

# Guide de prise en charge des Femmes victimes de violence

Secteur de la Santé



الجمهورية التونسية  
وزارة العدل



الجمهورية التونسية  
وزارة الداخلية



وزارة الصحة



الجمهورية التونسية  
وزارة الشؤون الاجتماعية



وزارة المرأة والأسرة والطفولة  
Ministry of Women, Family and Social Affairs



الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان  
National Society for Human Rights



Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes  
et l'autonomisation des femmes

# Guide sectoriel de prise en charge des Femmes victimes de violence

Tous nos remerciements à **Dr Ahlem Belhaj** pour  
son appui et expertise pour l'élaboration de ce guide

## Remerciements

Nous adressons nos plus vifs remerciements à tou(te)s les expert(e)s qui ont participé à l'élaboration de ces guides et qui ont permis de les enrichir grâce à leurs expertises dans le domaine de la lutte contre les violences faites aux femmes et leurs expériences dans la prise en charge des femmes victimes de violence.

Nous voudrions également remercier les membres des comités ministériels partenaires qui ont apporté leurs commentaires constructifs dans leurs domaines de compétence respectifs pour enrichir le contenu de ces guides et qui n'ont épargné aucun effort pour développer les services destinés aux femmes victimes de violence.





## Cadre général

Ces guides ont été préparés dans le cadre du projet pilote de partenariat entre le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance et l'Office National de la Famille et de la Population et avec l'appui de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes pour la « Création de mécanismes intersectoriels pour la prise en charge des femmes victimes de violence dans le Grand Tunis » et qui a été lancé en Novembre 2014.

Ce projet vise à assurer des services variés, appropriés et de qualité pour la prise en charge des femmes victimes de violence. Et plus spécifiquement, il contribue au développement des procédures et des mesures sectorielles et en réseaux de prise en charge des femmes victimes de violence surtout dans les secteurs d'intervention de première ligne, à savoir la justice, l'intérieur, la santé, les affaires sociales et la femme, la famille et l'enfance.

C'est dans ce cadre que les protocoles sectoriels de prise en charge des femmes victimes de violence ont été signés par les ministres de la justice, de l'intérieur, de la santé, des affaires sociales et de la femme, de la famille et de l'enfance le 22 décembre 2016. Ces protocoles constituent un référentiel pour la prise en charge des femmes victimes de violence.

### Objectifs des guides

L'objectif général des guides est la mise en application de la loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination des violences faites aux femmes et l'implémentation des bonnes pratiques adoptées par les intervenants dans toute la république et notamment dans le cadre de l'expérience pilote du Centre d'Assistance Psychologique à Ben Arous.

Ces guides visent la généralisation des bonnes pratiques adoptées conformément aux principes de la constitution de la deuxième république du 27 Janvier 2014 et des standards internationaux et de garantir l'unification des procédures et des mécanismes de prise en charge des femmes victimes de violence dans les différentes structures et institutions aux niveaux régional et national.

## Public cible

Ce guide s'adresse à tous les intervenants conformément aux protocoles sectoriels de prise en charge des femmes victimes de violence dans les différents secteurs : la justice, l'intérieur, la santé, les affaires sociales et la femme, la famille et l'enfance.

Ce guide peut être destiné à tout intervenant dans le domaine de la prise en charge des femmes victimes de violence, qu'il relève des institutions publiques ou de la société civile, ce qui permettrait de connaître les processus de prise en charge d'une femme victime de violence, dans le domaine de son intervention.

## Chiffres et données

Le Rapport mondial sur la violence et la santé (OMS 2002) fait ressortir que la violence de genre figure parmi les principales causes de décès des femmes et que, dans certains pays, les dépenses de santé dues à la violence représentent jusqu'à 5 % du PIB.

En 2013, l'OMS a publié que 35% des femmes dans le monde sont exposées à la violence de la part de leur partenaire intime et environ 38% des meurtres contre les femmes sont commis par les partenaires intimes. La Tunisie n'est pas épargnée de ce diagnostic et de ces phénomènes.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes à travers les cycles de vie, et particulièrement le premier axe relatif à la collecte des données et leur utilisation, l'ONFP a réalisé une enquête nationale en 2010. Une femme sur deux (âgée de 18 à 64 ans) a déclaré avoir subi au moins une forme de violence durant sa vie<sup>1</sup>. D'un autre côté, l'enquête réalisée par le CREDIF en 2015 a montré que 53.5% des femmes déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence dans l'espace public durant les quatre dernières années<sup>2</sup>.

1-Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en tunisie, ONFP, 2010.

2- Enquête sur les violences basés sur le genre en Tunisie , CREDIF, 2015.

	Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie 2010 ONFP	Enquête sur les violences basés sur le genre en Tunisie 2014 – 2015 CREDIF
<b>Prévalence de la violence</b>	47.6% des femmes (18-64 ans) déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence durant leur vie	53.5% des femmes (18-64 ans) déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence dans l'espace public
<b>Violence physique</b>	<b>31.7 %</b>	<b>41.2%</b>
<b>Violence psychologique / morale</b>	<b>28.9%</b>	<b>78.1%</b>
<b>Violence sexuelle</b>	<b>15.7%</b>	<b>75.4%</b>

## Cadre juridique

La Constitution du 27 Janvier 2014 a consacré une section entière aux droits et libertés. L'article 21 indique que « Les citoyens et les citoyennes sont égaux en droits et devoirs, et ils sont égaux devant la loi sans discrimination » ; Ainsi, la constitution en tant que norme juridique la plus élevée a consacré le droit à l'égalité et à la non-discrimination.

Dans le même sens, la Constitution a consacré un certain nombre de droits humains tels que le droit à la vie<sup>3</sup> et le droit à l'intégrité physique et la dignité<sup>4</sup> conformément aux normes internationales, et spécialement la Déclaration universelle des droits de l'homme(1948) et le pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966, ratifié par la Tunisie sans aucune réserve en 1968<sup>5</sup>.

Dans le cadre du renforcement de cette volonté de protection des femmes de toutes les formes de discrimination, le dernier paragraphe de l'article 46 de la constitution stipule que l'Etat doit prendre des mesures pour éliminer les violences contre les femmes conformément

3- Article 22 de la constitution tunisienne, 27 janvier 2014

4- Article 23 de la constitution tunisienne, 27 janvier 2014

5- Cette convention ne traite pas la violence d'une manière claire mais d'une manière implicite dans l'article 5 à travers la notion de « l'exploitation sexuelle » pourtant la commission concernée par l'éradication des discriminations contre les femmes l'a largement noté dans les observations générales n°19.

à la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>6</sup> et de la déclaration mondiale de lutte contre les violences contre les femmes<sup>7</sup>.

Cette volonté politique a été renforcée par la promulgation de la loi organique n°58 du 11 août 2017 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, qui se base sur 4 principes : la Prévention, la Protection, la Prise en charge des femmes victimes de violence et les enfants qui résident avec elles, la punition et la sanction de l'auteur de la violence.

Le texte de loi a noté dans les articles 4 et 5 l'engagement de l'état à prendre en charge des femmes victimes de violence et les enfants qui résident avec elle et à mettre en place des politiques nationales, des plans stratégiques et des programmes communs et sectoriels afin d'éliminer toutes les formes de violences faites aux femmes.

Le premier chapitre de la deuxième section relative à la prévention et la protection des violences faites aux femmes comporte des articles qui engagent les différents secteurs de prendre les mesures nécessaires pour éliminer toutes les pratiques discriminatoires à l'encontre des femmes<sup>8</sup>. Le deuxième chapitre a comporté deux articles sur les droits des femmes victimes de violence et les enfants qui résident avec elles en matière de protection, d'appui, de suivi sanitaire et psychologique, d'accompagnement social et d'hébergement et il a précisé le devoir de signalement<sup>9</sup>.

