



**HAL**  
open science

# Signalement des violences entre partenaires intimes : opinions et considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes, enquête qualitative

Camille Poitoux

## ► To cite this version:

Camille Poitoux. Signalement des violences entre partenaires intimes: opinions et considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes, enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03371924

**HAL Id: dumas-03371924**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03371924>**

Submitted on 9 Oct 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2021

Par **Camille POITOUX**

Née le 23 février 1994 à St Germain en Laye (78)

**Signalement des violences entre partenaires intimes :**

**Opinions et considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes.**

**ENQUETE QUALITATIVE**

Sous la Direction du Docteur Larbi BENALI

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH.....Président du jury  
Monsieur le Professeur Christophe BARTOLI .....Juge  
Madame le Docteur Laurence DAHLEM .....Juge  
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON.....Juge et Rapporteur  
Monsieur le Docteur Larbi BENALI.....Directeur de thèse

## **Remerciements**

### **Merci aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail :**

**Merci au Professeur Jean-Philippe JOSEPH** de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

**Merci au Professeur Christophe BARTOLI** d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Merci au Docteur Emmanuel PROTHON** d'avoir accepté de m'accompagner et de juger mon travail de thèse en tant que rapporteur. Votre relecture et vos conseils avisés ont été précieux dans la rédaction.

**Merci au Docteur Laurence DAHLEM** pour ses conseils précieux lors des séances d'aide à la thèse, d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

**Enfin, merci beaucoup au Docteur Larbi BENALI** de m'avoir guidé tout au long de ce travail avec bienveillance. Votre expérience dans le domaine de la protection des femmes a été très précieuse à notre travail.

### **Merci aux médecins qui ont participé à l'aboutissement de ce travail :**

**Merci aux 18 médecins généralistes qui ont participé à cette étude**, de m'avoir accordé ce temps si précieux, de m'avoir livré vos témoignages avec sincérité et authenticité, ils sont l'essence et le cœur de mon travail. Merci de la confiance accordée et de ce partage d'expérience.

### **Merci aux médecins qui ont participé à ma formation et qui m'ont accompagnée tout au long de mes études**

**Le service de gériatrie de Villeneuve sur Lot**, une incroyable découverte humaine et professionnelle. Marie-Thérèse, David, Mam, Saher et toute l'équipe infirmière, vous m'avez appris la prise en charge de la personne âgée et des soins palliatifs.

**Bérangère**, médecin de Saspas ou amie ? J'espère qu'on gardera ce lien. Merci pour tout ce que tu m'as appris.

**Patricia**, un petit bout de femme pleine d'énergie.

**A Morgane et Albert**, maitres de stage praticiens niveau 1. « Une consultation, c'est comme une pièce de théâtre, tu joues l'acteur dont le patient a besoin ».

Aux personnes bienveillantes croisées sur mon chemin en tant qu'étudiante, puis en tant que médecin remplaçante.

### **Merci à ma famille**

**Mes parents et mes grandes sœurs**, un soutien infailible dans ces drôles d'études. Qui ont pleuré de joie avec moi à la réussite de la PACES, qui ont tremblé lors de chaque session d'examen (et c'est dire qu'il y en a beaucoup), qui ont eu les mots justes pour m'aider à avancer, à rebondir, à progresser et à devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Merci d'être une famille aussi bienveillante et aimante, de m'avoir fait grandir heureuse et en sécurité.

Et un grand merci à mon papa, premier lecteur, relecteur et jury de ma thèse ! Je pourrais mettre ton nom en co-production !

**Ma belle-famille** avec qui je passe de si bons moments et qui m'a apporté son soutien permanent.

### **Merci à mes amis**

**Les « GBC »**, que dire qui tienne en quelques lignes... Depuis la PACES, des fous rires, des vacances, des câlins, une sacrée équipe d'étudiants devenus médecins.

**A Lucile**, la plus belle découverte du Sud-Ouest. Une amie en or.

**Aux « Saints Paulettes »**, pour être toujours là quand il faut, on a chacune pris des chemins différents, mais toute la beauté fait qu'ils se croisent régulièrement.

