partir. Il est inutile de dire à une patiente qu'elle n'avait « qu'à partir ».
- ▶ Cela n'arrive que dans les familles à faible revenu / de la classe ouvrière.
- ▶ C'est à cause de son enfance - il a grandi dans un foyer violent.
- ▶ Des organismes contre les violences domestiques aident les femmes victimes de violence domestique et de maltraitance à faire des choix et à explorer des pistes. Ils ne sont pas là pour sauver des gens.
- ▶ Il a du mal à contrôler sa colère et / ou il n'est violent que quand il est ivre.
- ▶ Il existe de nombreuses options pour les femmes victimes de violence domestique et de maltraitements.
- ▶ Dans certaines communautés, les femmes sont passives, elles se conforment à une culture dominée par les hommes et une religion aux traditions drastiques (qui peut inclure la violence conjugale, la mutilation et le meurtre).
- ▶ Elle devrait rester (ou partir) pour le bien des enfants.
- ▶ Il est inutile d'essayer d'aider les femmes parce qu'elles retournent toujours auprès de l'auteur des violences.

¹²³ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

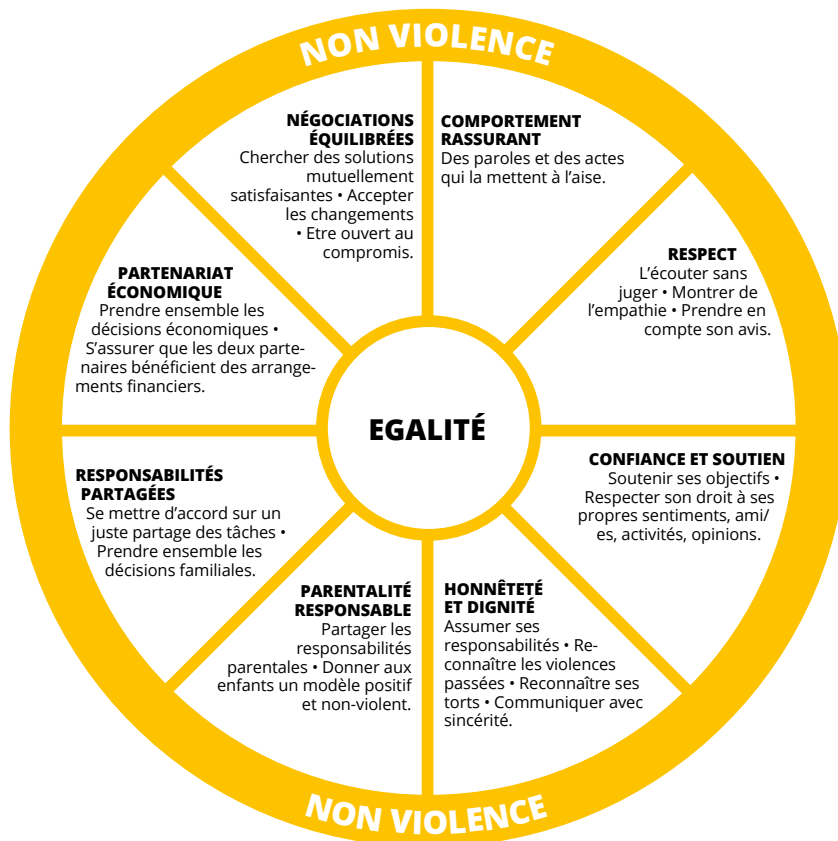
2. Roues du pouvoir et du contrôle

ROUE DU POUVOIR ET DU CONTRÔLE ¹²⁴



Adapté de :
Domestic Abuse Intervention Project
Duluth, MN 218/722-2781
www.duluth-model.org

ROUE DE NON-VIOLENCE ¹²⁵



¹²⁴ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 159.

¹²⁵ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

3. Quiz IRIS sur les violences de genre et la santé ¹²⁶

1. Sur 5 ans, quel pourcentage de femmes de 16 ans et plus consultent leur généraliste au moins une fois ?

- a) 10% b) 50% c) 90%

2. Environ combien coûtent les violences de genre à l'UE chaque année ? ¹²⁷

- a) 228 Mrd. EUR b) 928 Mio. EUR c) 528 Mio. EUR

3. Une femme victime de violence domestique et de maltraitance est combien de fois plus susceptible de prendre de la drogue qu'une femme qui ne connaît pas la violence domestique et la maltraitance?

- a) 2 b) 9 c) 15

4. Une femme victime de violence domestique et de maltraitance est combien de fois plus susceptible de consommer de l'alcool qu'une femme qui ne connaît pas la violence domestique et la maltraitance?

- a) 2 b) 9 c) 15

5. Une femme victime de violence domestique et de maltraitance est combien de fois plus susceptible de connaître la dépression qu'une femme qui ne connaît pas la violence domestique et la maltraitance?

- a) 2 b) 4 c) 6

6. En matière de santé, quelle est la différence la plus importante entre les femmes victimes de maltraitements et celles qui ne le sont pas ?

- a) Plus de problèmes gynécologiques b) Plus de fractures osseuses
c) Une grande pression sanguine

4. Exercices sur le pouvoir médical et la roue du contrôle ¹²⁸

Le groupe est divisé en deux.

Le premier groupe reçoit une roue du pouvoir et du contrôle incomplète ; le second, une roue de non-violence incomplète.

Chaque groupe doit remplir la roue au mieux de ses connaissances.

Le groupe avec la roue du pouvoir et du contrôle doit examiner comment la réponse clinique peut s'associer à l'auteur, affaiblir la rescapée, l'empêcher de solliciter de l'aide, etc. Le groupe devrait donner des exemples pour compléter quelques segments de la roue, par exemple, partager l'information sans consentement, suggérer de parler au conjoint/membre de la famille violent.

Le groupe avec la roue du plaidoyer non-violent devrait examiner comment la réponse clinique peut soutenir, aider et responsabiliser la rescapée à solliciter de l'aide. Le groupe devrait donner des exemples pour compléter quelques segments de la roue, par exemple, écouter et valider la parole de la patiente, proposer une prise en charge, etc.

Chaque groupe doit améliorer quelques segments avant de remettre les versions complètes des deux roues.

¹²⁶ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¹²⁷ WAVE, "Wave Report 2014" (2014), p. 7.

¹²⁸ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

Les roues démontrent l'importance des mots que nous utilisons dans notre réponse aux patientes. Les mots peuvent aider à la prise de parole ou indiquer une collusion avec l'auteur des violences. Ainsi, chacun peut faire partie du problème ou de la solution.

5. Etude de cas - l'expérience clinique d'une généraliste - l'histoire de Trish ¹²⁹

La Dr Trish McQueeney travaille au dispensaire de Air Balloon qui reçoit plus de 12 000 patient/es, dans un quartier ouvrier du centre de Bristol. Elle y est associée. L'établissement est innovant : depuis 1996, il perçoit un financement en tant qu'Etablissement national de recherche et de développement. Il y a trois ans, il a été invité à prendre part à un projet développé par l'Université de Bristol, le projet IRIS : tester l'efficacité d'un programme de formation et de soutien qui aide les cabinets de médecine générale à identifier et orienter les patientes victimes de maltraitances.

Trish a tenu à soutenir cette recherche après avoir travaillé tout au long de sa carrière avec des patientes qui vivaient dans les violences conjugales. « Le programme avait l'air intéressant car nous avons tous rencontré la violence familiale dans notre pratique, et avant cela, à l'hôpital, dit-elle. Mais j'étais un peu sceptique quant au temps que prendrait la formation, d'autant plus que nous en savions déjà beaucoup sur les questions abordées. Comme le personnel allait recevoir une formation ensemble et en même temps - des réceptionnistes aux médecins généralistes - nous devions fermer nos principaux bureaux tout un après-midi. » Malgré ses réticences, Trish et son équipe ont trouvé la formation extrêmement utile. Le personnel a été formé à repérer des signes et des symptômes qui suggèrent qu'une patiente peut être victime de violence domestique. Ils ont également été encouragés à trouver des moyens de « poser la question », en utilisant les jeux de rôle et des scénarios. « C'était une nouvelle approche pour nous, affirme Trish. Comme beaucoup, nous étions inquiets que les patientes soient contrariées si nous abordions la question, ou nous trouveraient intrusifs. Pour nous donner confiance, l'équipe IRIS a fourni beaucoup de preuves pour montrer que, le cas échéant, les patientes se réjouissent qu'on leur pose la question ! »

Une fois l'équipe formée, un système de prise en charge et de parcours de soins très simple a été mis en place pour s'assurer que les patient/es ayant parlé des violences soient adressées à un/e spécialiste IRIS de Next Link, une association locale spécialisée dans les violences conjugales. Les hommes qui ont divulgué des maltraitances ont également été soutenus et orientés vers des services spécialisés. « Je crois, dit Trish, qu'en plus de la formation, le système solide de prise en charge a joué un rôle clé dans le succès du projet. Sans cela, nous n'aurions pas pu encourager les patient/es à se livrer en toute confiance. » Après les remarques des généralistes impliqués dans le processus, un nouveau programme pour les hommes auteurs est également en train d'être mis en place au niveau local.

Associée dans l'établissement depuis 23 ans, Trish pensait qu'elle connaissait bien ses patient/es. Elle avait soigné des générations de familles des environs, y compris les familles des enfants qui avaient grandi. Mais cependant, l'ensemble du projet a été « une véritable révélation. En devenant plus au fait des signes et des symptômes qui suggèrent la violence – anxiété à long terme et dépression, consultations répétées pour des symptômes mineurs, problèmes gynécologiques inexplicables – j'ai mieux pris en compte la situation des patient/es qui vivent la maltraitance et son impact sur leur santé. J'ai pris conscience de l'étendue du problème. »

Trish a depuis identifié et orienté beaucoup de femmes. « J'ai été étonnée par certaines prises de parole, dit-elle. Par exemple, je connaissais l'une des patientes qui m'a parlé des

¹²⁹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

violences, depuis 21 ans. Pendant toutes ces années, j'ignorais qu'elle vivait avec un mari dominant et psychologiquement abusif, et que cette maltraitance a joué un rôle clé dans ses problèmes de santé. J'ai aussi eu des femmes âgées de 60, 70 ans. Elles avaient tout supporté depuis longtemps. Mais quand on leur offre le bon soutien, elles sont capables de prendre des décisions courageuses et de changer leur vie pour le mieux. »

En plus des victimes adultes, Trish a également évoqué un certain nombre d'adolescentes. « Souvent, ces filles présentent une faible estime de soi, elles sont en dépression, et elles peuvent ne pas comprendre qu'elles sont dans une relation abusive, car la maltraitance n'est pas toujours physique ; peut-être que leur copain les surveille en permanence, il vérifie leurs appels ou leurs messages ; peut-être que leur ex utilise Facebook pour les traquer et les harceler. Dans ces cas, elles peuvent être aidées par un médecin de famille, un ou une professionnel/e qu'elles connaissent depuis l'enfance, en qui elles ont confiance, qui va les soutenir et les orienter vers les structures appropriées. »

L'expérience IRIS a noté une différence conséquente dans l'identification et l'orientation des femmes victimes de violences à Bristol et à Londres. Les résultats complets seront publiés avant la fin de l'année.

La prise en charge des victimes a augmenté de façon spectaculaire au dispensaire Air Balloon car le personnel est impliqué dans le processus. Pour Trish, le programme a été une expérience très positive : « Je suis maintenant convaincue que la violence contre les femmes et les enfants est un problème majeur de santé publique avec des conséquences à long terme pour les femmes et leurs familles, dit-elle. En tant que médecin généraliste expérimentée, l'ensemble du projet m'a transformée. »

6. Etude de cas – l'expérience d'une patiente – l'histoire de Kim ¹³⁰

« La première fois que je suis allée voir un médecin, c'était après que mon partenaire m'ait poignardée. J'ai quitté l'appartement avec ma jambe qui pissait le sang, mon bébé dans les bras, et je suis allée directement chez le généraliste. Il a soigné ma blessure. Je l'ai revu quand j'ai été victime de violences physiques. À chaque fois, il a noté ce qui s'était passé. Finalement, il a diagnostiqué une dépression. Il m'a prescrit des antidépresseurs et m'a orientée en psychiatrie. Au départ, comme on m'avait diagnostiqué une dépression, je me suis sentie très seule. En même temps j'étais soulagée car quelqu'un allait enfin m'écouter.