Le troisième chapitre de la quatrième section relative aux procédures, aux services et aux institutions a mentionné dans son article 39 la nécessité d'une réponse immédiate à toute demande d'aide ou de protection directe ou suite à un signalement de la part des différents intervenants professionnels. Cet article insiste sur la nécessité de donner la priorité au signalement des violences menaçant la sécurité physique, sexuelle et psychologique de la femme et des enfants qui résident avec

---

6- Adopté des Nations Unies le 18 Décembre 1979, ratifié par la Tunisie en 1985, et a levé les réserves en 2014, cette convention n'a pas traité les violences faites aux femmes directement mais à travers l'article 6 relatif à l'exploitation sexuelle, à cet effet, la commission de la CEDAW a publié le commentaire général n° 19

7- Adopté par les Nations unies le 20 Décembre 1993

8- De l'article 6 à 12 de la loi organique n° 58

9- Les articles 13 et 14 de la loi organique n° 58



Elle et à intervenir, en cas de perte de logement, due à la violence, pour assurer l'hébergement de la victime.

L'article 40, a prévu la création d'un observatoire national de lutte contre les violences faites aux femmes, sous la tutelle du ministère en charge des affaires de la femme afin d'identifier les cas de violence à l'encontre des femmes et d'assurer le suivi de l'application des politiques, et la participation à l'élaboration des stratégies nationales et des mesures sectorielles et intersectorielles. De même, l'observatoire a la mission de mettre en place un partenariat et une coordination avec les différentes structures de l'Etat, les instances constitutionnelles et les composantes de la société civile.

## Concepts et définitions

Au sens de la loi organique N°58 du 11 Aout 2017 relatif à l'élimination de la violence faite aux femmes, on entend par :

### ➤ Femme

Toute personne de sexe féminin de tout âge,

### ➤ Enfant

Toute personne de sexe masculin ou féminin, au sens du code de la protection de l'enfant,

### ➤ Violence à l'égard des femmes

Toute atteinte physique, morale, sexuelle ou économique à l'égard des femmes, basée sur une discrimination fondée sur le sexe et qui entraîne pour elles, un préjudice, une souffrance ou un dommage corporel, psychologique, sexuel ou économique et comprend également la menace de porter une telle atteinte, la pression ou la privation de droits et libertés, que ce soit dans la vie publique ou privée,

### ➤ La victime

La femme et les enfants qui résident avec elle, qui ont subi un préjudice physique, moral, psychologique, économique ou ont été privés de la jouissance de leurs libertés et droits par des actes, paroles ou des cas d'abandon constituant une violation des lois en vigueur.

## ➤ Situation de vulnérabilité

La situation de fragilité liée à l'âge jeune ou avancé, la maladie grave, la grossesse, ou la carence mentale ou physique affectant la capacité de la victime de résister à l'auteur des faits.

## ➤ Discrimination à l'égard des femmes

Toute distinction, exclusion ou restriction qui a pour effet ou pour but de porter atteinte à la reconnaissance aux femmes, des droits de l'Homme et des libertés, sur la base de l'égalité complète et effective, dans les domaines civil, politique, économique, social et culturel, ou de compromettre cette reconnaissance ou la jouissance ou l'exercice de ces droits par les femmes, quel que soit la couleur, la race, la religion, la pensée, l'âge, la nationalité, les conditions économiques et sociales, l'état civil, l'état de santé, la langue ou le handicap.

Ne sont pas considérées discriminatoires, les procédures et mesures positives visant à accélérer l'instauration de l'égalité entre les deux sexes

## ➤ La prise en charge

Comporte toutes les mesures, les interventions, l'information, l'accompagnement, la protection et la réhabilitation fournis à la femme victime de violence afin qu'elle puisse reprendre confiance en soi, préserve sa dignité, ses droits et sa citoyenneté. La prise en charge peut être sectorielle ou multisectorielle.

## ➤ Lieux de la violence et auteurs

La violence peut être exercée par des membres de la famille comme le conjoint, le père, les frères, les apparentés, le fiancé ; dans l'espace privé comme la famille, les amis, ou dans l'espace public, dans la société, dans la rue ou à l'école indépendamment de la nature des auteurs de la violence. La violence peut également être exercée dans l'espace professionnel de la part de collègues et de responsables et de la part de toute personne ayant autorité sur les femmes.

## LES FORMES DE VIOLENCE

La violence faite aux femmes peut emprunter différentes typologies, elle peut être physique, morale ou psychologique, sexuelle, politique et économique :

### Violence physique

Tout acte nuisible ou de sévices portant atteinte à l'intégrité ou à la sécurité physique de la femme ou à sa vie, tels que les coups, coups de pieds, blessures, poussées, défiguration, brûlures, mutilation de certaines parties du corps, séquestration, torture et homicide,

### Violence morale

Toute agression verbale, telle que la diffamation, l'injure, la contrainte, la menace, l'abandon, la privation des droits et des libertés, l'humiliation, la négligence, la raillerie, le rabaissement et autres actes ou paroles portant atteinte à la dignité humaine de la femme ou visant à l'intimider ou la dominer,

### Violence sexuelle

Tout acte ou parole dont l'auteur vise à soumettre la femme à ses propres désirs sexuels ou aux désirs sexuels d'autrui, au moyen de la contrainte, du dol, de la pression ou autres moyens, de nature à affaiblir ou porter atteinte à la volonté, et ce, indépendamment de la relation de l'auteur avec la victime,

### Violence politique

Tout acte ou pratique fondé sur la discrimination entre les sexes dont l'auteur vise à priver la femme ou l'empêcher d'exercer toute activité politique, partisane, associative ou tout droit ou liberté fondamentale,

### Violence économique

Tout acte ou abstention de nature à exploiter les femmes ou les priver des ressources économiques, quel qu'en soit l'origine, tels que la privation des fonds, du salaire ou des revenus, le contrôle des salaires ou revenus et l'interdiction de travailler ou la contrainte à travailler,

## **Les intervenants en matière de prise en charge**

### **Les institutions publiques :**

L'ensemble des structures officielles chargées de la sécurité, de la santé, de la justice, des affaires sociales, de la femme et de la famille.

### **Les composantes de la société civile :**

Les organisations non gouvernementales de défense des droits humains d'une manière générale et des droits humains des femmes d'une manière plus spécifique, spécialisées dans le plaidoyer pour la protection des femmes victimes de violence, dans la solidarité avec les victimes et dans le monitoring des violations et la recherche des solutions adaptées en toute indépendance, loyauté et objectivité.

### **Public cible**

La prise en charge concerne toutes les femmes victimes de violence sans aucune discrimination notamment selon la race, la couleur de peau, la langue, la religion, la position politique et non politique, l'origine géographique ou sociale, la richesse ou toute autre situation ainsi que les enfants qui résident avec elles et qui sont victimes de violences.



## Les principes communs

Les principes communs comprennent l'ensemble des principes généraux et les principes professionnels basés sur l'obligation de proposer des services aux femmes victimes de violence dans le respect des principes des droits humains et conformément aux dispositions régissant les secteurs impliqués : intérieur, justice, santé, affaires sociales et femmes, famille et enfance.

Ces principes communs définissent les principes fondamentaux de la prise en charge des femmes victimes de violence dans une approche globale qui repose principalement sur l'éthique professionnelle de chaque secteur et est également soumise à des principes communs tels que définies par les protocoles sectoriels.

## Les principes généraux

Les principes communs entre les différents acteurs dessinent les caractéristiques de la relation entre le prestataire et la femme victime de violence : cette relation exige le respect et rejette tout ce qui pourrait conduire à des relations privées ou à l'utilisation du pouvoir en violation de la loi :

- Information de la femme victime de violence des tâches attribuées à l'intervenant et de sa fonction
- Un accueil rassurant de la femme victime de violence, une écoute et un échange permettant de construire une confiance mutuelle dans le cadre du respect,
- Éviter de culpabiliser la victime et de la tenir pour responsable de la violence qu'elle subit et ne pas porter de préjugés.
- Apaisement des craintes et réassurance de la femme victime de violence sans banaliser ou dramatiser la violence et ses effets, et lui laisser le temps d'exprimer ses souffrances tout en travaillant à encadrer le dialogue de manière littérale,
- Respect de la vie privée de la femme victime de violence, lorsqu'elle est interrogée, tout en respectant ses droits et protégeant sa dignité,
- Respect du droit de la femme victime de violence à l'information et à l'autonomie dans sa décision,
- La protection de la femme victime de violence et son intégrité physique et psychologique au sein de l'institution,
- Offre des services sans aucune discrimination basée sur la couleur, le sexe, l'âge, la religion, l'origine sociale ou ethnique, l'appartenance politique ou régionale, etc.