### **Et Merci à Yoann**

Pour ton amour et ton soutien depuis bientôt 10 ans, tu as traversé les études de médecine avec moi, et le chemin que l'on trace ne fait que commencer !

**“La liberté n'est rien si elle ne respire pas dans le corps et l'esprit de l'homme, de tous les hommes, sans distinction ethnique, religieuse ou géographique.”**

**Tahar Ben Jelloun**

**« Fais de ta vie un rêve, et d'un rêve une réalité »**

**Antoine de Saint Exupéry**

## **Avant-propos**

Le sujet de la protection de la personne, que ce soit femme, homme ou enfant, revêt pour moi une grande importance et a largement expliqué mon investissement dans son approfondissement, pour plus tard le mettre en pratique dans mon cabinet.

J'ai commencé à m'intéresser au sujet de la maltraitance au cours de mes études à la faculté de médecine de Lille. Durant ces années, nous avons reçu des cours par des médecins légistes qui m'ont interpellée par l'ampleur du fléau, mais aussi la difficulté et la lenteur du système à se mobiliser. J'ai par ailleurs assisté à un optionnel appelé « médecine de la femme et de l'enfant » au cours duquel le sujet des maltraitements avait été développé.

J'ai aussi été touchée par un film biographique réalisé par Claude-Michel Rome appelé « l'Emprise », tiré du livre « Acquittée : Je l'ai tué pour ne pas mourir » d'Alexandra Lange, dans lequel on voit les difficultés de cette mère de famille à sortir de ce cercle vicieux de la violence conjugale et les conséquences terribles que la violence peut engendrer (1,2).

Nelson Mandela dans le Rapport Mondial sur la Violence et la Santé réalisé par l'OMS en 2002, parle du « fardeau, moins visible, mais encore plus général, de la souffrance quotidienne individuelle (3). La douleur des enfants maltraités par des personnes qui devraient les protéger ; des femmes blessées ou humiliées par des partenaires violents ; des personnes âgées malmenées par les personnes qui s'occupent d'elles; des jeunes intimidés par d'autres jeunes; des gens de tous âges qui s'infligent des violences. »

## **Table des matières**

Table des matières .....	5
Liste des abréviations .....	7
I. Introduction.....	8
A. La place de la femme dans l’Histoire.....	8
B. Définition des violences entre partenaires intimes (VPI).....	10
1. Typologie de la violence.....	10
2. Le cycle de la violence .....	11
3. L’emprise sur la victime .....	12
4. Les conséquences de la violence .....	13
C. Les VPI, une priorité .....	14
D. Les enjeux du signalement : la loi du 30 juillet 2020.....	16
E. Justification de l’étude .....	19
II. Matériel et Méthode .....	20
A. Description : recherche qualitative par entretiens semi-dirigés .....	20
B. Population étudiée .....	20
1. Recrutement.....	20
2. Critères d’inclusion et d’exclusion .....	20
C. Le recueil des données .....	21
1. L’entretien .....	21
2. L’enregistrement et la retranscription.....	21
D. Analyse des données .....	22
1. Le codage et l’analyse inductive des données .....	22
2. Le classement par thème.....	22
3. La triangulation des données .....	22
E. Confidentialité.....	22
III. Résultats .....	23
A. Résultats généraux.....	23
1. Généralités .....	23
2. Description de l’échantillon.....	23
B. Analyse des verbatims.....	26
1. Expérience des médecins généralistes .....	26