J'ai eu rendez-vous avec un psychiatre qui m'a renvoyée vers une infirmière psychiatrique. Liz m'a rendu visite à la maison, mais comme elle a également soigné le père de mon conjoint violent, je n'ai pas pu lui parler librement. Elle m'a proposé un examen pour une thyroïde sous-active car cette condition médicale présente les mêmes symptômes que la dépression. On m'a prescrit de la Thyroxine. Mais le fait de me dire « continuez à prendre vos médicaments » n'était pas suffisant et je me sentais très seule. Après plusieurs années de médicaments, j'ai parlé à un nouvel infirmier psychiatrique, Richard. Notre relation était meilleure, mais je ne me sentais pas encore réellement aidée. Je devais penser qu'un professionnel devait savoir ce dont j'avais besoin et j'étais déçue qu'ils ne le sachent pas. A cette époque, j'ai commencé à prendre des amphétamines. Grâce à cela, je me sentais bien. Mais surtout, ça me permettait de rester réveillée et de me préparer au retour de mon conjoint violent, qui, la plupart du temps, rentrait à la maison complètement ivre.

Quelques années plus tard, j'ai été à nouveau orientée vers la même personne. Je sentais toujours que je n'aurais pas l'aide dont j'avais vraiment besoin. J'aimais bien Liz et elle m'a

¹³⁰ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

toujours fait sentir que j'étais la bienvenue, mais je voyais aussi qu'elle était toujours « trop occupée » et qu'elle comptait sur moi pour aller mieux grâce aux médicaments plutôt que de me proposer une thérapie. En sortant, je ne me sentais pas mieux qu'en arrivant. Quand je pensais aux services psys, mes pensées négatives dépassaient de loin mes pensées positives. Je sentais qu'être en permanence frappée, menacée et dévalorisée par mon conjoint était la cause de mes problèmes psychologiques. Il me faisait croire que j'étais folle. Il a dit à la police : « Je n'ai rien fait, c'est elle qui est folle. » Il m'a fait tomber si bas que j'ai fini par le croire.

J'ai quitté mon agresseur, mais j'avais encore du mal. J'avais des problèmes avec mon fils qu'on a orienté vers une assistante sociale. Elle nous a envoyé tous les deux à l'équipe spécialisée en violences domestiques. Pour la première fois depuis 20 ans, je me suis dit que là, on pourrait enfin m'aider. On ne m'avait jamais proposé des groupes de parole. Peut-être que si on l'avait fait, mon processus de reconstruction aurait commencé plus tôt. Sue, la modératrice, a remarqué que j'avais des soucis. Elle m'a dit qu'ils pouvaient m'aider. Je me suis sentie submergée par la nature bienveillante de cette dame, qu'enfin quelqu'un se souciait assez de moi pour m'aider. Je lui serai éternellement reconnaissante, à elle et à l'équipe. Pour toujours. Je sais que j'ai devant moi un voyage long et difficile, mais je peux enfin voir comment laisser derrière moi tout le mal qu'on m'a fait. »

7. Notes des patientes de IRIS ¹³¹

En groupe, discutez des patientes ci-dessous.

Quels sont les messages clés des patientes quant à leurs besoins ?

D'après vous, que veulent les patientes et de quoi ont-elles besoin ?

« Vous allez voir le médecin parce que vous vous sentez très mal, il prend votre tension, il vous donne quelques pilules pour la pression artérielle et j'ai pensé, il faut que je parle à quelqu'un. Et j'ai dit, je ne dors pas du tout. Eh bien, nous allons vous prescrire quelques pilules pour ceci et quelques pilules pour cela ! »

(patiente IRIS- commentaire sur les généralistes)

« Vous souffrez de dépression mais ils ne voient que l'aspect médical et pas comme s'il y avait quelque chose derrière. »

(patiente IRIS- commentaire sur les médecins)

« Il m'a cassé l'épaule... Mais mon copain est venu avec moi pour servir d'interprète. Quand le généraliste m'a donné un bout de papier avec un numéro où je pouvais trouver de l'aide, je guettais la réaction de mon copain. »

(patiente IRIS- commentaire sur les médecins)

« S'ils vous posaient la question, vous y répondriez. »

(patiente IRIS- commentaire sur les médecins)

« ... le seul médecin qui ait jamais posé la question... J'étais tellement soulagée que quelqu'un dise quelque chose. Et il m'a donné la boîte de mouchoirs et je me suis assise et j'ai pleuré... Et il a dit, dites-moi quand vous êtes prête, il a dit, il y a quelqu'un pour vous aider. Je ne suis pas seule. Et si je veux de l'aide, c'est possible et il ne faut pas avoir honte. Mais j'avais vraiment honte et il a dit, vous n'êtes pas seule. Nous pouvons vous obtenir cette aide. Et il l'a fait. Il l'a vraiment fait. »

(patiente IRIS- commentaire sur les généralistes)

¹³¹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

« Je lui ai dit. C'était comme si nous avions enfin trouvé la pièce du puzzle. Le généraliste a dit, ça explique tout... J'ai mentionné la violence conjugale... Mon médecin a agi tout de suite. » (patiente IRIS – commentaire sur les généralistes)

« Jamais pensé que ce jour viendrait... Je me sens plus forte pour faire face... Je n'aurais pas pu le faire sans votre soutien et votre patience, j'ai eu beaucoup à parcourir. » (patiente IRIS - commentaire sur les spécialistes violences conjugales)

« J'ai simplement pensé, voilà. Ça va m'aider. Et j'ai souri. Oui, j'ai souri. Vous souriez à l'intérieur. » (patiente IRIS - commentaire sur les spécialistes violences conjugales)

« J'ai lentement gagné ma liberté et je suis si heureuse de prendre mes propres décisions, de planifier mon propre chemin dans la vie. Ce n'est pas seulement pour moi, c'est pour mes enfants et pour les femmes comme moi. » (patiente IRIS - commentaire sur les spécialistes violences conjugales)

8. Etude de cas – l'expérience d'une patiente – l'histoire de Catherine ¹³²

Catherine est une femme noire Caraïbienne de 49 ans, handicapée et mère de quatre enfants adultes.

Catherine a été adressée au programme de sensibilisation aux violences domestiques par son généraliste (tout le personnel de l'établissement a bénéficié d'une formation IRIS). En effet, c'est en voyant l'affiche IRIS dans le dispensaire, que Catherine a parlé à son médecin des violences domestiques. Le médecin l'a recommandée à un membre d'IRIS. Elle a parlé des maltraitements : depuis plus de 26 ans, son mari la maltraite verbalement, émotionnellement et financièrement. Au cours du premier entretien, Catherine dit qu'elle est triste et incapable de faire face.

Catherine fréquente le dispensaire depuis plus de 16 ans et n'avait jamais parlé à personne des maltraitements. Elle avait été incapable d'accéder au service spécialisé violences domestiques, et il était dangereux pour elle de s'adresser à d'autres services. Pour les autres organismes locaux spécialisés, le cas de Catherine n'était pas facile à intégrer aux catégories à risque en lien à des maltraitements répétés. Sans le programme IRIS, Catherine n'aurait donc pas été en mesure d'être aidée ou d'obtenir des informations. Comme le cabinet généraliste faisait partie du programme IRIS, Catherine a pu organiser ses rendez-vous facilement et en toute sécurité, et rencontrer la spécialiste au cabinet. Celle-ci a fourni une série d'aides concrètes, des informations et des pistes, un soutien affectif cohérent, y compris des messages clés face aux révélations de Catherine. Elle a toujours parlé de la sécurité de Catherine et de ses enfants.

La spécialiste a travaillé avec Catherine pendant 12 mois. Les deux premiers mois, elles ont eu un rendez-vous tous les quinze jours, les deux mois suivants, une fois par mois, et les huit derniers mois, tous les deux mois (chacun d'environ une heure). Au total, dix séances. Catherine décidait de la fréquence des rendez-vous, ce qui a contribué à son autonomisation. Un soutien supplémentaire a inclus un total d'environ cinq appels téléphoniques et un SMS mensuel.

Catherine vit toujours avec son mari. Au cours des 12 mois, elle note de nombreux changements positifs dans sa vie :

¹³² IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Sortir seule, au moins une fois par jour
- Voir un/e amie ou membre de la famille une fois par semaine
- Ouvrir son propre compte en banque
- Se fixer des objectifs de carrière
- Partir en vacances pour voir sa famille
- Avoir du temps pour soi et avec ses enfants
- Reprendre des études
- « Reprendre ma liberté » et « prendre mes propres décisions et décider de ma façon de vivre ».

Catherine se sent habilitée à décider pour elle-même et sa famille, ce qui augmente sa sécurité et contribue à briser le cycle de la violence. Catherine dit « avoir récupéré sa vie » et qu'elle « se sent plus forte pour faire face ». Elle se sent moins anxieuse. Elle déclare qu'elle est heureuse et a retrouvé sa confiance en soi. Catherine explique également qu'elle rend visite à son généraliste moins fréquemment qu'auparavant.

La médecin de Catherine indique que depuis qu'elle a identifié la violence conjugale, « la lumière s'est allumée ». La docteure Smith constate une amélioration de la santé et du bien-être émotionnel de Catherine, et de nombreux changements positifs : une plus grande indépendance, une meilleure estime de soi, la réalisation d'objectifs personnels et « une force de plus en plus forte ». Les visites de Catherine au cabinet ont réduit des deux tiers. Au cours des 12 mois précédant cette prise en charge, Catherine voyait son médecin une fois par mois. Pendant les 12 mois où elle a bénéficié d'un soutien par le biais de IRIS, elle a vu sa médecin une fois tous les trois mois (une fois par trimestre). La docteure Smith a indiqué que comme Catherine souffrait d'une maladie chronique à long terme (liée à la violence familiale), elle s'attendait à voir Catherine une fois par trimestre. Catherine a également considérablement réduit sa consommation de médicaments pour dépression et insomnie.

Depuis son engagement avec IRIS, la médecin estime que le cabinet est mieux équipé pour aider Catherine à gérer sa santé, et qu'elle reçoit le soutien dont elle a besoin.

Pour citer Catherine : « M'encourager parce que je peux y arriver... Je me sens plus forte... Je suis fière de moi... Merci de croire en moi. »

9. Exercice de groupe : les obstacles à des services de santé efficaces – le point de vue des rescapées et des professionnel/les de santé ¹³³

Dans votre groupe de travail, veuillez identifier les obstacles à une réponse médicale efficace contre les violences de genre.

Groupe de travail sur les obstacles qui se présentent aux rescapées :

1. Quels obstacles empêchent les femmes victimes de violence de genre d'accéder aux services de santé ?
2. En tant que professionnel/e de santé, que pouvez-vous faire dans votre pratique quotidienne pour surmonter ces obstacles ? (2-3 suggestions)
3. De quel soutien avez-vous besoin de la part de la direction de votre établissement afin de faire face à ces obstacles ?

¹³³ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 181.

Groupe de travail sur les obstacles qui se présentent aux professionnel/les :

1. Quels obstacles empêchent les professionnel/les de santé de fournir des soins et un suivi efficaces aux patientes qui ont subi les violences de genre ?
2. En tant que professionnel/le de santé, que pouvez-vous faire dans votre pratique quotidienne pour surmonter ces obstacles ? (2-3 suggestions)
3. De quel soutien avez-vous besoin de la part de la direction de votre établissement pour répondre à ces obstacles ?

Merci de lister vos obstacles et vos suggestions sur une feuille du paperboard. Vous avez 20 minutes.

Chaque groupe de travail désigne un/e rapporteur/e qui présentera les points sur le paperboard à l'ensemble du groupe.

10. Jeu de rôle 1 ¹³⁴

Divisez-vous en groupes de 2 : une personne joue la patiente, l'autre le/la référent/e clinique/ organisatrice de la prévention des VDG. Faites le jeu de rôle, en fonction de votre rôle. Comment allez-vous gérer la situation?

PATIENTE

- Vous êtes une femme de 34 ans avec deux jeunes enfants en âge préscolaire.
- Vous venez pour une évaluation de votre antidépresseur, que vous prenez depuis 9 mois.
- Vous êtes avocate, à temps partiel, et votre mari est médecin.
- Il fait chaud, mais vous portez une écharpe car vous avez des ecchymoses autour de votre cou, à la suite d'une dispute avec votre mari, la nuit dernière.
- Vous avez eu un tympan perforé pendant votre lune de miel (à cause d'une agression, mais vous ne l'avez jamais dit à personne).
- Vous avez fait deux fausses couches.
- Vous vous sentez au plus bas, vous aimeriez prendre plus d'antidépresseurs. Vous vous sentez démunie et vous avez peur.

LE/LA PROFESSIONNEL/LE DE SANTÉ

- Vous êtes nouveau/nouvelle au cabinet et vous n'avez jamais vu la patiente auparavant.
- En consultant son dossier, vous remarquez qu'elle a eu un tympan perforé pendant sa lune de miel.
- Elle a fait deux fausses couches.
- Quand elle arrive, vous remarquez qu'elle porte une écharpe alors qu'il fait très chaud.
- Elle semble fatiguée et anxieuse.