## Les principes professionnels

Ce sont les principes fondateurs qui déterminent les règles de prise en charge des femmes victimes de violence conformément à l'éthique professionnelle et au respect des droits humains. Ces principes se rapportent à la protection de la confidentialité des données personnelles et le respect du droit d'accès à des services de qualité aux femmes victimes de violence.

Les protocoles sectoriels définissent également les principes professionnels pour chaque secteur séparément, tout en indiquant les méthodes et le processus de prise en charge.

Ces principes offrent un cadre pour les différents professionnels de prise en charge des femmes victimes de violence pour assurer des services de qualité aux femmes victimes de violence et ont pour objectifs :

- Offrir une prise en charge immédiate, rapide et prioritaire des femmes victimes de violence,
- Agir avec professionnalisme et respecter les principes de non-discrimination, d'objectivité et de neutralité conformément à l'article 19 de la Constitution
- Respecter les tâches professionnelles qui incombent à l'intervenant, et éviter de faire pression sur la victime afin de renoncer à sa plainte,
- Clarifier la nature de la prise en charge, les objectifs et expliquer les étapes de la prise en charge et les choix disponibles pour la victime de la violence dans la poursuite de l'agresseur ou non.
- Respecter la confidentialité, les données personnelles et la vie privée de la femme victime de violence dans les limites prévues par la loi,
- Fournir des services dans le plein respect des principes des droits humains,
- Respecter le cadre réglementaire qui organise la profession de chaque intervenant ainsi que le règlement interne qui régit l'institution qui prend en charge la femme victime de violence soit directement ou indirectement,
- Ne pas dépasser les prérogatives professionnelles ou avoir des relations personnelles avec la femme victime de violence,
- Travailler dans le cadre du réseau et transmettre les informations en respectant les limites de l'intervention de chaque partie,
- Bien documenter le processus de prise en charge.

## **Le secteur de la santé est un secteur primordial dans la protection et la prise en charge des Femmes Victimes de Violence**

L'OMS considère que la violence faite aux femmes constitue une question majeure de santé publique en raison de :

- La fréquence et la gravité des conséquences de la violence faite aux femmes sur leur santé physique mentale, sexuelle et sociale.
- L'importante place occupée par les professionnels de la santé dans la chaîne de protection des femmes victimes de violences : prévention, dépistage, prise en charge, documentation de la violence.

Les professionnels de la santé constituent un recours important aux FVV auprès desquels elles peuvent se confier. En effet, les FVV sollicitent souvent des soins de santé, notamment pour leurs blessures. Les études montrent que le premier contact avec un professionnel pour les victimes de violences de la part du partenaire intime ou d'une agression sexuelle sera probablement avec un prestataire de soins de santé. Les femmes désignent également les personnels soignants comme les professionnels auxquels elles seraient les plus enclines à déclarer ce qu'elles ont subi.

Traiter la violence comme une question majeure de santé publique, c'est saisir divers aspects du phénomène et prendre en considération les dimensions préventives, curatives, éducatives et sociales. Il s'agit d'une « approche interdisciplinaire mettant en évidence l'importance des interactions entre l'individu, le groupe et l'environnement physique et social. Elle vise à réduire les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins. »<sup>1</sup>

---

1-OMS, (Charted'Ottawa, 1986)



La prise en charge des FVV doit obéir aux approches suivantes :

1

Prise en charge centrée sur les FVV

2

Prise en charge qui respecte les droits humains des femmes

3

Prise en charge intégrée, intersectorielle et multisectorielle (cf. protocole de prise en charge multisectorielle du secteur de la santé)



### A qui s'adresse ce mini guide ?

Ce mini guide s'adresse à tous les professionnels de la santé qui peuvent être amenés de part leur position à prendre en charge des femmes victimes de violences que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé.

Les intervenants de la santé les plus fréquemment concernés sont :

- Les médecins de première ligne (généralistes/ médecins de famille, médecin de ville) ou spécialistes : les urgentistes, les chirurgiens et les orthopédistes, les gynéco-obstétriciens, les psychiatres et les pédopsychiatres, les ophtalmologues et les ORL, les neurologues...
- Les sages femmes dans leur différent mode d'exercice
- Les psychologues
- Le personnel paramédical : infirmiers et techniciens supérieurs et ouvriers
- Les travailleurs sociaux dans les hôpitaux
- Le cadre administratif dans les hôpitaux

Il est bien évident que cette liste n'est pas limitative.

## PLAN

- I.** Identification et dépistage des femmes victimes de violence
- II.** Rôle de la première ligne
- III.** Prise en charge de la violence faite aux femmes aux services d'accueil des urgences
- IV.** Examens et soins des violences sexuelles
- V.** Evaluation de la santé mentale et soins
- VI.** Evaluation de la dangerosité et plan de sécurité
- VII.** Documentation médico-légale
- VIII.** Orientation et accompagnement
- IX.** Références bibliographiques



## GLOSSAIRE

VFF : Violence faite aux femmes

FVV : Femme victime de violence

OMS : Organisation Mondiale de la santé

CEDAW : Convention d'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

ONG : Organisation non gouvernementale

ONFP : Office national de la famille et de la population

CSSB : Centre de soins de santé de base

CMI : Certificat médical initial

## I- IDENTIFICATION ET DEPISTAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Il est important pour les professionnels de la santé de savoir que les problèmes de santé d'une femme peuvent être causés ou aggravés par la violence. Les FVV consultent fréquemment les structures de soins pour des troubles mentaux ou émotionnels, pour des maladies somatiques ou suite à des blessures. Elles peuvent parler de la violence comme elles peuvent ne pas en parler en raison du sentiment de honte et de culpabilité qu'elles éprouvent fréquemment. Elles peuvent aussi ne pas faire le lien avec la maladie en question. Parfois, elles veulent protéger l'agresseur ou elles ont peur de lui.

**Les professionnels de la santé doivent intégrer dans leur anamnèse la notion d'exposition à des violences notamment de la part du partenaire intime.**

### **Les structures de soins : vecteurs d'information et de sensibilisation sur les VFF**

Afin d'encourager les femmes victimes de violence à parler de la violence qu'elles subissent, les structures de soins doivent sensibiliser les consultantes sur le phénomène de violence de genre. Les services d'urgences et des consultations externes, les services d'hospitalisation doivent disposer d'Informations écrites sur les VFF (poster, dépliants...) accessibles aux femmes afin de lever le tabou sur la question et favoriser l'identification des FVV.

Aussi, des transmissions télévisées de spots de sensibilisation dans les salles d'attente doivent être programmées quand c'est possible.

A côté de la disponibilité des informations dans les structures de soins, les professionnels de la santé ont besoin de suivre des formations concernant la violence faite aux femmes et son impact sur leur santé. En effet, pour pouvoir en parler avec les patientes, il faut maîtriser le phénomène: ses raisons, sa prévalence, ses conséquences et la conduite à tenir. La formation actuelle des différents professionnels de santé étant largement insuffisante.



## Faut-il dépister systématiquement les violences faites aux femmes ?

Autant l'identification de la violence devant des signes d'appel est importante et nécessaire, autant, le dépistage systématique « universal screening » n'a pas montré son efficacité. (OMS)<sup>10</sup>

Des études ont montré que si le dépistage systématique augmente l'identification des femmes victimes de violence exercée par un partenaire intime, il ne réduit pas la violence exercée par le partenaire et il n'a pas eu d'influence favorable notable sur la santé des femmes.

Par contre les professionnels de la santé doivent intégrer dans leur anamnèse la notion d'exposition à des violences notamment de la part du partenaire intime surtout dans les situations d'appel et les situations à risque.