2.	Limites des médecins généralistes.....	31
3.	Pistes d'amélioration .....	35
IV.	Discussion .....	39
A.	Ouverture à d'autres acteurs intervenant dans le signalement .....	39
1.	Mme Rabat : substitut du procureur d'Agen .....	39
2.	Mme Tocoua : chef d'état major adjoint commandant divisionnaire échelon fonctionnel à Bordeaux .....	41
3.	Mme Gaston : planning familial d'Agen.....	41
4.	Appel du 3919 .....	42
B.	Forces et limites de l'étude.....	42
1.	Forces de l'étude.....	42
2.	Limites de l'étude .....	42
C.	Discussion des résultats.....	43
1.	Représentativité de l'étude .....	43
2.	Le rôle des médecins généralistes concernant le dépistage des VPI.....	43
3.	Les barrières des médecins généralistes .....	44
4.	L'importance du signalement des VPI .....	44
5.	Perspectives .....	45
V.	Conclusion.....	46
	Bibliographie.....	47
VI.	Annexes.....	52
A.	Modèle de certificat médical initial (CMI) du CNOM (42).....	52
B.	Courriel de présentation de l'entretien .....	53
C.	Questionnaire épidémiologique.....	54
D.	Guide d'entretien.....	55
E.	Courriel de remerciement.....	57
F.	Violentomètre.....	58
G.	Plaquettes de contacts utiles en Aquitaine .....	59
	Serment d'Hippocrate .....	64
	RESUME.....	65

## Liste des abréviations

CAUVA	Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggression
CCB	Certificat coups et blessures
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CMI	Certificat Médical Initial
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DPC	Développement professionnel continu
HAS	Haute Autorité de Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
ONU	Organisation des Nations Unies
VPI	Violence entre partenaires intimes

## I. Introduction

### A. La place de la femme dans l'Histoire

La place de la femme a fortement évolué au fil des siècles. D'après Philippe Brenot, médecin psychiatre, anthropologue et sexologue, « s'il existait à l'origine une dominance naturelle des mâles héritée de nos racines primates, notamment par l'accès à la nourriture, se met en place la domination masculine qui caractérise (malheureusement) l'ensemble de l'humanité. Cette domination des mâles sur les femelles se mettra progressivement en place entre 1 million d'années et 100000 ans avant J.-C., sans qu'on puisse préciser quand exactement» (4,5).

L'Égypte antique est considérée comme Mère de la civilisation occidentale. C'est une société en avance sur son temps, prônant l'égalité homme-femme, comme on peut l'observer avec Cléopâtre reine d'Égypte en 48 avant J.-C. Les médecins ont acquis un savoir en matière de contraception et de régulation des naissances (6).

Aristote avec « Histoire des animaux » en 343 avant J.-C. annonce que le fœtus masculin se dote d'une âme au bout de 40 jours contre 90 jours pour le fœtus féminin (7).

Par la suite, d'après Benoîte Groult, journaliste et militante féministe, le II<sup>ème</sup> siècle correspond à l'avènement du christianisme et d'une Sainte Trinité très barbue : « Sous les Grecs il y avait une religion assez humaine où il y avait une Déesse mère, ce qui est bien normal : la Terre c'était la fécondité, la mère. Mais notre religion judéo-chrétienne est tout de même assez redoutable pour les femmes, c'est le Père, le Fils, le Saint Esprit ! Il n'y plus trace de femmes... Et la seule femme qu'on voit, ce n'est pas un modèle pour les femmes puisque justement elle a été vierge et mère, ce qui est une impossibilité biologique. Donc la femme est écartée de la divinité. Elle est déjà violentée et opprimée au fond, dans sa nature même.»(8)

Au Moyen-âge, les violences envers les femmes sont devenues une distraction dans la littérature (9,10). Dans un fabliau du XIII<sup>ème</sup> siècle, on peut lire « il n'eut pas à aller loin pour chercher un bâton, car il en avait deux à son chevet » ou encore « de sa rude main il lui appliqua un soufflet » (11).



De sa rude main, il lui appliqua  
un soufflet

L'histoire nous rappelle par la suite la chasse aux sorcières, car le pouvoir féminin inquiétait la société. Le Pape Innocent VIII en 1484 rédige la bulle pontificale autorisant l'inquisition envers les hérétiques (12).

Lors de la Révolution française, Olympe de Gouges, femme de lettres devenue femme politique, une des pionnières du féminisme français, réclame l'égalité entre hommes et femmes dans sa « Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne ». Elle fut guillotinée deux ans plus tard (13).