¹³⁴ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

11. Jeu de rôle 2 ¹³⁵

Divisez-vous en groupes de 2 : une personne joue la patiente, l'autre le/la référent/e clinique/ organisatrice de prévention des VDG. En fonction de votre rôle, comment allez-vous gérer la situation?

PATIENTE

- Vous êtes une femme âgée de 18 ans, enceinte de 32 semaines, c'est votre deuxième grossesse, après un avortement quand vous aviez 15 ans.
- Vous venez voir le généraliste parce que vous avez des migraines fréquentes dont vous ignorez la cause.
- Vous avez récemment quitté le domicile de vos parents pour emménager avec votre compagnon.
- Votre compagnon est toujours avec vous, mais pendant la consultation avec le généraliste, il attend dehors.
- Vous êtes avec votre compagnon depuis un peu plus d'un an. Il ne vous laisse pas sortir seule. Il vous intimide et n'aime pas quand vous parlez à d'autres gens ou quand vous allez voir votre famille.

PROFESSIONNEL/LE DE SANTÉ

- Votre patiente est une jeune femme de 18 ans.
- Son dossier indique « patiente enceinte ».
- Vous ne l'avez jamais rencontrée.
- Dans le dossier se trouve une note d'un autre généraliste indiquant qu'il a vu la mère de la jeune femme : « mère inquiète car sa fille perd du poids et semble se renfermer ».

12. Jeu de rôle 3 ¹³⁶

Divisez-vous en groupes de 2 : une personne joue la patiente, l'autre le/la référent/e clinique/ organisatrice de la prévention des violences. En fonction de votre rôle, comment allez-vous gérer la situation?

PATIENTE

- Vous êtes une femme de 30 ans qui vient consulter le généraliste pour des douleurs urinaires et des maux de dos.
- Vous avez 3 filles, la plus jeune a 5 ans.
- Vous vivez avec votre partenaire (père de la plus jeune fille), les autres filles vivent ailleurs et ont des pères différents.
- Dimanche, votre compagnon vous a agressée (il vous a frappée).
- Vous avez mal en bas du dos, et vous ne pouvez pas aller aux toilettes à cause de la douleur. Vous avez le coccyx et la colonne vertébrale endoloris.
- Votre compagnon vous a déjà agressée dans le passé. Vous avez vu deux généralistes, avec des bleus sur le visage à cause de l'agression.
- Depuis 4 ans, vous avez consulté pour des douleurs dans la poitrine (« musculaires », selon le généraliste).
- Vous avez aussi eu des douleurs à la main et consulté un ORL pour des douleurs à l'oreille.
- Il vous arrive de boire trop pour soulager le stress et l'anxiété.
- Vous fumez.
- Vous avez fait une overdose quand vous aviez 19 ans.
- Vous avez peur de votre partenaire et vous voulez qu'il parte mais il ne veut pas laisser sa fille. Vous pensez que les choses vont empirer.

¹³⁵ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¹³⁶ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

PROFESSIONNEL/LE DE SANTÉ

- Votre patiente est une jeune femme de 30 ans.
- Vous ne l'avez jamais rencontrée.
- Son dossier indique une histoire de dépression, un problème d'alcool et une overdose quand elle avait 19 ans.
- Au cours des 4 dernières années, elle a consulté pour des douleurs dans la main.
- Pour être adressée à un ORL.
- Pour des douleurs dans la poitrine.
- Il y a 2 ans, elle présentait des bleus sur le visage.

13. Exercice clinique – exemple de questions ¹³⁷

Veillez coder ces questions en rouge, orange ou vert.

● Rouge signifie : «C'est une question terrible. Je ne voudrais pas l'utiliser avec mes patientes. »

● Orange signifie « Certains aspects de cette question sont OK et certains doivent être modifiés. »

Veillez suggérer comment vous pourriez modifier cette question.

● Vert signifie : « C'est une bonne question et je peux l'utiliser avec mes patientes. »

	●	●	●
L'ordinateur me demande de vous poser des questions sur la violence conjugale. Est-ce ce qui vous arrive ?			
Nous savons que 1 femme sur 4 subit des violences conjugales au cours de sa vie. Est-ce que votre partenaire ou un membre de la famille vous frappe, vous donne des coups de pied ?			
Comment ça se passe à la maison avec votre mari / partenaire / famille? Quelqu'un vous a-t-il fait mal ?			
Nous savons que la violence familiale peut être un problème pour certaines personnes. Est-ce un problème pour vous ?			
Parfois, les gens souffrant de dépression / faible estime de soi ont connu d'importants événements de la vie qui provoquent cela et peut expliquer pourquoi ils se sentent si mal. Vivre dans une relation abusive peut provoquer ce type de problème. Cela pourrait-il être votre cas?			
Je suis sûr/e que ce n'est pas un problème pour vous... mais je dois vous demander si vous êtes victime de violence domestique.			
Nous savons que les femmes peuvent présenter ces symptômes quand elles ont été blessées par leur mari. Est-ce ce qui vous arrive ?			

¹³⁷ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

14. Dossier violences de genre – exemple de l’Autriche ¹³⁸

Lieu de l'examen : Docteur : _____ Tél. _____ Adressée par : _____ Début de l'examen : _____ : _____ (Date) (Heure)	PATIENTE : Date de naissance : _____ Tél. _____ Adresse : _____ Autres personnes présentes : _____
---	--

DONNÉES SUR LA PATIENTE Taille : _____ Poids : _____ État psychologique durant l'examen : _____	La patiente est : <input type="checkbox"/> droitière <input type="checkbox"/> gauchère Conscience : <input type="checkbox"/> claire <input type="checkbox"/> légèrement brouillée <input type="checkbox"/> très brouillée <input type="checkbox"/> inconsciente Impression <input type="checkbox"/> d'alcool <input type="checkbox"/> de consommation de drogue
communication: <input type="checkbox"/> fluide <input type="checkbox"/> saccadée <input type="checkbox"/> traduction nécessaire ↳ par qui : _____	
Situation dangeureuse pour le personnel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

DETAILS SUR L'AGRESSION Lieu : _____ Heure (Date): _____ (Heure) ____ : ____ (approx.) durée de l'incident : _____	<input type="checkbox"/> agresseur connu <input type="checkbox"/> agresseur(s) inconnu(s) Combien : _____
--	---

Description de l'agression, armes, détails, désordres subjectifs :
 (Ceci servira de base pour l'examen clinique et le prélèvement médico-judiciaire, il ne s'agit pas d'un interrogatoire.)

Y a-t-il des témoins de l'agression (enfants, voisins) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
↳ Si oui, sont-ils aussi touchés/blessés ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Des objets ou des armes ont-ils été utilisés ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
La rescapée a-t-elle tenté de se défendre ? La patiente a-t-elle griffé l'agresseur ou les agresseurs ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas ↳ Si oui, veuillez essayer le dessous de ses ongles à l'aide d'un coton humide

¹³⁸ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 228-231.

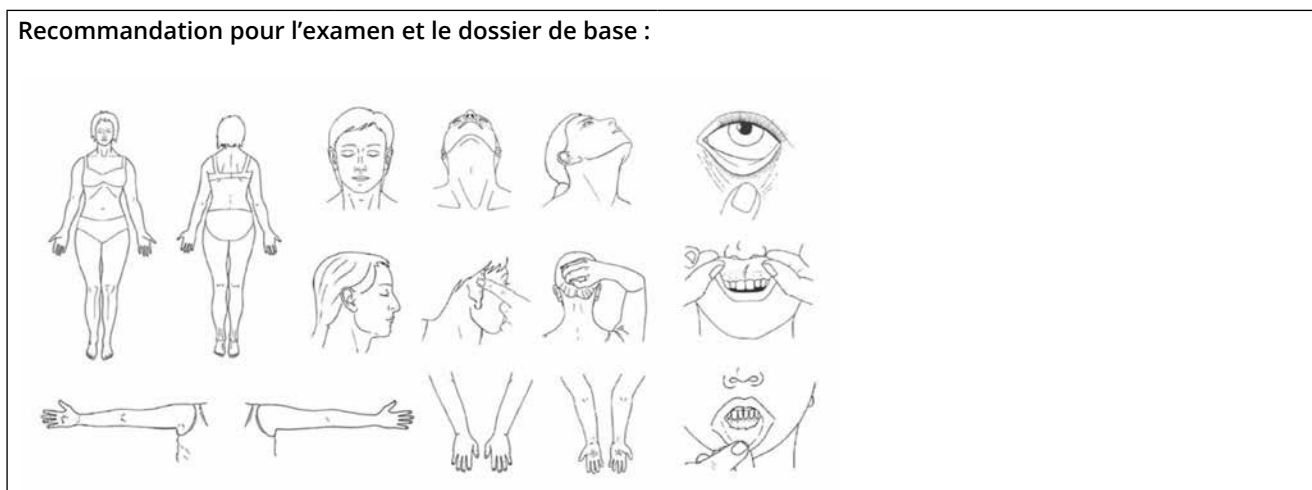
A-t-on utilisé de la force pour l'étrangler ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas ↳ <input type="checkbox"/> signes de congestion <input type="checkbox"/> inconscience <input type="checkbox"/> tromperie <input type="checkbox"/> perte d'urine ou de selles <input type="checkbox"/> douleur à la gorge, difficultés pour avaler
La patiente avait-elle consommé de l'alcool, de la drogue ou des médicaments avant, pendant ou après l'agression ?	<input type="checkbox"/> oui quand, quoi, combien : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Une agression similaire a-t-elle déjà eu lieu ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas de réponse

CONSERVER LES PREUVES		
Vêtements abîmés (Photo !)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Vêtements conservés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non → Conservés séparément dans des sachets en papier
Contamination des vêtements (sang, terre etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autres traces ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ↳ lesquelles:	

EXAMEN PHYSIQUE	
TÊTE	Crâne avec cheveux (palper, chercher endroits sans cheveux ?) :
	Front, région des tempes :
	Yeux (incl. conjonctivite) :
	Oreilles (à l'arrière) :
	Nez (narines) :
	Joues :
	Bouche (lèvres, dents, muqueuse vestibulaire) :
	Menton :
Y a-t-il des signes de congestion ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	↳
	<input type="checkbox"/> peau des paupières <input type="checkbox"/> conjonctivite <input type="checkbox"/> peau derrière les oreilles <input type="checkbox"/> peau du visage <input type="checkbox"/> muqueuse vestibulaire
GORGE	Devant :
	Cou :
THORAX	Poitrine :
	Cage thoracique antérieure :
	Arrière :
BRAS	Epaules :
	Haut des bras (y compris à l'intérieur) :
	Avant-bras (poignets) :
	Mains :
ABDOMEN	
FESSIER	
RÉGION GÉNITALE	

JAMBES	Cuisses (intérieur) :
	Bas des jambes :
	Pieds :
▶ Un ensemble de blessures est-il visible ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Blessures localisées et visibles, brûlures, marques, par exemple marques de chaussures, de pneus, bleus :	
▶ Extrait de projectile après blessure par balle , notée et explicitée	
Évaluation médicale provisoire :	
Mesures ultérieures (consultation multi-disciplines, soutien psychologique, information à la police...)	
Information donnée sur les structures (associations, numéro de téléphone) ? <input type="checkbox"/> oui commentaires :	
Fin de l'examen : _____ heure _____ : _____ signature du médecin : _____	

TRANSMISSION DES PREUVES	
Objets (vêtements, instruments, projectiles, tissu prélevé, etc.) :	
Transmises par : _____ (en majuscules)	Reprises par : _____
Date et signature : _____	Date et signature : _____
CLICHÉS	
A-t-on pris des clichés ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ↳ si « non » pourquoi : ↳ si « oui », où sont-ils conservés :	Nombre de clichés :



15. Document : indicateurs de risque et planification de la sécurité ¹³⁹

INDICATEURS DE RISQUES

Checklist des indicateurs de risques (Richards, 2004)

- ☑ **Séparation** – la rescapée est-elle partie récemment, ou a-t-elle fait des projets pour partir ? Enfants concernés par l'auteur ?
- ☑ **Grossesse** – est-elle enceinte, ou a-t-elle accouché au cours des six dernières semaines ?
- ☑ **Aggravation** – les maltraitances empirent-elles ou arrivent-elles plus souvent ?
- ☑ **Questions culturelles/ sensibilité/ isolement** – y a-t-il des questions spécifiques ?
- ☑ **Harcèlement** – est-elle harcelée ou menacée par quiconque, en particulier un ancien compagnon ? (y compris par emails/SMS)
- ☑ **Agression sexuelle** – a-t-elle fait état d'agressions sexuelles en lien avec les maltraitances ?
- ☑ **Autres facteurs de risques**
 - Pensées suicidaires
 - Pensées homicides
 - Menaces de tuer quelqu'un, ou un/des membre/es de la famille
 - Maltraitance à animal domestique
 - Accès à des armes
 - Alcool/drogue
 - Historique d'agression

PLAN DE SÉCURITÉ

Un plan de sécurité peut avoir plusieurs étapes.