Si on opte pour un dépistage systématique de la violence faite aux femmes, il faut s'assurer des conditions suivantes :

- Les intervenants ont bénéficié d'une formation sur les VFF
- Avoir un formulaire de dépistage au préalable
- Disposer d'un espace adapté
- S'assurer de pouvoir offrir des soins et d'un accompagnement adéquat après le dépistage

### Les signes cliniques évoquant des violences au sein du couple ou dans la famille d'une manière générale sont les suivants :

- Traumatismes, plaies, ecchymoses, écorchures surtout partie supérieure du corps (visage, tête, cou...) surtout si ces traumatismes sont répétitifs
- Symptômes d'anxiété et de dépression, état de stress post traumatique,
- Crises suicidaires ou auto agressivité
- Des douleurs chroniques inexplicables notamment au niveau du pelvis

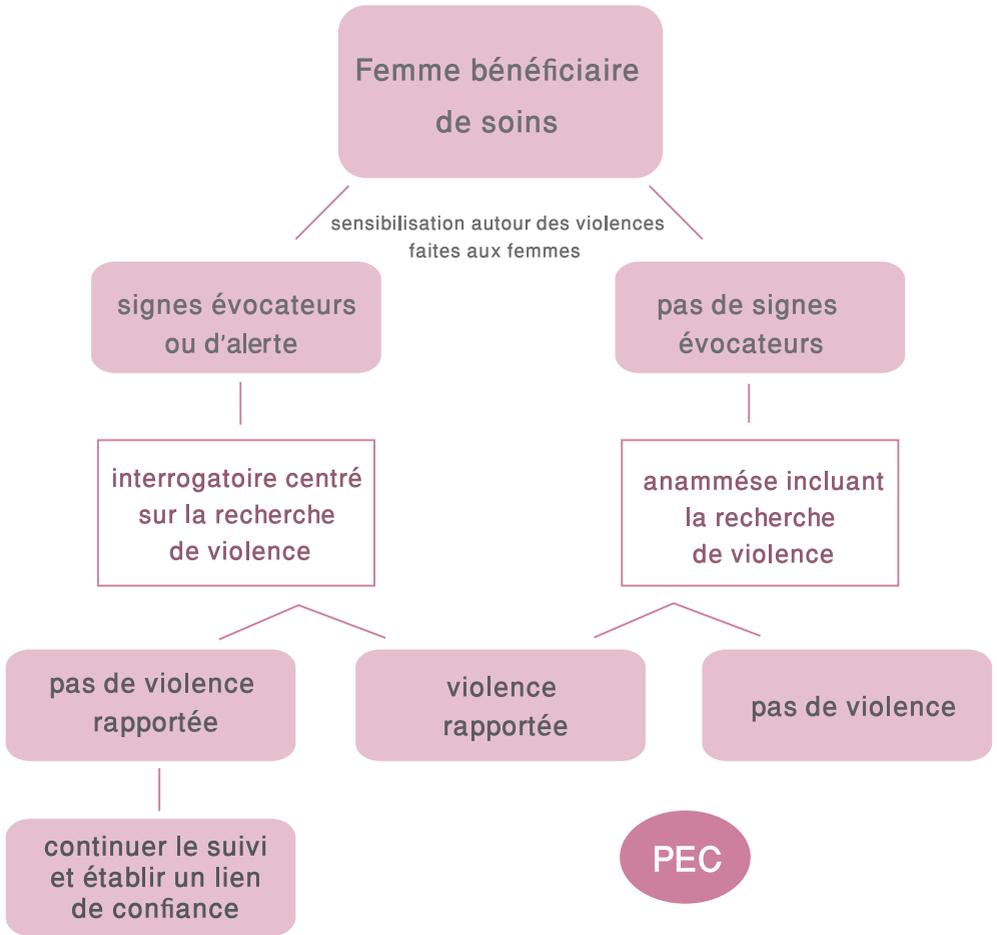
10-who, Unw,Unfpa. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical hand book. Geneva. WHO 2014

- Infections génitales (notamment sexuellement transmissible) et urinaires,
- Problème autour de la vie reproductive : retard des premières visites au cours de la grossesse, avortements, provoqués, menace d'accouchement prématuré
- Lésions traumatiques périnéales, lésions traumatiques de l'abdomen et du sein
- Carence / absence de soins prénatals et post natals immédiats
- abus de substance
- Troubles sexuels
- Consultations répétitives sans diagnostic claire
- Partenaire intrusive au cours de la consultation

**Le clinicien se retrouve parfois devant des signes encore plus inquiétants : Les signes d'alerte qui peuvent concerner :**

- La présentation générale : (manque d'hygiène, tenue négligée ou inappropriée)
- L'état mental et affectif : anxiété majeure, instabilité, pleurs, mutisme, hyper vigilance
- Le comportement de son entourage notamment de son conjoint : ne veut pas la laisser seule, emprise, humiliation, intimidation et menaces...

Certaines FVV ne veulent pas ou ne se sentent pas prêtes pour en parler, il faut respecter leur désir et continuer le suivi en instaurant une relation de confiance avec un référent stable. Cette relation de confiance permet à la femme victime de violence de dépasser ses difficultés à divulguer la violence. Toutes les mesures qui en découlent devraient être en accord avec l'intéressée. Le respect de l'autonomie et de la décision de la victime est fondamental tout le long du processus de prise en charge qui commence avec l'identification de la violence. Il est bien évident qu'en cas de diagnostic de violences, le signalement de ces situations est obligatoire conformément à la législation en vigueur (loi organique N°58).



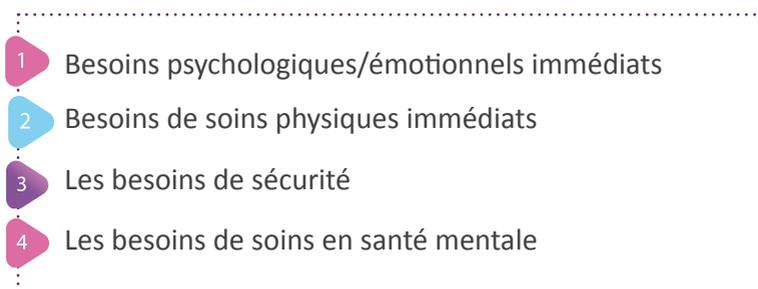
## II- LA VFF ET L'INTERVENTION DE LA PREMIERE LIGNE

Les structures de première ligne incluent les centres de soins de santé de base, les hôpitaux de circonscription, les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les centres de l'ONFP, les cabinets d'exercice privé (médecins de famille, médecins généralistes...).

Les structures de première ligne constituent un refuge important pour les FVV et un maillon important dans la chaîne de protection de ces femmes vue la proximité géographique mais aussi affective de ces intervenants (médecins de famille, dispensaire du quartier).

L'accueil de ces femmes doit pouvoir être assuré en urgence par tout praticien quel que soit son mode d'exercice, libéral ou hospitalier.

Les professionnels de la santé dans les services de première ligne doivent prêter attention à quatre types de besoins des FVV.



Les FVV doivent avoir accès à une aide immédiate. En effet, il faut toujours considérer la VFF comme une urgence médicale en raison des conséquences physiques et mentales de la violence subie mais aussi en raison du risque de récurrence qui nécessite une évaluation immédiate.

Les professionnels de la santé en première ligne devraient pouvoir offrir les premiers soins :

- Offrir une écoute bienveillante en s'assurant de la validité de l'espace d'écoute et de la disponibilité du professionnel de la santé
- Instaurer une relation de confiance marquée par une empathie active
- Ne pas être dans le jugement et valider les propos de la victime
- Offrir les soins et répondre aux besoins de la patiente sans outrepasser son autonomie

- 
- S'enquérir de l'histoire des violences subies en respectant son souhait de ne pas délivrer certaines informations
  - L'obligation de confidentialité étant la règle en dehors de certaines dérogations légales où le signalement est obligatoire
  - Informer la victime de toutes les étapes de la prise en charge

**Durant toutes les étapes, la prise en charge doit être centrée sur la femme victime de violence**

### Accompagnement/ Orientation

Le terme accompagnement introduit une approche médicale globale de prise en charge et de suivi imprégnée du respect et du droit à l'autonomie. « Principes de base en médecine, ces notions prennent tout leur sens auprès de personnes profondément blessées, désorientées et nécessitant de multiples soutiens. Accompagner, c'est cheminer auprès du patient au rythme de ses émotions, révélations et demandes d'aide. Accompagner, c'est éviter de se substituer au patient afin qu'il développe ses propres initiatives»<sup>11</sup>.