C'est dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et durant le XX<sup>ème</sup> siècle, que les femmes se sont progressivement émancipées avec de nouveaux droits reconnus aux femmes :

- A partir de 1886, la protection de la maternité est pour la première fois débattue au Parlement avec une loi stipulant que « les femmes en couches ne pourront être employées [...] à aucun travail industriel, pendant quatre semaines après l'accouchement » et en 1909 est votée la loi Engrand qui garantit leur emploi aux femmes en couches (14).
- Selon l'ordonnance du 21 avril 1944, les françaises, avec un retard sur de nombreux pays (la Finlande, l'Allemagne, la Pologne, les Etats-Unis, la République tchèque, le Royaume-Uni, l'Espagne) obtiennent le droit de vote et d'éligibilité (15).
- En 1975, Simone Veil fait autoriser l'IVG suite à une présentation et des débats houleux à l'Assemblée Nationale le 26 novembre 1974 (16). Dans son discours, elle précisa : « Je voudrais tout d'abord vous faire partager une conviction de femme — je m'excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d'hommes : aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame » (17)
- Le 22 juillet 1992, la loi réprime les violences conjugales comme un délit, et la qualité de « conjoint ou concubin » est reconnue comme une circonstance aggravante (18). Ces violences sont passibles du tribunal correctionnel.

Malgré ces progrès, le sujet de l'inégalité entre hommes et femmes est une problématique toujours actuelle, que ce soit au niveau salarial ou sociétal.

Des emblèmes de la lutte contre ces inégalités sont apparus :

- Le 8 mars est devenue « Journée internationale des femmes » lors de la conférence internationale des femmes socialistes en 1910, suite à la proposition de Clara Zetkin, journaliste allemande et députée au Reichstag. Cette journée est officialisée en 1917 avec la grève des ouvrières de Saint Pétersbourg et en 1977 par les Nations Unies (19).
- Le 17 novembre 1999, l'ONU a proclamé le 25 Novembre, « Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes » (20). Cette date rend hommage aux trois sœurs Mirabel, combattantes contre la dictature de Rafael Trujillo en République dominicaine, brutalement assassinées le 25 novembre 1960 (21).

- La campagne du Ruban Blanc « White Ribbon Campaign » fondée au Canada en 1991 par des hommes, suite à l'assassinat de 14 jeunes filles au sein de l'Ecole Polytechnique le 6 décembre 1989 (22).
- C'est en 1992 que la Fédération Nationale Solidarité Femmes crée le service téléphonique national d'écoute « Violence Conjugale – Femmes Info Service ». Ce service est devenu le numéro 3919-Violences Conjugales Info en 2007. L'appel est anonyme et gratuit. Ce n'est cependant pas un numéro d'urgence mais bien un numéro d'écoute. L'objectif est de permettre à la victime d'agir, d'être orientée vers une association spécialisée et de connaître les démarches possibles (23).