Sécurité dans la relation

- Lieux à éviter quand la maltraitance commence (par exemple la cuisine, où se trouvent de nombreuses armes potentielles).
- Une sortie possible du domicile en cas d'escalade de la violence (comme une fenêtre ou une porte non fermée).
- Des gens vers qui chercher de l'aide ou à prévenir du danger.
- Demander à des voisins ou à des amis d'appeler les secours s'ils entendent des bruits suggérant qu'une femme ou ses enfants sont en danger.
- Cacher des numéros de téléphone importants, comme les numéros d'aide aux victimes.
- Savoir mettre les enfants à l'abri quand les maltraitances commencent.
- Apprendre aux enfants à se mettre à l'abri ou à trouver de l'aide, peut-être en appelant les secours.
- Conserver les documents personnels importants dans un seul endroit pour les prendre en cas de départ précipité.
- Prévenir quelqu'un des maltraitances pour qu'il y en ait une trace (important si le cas est renvoyé devant la justice ou pour les demandes liées à l'immigration, par exemple).

¹³⁹ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

Départ dans l'urgence

- Préparer un sac et le cacher dans un endroit sûr au cas où la femme aurait besoin de partir de toute urgence.
- Savoir qui appeler et où aller (par exemple, un foyer d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale).
- Se rappeler des choses à prendre, dont celles des enfants : documents, médicaments, clés ou une photo de l'agresseur (utile pour la justice).
- Avoir accès à un carnet de téléphones/d'adresses.
- Avoir accès à de l'argent ou à une carte de crédit que la femme peut avoir mis de côté.
- Prévoir les transports.
- Prévoir de prendre des vêtements, une trousse de toilette, et des jouets pour les enfants.
- Prendre toute preuve de l'identité de l'agresseur (des photos, des notes, ou des détails par des témoins).

La sécurité lorsque la relation a pris fin

- Avoir les coordonnées de professionnel/es qui peuvent apporter des conseils et un soutien vital.
- Changer de numéro de téléphone fixe et de numéro de portable.
- Savoir ne pas divulguer sa nouvelle adresse à son conjoint si elle a quitté le domicile (en n'informant pas leurs amis communs, par exemple).
- Obtenir une ordonnance de protection ou une injonction de ne pas s'approcher.
- Prévoir de parler aux enfants de l'importance de rester en sécurité.
- Demander à son employeur d'assurer sa sécurité au travail.

16. Document : exemple de formulaire de planification de la sécurité ¹⁴⁰



Suggestions pour augmenter la sécurité – dans la relation

- ▶ J'aurai d'importants numéros de téléphone disponibles pour mes enfants et pour moi.
- ▶ Je peux parler à _____ et _____ des violences et leur demander d'appeler la police s'ils entendent du bruit venant de mon domicile.
- ▶ Si je quitte mon domicile, je peux aller (noter quatre lieux) :

- ▶ Je peux laisser de l'argent, les clés de la voiture, des vêtements et des copies des documents chez _____.
- ▶ Quand je partirai, je prendrai _____ avec moi.
- ▶ Pour garantir ma sécurité et mon indépendance, je peux :
 - Toujours avoir de la monnaie sur moi pour téléphoner
 - M'assurer que mon portable est chargé
 - Ouvrir mon propre compte épargne
 - Modifier mon parcours vers/de _____Répéter mon plan de fuite avec une personne de confiance et revoir le plan de sécurité le _____ (date).

¹⁴⁰ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- ▶ Lorsque les violences commencent, quelle pièce de la maison dois-je éviter ? Par exemple, la salle de bains (pas d'issue possible), la cuisine (armes potentielles) _____
_____.

Suggestions pour augmenter la sécurité – lorsque la relation a pris fin

- ▶ Je peux : changer les serrures, installer des portes en acier/métalliques, un système de sécurité, des détecteurs de fumée et un système d'éclairage extérieur.
- ▶ J'informerai _____ et _____ que mon conjoint ne vit plus avec moi et je leur demanderai d'appeler la police s'ils le voient s'approcher de mon domicile ou de mes enfants.
- ▶ Je donnerai aux personnes qui s'occupent de mes enfants les noms des gens qui ont le droit de venir les chercher. Il s'agit de : _____, _____ et _____.
- ▶ Je peux appeler en numéro caché.
- ▶ Au travail, je peux parler à _____ de ma situation et demander à _____ de filtrer mes appels.
- ▶ Je peux éviter les magasins, les banques et _____ que je fréquentais lorsque je vivais avec mon conjoint violent. Je peux modifier mon trajet à/de _____.
- ▶ Si je sens que je faiblis et que je suis prête à retourner à une situation potentiellement violente : Je peux modifier mon trajet ou l'heure de mes rendez-vous _____ avec les organismes _____ ou me rendre à l'organisme _____ à la place.
- ▶ Numéros de téléphone importants :
- Police _____
 - Aide aux victimes _____
 - Ami/es _____
 - Foyer _____

Checklist de ce qu'il faut prendre

- Preuve d'identité
- Certificats de naissance pour moi et mes enfants
- Sécurité sociale, allocations familiales
- Carte de Sécurité sociale
- Portable, carte de téléphone ou monnaie pour téléphoner d'une cabine
- Argent, carnet de chèques, cartes de crédit
- Clefs – domicile/voiture/bureau
- Clefs d'un/e ami/e ou membre de la famille
- Médicaments
- Permis de conduire
- Vêtements de rechange
- Passeport(s), permis de séjour, permis de travail
- Papiers du divorce
- Bail
- Crédit immobilier, factures impayées
- Papiers de l'assurance
- Carnet d'adresses
- Photos, bijoux, objets ayant une valeur sentimentale
- Les jouets/couvertures préférés des enfants
- Toutes les preuves des maltraitements, notes, enregistrements, journal intime, condamnations, noms et numéros des professionnel/les.

En cas d'urgence, il faut toujours appeler la police.

17. Exercice individuel – identifier les facteurs de risque – le cas de Mme Y ¹⁴¹

Après avoir été à nouveau violemment agressée par son mari, Mme Y arrive blessée à l'hôpital.

Veillez évaluer le niveau de danger auquel Mme Y est exposée.

Quels facteurs de risques identifiez-vous dans cette étude de cas ?

Mme Y est mariée à son mari depuis un an et demi ; pour chacun, c'est le second mariage. M. et Mme Y vivent dans le pays A, mais sont originaires du pays B. Tous deux ont des enfants de mariages précédents ; seule la fille de Mme Y, âgée de 5 ans, vit avec eux.

Avant leur mariage, M. Y était charmant et poli avec sa fiancée. Mais peu de temps après le mariage, il s'est mis à la contrôler, à l'empêcher de rendre visite à sa famille ou de sortir avec des ami/es. Il exige qu'elle lui rende compte de ses moindres faits et gestes, et si elle rentre du travail plus tard que d'habitude, il explose, il l'accuse d'être une mauvaise épouse et de « faire la prostituée » avec ses collègues.

Mme Y ne tolère pas son comportement et refuse de se soumettre à ses « ordres ». Comme son désir de la contrôler et sa possessivité s'aggravent, elle lui dit qu'elle veut divorcer. A partir de là, il commence à la menacer de la tuer si elle le quitte ; il menace également de tuer ses enfants. Mme Y a la nationalité du pays A, mais M. Y ne l'a pas et dépend d'elle pour son visa. Malgré ses menaces, Mme Y dépose une demande de divorce. Quand il le découvre, il la bat et menace à nouveau de la tuer si elle ne retire pas sa demande de divorce.

Mme Y rapporte les violences physiques et les menaces à la police. La police rend une ordonnance d'expulsion, et une injonction de ne pas approcher, qui oblige M. Y à quitter le domicile familial pendant 10 jours. Malgré l'expulsion de son mari, Mme Y décide de déménager avec sa fille parce qu'elle a très peur de son mari. Elle cherche conseil et soutien auprès d'une association spécialisée dans les violences conjugales ; la conseillère lui conseille de ne pas rentrer au domicile.

M. Y continue d'être violent ; il suit Mme Y sur son lieu de travail, et la menace là aussi. Il dit qu'il va la tuer et fuir vers son pays d'origine et que son histoire sera dans les journaux. Mme Y appelle la police mais il s'enfuit avant leur arrivée. À nouveau, elle signale les menaces à la police ; la police informe le bureau du procureur, qui décide cependant de ne pas arrêter M. Y.

Avec le soutien de l'association spécialisée dans les violences conjugales, Mme Y obtient une ordonnance du tribunal qui interdit à son mari de venir chez elle, sur son lieu de travail, ou de la contacter. Mais M. Y continue à la suivre et à la menacer.

¹⁴¹ UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014) p. 242.

18. Jeu de rôle : planifier la sécurité – le cas de Dilorom ¹⁴²

Ce jeu de rôle vise à pratiquer la planification de la sécurité en cas de violences de genre, et la communication avec les rescapées, en fonction des principes vus pendant la formation. Ce jeu de rôle se divise en 3 : Dilorom (une rescapée qui cherche de l'aide), un/e médecin du dispensaire, et un/e observateur/trice. Durée maximale de l'entretien entre le/la médecin/l'infirmier/e et la patiente : 15 minutes. Après le jeu de rôle, veuillez rejoindre le groupe pour un tour de table des réactions (patiente, professionnel/le de santé, observateur/trice), et les commentaires du groupe.

Situation :

Dilorom se rend dans un dispensaire de sa ville natale car elle souffre de douleurs à l'estomac et d'insomnies. Le médecin observe plusieurs contusions sur ses bras et son cou. Dilorom rapporte que son mari la bat régulièrement et qu'il lui arrive de battre les enfants. Il l'a plusieurs fois forcée à avoir des rapports sexuels. Il l'a maltraité également verbalement et menace de la tuer si elle le quitte. Dilorom veut partir, mais elle a peur de ce qu'il pourrait faire si elle part. Elle vit avec son mari, ses enfants et ses beaux-parents. Elle ne peut rien espérer de leur part - ils l'insultent régulièrement et lui reprochent le comportement violent de son mari. Dilorom demande au médecin ce qu'elle peut faire pour assurer sa sécurité.

Questions :

- Questions pour la personne qui joue le rôle de la rescapée : Comment vous êtes-vous senti/e en jouant ce rôle ? Le/la médecin/l'infirmier/e a-t-il/elle adopté une attitude utile ? Qu'aurait-il/elle pu faire différemment ?
- Questions pour la personne qui joue le rôle du/de la professionnel/le de santé : Comment vous êtes-vous senti/e en jouant ce rôle ? Sur quel point avez-vous été pertinent/e ? Qu'est-ce qui a été le plus difficile ? Qu'auriez-vous pu faire différemment ? De quoi avez-vous besoin pour aider une patiente à planifier sa sécurité ?

Demandez à l'observateur/trice de partager ses observations, et ouvrez la discussion à l'ensemble du groupe.

¹⁴² UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 246.

19. Exemple de formulaire de recommandation IRIS ¹⁴³



FORMULAIRE DE RECOMMANDATION IRIS

Fax : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Clinicien référant

Nom : _____

Adresse e-mail : _____

Adresse du cabinet : _____

Numéro de téléphone du cabinet : _____

Patiente

Nom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Langue: Français Arabe Bambara
 Lingala Mandarin Soninke Wolof

Autre langue : _____

Veuillez indiquer pour la patiente un numéro de téléphone sécurisé (ou un autre moyen de la contacter) :

Est-il possible de laisser un message/SMS à ce numéro en toute sécurité ?

Motif de la recommandation : _____

Date de la recommandation : _____

Nombre de consultations dans les derniers 6 mois : _____

Nombre d'ordonnances dans les derniers 6 mois : _____

20. Exercice pour mieux assurer les formations ¹⁴⁴

Par groupe, proposez des solutions aux scénarios ci-dessous :

1. Vous perdez le fil de votre pensée, vous oubliez ce que vous étiez en train de dire. Que faire ?
2. Vous paniquez et vous vous sentez très nerveux/se alors que vous êtes sur le point de démarrer une session. Que faire ?
3. Vous ne connaissez pas la réponse à une question. Que faire ?