En matière de violence faite aux femmes, le professionnel de la santé a besoin de s'engager dans la prise en charge et du suivi jusqu'à ce que la patiente soit hors danger vital et mental. Cet accompagnement nécessite une intervention multisectorielle et une bonne connaissance des réseaux de prise en charge sur le plan local, régional et national des femmes victimes de violences.

Si le professionnel de la santé ne se sent pas apte à suivre la FVV, il doit orienter la victime vers une structure adaptée et s'assurer du suivi ultérieur. Cette démarche doit être justifiée et être l'exception et pas la règle.

## Signalement des violences

« Toute personne, y compris celle tenue au secret professionnel, doit signaler aux autorités compétentes tout cas de violence au sens de la présente loi, dès qu'elle en a connaissance ou en a constaté sur un enfant ou constaté ses effets au sens de la présente loi.

Nul ne peut être poursuivi devant les tribunaux pour avoir accompli de bonne foi le devoir de signalement prévu dans les dispositions de la présente loi.

Est interdit à toute personne de dévoiler l'identité de l'auteur du signalement sauf avec son consentement ou dans le cas où les procédures juridiques l'exigent ».<sup>12</sup>

Dans tous les cas il faut absolument informer la patiente des procédures entamées.

Pour les enfants victimes d'une violence directe ou indirecte le professionnel est dans l'obligation de les signaler au délégué à la protection de l'enfance conformément aux dispositions du code de l'enfance (l'article 31).

De même, il faut prendre les mesures nécessaires pour les personnes vulnérables (personnes âgées, malades mentaux, les personnes avec un handicap) pour qui des mesures de signalement sont prévus.

---

12-Article 14 de la loi organique N°58/2017 sur l'élimination de la violence faite aux femmes.

### III- Prise en charge de la violence faite aux femmes aux services d'accueil des urgences

Les FVV qui consultent en urgence présentent généralement des lésions somatiques mais également des manifestations émotionnelles (anxiété, agitation, pleurs...). Les professionnels de la santé dans les services d'accueil des urgences doivent pouvoir fournir une prise en charge à la fois de la santé physique et psychologique.

Les femmes victimes de violence peuvent se présenter aux services des urgences :



- de leur propre gré et à leur initiative
- être orientées par les autorités policières ou judiciaires avec une réquisition d'examen ou une demande d'expertise

Dans tous les cas, les FVV doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge rapide et prioritaire adaptée à leurs besoins physiques et émotionnels.

Dans ces conditions de prise en charge urgente, la collecte des données s'avère souvent difficile (histoire de la violence, conséquences sur la santé...) il faut recourir quand c'est possible aux documents ou aux accompagnants et épargner la femme victime de violence d'un interrogatoire exhaustif.

Au début de la prise en charge, il faut veiller à informer et à obtenir le consentement de la patiente concernant :



- L'examen avec ses différentes étapes
- Le traitement
- La collecte des preuves médico-légales
- Sur l'éventuelle possibilité de véhiculer des informations à la police ou à la justice.

A chaque étape, il faut s'assurer de la bonne qualité de communication avec la FVV et à lui prodiguer toutes les informations nécessaires.

Il faut également toujours tenir compte du fait que les FVV qui ont recours aux services des urgences le font à la fois dans le but de recevoir des soins mais aussi d'obtenir un certificat médical initial. Ce certificat constitue une pièce maîtresse en cas de recours à la justice car il permet d'établir la matérialité des dommages corporels ainsi que leur imputabilité à l'agression, il fixe également la durée de l'incapacité totale temporaire (ITT), les soins prescrits et sert de document de base pour les procédures ultérieures.

La documentation de la violence est une étape fondamentale dans la prise en charge des FVV. Il ne faut pas que le manque du temps ou de moyens entravent cette mission. Il faut veiller à :

- Bien documenter, répertorier toutes les lésions constatées. Aussi noter l'état psychologique de la patiente, noter clairement ces données, faire les premiers prélèvements et prendre des photos quand c'est possible.
- Avoir recours aux services spécialisés quand c'est nécessaire en particulier pour les violences sexuelles : les services de médecine légale dans les régions, l'Unité médico-judiciaires INJED de l'hôpital Charles Nicolle à Tunis.

Sur le plan médical, il est bien évident que les FVV ont besoin d'une exploration exhaustive des conséquences de la violence. Il faut tenir compte du fait que l'état émotionnel des victimes peut ne pas leur permettre de bien décrire les plaintes somatiques. Il faut référer aux services spécialisés adaptées chaque fois que l'état de la patiente le nécessite (gynécologie, chirurgie, orthopédie, ophtalmologie, psychiatrie)



**Les soins urgents doivent être entrepris sans tenir compte de la situation administrative et de la couverture sociale de la patiente qui peut être réglée ultérieurement. Aussi faut-il rappeler que la circulaire n°39 de 2014 a organisé des facilités de paiement et de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales avec notamment la gratuité du CMI.**

## Orientation et accompagnement

En situation d'urgence, la FVV peut être orientée vers un autre service pour des soins complémentaires. Au cas où son état lui permet de rentrer, il faut toujours établir une évaluation de son état de sécurité. En cas de danger, il faut orienter la patiente vers un lieu d'hébergement provisoire et/ou avertir les autorités policières et judiciaires de la situation afin qu'ils prennent les mesures de protection adaptée.



**Ne pas oublier que la violence faite aux femmes tue et que la prévalence de mortalité secondaire à la violence d'un partenaire intime est élevée et que l'évaluation de la sécurité de la patiente est importante.**

## IV- Examens et soins des violences sexuelles

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »<sup>13</sup>

La coercition peut inclure :



- Le recours à la force à divers degrés
- L'intimidation psychologique
- Le chantage
- Les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un examen, etc.).

Les violences sexuelles sont des expériences potentiellement traumatiques qui peuvent engendrer des conséquences négatives sur la santé mentale, physique, sexuelle et reproductive. Les femmes victimes de violences sexuelles nécessitent des soins urgents et peuvent nécessiter des soins au long cours en particulier psychiatriques.

---

13-World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. 2003

### **Les conséquences les plus fréquemment rapportées :**

<b>Sur la santé génésique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Traumatismes gynécologiques</li><li>• Grossesse non désirée</li><li>• Avortement non sécurisé</li><li>• Troubles sexuels</li><li>• Infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH</li><li>• Fistules traumatiques</li></ul>
<b>Sur la santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépression</li><li>• État de stress post-traumatique</li><li>• Angoisse</li><li>• Troubles du sommeil</li><li>• Plaintes somatiques</li><li>• Comportement suicidaire</li><li>• Trouble panique</li></ul>
<b>Sur le comportement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportement à haut risque (par ex., rapports non protégés, première expérience sexuelle consentie précoce, multiples partenaires, alcoolisme et toxicomanie)</li><li>• Risque accru de commettre (pour les hommes) ou de subir (pour les femmes) des actes de violence sexuelle ultérieurs</li></ul>
<b>Conséquences mortelles</b>	<p>Décès résultant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• D'un suicide</li><li>• De complications de la grossesse</li><li>• D'un avortement non sécurisé</li><li>• du SIDA</li><li>• D'un meurtre au cours d'un viol ou pour « l'honneur », de l'infanticide d'un enfant né d'un viol</li></ul>

### **Les principales composantes de l'assistance médicale sont les suivantes :**

- La documentation des blessures,
- La collecte des preuves médico-légales,
- Le traitement des blessures,
- L'évaluation en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) et traitement préventif,
- L'évaluation des risques de grossesse et prévention
- La prise en charge psychologique et psychiatrique
- L'Accompagnement et l'Orientation.