### B. Définition des violences entre partenaires intimes (VPI)

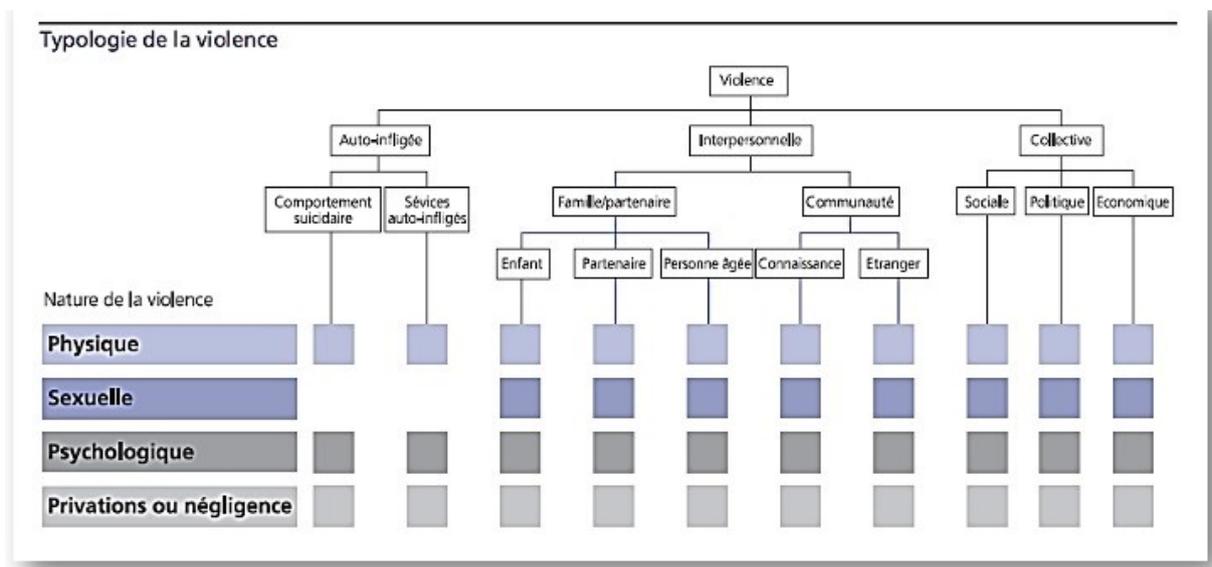
Une action contre les VPI est menée à l'échelle mondiale par l'OMS depuis la publication du Rapport mondial sur la violence et la santé (2002) qui appelait les États à se mobiliser pour endiguer le phénomène de la violence (3). Ce rapport et son application qui devait conduire les Etats à s'engager restent malheureusement d'actualité dix-neuf ans après sa parution.

D'après l'OMS, « on entend par VPI tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation».

#### 1. Typologie de la violence

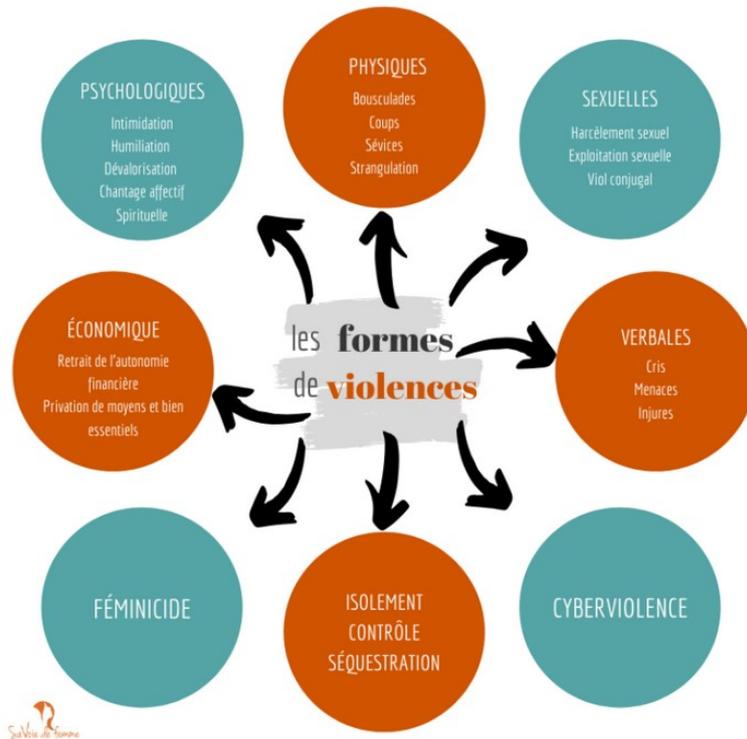
On y découvre les différentes formes de violence entre partenaires intimes, tels que les actes d'agression physique, les violences sexuelles, les violences émotionnelles (psychologiques) et les comportements tyranniques et dominateurs.

L'OMS définit la violence comme une «utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès» (24).



Source image : Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS (P.7)

La violence peut être de différentes natures, comme on peut l'observer ci-dessus. La série horizontale de la figure montre qui est affecté et la série verticale explique en quoi ces personnes sont affectées. Selon la définition de l'OMS, les violences interpersonnelles de type intrafamilial peuvent être physique, sexuelle, psychologique ou encore par privation ou négligence (25,26).