¹⁴³ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

¹⁴⁴ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

4. Un/e participant/e est en désaccord avec tout ce que vous dites et soupire pendant toute la formation. Que faire ?
5. Trois médecins vous posent une question en même temps. Que faire ?
6. Vous vous énervez, vous réalisez que vous bafouillez. Que faire ?
7. Vous réalisez que vous avez été trop vite pendant les 10 premières minutes et que certains des participants semblent perdus. Que faire ?
8. On vous dit que vous n'aurez que 10 minutes pendant la réunion alors que vous aviez convenu d'une prise de parole de 30 minutes.
9. Au cours d'une deuxième session de formation, un clinicien explique qu'il a eu le retour d'une patiente qui vous a été adressée et qui a dit que vous n'avez été d'aucune aide.
10. Pendant la formation, quelqu'un dit qu'il ne croit pas que 1 à 4 femmes connaissent les violences domestiques, que les chiffres ne peuvent pas être aussi élevés.
11. Quand vous arrivez pour une consultation, la réceptionniste demande à voix haute qui vous êtes, d'où vous venez et pourquoi vous devez voir la patiente à laquelle vous avez donné rendez-vous.
12. Vous arrivez à la consultation pour recevoir une patiente mais la pièce que vous aviez réservée n'est plus libre et il n'y a pas d'autre espace disponible.

21. Exercice pour l'organisatrice de la prévention des violences de genre – que faire quand... ¹⁴⁵

En groupe, expliquez ce que vous feriez dans les situations suivantes :

1. Une femme accepte de vous rencontrer, mais quand vous vous rencontrez, elle ne veut pas parler et reste assise en silence.
2. Une femme est en colère, elle se met à vous crier dessus.
3. Une femme vous dit que personne ne peut l'aider, que rien ne changera, qu'elle en a assez.
4. Une femme vous demande de persuader son mari de parler au médecin.
5. Une femme arrive à votre rendez-vous, elle est sous l'emprise de l'alcool.
6. Une femme arrive au rendez-vous avec ses enfants âgés de 4 et 6 ans.
7. Une femme arrive, accompagnée par son conjoint.
8. Une femme appelle juste avant le rendez-vous, pour dire que tout va bien à présent et qu'elle n'a plus besoin de vous voir ou de vous parler.

¹⁴⁵ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

22. Exercice pour se protéger ¹⁴⁶

Les participant/es doivent réfléchir individuellement à leur façon de prendre soin d'eux-mêmes ou d'elles-mêmes lorsqu'ils/elles travaillent avec les violences de genre, et comment éviter le traumatisme des victimes/ traumatisme indirect.

Le/la formateur/trice installe trois feuilles de paperboard avec les rubriques suivantes :

- Physique
- Emotionnelle
- Professionnelle

Pour chaque rubrique, les participant/es sont ensuite chargé/es d'écrire la façon dont il/elles prennent soin d'eux-mêmes/d'elles-mêmes. Ensuite, le groupe s'ouvre à la discussion.

¹⁴⁶ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

23. Document : exercice pour un plan d'action personnel ¹⁴⁷

PLAN D'ACTION

Veillez réfléchir et noter trois actions que vous emporterez avec vous pour y travailler. Pensez à ce que sont ces actions, si vous avez besoin d'aide pour les réaliser, et avec qui en discuter.

Attribuez un délai réaliste à vos actions ainsi qu'une date pour les revoir.

Souvenez-vous que vos actions doivent être SMART!

Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, avec un cadre Temporel



1)

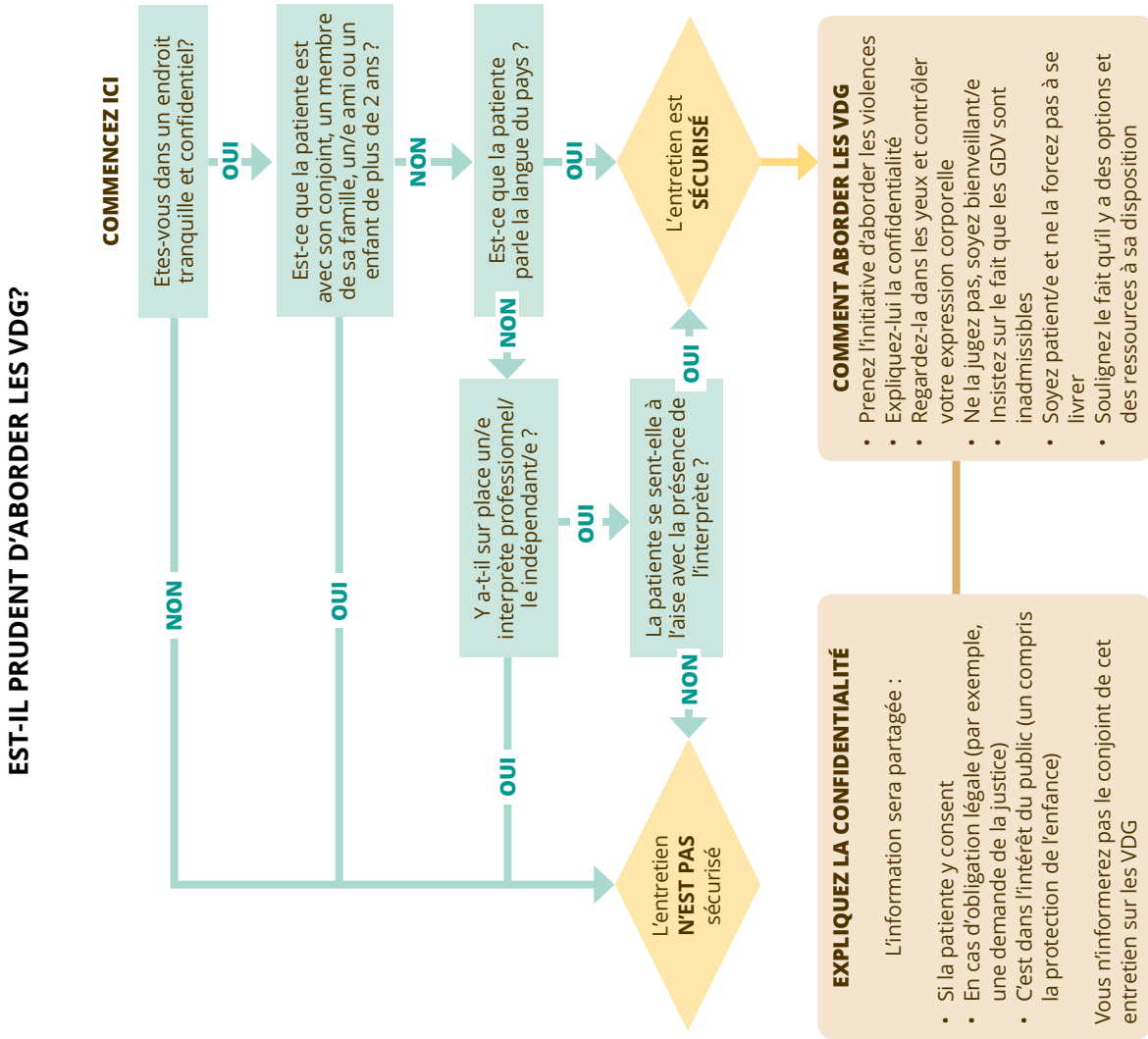
2)

3)

¹⁴⁷ IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

RÉPONSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ AUX VICTIMES DES VIOLENCES DE GENRE (VDG)

EST-IL PRUDENT D'ABORDER LES VDG?



ORIENTATION

Nom de la personne qui vous adresse
Nom de l'organisme
Contact de la personne qui vous adresse



IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM RESPONSE
TO GENDER BASED VIOLENCE

EXEMPLES DE QUESTIONS INTRODUCTIVES

« Dans mon expérience, les violences conjugales touchent beaucoup de femmes. Est-ce votre cas ? »

« Je vois beaucoup de patientes qui sont dans des relations abusives. On peut être effrayée ou intimidée à l'idée d'en parler. Est-ce que vous avez été victime de maltraitance ou de violence de la part de votre compagnon ? »

EXEMPLES DE QUESTIONS DIRECTES

« J'ai l'impression que vos symptômes viennent de maltraitances. Est-ce que quelqu'un vous a fait du mal ? »

« Nous savons d'expérience que nos patientes peuvent avoir été blessés par une agression physique. Est-ce ce qui vous est arrivé ? »

« Est-ce que votre conjoint/ex conjoint ou un membre de votre famille vous a humilié e ou menacé ? »

« Avez-vous peur de votre compagnon, de votre ex compagnon ou d'un membre de votre famille ? »

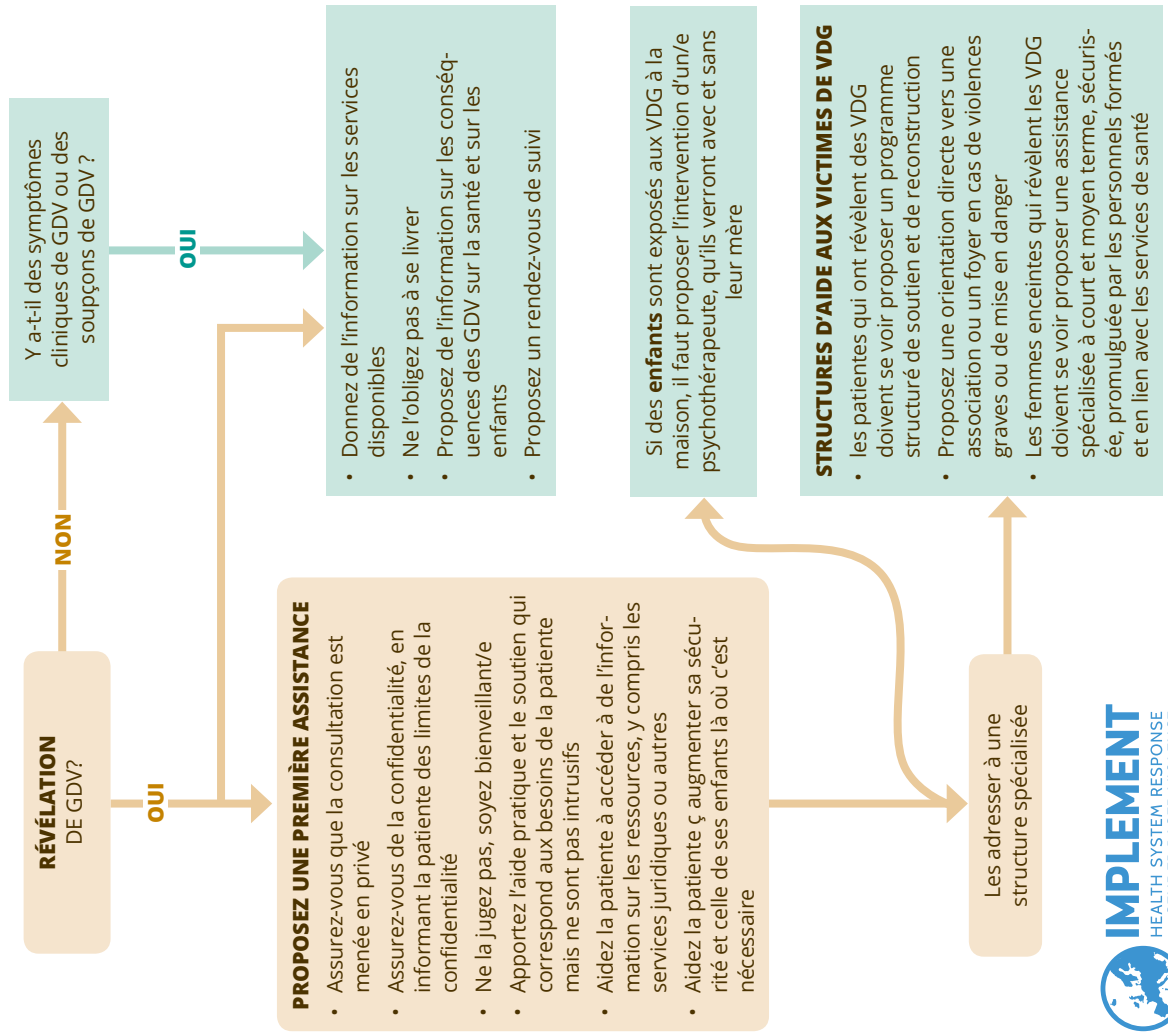
« Votre compagnon a-t-il déjà limité votre liberté ou vous a-t-il empêchée de faire certaines choses qui étaient importantes pour vous ? »

SECURITÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

- Le personnel sait comment procéder en cas de violence grave, y compris dans la façon d'aborder la question des VDG dans la vie privée
- Plan de sécurité pour les employés/es
- L'information sur la prévention et le soutien est disponible et complète
- Le personnel connaît l'importance de la discrétion dans la diffusion d'information, et aucune information ne sera transmise à l'agresseur – s'assurer de la confidentialité
- Le système de prise en charge est en place

RÉPONSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ AUX VICTIMES DES VIOLENCES DE GENRE (VDG)