## Etapes de la prise en charge

1

### ***Opérations préalables pour offrir une assistance médicale aux victimes de violences sexuelles :***

Formation des intervenants, préparation de protocole de prise en charge, aménagement de l'espace de l'écoute et de l'examen physique, outils de travail (speculum, tubes de prélèvements...)

2

### ***Préparation de la victime avant l'examen :***

Etablir une relation de confiance, se présenter, donner les informations concernant le déroulement de l'examen

3

### ***Anamnèse et récit des faits :***

Histoire complète

4

### ***Examen et Collecte des preuves médico-légales :***

Les services de médecine légale sont les mieux habilités à l'examen et à la documentation des violences sexuelles. La collecte des données médico-légales constitue une étape cruciale dans la prise en charge et dans les démarches judiciaires ultérieures.

En Tunisie, l'examen dans les services de médecine légale se fait suite à une réquisition ou une demande d'expertise émanant des autorités policières ou judiciaires.

Les services de médecine légale sont repartis au niveau de 8 gouvernorats couvrant toute la Tunisie. La répartition géographique de ces services est indiquée dans la carte géographique ci-dessous. Les régions qui ne sont pas dotées d'un service de Médecine légale sont affiliées à un de ces services. Par exemple le service de médecine légale de Tunis couvre le grand Tunis et toute la région du nord-ouest de la Tunisie.

### **Répartition géographique des services de médecine légale en Tunisie:**



Il est à noter que les services de médecine légale n'offrent pas un service de garde et donc ne couvrent pas les 24h .Il faut garder les preuves(ne pas prendre de douche par exemple) jusqu'à ce que ce service soit disponible.

Au cas où la victime ne veut pas porter plainte (et donc ne peut pas avoir une réquisition pour le service médico-légal de la part des autorités policières ou judiciaires), il faudrait lui expliquer ses droits, les délais (72h) ainsi que la législation en vigueur.

## La collecte des preuves pratiquées au centre INJED

### Les prélèvements locaux

La recherche de spermatozoïdes : suite à un prélèvement sur les habits, dans la région vulvovaginale (si <6 jours), dans la région anale si <3 jours, dans la bouche si <12h mais aussi dans la face interne des cuisses et dans les ongles..

### Prélèvement de poils

- Recherche d'ADN étranger (zone de prise, contact salivaire)
- Recherche de gonocoques dans la bouche ou dans le vagin (si l'agression date de plus de 5 jours ou leucorrhées) :
- Recherche de chlamydiae dans les urines

### Les prélèvements IST et grossesse

- βHCG, TPHA, VDRL,HIV, Hépatite B, Hépatite C..

### Les Prélèvement à visée toxicologique

- Alcoolémie, Alcoolurie, Benzodiazépines sanguins, Benzodiazépines urinaires, Cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines, métamphétamines dans les urines, Recherche de Subutex® sur test urinaire de dépistage rapide..



Les prélèvements, qui constituent le pilier de la collecte des preuves, doivent avoir lieu avant les 72h ( pour certains <6jours) afin de ne pas perdre des informations et de pouvoir collecter les indices médico-légaux fiables.

5

**Prévention et prescription médicamenteuse**

- La Contraception urgente est assurée par les professionnels agréés :(les gynécologues, les sages-femmes...), elle est indiquée en cas rapport vaginal mais aussi anal ou vulvaire chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale sans contraception efficace :
  - Une dose unique de levonogestrel à 1.5 mg (type Norlevo) dans les 5 jours suivant un rapport non protégé
  - Ou si délai <72h depuis l'agression, 2 doses d'oestrogestatifs à 12h d'intervalle (2\*2Néogynon ou 2\*4 Microgynon)
  - Ou insertion d'un dispositif intra-utérin au cuivre sous couverture antibiotique dans les 5 jours suivant l'agression
- Prophylaxie des infections sexuellement transmissible (recommandations de l'OMS)

IST	Traitement	Posologie et voie d'administration
<i>Gonocoque</i>	Ciprofloxacine/ Ceftriaxone/ Cefixime plus	500mg par VO en dose unique 125mg en IM en dose unique 400mg par VO en dose unique
<i>Chlamydia</i>	Azithromycine Doxycycline	1g par VO en dose unique 100mg par VO *2 par jour/7 jours
<i>Trichomonas</i>	Metronidazole	2gr per os en dose unique ou 1 gr /12h/jour
<i>Syphilis</i>	BenzathinepenicillineG Doxycycline Tetracycline	2.4millionsUIen IM 100mg VO*2/jour/14jours 500mg*4/jour/14jours par VO

- La Prophylaxie HIV : contacter le service infectieux la Rabta pour la région de Tunis et les services des maladies infectieuses dans les régions afin d'évaluer le risque de contamination et décider d'un traitement antirétroviral.
- Un bilan pré thérapeutique pour une *trithérapie* = NFS, *ionogramme sanguin, transaminases, bilirubine, phosphatases alcalines, lipasémie*
- Pour l'hépatite B : si délai <8 jours , en l'absence de vaccination ou en cas de vaccination douteuse ou incomplète :une injection de vaccin contre l'hépatite B.

## 6

### *Aide psychologique des victimes*

Les femmes victimes de violences présentent généralement des symptômes psychiatriques en rapport avec le traumatisme psychologique et émotionnel subi. Les victimes de viol sont plus sujettes à certains symptômes y compris les suivants :

- Sentiments de culpabilité et de honte ;
- Emotions incontrôlables telles que la peur, la colère, l'anxiété ;
- Cauchemars ;
- Pensées suicidaires ou tentatives de suicide ;
- Léthargie ;
- Toxicomanie ;
- Troubles sexuels ;
- Plaintes somatiques sans explication médicale
- Retrait social.

La prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles doit comporter obligatoirement une consultation psychologique ou psychiatrique. Même si ces troubles peuvent ne pas apparaître ou bien disparaître avec le temps, toutes les victimes doivent se voir proposer l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre. et dans tous les cas il est recommandé de :

- Ecouter sans forcer la victime à parler de l'agression et s'assurer que ses besoins fondamentaux sont satisfaits. Dans la mesure où des problèmes psychologiques plus importants peuvent survenir, ne pas pousser la victime à partager son expérience personnelle outre les événements dont elle souhaite parler naturellement.

- 
- Expliquer à la victime qu'elle a subi un grave traumatisme physique et émotionnel.
  - Informer la FVV des problèmes psychologiques, émotionnels, sociaux et physiques qui pourraient se manifester. Lui expliquer qu'il est courant d'éprouver de fortes émotions négatives ou une certaine léthargie après le viol. Un orgasme involontaire peut se produire pendant le viol provoquant souvent un sentiment de culpabilité chez la victime. Rassurer la victime que dans ce cas, sa réaction n'était que purement physiologique et non contrôlée.

Dans de nombreuses cultures, on a tendance à faire porter à la victime la responsabilité du viol. Si la victime éprouve un sentiment de culpabilité ou de honte,

- lui expliquer que l'agresseur est toujours coupable du viol, jamais la victime.
- Rassurer la victime en lui disant qu'elle ne méritait pas d'être violée, que l'agression n'est pas de sa faute et qu'elle n'a pas été provoquée par son comportement ou par sa manière de s'habiller.
- Ne pas porter de jugement moral sur la victime.



### *Suivi médical de la victime*

Il est possible que la victime ne veuille ou ne puisse pas retourner à la structure de soins pour un suivi. Fournir un maximum d'informations lors de la première visite qui pourrait être aussi la dernière.

Les visites de suivi pour les victimes recevant une prophylaxie post-exposition pour le VIH diffèrent légèrement de celles pour les victimes n'en recevant aucune.

## V- Evaluation de la santé mentale et soins

Le traumatisme occasionné par la violence entraîne des réactions psychologiques et émotionnelles dont l'intensité, la gravité et l'évolution sont extrêmement variables. Les facteurs qui influencent le tableau clinique engendré par la violence dépendent de :

- La Victime : Age, personnalité, histoire et existence de traumatisme antérieur mais aussi compétences de résilience
- La typologie de la violence : les violences sexuelles et les violences de la part d'un partenaire intime sont connus pour leur impact psychologique important

Aussi l'impact de la violence varie en fonction du caractère aigu ou chronique du traumatisme

- La réaction de l'entourage : soutien et aide de la part de la famille et des institutions, réparation ou victimisation secondaire...