Source image : Sa Voie de Femme

## 2. Le cycle de la violence

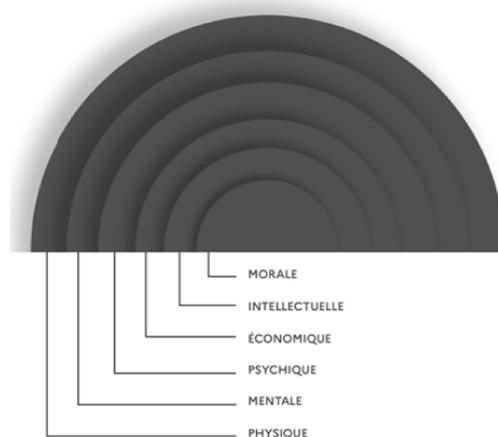
Les VPI entrent dans un engrenage appelé « Cycle de Walker » qui se définit par quatre phases. Du climat de tension avec l'escalade, on passe à l'explosion de la violence et au passage à l'acte, puis à la justification de celle-ci par l'agresseur qui a une tendance à inverser la culpabilité et enfin à une phase d'apaisement durant laquelle les victimes pensent que la violence n'aura plus lieu, que l'on appelle lune de miel ou sursis amoureux (27).

Le couple entre alors dans une spirale avec des cycles de plus en plus rapprochés. Cet enchaînement crée un état de confusion chez la victime, prodrome de l'emprise psychologique qui est le socle de ce cycle. Plus le temps avance et plus les cycles s'enchaînent, plus la phase "lune de miel" a tendance à disparaître. Les épisodes de violence deviennent quotidiens et ordinaires.



### 3. L'emprise sur la victime

La notion d'emprise est centrale dans le cycle de la violence (1,28). L'emprise est une ascendance qui peut être intellectuelle ou morale exercée sur un tiers (29). Elle peut prendre plusieurs formes comme on peut le voir sur le schéma ci-dessous.



Source image : Vade-mecum « Secret médical et violence au sein du couple » (P.36)

L'emprise psychique est favorisée par des comportements autoritaires et agressifs. Elle vise à isoler le partenaire de l'extérieur comme un prédateur éloigne sa proie de tout soutien et de toute aide. Elle engendre une agressivité verbale, physique ou psychologique, une aide exclusive et un isolement de la victime, une atteinte au secret de toutes sortes de correspondances, un isolement ou éloignement.

L'emprise mentale est une mise sous sujétion progressive et intégrée. Elle se compose d'une reconnaissance de frustrations et une infantilisation, un renoncement aux valeurs antérieures, une séparation et une appartenance que l'on fait croire élective mais qui est totalisante, une exploitation et une dépendance et enfin un endoctrinement avec une obéissance inconditionnée.

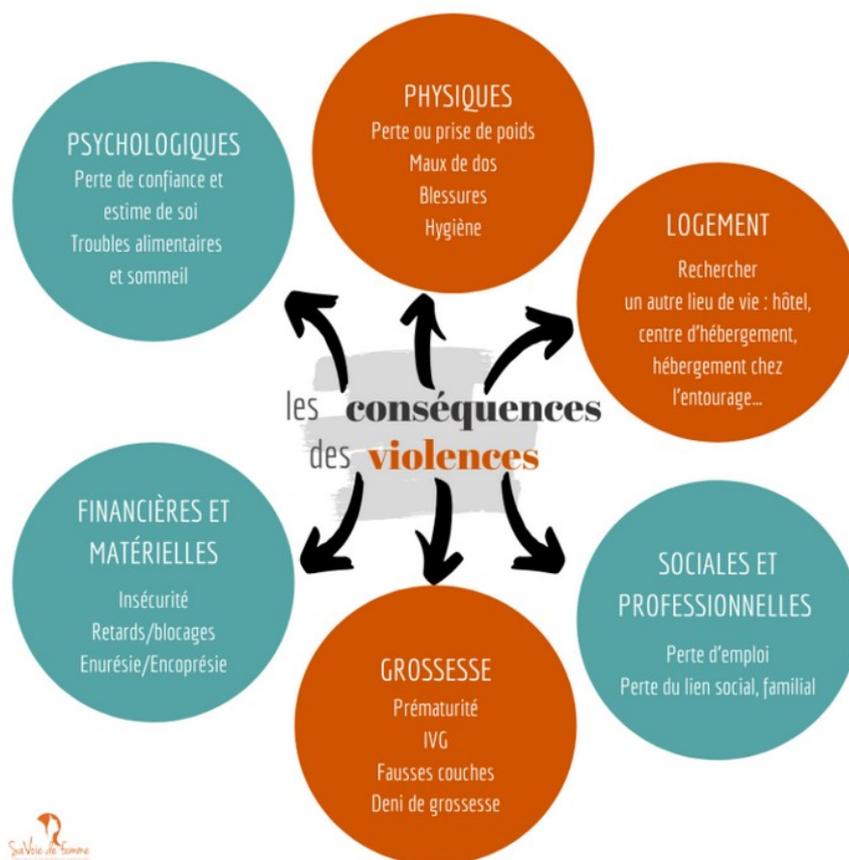
L'emprise affective est un état de dépendance où l'instrumentalisation des sentiments se réalise avec perversion. Le modèle est le même que pour l'emprise mentale.