ORIENTATION EN CAS DE GDV



CONTENU DU DOSSIER

- Information démographique (tels que nom, âge, sexe, enfants concernés)
- Consentement éclairé
- Historique (dont médical et gynécologique, le cas échéant)
- Récit des maltraitances ou des violences
- Résultats de l'examen physique (le cas échéant)
- Examens médicaux et résultats (le cas échéant)
- Plan de gestion du cas
- Orientation ou prise en charge ou refus de prise en charge par la patiente

SIGNES PRÉOCCUPANTS LIÉS AUX VDG

- Symptômes de dépression, anxiété, SSPT, troubles du sommeil
- Tendances suicidaires ou automutilation
- Abus d'alcool ou autres substances
- Symptômes gastrointestinaux chroniques inexpliqués
- Symptômes liés à la reproduction – par ex. douleurs, dysfonctionnement sexuel
- Questions reproductives négatives – par ex. nombreuses grossesses indésirées/IVG, faible souci contraceptif, résultats défavorables de grossesse
- Symptômes génito-urinaires inexpliqués – par ex. Fréquentes infections urinaires ou rénales ou autres
- Saignements vaginaux fréquents ou infections sexuellement transmissibles
- Douleurs chroniques (inexpliquées)
- Blessures, en particulier si fréquentes ou aux explications vagues ou peu crédibles
- Problèmes du système nerveux central – migraines, problèmes cognitifs, perte de l'ouïe
- Consultations répétées sans diagnostic établi
- Conjoint intrusif pendant les consultations

**IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR**
Présentation Powerpoint


**PREMIER
JOUR**



With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



Autonomie Österreichische
FRAUENHÄUSER




Session 1

ACCUEIL & INTRODUCTION

Gene Feder & Medina Johnson
Vienne, Autriche, 21-22 mai 2015


IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
AIST/061424P/02/1



Accueil

- Détails pratiques
- Objectifs de la formation
- Contexte - matériel de formation

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
AIST/061424P/02/1



Accord du groupe

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
AIST/061424P/02/1

Présentation du jour 1

- Accord du groupe
- Manuel IMPLEMENT et objectifs
- Votre rôle dans IMPLEMENT
- Les violences de genre (VDG), les mythes
- Définitions – les violences contre les femmes
- Dynamiques des VDG
- Identifier les VDG
- Barrières dans le système de santé
- Comment aborder les VDG
- Procéder à un examen médical
- Enregistrer et classer les blessures
- Conclusion

**IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR**
Présentation Powerpoint

**PREMIER
JOUR**

Présentation du manuel de formation IMPLEMENT

Le manuel de formation IMPLEMENT

- divisé en 2 sections

I. **Le manuel** : 8 chapitres – information pour les sessions de formation

II. **Exercices** : jeux de rôle, documents, présentations

Objectif d'IMPLEMENT

Objectif principal :

fournir à 6 pays européens (France, Italie, Allemagne, Bulgarie, Roumanie, Autriche) des capacités pour renforcer le soutien aux victimes des violences basées sur le genre (VDG), avec un éclairage sur les violences au sein du couple et les services de santé.

Rôles IMPLEMENT

Rôle du/de la référent/e clinique

- Soutenir et former l'équipe de santé au système des VDG et aux moyens d'y répondre
- Encourager l'équipe de santé à identifier les VDG, à y répondre efficacement, ouvrir un dossier, estimer le risque immédiat, orienter record
- Maintenir un lien efficace avec l'équipe de santé et l'actrice de lutte contre les VDG

Rôle de l'actrice de lutte contre les GDV

- Soutenir et former l'équipe de santé au système des VDG et aux moyens d'y répondre
- Encourager l'équipe de santé à identifier les VDG, à y répondre efficacement
- Maintenir un lien efficace avec l'équipe de santé et le/la référent/e clinique
- Informer et soutenir les femmes qui évoquent les VDG passées ou présentes

Session 2 VDG: CONCEPTS DE BASE

Mythes liés aux VDG

1. Les femmes laissent faire, et si elles voulaient vraiment partir, elles partiraient
2. Il y a des conflits et des désaccords dans tous les couples
3. Les femmes sont aussi violentes à l'encontre des hommes que l'inverse
4. Il existe un profil de victimes de VDG
5. Les VDG sont dues à l'alcool et/ou à la drogue
6. Les femmes devraient supporter les violences afin de ne pas séparer la famille
7. Un homme ne peut pas violer sa femme

Les violences de genre

Que sont les VDG?

Les violences de genre

Définitions

- Violences contre les femmes
- Violences conjugales
- Violences de la part d'un adulte membre de la famille
- Mutilations sexuelles féminines
- Violences sexuelles
- Mariage forcé
- Crimes d'honneur

Les violences de genre

Types de violence contre les femmes

- physique
- sexuelle
- psychologique
- économique
- isolement
- menaces
- contrôle

Et le genre?

- 89% des individus qui subissent des agressions de violence conjugale au cours de leur vie sont des femmes (Walby & Allen 2004)
- Les violences contre les femmes sont plus fréquentes et plus graves – battues, étranglées, ou violées (Canadian General Social Survey, 2006)
- 38% des femmes et 7% des hommes qui vivent dans les violences conjugales, craignent pour leur vie
- Taux de mortalité significatif : plus de 50 % des féminicides sont commis par le conjoint ou l'ex conjoint, pour 5% des homicides masculins. (Krug E et al, 2002)
- Les hommes victimes doivent également connaître les lieux d'accueil adéquats

La roue du pouvoir et du contrôle



La roue de la non-violence



Impact des VDG sur la santé des femmes

Les violences de genre peuvent avoir les issues suivantes :

- Décès
- Réduction de l'espérance de vie
- Dommages physiques
- Comportements néfastes pour la santé
 - consommation de substances
 - automutilation
- Conséquences (Psycho)-somatiques
- Conséquences sur la santé reproductive
- Conséquences psychologiques

EUNPIA-WAVE, p. 291

IMPLEMENT - Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/SH/AGAP/15/01

IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR
Présentation Powerpoint

PREMIER
JOUR

Données étude OMS (2005)

	Odds ratio non ajusté	95% intervalle de confiance	Odds ratio ajusté (lieu, statut, éducation)	95% intervalle de confiance
État de santé mauvais ou très mauvais	1.9	1.7-2.1	1.6	1.5-1.8
Difficulté pour marcher, 4 dernières semaines	2.0	1.8-2.1	1.6	1.5-1.8
Difficultés pour les activités du quotidien, 4 dernières semaines	1.9	1.8-2.1	1.6	1.5-1.8
Douleurs, 4 dernières semaines	2.0	1.7-2.0	1.6	
Pertes de mémoire, 4 dernières semaines	2.0	1.9-2.2	1.8	1.6-2.0
Vertiges, 4 dernières semaines	2.0	1.9-2.2	1.7	1.6-1.8
Pertes vaginales, 4 dernières semaines	2.4	2.2-2.6	2.9	2.7-3.2
Pensées suicidaires (au long de la vie)	2.4	2.2-2.6	2.9	2.7-3.2
Tentatives de suicide (au long de la vie)	3.5	3.0-4.1	3.8	3.3-4.5

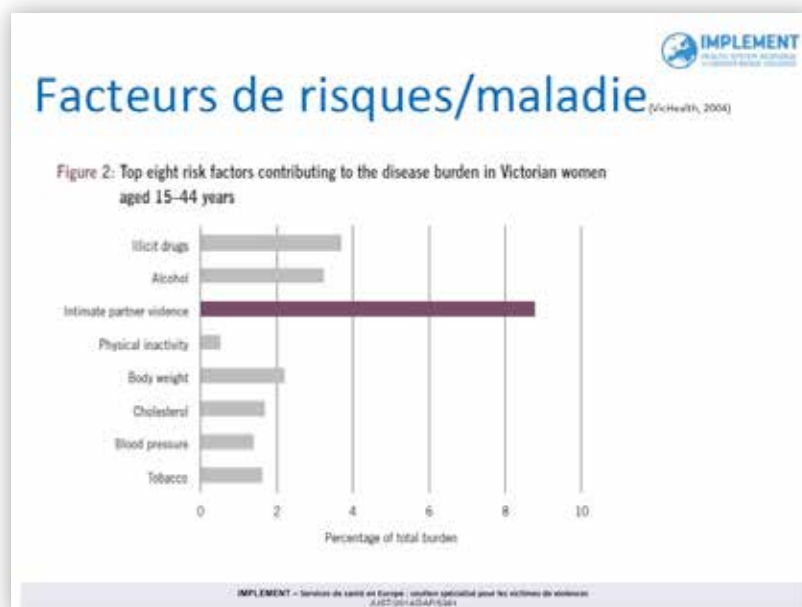
IMPLEMENT - Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/SH/AGAP/15/01


Conséquences en santé mentale

(Howard 2011, Golding 1998)

	Odds ratio (95% Intervalle de confiance)
Dépression	2.8 (2.0 à 3.9)
SSPT	7.3 (4.5 à 12.0)
Abus d'alcool	5.6 (3 à 9)
Pensées suicidaires	3.6 (2.7 à 4.6)

IMPLEMENT - Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/SH/AGAP/15/01




 IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM REFORMS
TO REDUCE GENDER VIOLENCE

Pourquoi elle reste?

- Normalisation de la violence, attitudes culturelles, attentes sociétales
- Discriminations et stéréotypes
- La vie de la femme est en danger
- La femme se sent tenue de maintenir la famille ensemble
- La femme se sent isolée ou ne connaît pas les aides disponibles
- Les phases « lune de miel » qui, en réalité, font partie des violences
- Un accès difficile à la justice, aux services de santé, la barrière de la langue (femmes migrantes)
- Elle redoute qu'on ne la croit pas
- Elle n'identifie pas les violences ou croit qu'il n'existe pas d'alternatives
- La femme aime l'auteur des violences et veut que les violences cessent (BIS Training, Bristol, UK)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AUST09-1424P/0301

 IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM REFORMS
TO REDUCE GENDER VIOLENCE

Impact des VDG sur les enfants I

- 73% des mères qui ont subi des violences physiques/sexuelles de la part de leur conjoint indiquent qu'au moins 1 de leurs enfants était au courant des violences (WAVE Report 2014, p. 14)
- Les enfants exposés aux violences contre leur mère sont plus susceptibles de devenir agresseurs plus tard (WAVE, Away from Violence, p. 14)
- Environ un tiers (30%) des femmes victimes de violences sexuelles de la part de leur conjoint ou ex conjoint évoquent des violences sexuelles dans l'enfance (IHA, Violence Against Women, p. 123)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AUST09-1424P/0301

Impact des VDG sur les enfants II

- La violence conjugale entre les parents est chez les enfants la forme de traumatisme la plus fréquemment observée (Meltzer et al, 2009)
- La santé mentale, émotionnelle et psychologique des enfants ainsi que leur développement social et éducatif est affecté (Stanley, 2011)
- Les violences conjugales étaient présentes dans la famille dans 63% de examens de cas préoccupants entre 2009 et 2011 (Brandon et al, 2012)
- En cas de violences conjugales, les enfants peuvent être considérés comme des co-victimes.

Violences pendant l'enfance

Pays	Violence physique	Violence sexuelle	Violence psychologique	Autre violence
Autriche	27%	5%	9%	31%
Bulgarie	28%	28%	5%	30%
France	33%	20%	14%	47%
Allemagne	37%	13%	13%	44%
Italie	25%	11%	9%	33%
Roumanie	23%	(1)	4%	24%

(FRA, Violence Against Women, p. 123)

Pourquoi certaines femmes ne contactent pas une structure qui pourrait les aider?