### Le cycle de la violence : violence de la part du partenaire intime

Les périodes d'escalade et les phases d'explosion de la violence se succèdent, entrecoupées de périodes de rémission durant lesquelles le conjoint minimise les faits, justifie son comportement et promet de ne plus recommencer. Le couple entame alors une période dite «lune de miel» qui encourage la femme à poursuivre ou reprendre la vie commune. Cependant, plus le cycle se répète, plus l'emprise sur la victime est forte et plus ces «lunes de miel» sont courtes. La femme se trouve dès lors quotidiennement exposée aux agressions. Se jugeant souvent responsable de cette violence, il lui devient de plus en plus difficile de s'en dégager.

L'évaluation de l'état psychologique est un moment important et indispensable au cours de la prise en charge des femmes victimes de violences. Tous les intervenants de santé sont amenés à prendre en considération les réactions de stress, de détresse, d'anxiété ou de dépression que peut manifester les femmes victimes de violence.

Nous distinguons trois types de situations :

1

### **La femme victime de violence présente des réactions émotionnelles :**

Il est habituel de retrouver un sentiment de Honte ou encore un sentiment de culpabilité en rapport avec la violence subie. Ainsi une épouse victime de violence conjugale peut ressentir de la honte, de l'humiliation, de la dévalorisation et un manque d'estime de soi en rapport avec le fait qu'elle soit victime d'une atteinte à sa dignité et à son intégrité physique et morale.

Paradoxalement d'autres femmes et sous l'influence des stéréotypes sociaux vont ressentir de la culpabilité et vont rechercher leur faute.

**Il est fondamental que tous les intervenants de santé transmettent un message clair concernant le fait que c'est toujours l'agresseur qui est fautif**

**et que la violence est punie par la loi.**

**La première aide psychologique consiste à offrir un espace d'écoute active et solidaire qui permet de combattre le sentiment de honte, d'humiliation et de solitude et de déculpabiliser la victime.**

2

### **La femme victime de violence présente des manifestations psychiatriques réactionnelles :**

Dans les suites immédiates d'un acte de violence, les survivantes peuvent manifester :

- Des réactions de stress aigu :
- Un état d'agitation
- Un état de stupeur ou de dissociation
- Des réactions dépressives avec des idées de dévalorisation et manque d'estime de soi
- Des idées suicidaires ou des idées de mort d'une manière générale

La prise en charge immédiate des victimes est importante. Il faut lui offrir un espace d'écoute sécurisée et il faut la rassurer quant aux possibilités de protection. Plusieurs troubles s'améliorent quand la personne n'est plus exposée à la violence. Il y a plusieurs types d'intervention spécifiques et de techniques que peut offrir les professionnels de santé pouvant aider les femmes à se rétablir.

Face à ces situations le médecin traitant peut être amené à prescrire des anxiolytiques ou des sédatifs pour aider ponctuellement la patiente à faire face au traumatisme. Un Soutien psychologique est fortement recommandé et l'orientation de la victime vers un professionnel de l'écoute (psychologue ou psychiatre) est souhaitable. Le médecin généraliste ou le médecin de famille formé en santé mentale peut assurer l'accompagnement psychologique conformément aux recommandations de l'OMS.

3

**Certaines FVV continuent à présenter des difficultés qui peuvent s'organiser en troubles psychiatriques avérés nécessitant des soins adaptés.**

Il faut rechercher les troubles psychiatriques habituellement observés chez les femmes victimes de violences : Etat de stress post traumatique, Dépression, Troubles anxieux, Addictions, Risque suicidaire.

La Prise en charge des troubles psychiatriques nécessite le recours à des consultations psychiatriques spécialisées.

À côté de la pharmacothérapie qui peut s'avérer nécessaire dans certaines formes sévères de dépression ou d'état de stress post traumatique, la prise en charge se basera essentiellement sur les psychothérapies.

En fonction des besoins de la femme victime de violence et de la formation du thérapeute plusieurs techniques psychothérapeutiques peuvent être proposées :

- Thérapies cognitives et comportementales
- Thérapie interpersonnelle
- EMDR
- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique
- Psychothérapie de groupe

## VI- Documentation de la violence

*La documentation de la violence est une étape capitale dans le circuit de protection des victimes. Le certificat médical initial est une pièce maitresse dans le processus judiciaire.*

### Le Dossier Médical

Les professionnels de la santé ont l'obligation de répertorier et de noter toutes les données en rapport avec la violence afin de garantir les droits de la FVV.

Le dossier doit être précis et complet. Les données personnelles de la FVV, l'heure et la date de l'examen, Les noms des professionnels de santé ayant pris en charge la FVV doivent être notifiés clairement.

L'observation médicale doit refléter ce qui a été rapporté par la patiente, dans ses propres mots et tout ce qui a été constaté ou réalisé par le professionnel de la santé.

Il faut reprendre l'histoire de la violence : les épisodes antérieurs, le retentissement physique et psychologique. Pour la violence de la part du partenaire intime, il faut rechercher la notion du cycle de la violence avec ses différentes étapes.

Une collecte des données précises et complètes de l'examen est fondamentale pour la patiente qui peut l'utiliser comme preuve devant la cours. Les lésions sont à décrire dans les détails : ecchymoses, abrasions, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brulures, indiquer le siège, l'étendue, le nombre, l'âge des lésions, la gravité, le retentissement fonctionnel...

Les examens complémentaires demandés : radiographie, échographie, scanner. Le bilan biologique effectué et les résultats. Les résultats éventuels de ces bilans doit être retranscrits sur le dossier

Indiquer si la patiente a eu besoin d'une consultation spécialisée : gynécologie, orthopédie...

Le dossier médical des FVV peut être standardisé et préparé à l'avance, plusieurs modèles sont disponibles. Compléter quand c'est possible par des photos des lésions.

## Le certificat médical initial : CMI

*« Les médecins et les infirmiers devraient (...) recevoir une formation en médecine légale afin qu'ils répondent mieux aux attentes des survivantes de la violence et qu'ils soient en mesure de produire ces preuves au cas où une survivante décide de faire appel à la justice. (Morrison, 2007). Les certificats médicaux devraient être émis gratuitement. » (Unifem, 2010)*

### Le certificat médical initial : Pièce maitresse du dossier de la Femme victime de violence

Il doit être rédigé de manière lisible, précise, sans termes techniques et sans abréviation. Il doit contenir les parties suivantes :

- Identification du médecin et du cadre de son exercice
- Identification de la Femme victime de violence
- Lieu et horaire de l'examen
- Les déclarations de la victime : débiter par les dires de la victime, avec un résumé de l'agression telle qu'elle a été rapportée au médecin (description de l'agression, le lieu et l'heure, par...) Une deuxième partie doit présenter les doléances de la victime au moment de l'examen et clairement expliciter les raisons conduisant à l'évaluation de l'incapacité totale de travail, en particulier lorsqu'il s'agit de troubles psychologiques
- Données de l'examen physique et psychologique : description de l'état général, l'état émotionnel et affectif, les données de l'examen somatique
- Les résultats des examens complémentaires
- En conclusion préciser si les données de l'examen sont compatibles avec l'agression présumée
- L'incapacité totale de travail prescrite sous réserve de complication
- Signature du médecin.

**Rappelons que le CMI en cas de violence conjugale est gratuit en Tunisie selon la circulaire 39 de 2014.**

## VII- Evaluation de la dangerosité et plan de sécurité



La violence tue ! Les prestataires de la santé doivent toujours prendre en considération que la violence faite aux femmes peut mettre en jeu le pronostic vital. Nous ne disposons pas en Tunisie de données épidémiologiques concernant les féminicides, mais nous savons qu'un nombre important de femmes décèdent suite à des actes de violences qu'elles soient dans un cadre familiale/ conjugale ou dans l'espace public.