L'emprise intellectuelle induit un rapport de « maître » à « élève » qui infantilise le partenaire, avec contrôle de la pensée et des activités culturelles.

Enfin, l'emprise économique induit une insécurité et une dépendance que l'on soit précaire ou que l'on soit responsable économiquement de l'autre.

#### 4. Les conséquences de la violence

Ce cycle de la violence avec l'emprise et les différentes formes de violence a des conséquences multiples sur les victimes ainsi que sur leurs enfants qui sont spectateurs ou eux aussi victimes de cette violence (30). Le climat de tension et de peur constant ainsi que les agressions vécues ont des répercussions majeures sur les victimes.



Source image : SaVoie de Femme

Les VPI ont un poids majeur pour notre société sur le plan économique et social allant de la perte d'emploi au blocage des comptes. Elles pèsent également sur les plans de la santé et du bien être au niveau physique (variation de poids, blessures), au niveau psychologique (perte de confiance et d'estime de soi) et lors des grossesses (prématurité, fausses couches, IVG) (31,32). Elles mettent en péril la santé des spectateurs principaux que sont les enfants (33).

La violence conjugale est un fléau de santé publique comme peut l'être une pandémie à l'échelle mondiale remettant en cause nos droits les plus fondamentaux.

### C. Les VPI, une priorité

En 2018, 121 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année et moins d'une victime sur cinq déclare avoir déposé plainte (34).

Le Conseil de l'Europe s'est saisi du problème avec le lancement de plusieurs programmes de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (programme Daphné-Commission Européenne lancé en 2000, et la Convention d'Istanbul en 2018) (35).

Les VPI sont devenues ces dernières années en France une priorité gouvernementale. Impulsé par Marlène Schiappa et lancé le 3 septembre 2019 par le Premier Ministre, le Grenelle contre

les violences conjugales se traduit par un ensemble de 10 mesures d'urgence et de 30 autres mesures qui visent à éradiquer ce fléau de santé publique (36).

Parmi les 10 mesures d'urgence, on retient :

- le développement de la notoriété et des appels au 3919 déjà mis en œuvre (avant le Grenelle le 3919 recevait 150 appels/jour, il en reçoit désormais 600/jour), la mise à l'abri des victimes, l'accueil des victimes lors des plaintes ainsi que la facilité à réaliser ses plaintes (coordination police/gendarmerie et hôpitaux) (23),
- la protection de la victime en empêchant l'auteur des violences de s'approcher ; pour cela un bracelet anti-rapprochement a été déployé sur le territoire (37),
- la création des « chambres de l'urgence » en cours d'expérimentation afin de juger plus rapidement et plus efficacement l'auteur des actes.