- Elles choisissent de s'en occuper de façon toutes seules ou d'en parler à un/e proche
- Elles croient que personne ne peut les aider
- Elles ont été mal reçues lorsqu'elles ont cherché de l'aide dans le passé
- Elles pensent que leur situation n'est « pas assez importante » pour impliquer des organismes ou qu'elles n'y trouveront pas la réponse adaptée
- Elles ne connaissent pas les structures à leur disposition, ou il n'y en a pas. (FRA, Violence Against Women, p. 66)

Structures que les rescapées peuvent contacter




Femmes âgées de 15 ans et plus ayant contacté des structures après des incidents sérieux de violence (UE28) :

Service	Violence physique de la part du conjoint	Violence sexuelle de la part du conjoint	Violence physique de la part d'un non-conjoint	Violence sexuelle de la part d'un non-conjoint
Police	14%	15%	13%	14%
Hôpital	11%	12%	9%	12%
Médecin ou institution médicale	15%	22%	10%	16%
Foyer	3%	6%	(0)	(1)
Association spécialisée	4%	4%	1%	4%

(FRA, Violence Against Women, p. 95)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
JUST/2014/0447/03/01

Statistiques européennes sur les violences de genre




Principaux résultats de l'agence FRA sur la prévalence des violences physiques et sexuelles (femmes âgées de plus de 15 ans)

- 1 femme sur 3 a subi une forme ou une autre d'agression physique et/ou sexuelle, soit 62 millions de femmes dans l'UE.
- 1 femme sur 10 a subi des violences sexuelles
- 1 femme sur 20 a été violée (FRA, Violence Against Women, p. 21)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
JUST/2014/0447/03/01

Prévalence des VDG dans les pays IMPLEMENT



Femmes ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans :

Pays	Conjoint actuel	Ex conjoint	Non-conjoint	Tout conjoint et non-conjoint
Autriche	3%	15%	12%	20%
Bulgarie	11%	38%	14%	28%
France	11%	31%	33%	44%
Allemagne	7%	24%	24%	35%
Italie	9%	25%	17%	27%
Roumanie	14%	30%	14%	30%

(FRA, Violence Against Women, p. 28)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
JUST/2014/0447/03/01

Rôle du système de santé

- Soigner (notes légales, le cas échéant), orienter vers un service spécialisé en VDG, suivi de soins
- Les VDG, sujet de santé publique
- Un tiers des victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du couple, et un quart des victimes de violences physiques ou sexuelles en dehors du couple, a contacté un service ou une organisation pour recevoir de l'aide
- Les femmes sont plus susceptibles de contacter des services de santé que n'importe quelle autre structure, comme la police ou les services sociaux (PRA, Violence Against Women, p. 40)

Session 3 IDENTIFIER LES VDG

Paroles de rescapées

« ... le seul médecin qui ait posé la question... J'étais tellement soulagée que quelqu'un dise quelque chose. Et il m'a donné la boîte de mouchoirs et je me suis assise et j'ai pleuré... Et il a dit, dites-moi quand vous êtes prête, il a dit, il y a quelqu'un pour vous aider. Je ne suis pas seule. Et si je veux de l'aide, c'est possible et il ne faut pas avoir honte. Mais j'avais vraiment honte et il a dit, vous n'êtes pas seule. Nous pouvons vous obtenir cette aide. Et il l'a fait. Il l'a vraiment fait. »

Paroles de rescapées

« Il m'a cassé l'épaule... Mais mon copain est venu avec moi pour servir d'interprète. Quand le généraliste m'a donné un bout de papier avec un numéro où je pouvais trouver de l'aide, je guettais la réaction de mon copain. »

Symptômes et signes de VDG

- Dépression, anxiété, stress post traumatique, troubles du sommeil
- Pensées et tentatives de suicides, automutilation
- Abus d'alcool et autres substances
- Symptômes gastro-intestinaux inexplicables
- Symptômes gynécologiques inexplicables, douleurs pelviennes, dysfonctionnement sexuels
- Conséquences négatives sur la reproduction
- Symptômes génito-urinaires inexplicables
- Saignements vaginaux fréquents et infections sexuellement transmissibles
- Douleurs chroniques inexplicables
- Lésion traumatique
- Problèmes du système nerveux central (migraines, problèmes cognitifs, perte auditive)
- Consultations médicales fréquentes sans diagnostic évident
- Conjoint, mari ou autres adultes intrusifs pendant les consultations

(UNFPA-WAVE, p. 67)

Comportements liés aux VDG

- Blessures sans lien avec les causes exprimées
- La femme tente de cacher ses blessures ou de les minimiser
- La femme hésite à parler devant son conjoint, elle semble dominée ou apeurée
- Elle ne suit pas l'ordonnance médicale
- Elle rate ses rendez-vous
- Des blessures multiples apparaissent pendant la guérison
- La femme a peur, semble très anxieuse ou déprimée
- Le conjoint est agressif, il parle à la place de la femme, ou refuse de quitter la pièce
- La femme ne se rend pas ou peu au service maternité
- Départ précoce de l'hôpital

(UNFPA-WAVE, p. 68)

Obstacles du système de santé dans la prévention des VDG

Patientes	Personnel de santé
<ul style="list-style-type: none"> ○ Honte, culpabilité ○ Peur d'une réponse négative, d'être mal jugée ○ Peur d'une escalade de la violence ○ Isolement ○ Absence d'options sécurisantes pour elle et pour ses enfants ○ Accès impossible pour les femmes géographiquement isolées ○ Barrière de la langue et de la culture 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manque de connaissance sur les VDG, incompétence dans la gestion des cas ○ Manque de temps ○ Manque de soutien institutionnel, manque de protocoles harmonisés et de formations institutionnalisés ○ Préjugés personnels sur les VDG

[UNIPA-WAVE, p. 176]

IMPLEMENT - Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/AGAP/08/1

IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR
Présentation Powerpoint

PREMIER
JOUR

Critères pour parler des VDG

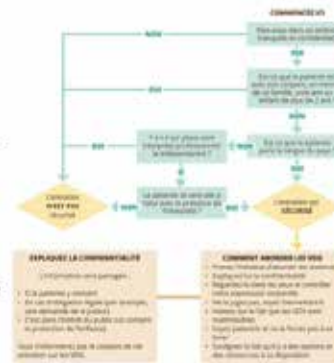
Critères de base:

- Avoir un protocole d'intervention
- Avoir reçu une formation sur la façon d'interroger les femmes et de leur répondre
- Questions de confidentialité
- Connaître les partenaires vers lesquels orienter les femmes (IMPLEMENT Fundamental Reference Tool)

L'entretien est-il sécurisé?

- Un endroit privé et confidentiel
- La femme est seule
- Pour les migrantes, réfugiées ou d'une minorité ethnique, qui ne parlent pas la langue, assurez-vous de la présence d'un/e interprète professionnelle (qui ne soit pas un membre de la famille) (IMPLEMENT Fundamental Reference Tool)

EST-IL PRUDENT D'ABORDER LES VDG?



IMPLEMENT - Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/AGAP/08/1

Enquête clinique (cas par cas)

- Il n'est pas prudent d'interroger toutes les femmes
- Pas d'éléments en faveur du dépistage/enquête de routine
- Poser la question si la femme présente certaines blessures et un état particulier
- Ne pas être trop exigeant/e
- Poser la question signifie que l'on peut parler des VDG (temps, formation, ressources)

IMPLEMENT - Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/AGAP/08/1

IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM REFORMS
IN SOUTH ASIAN COUNTRIES

Comment demander

- Prenez l'initiative
 - ne demandez pas devant une tierce personne, surtout le conjoint
- Confidentialité
- Regardez-la dans les yeux
- Langage corporel
- Ecoute active
- Approbation
- Patience
- Déclarations empathiques
- Parlez des moyens à disposition
- Ne la jugez pas

[UMPPA-WAVE, p. 70]

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
AIST/091424P/0301

IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM REFORMS
IN SOUTH ASIAN COUNTRIES

Questions

« D'après mon expérience, beaucoup de femmes subissent des violences à la maison. Est-ce votre cas ? »
« Nous savons que beaucoup de femmes subissent des violences à la maison, qui ont des conséquences sur leur santé. Avez-vous subi des violences à la maison ? »
« Beaucoup de mes patientes sont maltraitées par leur conjoint. Ce n'est pas facile d'en parler. Elles peuvent avoir peur ou se sentir mal à l'aise. Avez-vous déjà subi des violences de la part de votre conjoint ? »
« Est-ce que vous avez peur de quelqu'un à la maison? Est-ce que quelqu'un vous a fait du mal? »
« Certaines femmes présentent de telles blessures suite à des maltraitances. Est-ce qui vous est arrivé? »
« Parfois, ces symptômes indiquent qu'on a des problèmes à la maison. Comment ça se passe chez vous? Est-ce que quelqu'un vous fait peur, vous humilie, vous fait du mal? »
« Est-ce que quelqu'un essaie de contrôler vos actions et vos fréquentations? »

[SIS Training Materials, Bristol, UK, 2015]

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
AIST/091424P/0301

IMPLEMENT
HEALTH SYSTEM REFORMS
IN SOUTH ASIAN COUNTRIES

Questions

La recherche montre que même si les femmes ne prennent pas l'initiative d'aborder les violences, la plupart accueillent la question de façon positive

Adaptez vos questions à l'âge de la patiente, son milieu culturel, son état général

Évitez les termes techniques comme *violence conjugale* – les femmes ne s'identifient pas forcément

[UMPPA-WAVE, p. 200]

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
AIST/091424P/0301

Première assistance

- Première assistance
 - Soutien immédiat
 - Empathie et validation
 - Premier secours psychologique
- Des soins centrés sur la femme
 - Validation
 - Assistance pratique, non-intrusive
 - Sensibles and patients
 - Donner de l'information
 - Augmenter sa sécurité et son sens du contrôle
 - Confidentialité
 - Soutien social
 - Prise en charge effective


(WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), p. vii)
(UNFPA-RAVIL, p. 74)

PREMIER JOUR

Paroles de rescapées

*« Je lui ai dit. C'était comme si nous
avions enfin trouvé la pièce du puzzle.
La généraliste a dit, ça explique tout...
J'ai parlé de la violence conjugale. Mon
médecin a agi tout de suite. »*

Session 4 RÉPONDRE AUX VDG ET CONSTITUER LE DOSSIER




Répondre

Messages clés:

- « Je vous crois »
- « Ce n'est pas de votre faute »
- « On peut vous aider »
- « Je vous remercie de m'en parler »
- « Tout le monde a le droit d'être en sécurité (à la maison) »

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
 AIST/2014/247/04/1



Utilisation des données

Questions légales pour le/la professionnel/le de santé	Questions légales pur la patiente	Pour de bons soins cliniques
<ul style="list-style-type: none"> • obligation professionnelle de noter les détails de toute consultation • les notes doivent refléter ce qu'a dit la patiente, ce qui a été vu et fait • conserver la confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> • le dossier médical peut servir de preuve à la justice • le dossier médical peut aider la justice à prendre une décision et apporter des informations sur les violences passées/ présentes • un manque de coordination entre le service de santé et la police/justice peut résulter en la disparition de preuves 	<ul style="list-style-type: none"> • les informations peuvent alerter d'autres professionnel/les de santé, qui verront la patiente ultérieurement, quant à son expérience de VDG, et ainsi l'aider à trouver un suivi approprié • les VDG sont un domaine particulier des violences et exigent une formation spécialisée

(UNFPA-WAVE, p. 79)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
 AIST/2014/247/04/1



Le dossier

- Pourquoi un dossier?
- Le consentement éclairé

1. Obtenir un consentement éclairé

➔

2. Notez toute l'histoire médicale

- Expliquez tous les aspects de la consultation
- Expliquez les limites de la confidentialité
- Demander à la patiente de signer ou de parapher le formulaire de consentement si la loi l'exige

- Temps écoulé depuis l'agression et type d'agression
- Risque de grossesse, d'IST
- État psychologique de la femme
- Information démographique (âge, etc)
- Résultats de l'examen physique et des tests
- Traitement
- Médicaments
- Symptômes ou blessures observées
- Fréquence et gravité des maltraitances
- Consentement et prise en charge

(UNFPA-WAVE, p. 80)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
 AIST/2014/247/04/1

Le dossier

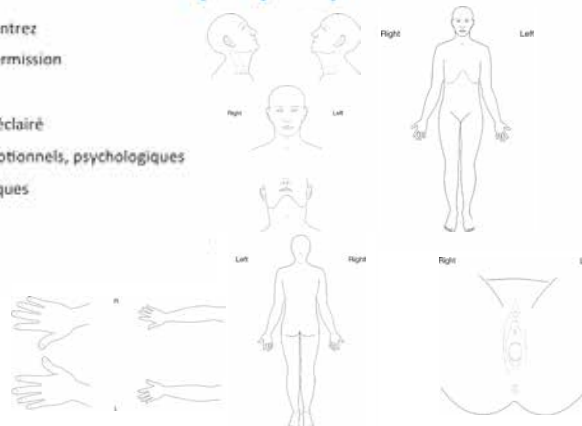
- **L'entretien**
 - Demandez-lui de décrire dans ses mots ce qui s'est passé
 - Faites des questions ouvertes, évitez d'employer « pourquoi »
 - Évitez toute interruption inutile
 - Écoute active
 - Validez
 - Ne jugez pas
- Dossier des violences sexuelles

[UNFPA-WAVE, p. 75]

Examen physique

- Expliquez et montrez
- Demandez la permission
- Soyez complet
- Consentement éclairé
- Symptômes émotionnels, psychologiques
- Blessures physiques
- Légal
- Carte du corps

[UNFPA-WAVE, p. 75]



Clichés

- Consentement
- Identification
- Échelles
- Orientation
- Chaîne de contrôle
- Sécurité
- Sensibilité

[UNFPA-WAVE, p. 80]