En France, on retient qu'une femme meurt tous le 3 jours suite à une violence de la part du partenaire intime. Souvent des signes prédicteurs d'une escalade de la violence aurait pu être détectés si une évaluation du risque a été faite à temps.

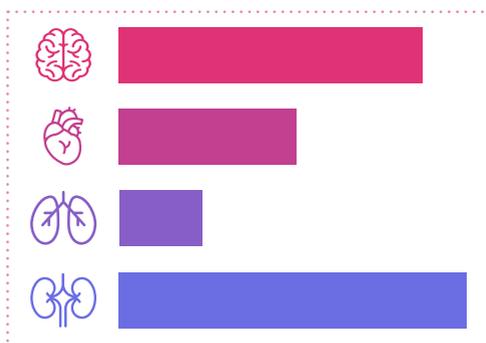
Des signes directs et indirects peuvent être recherchés.

- La femme déclare avoir peur pour sa vie
- Les épisodes de violences contre la femme se produisent également en dehors du domicile
- Le partenaire est également violent à l'égard des enfants
- Il est également violent à l'égard d'autres personnes
- Existence de violences au cours de la grossesse
- Existence de violences sexuelles
- Menace d'homicide de la femme ou des enfants ou des menaces de suicide
- La violence s'aggrave au fil du temps en intensité et en fréquence
- Addiction, toxicomanie, alcoolisme aggravant les conduites violentes
- La femme a des projets de divorce ou de quitter le domicile conjugal
- L'auteur des violences a su que sa partenaire est à la recherche d'une aide extérieure
- Harcèlement et refus de la séparation
- Antécédents de lésions graves
- Il ya des armes (notamment à feu) accessible dans la maison
- L'auteur des violences a menacé des amis ou des parents à la victime

Le professionnel de la santé doit évaluer les facteurs de gravité et s'assurer, à l'issue de toute consultation, que la victime peut rentrer au domicile sans danger pour elle et/ou ses enfants.

### Aider à l'élaboration d'un plan de sécurité personnalisé

- Interroger la FVV sur la présence éventuelle d'armes au domicile et, si tel est le cas, lui conseiller de le signaler aux autorités ayant délivré l'autorisation de port d'armes.
- s'assurer qu'elle ne présente pas de risque suicidaire ;
- Conseiller à la victime de préparer un sac avec quelques effets personnels, de l'argent, ses papiers et documents importants, afin de pouvoir s'échapper du domicile en urgence si nécessaire ;
- Conseiller à la victime de préparer un «plan d'action» en cas de crise : par exemple, avertir la famille, préenregistrer les numéros de téléphone d'amis ou de la police, savoir quels voisins elle peut appeler, comment mettre les enfants à l'écart, etc.



## VIII- ORIENTATION / ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI

La prise en charge des femmes victimes de violences nécessite obligatoirement l'intervention de plusieurs acteurs. Des ministères et des institutions de l'état (police, justice, affaires sociales, emploi et formation professionnelle, la femme et la famille et l'enfance...) aux organisations non gouvernementales, tous sont des relais potentiels dans l'accompagnement d'une FVV. L'OMS parle dans ce cadre de la prise en charge multisectorielle. Le ministère de la santé a signé un protocole de prise en charge multisectorielle des femmes victimes de violences en décembre 2017.

### Connaissances préalables

Les professionnels de la santé doivent connaître les différents intervenants et les différentes structures de prise en charge des VFF ainsi que la réglementation et les procédures qui les régissent.

### Documentation disponible

La liste des structures locales, régionales et nationales (dépliants, flyers...) susceptibles d'aider une femme victime de violence doivent être à la disposition du professionnel de santé chargé de la prise en charge des FVV.

### Orientation

Au terme de la consultation et en cas de besoin, la FVV est orientée vers d'autres intervenants avec une fiche d'orientation. Il faut informer la FVV des différentes étapes de prise en charge et veuillez à avoir le consentement des FVV avant toute procédure et divulgation d'information la concernant.

Plusieurs situations peuvent se présenter, en fonction des besoins de la FVV le praticien peut l'orienter vers les structures suivantes :

- Orientation vers un autre spécialiste : gynécologue, psychiatre ou psychologue, médecins légistes, infectiologue....
- Orientation vers la police afin de porter plainte, sachant que le signalement de la violence est obligatoire.
- Orientation vers une structure judiciaire : le procureur de la république responsable de la famille
- Orientation vers un avocat (association spécialisée ...)

- Orientation vers des centres d'écoute et d'accompagnement des FVV gérée par les associations féministes
- Orientation vers un lieu d'hébergement urgent relevant de la société civile ou d'une institution étatique.
- Orientation vers une assistante sociale ou une structure d'aide sociale pour une aide financière ou autre
- Orientation vers le délégué à la protection de l'enfance quand un mineur est concerné par la violence directement ou indirectement.

Le professionnel de la santé devrait prendre contact avec les structures en question en cas d'urgence ou de danger menaçant la FVV. Par exemple, en cas de problème d'hébergement, les professionnels de la santé (médecin, sage-femme, assistante sociale...) devraient prendre contact avec les structures d'hébergement disponibles dans la région avant de lâcher la FVV.

### Fiche d'orientation

Une fiche d'orientation préalablement préparée devrait servir pour toute orientation vers une autre structure après accord de la femme victime de violence.

### Accompagnement et suivi

Les structures sanitaires devraient s'organiser pour qu'il y ait un référent stable des femmes victimes de violences qui assure le suivi et l'accompagnement des FVV. Ce référent peut être le médecin traitant, la sage-femme, le psychologue ou tout autre intervenant en fonction des spécificités des structures de soins. Une prise en charge multisectorielle est fortement recommandée afin de garantir les différents besoins de la femme victime de violence pour mettre fin à la violence. Différents secteurs de prise en charge sont impliqués notamment la police, la justice, les affaires sociales ainsi que la société civile qui travaille sur la question.



## Références bibliographiques

### ➤ *Références nationales*

Azouzi A. Violence au sein de la famille .Etude prospective observationnelle épidémiologique et sociodémographique. A propos de 194 cas. Mémoire de fin d'études e mastère spécialisé en médecine d'urgence et de catastrophe. Faculté de Médecine de Tunis. Juillet 2009

Banasr A. Contributions à l'étude médico-légale des violences. A propos de 128 cas colligés au service de Médecine légale de Tunis. Thèse de Doctorat de Médecine. Juillet 2000

Belhadj A, Khiari G, Hachmi Z et al. Les femmes agressées. Enquête dans le service des urgences de l'hôpital Charles Nicolle. Journal Tunisien de Psychiatrie.vol1(1). Janvier 1998.

Bouasker A. Violence conjugale : enquête épidémiologique à propos de 424 cas de femmes consultant dans des centres de soins primaires. Thèse de Doctorat de Médecine. Faculté de Médecine de Tunis. Juillet 2003

Office National de la famille et de la population : enquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes en Tunisie ENVEFT. Tunis 2011

Office National de la famille et de la population : la violence fondée sur le genre en Tunisie : état des lieux.2007

Office National de la famille et de la population. Manuel de référence en santé sexuelle et de la reproduction, 3ème édition.2012/2013

## *Références internationales*

World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.

WHO, UNW, UNFPA. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. Geneva: WHO, 2014. (WHO/RHR/14.26)

CEDAW, General Recommendation No. 19, paragraph 6, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>. 11

CEDAW, General Recommendation No. 19, paragraph 6, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>. 11

Report of the Secretary-General, In-depth study on all forms of violence against women, United Nations, A/61/122/ Add.1, (6 July 2006) paragraphs 111- 112.

Du Mont, Janice and D. White (2007), "The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A Global Review (WHO: Geneva) and see also WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO, 2003.

United Nations 1993, Declaration on the Elimination of all Forms of Violence Against Women, United Nations: Geneva, Article 1.

WHO, UNHCR. (2015). Clinical management of mental, neurological, and substance use conditions in humanitarian emergencies: mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Geneva: Switzerland

WHO and ILO (2007). Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection (2007).

WHO, UNFPA and UNHCR (2004) .Clinical management of rape survivors.

WHO (2003) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.

WHO/Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (2005). Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays.