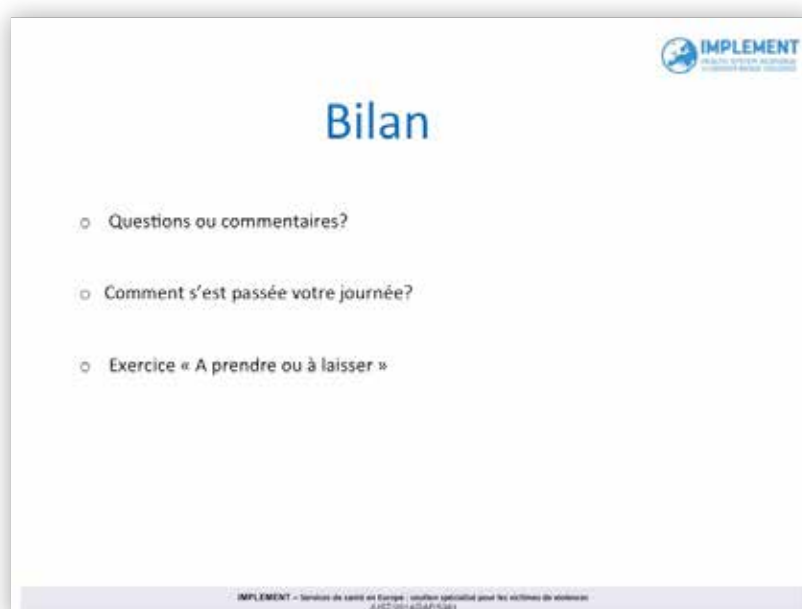


IMPLEMENT
HEALTHY PEOPLE, HEALTHY PLANET

Session 5

FIN

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
AIST/2014/247/1/2/1



IMPLEMENT
HEALTHY PEOPLE, HEALTHY PLANET

Bilan

- Questions ou commentaires?
- Comment s'est passée votre journée?
- Exercice « A prendre ou à laisser »

IMPLEMENT – Services de santé en Europe – soutien spécialisé pour les victimes de violence
AIST/2014/247/1/2/1

Présentation du jour 2

- Accueil
- Facteurs de risques
- Évaluation des risques
- Plan de sécurité
- Prise en charge
- Fiche des fondamentaux
- Protocole MPLEMENT pour la prise en charge
- Présentations
- Défis de la formation
- Lutte contre les VDG
- Se protéger
- Prochaines étapes et plans d'action
- Évaluation et retours

IMPLEMENT – Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/AGAP/03/01

IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR
Présentation Powerpoint

DEUXIÈME JOUR

With financial support
from the Rights, Equality
and Citizenship Programme
of the European Union



Autonomie Österreichische
FRAUENHÄUSER



Session 6 ÉVALUATION DES RISQUES ET PLAN DE SÉCURITÉ

IMPLEMENT – Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/AGAP/03/01

Facteurs de risques

- Antécédents d'actes de violence
- Séparation et divorce
- Actes de violence commis par d'autres membres de la famille
- Possession et/ou utilisation d'armes
- Abus d'alcool ou de drogues
- Menaces
- Jalousie et possessivité extrêmes
- Concepts et attitudes patriarcales extrêmes
- Harcèlement
- Enfants en danger
- Déclencheurs potentiels
- Non-respect de l'injonction à ne pas s'approcher de la femme
(UNFPA-WAVE, p. 83)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe : soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/AGAP/03/01

Questions évaluation des risques

Sécurité – demandez à la patiente

- « Serez-vous en sécurité si vous rentrez chez vous? »
- « Que redoutez-vous? »
- « De quoi l'agresseur vous a-t-il menacée? »
- « Qu'en est-il des menaces envers les enfants, d'autres membres de la famille, les animaux domestiques? »

Risques – demandez à la patiente

- « Pensez-vous qu'il/elle puisse vous blesser, ou les enfants, grièvement? »
- « Quel a été l'incident le plus grave? » (peur ou blessures)
- « Est-ce que ça s'aggrave? » (fréquence, type, gravité, escalade)

(IRIS Training, Bristol, UK, 2015)

SPECCS

Separation/Child Contact (séparation/contact avec l'enfant) : il est extrêmement risqué de quitter un partenaire violent.

Pregnancy (grossesse, avant la naissance et lorsque le bébé a moins d'1 an) : 30 % des violences conjugales et familiales apparaissent pendant la grossesse.

Escalade de la violence : des incidents antérieurs de violences conjugales sont l'indicateur le plus efficace de violences conjugales à venir. Dans 35 % des foyers, un second épisode se produit dans les cinq semaines suivant le premier.

Cultural Factors (facteurs culturels) : barrière de la langue, statut d'immigrant, isolement.

Stalking (harcèlement) : les harceleurs qui sont des partenaires intimes ont des comportements de harcèlement plus dangereux que les harceleurs non-intimes.

Sexual Assault (agression sexuelle) : lorsque l'agresseur fait usage de violences à la fois physiques et sexuelles, les victimes encourent un risque plus élevé. (Laura Richards, 2003)

Violences conjugales, harcèlement, violences fondées sur « l'honneur »

Évaluation des risques

- Formulaire à remplir par le personnel d'accueil en cas de violences conjugales
- Identifiez les facteurs de risques et les personnes en danger, décidez du niveau d'intervention
- Incluez de l'information sur les enfants au domicile
- Notez les mesures prises pour la sécurité immédiate de la victime et des enfants
- Demandez-vous: « Ai-je bien fait tout ce que je pouvais faire? »

www.dachrischecklist.co.uk/

Plan de sécurité

- Sécurité dans la relation
- Départ dans l'urgence
- La sécurité lorsque la relation a pris fin

DEUXIÈME JOUR

Paroles de médecin

« Grâce à cette formation, nous avons repéré davantage de cas. Nous avons pu aider des femmes qui n'avaient jamais pu parler des violences. Nous sommes aussi plus compétents pour évaluer les risques encourus par les femmes et par leurs enfants. »

-Doctor

Paroles de médecins

« Merci mille fois... Je l'ai vue peu de temps après, et elle s'est sentie soutenue et comprise. Très émouvant. C'était l'un de ces instants où vous savez que pour celles et ceux qui en ont le plus besoin, il existe un soutien bien réel. Génial. »

-Doctor

Prise en charge

- **Qu'est-ce qu'une prise en charge?**

Un cadre institutionnel global qui relie en réseau les différentes entités, avec des mandats et des responsabilités bien définis.

En vue d'assurer les 3P :

- **Protection et assistance** des rescapées, pour aider à leur reconstruction et autonomisation
- **Prévention** des VDG
- **Poursuites** juridiques contre l'agresseur

(UNFPA WAVE, p. 88)

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
JUST/09/424P/6361

Prise en charge

- Comment et quand faut-il faire une prise en charge ?
- Faire/ne pas faire, par exemple : offrez une prise en charge même si elle a été refusée auparavant ; ne forcez pas la personne à accepter la prise en charge
- Consultez la fiche de référence fondamentale
- Quel est le processus de prise de charge ?
- Votre rôle dans le processus de prise de charge

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
JUST/09/424P/6361

Fiche de référence fondamentale

- Tous/toutes les référent/es cliniques doivent avoir cet outil de référence pour répondre aux VDG, dont:
- Nom et information de la personne qui assure la prise en charge (actrice de la lutte contre les VDG)
- Exemples de questions (directes/indirectes)
- Le graphique « Est-il prudent d'aborder les VDG ? »
- Ce que doit contenir le dossier
- Signes préoccupants liés aux VDG
- Le graphique « Orientation en cas de VDG »
- Des éléments sur la façon d'assurer la sécurité au sein du système de santé

IMPLEMENT – Services de santé en Europe | soutien spécialisé pour les victimes de violences
JUST/09/424P/6361

Protocole IMPLEMENT

**Vous avez identifié les VDG et la dame accepte que vous preniez contact avec une actrice de la lutte contre les VDG.
Que faites-vous?**

**IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR**
Présentation Powerpoint

**DEUXIÈME
JOUR**

Session 7 FORMATION & DÉFIS

Présentations

- Faites des groupes de deux
- Préparation, 20 minutes
- Présentations, 5 minutes
- Présentez-vous, et parlez de votre rôle au sein IMPLEMENT
- Expliquez IMPLEMENT, ses bénéfices pour le service, les personnels soignants, les patient/es
- Prochaine étape et comment s'inscrire
- Retour

Pense-bête de formation I

- **Vous avez oublié quelque chose?** Respirez profondément, marquez une petite pause, regardez vos notes, reprenez
- **Nerveux/se?** Imaginez que vous vous adressez à un public intéressé, convaincu – fixez une image positive dans votre esprit, créez un contact visuel
- **Vous ne connaissez pas la réponse à la question ?** Marquez une pause, réfléchissez, soyez honnête, et annoncez que vous reviendrez vers eux
- **Quelqu'un n'est pas d'accord?** Acceptez les défis et les questions, ne prenez pas les critiques personnellement, tentez de résoudre les problèmes

Pense-bête de formation II

- **Tout le monde parle en même temps ?** Rappelez l'accord de groupe (une personne parle à la fois)
- **Troublé/e ?** Regardez la diapo affichée sur le Power Point, regardez vos notes, soyez dans le moment présent, poursuivez.
- **Vous êtes trop rapide, les gens sont perdus ?** Parlez plus lentement, laissez de longues pauses entre les phrases, buvez de l'eau, revoyez ce que vous venez d'aborder.

Session 8 LA LUTTE CONTRE LES VDG

L'actrice de lutte contre les VDG I

- Elle propose un soutien émotionnel et pratique
- Elle propose des options et autonomise
- Elle s'adapte à la patiente: propose une approche flexible selon la situation de la femme, à son rythme, à sa capacité à changer et à avoir des objectifs personnels
- Elle offre un soutien permanent à l'équipe clinique

DEUXIÈME JOUR

L'actrice de lutte contre les VDG II

- Elle propose une prise en charge multiple adaptée à tous les niveaux de danger
- Elle collabore avec le/la référent/e clinique
- Elle recueille des données sur la patiente et le suivi
- Elle propose une mise à jour du cas aux professionnel/les de santé
- Elle propose un soutien à long terme (plutôt qu'une intervention de crise à court terme)
- Elle soutient celles qui, sans elle, n'auraient accès à aucune aide

Bonnes pratiques

- Assurez-vous de la sécurité de la patiente et du/de la professionnel/le pendant l'entretien
- Expliquez la procédure IMPLEMENT, la confidentialité et le partage d'informations
- Travaillez avec des interprètes sélectionné/es
- Prévoyez du temps et un espace privé
- Protégez les adultes vulnérables et les enfants
- N'oubliez pas le bilan médical de la patiente
- N'oubliez pas qu'il est fort probable que ce que vous entendez, c'est un secret
- Rappelez aux professionnel/les de santé que le soutien à la patiente dépend de son état et ne prévoit pas un médicament, ou une ordonnance, ou une rapide remise en état
- Rappelez aux professionnel/les de santé que l'évocation des violences est un véritable processus et ne se fait pas en une seule fois.

Se protéger

Comment prendre soin de soi
lorsque l'on travaille dans le domaine des VDG ?

1. **Physiquement** : manger à heures régulières, dormez suffisamment, reposez-vous, faites de l'exercice, prenez des vacances
2. **Emotionnellement** : regardez votre film préféré, écoutez votre chanson préférée, laissez-vous aller à pleurer et à rire
3. **Professionnellement** : gardez les distances, profitez d'une supervision régulière, équilibrez vie privée et travail, fixez des limites, faites des pauses tout au long de la journée

Utilisez le soutien proposé via IMPLEMENT

Prochaines étapes

- Contacts utiles d'autres acteurs/actrices de lutte contre les VDG et référent/es cliniques
- Votre intégration
- Supervision régulière
- Contact permanent avec l'équipe IMPLEMENT
- Contact permanent avec Gene et Medina
- Plans d'action individuels

Plans d'action

Veillez réfléchir et noter trois actions que vous emporterez avec vous pour y travailler.

Pensez à ce que sont ces actions, si vous avez besoin d'aide pour les réaliser, et avec qui en discuter..

Attribuez un délai réaliste à vos actions ainsi qu'une date pour les revoir.

Souvenez-vous que vos actions doivent être **SMART!**

Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, avec un cadre Temporel !



**IMPLEMENT
SÉMINAIRE
FORMATION DE
FORMATEUR**
Présentation Powerpoint

Session 9 ÉVALUATION

**DEUXIÈME
JOUR**

IMPLEMENT - Services de santé en Europe - soutien spécialisé pour les victimes de violences
AEST/01/ASAP/1521



IMPLEMENT

HEALTH SYSTEM RESPONSE
TO GENDER BASED VIOLENCE