Concernant les 30 nouvelles mesures, de grands chapitres ont été créés :

- la prévention des violences par l'éducation à la non-violence et à l'égalité entre les filles et les garçons impliquant la formation initiale et continue obligatoire à destination des personnels de l'éducation nationale, diagnostic annuel sur l'égalité filles-garçons en milieu scolaire, création d'un document de signalement des violences intrafamiliales ;
- la libération de la parole des victimes pour favoriser la révélation des violences impliquant la création d'un numéro d'écoute (3919), la levée du secret médical en cas de danger immédiat pour les professionnels de santé, la création d'un outil pour évaluer la dangerosité des violences et d'orienter les victimes vers une prise en charge adaptée ;
- la protection des victimes dès le dépôt de plainte impliquant la création de postes d'intervenants sociaux dans les commissariats et les gendarmeries, distribution d'un document d'information dans les locaux, formation à l'accueil des victimes ;
- une prise en charge médico-sociale renforcée des femmes victimes de violences ;
- une justice plus protectrice des femmes victimes de violences par l'interdiction de la médiation pénale et de la médiation familiale devant le juge aux affaires familiales en cas de violence conjugale en effet, il ne peut y avoir égalité entre les parties si l'une d'entre elles est sous emprise, et par l'assistance d'un avocat ;
- une prise en compte de l'impact des violences conjugales sur les enfants et sur les liens familiaux. En effet, 80% des femmes victimes de violences conjugales sont mères, 21 enfants ont trouvé la mort dans un contexte de violences conjugales et 82 sont restés orphelins de l'un des deux parents ou des deux en 2018 ;
- un suivi et une prise en charge des auteurs pour traiter le problème des violences conjugales dans sa globalité et mieux prévenir le risque de récurrence afin d'évaluer la

dangérosité criminologique ou renforcer le suivi psychologique et/ou psychiatrique de ceux-ci. Plus largement il s'agit de mieux connaître les profils socio-démographiques des auteurs ;

- protéger les femmes victimes de violences, y compris au travail ;
- protéger les femmes victimes de violences en situation de handicap.

Au final, pour lutter contre ce fléau, l'Etat consacre plus d'1 milliard d'euros à l'égalité entre les femmes et les hommes et dans ce milliard, plus de 360 millions d'euros sont dédiés à la lutte contre les violences faites aux femmes.

En effet, les actions engagées aux niveaux national et international ont mis en évidence un constat partagé : tenter d'éradiquer l'emprise que subissent ces femmes et favoriser tout moyen qui permettra la révélation de ces violences et empêcher le silence qui gravite autour de ces victimes. C'est en ce sens que dans le cadre du Grenelle, une proposition de dérogation au secret médical par les professionnels de santé a été émise.

#### D. Les enjeux du signalement : la loi du 30 juillet 2020

Les médecins, et plus spécifiquement les médecins généralistes, ont un rôle central dans la lutte contre ces violences qui a été récemment renforcé. Les médecins généralistes représentent la médecine de premier recours, ils sont les premiers contactés pour soucis de santé.

La députée Mme Béragère Couillard a déposé une proposition de loi le 3 décembre 2019, que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a acté le 13 décembre 2019, en soutenant une évolution de l'article 226-14 du Code pénal concernant la faculté de dénoncer ce type de violence sous forme de signalement aux autorités judiciaires sous certaines conditions et ce, même en cas de refus de la victime (38). Par la suite, l'adoption du texte de loi en première lecture à l'Assemblée Nationale le 29 janvier 2020 et au Sénat le 10 juin 2020, a permis une validation par la commission mixte paritaire (CMP) le 9 juillet 2020. Le Parlement a définitivement adopté la proposition de loi le 21 juillet 2020 (39).

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

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

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Source : Légifrance.gouv.fr

L'article 226-14 du code pénal modifié permet aux professionnels de santé de lever le secret médical si deux conditions sont réunies :

- Si les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat

ET

- Si la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.

Cependant le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure pour réaliser le signalement auprès du procureur de la République. En cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit informer le patient de la transmission des informations au procureur. La loi ne crée pas une obligation de signalement, mais elle permet de le faire sans risque de violation du secret auquel les professionnels de santé sont tenus.

Il est donc objectivé que le médecin généraliste a un rôle sentinelle dans la détection de ces situations de violence avec un élargissement de ses moyens de révélation.

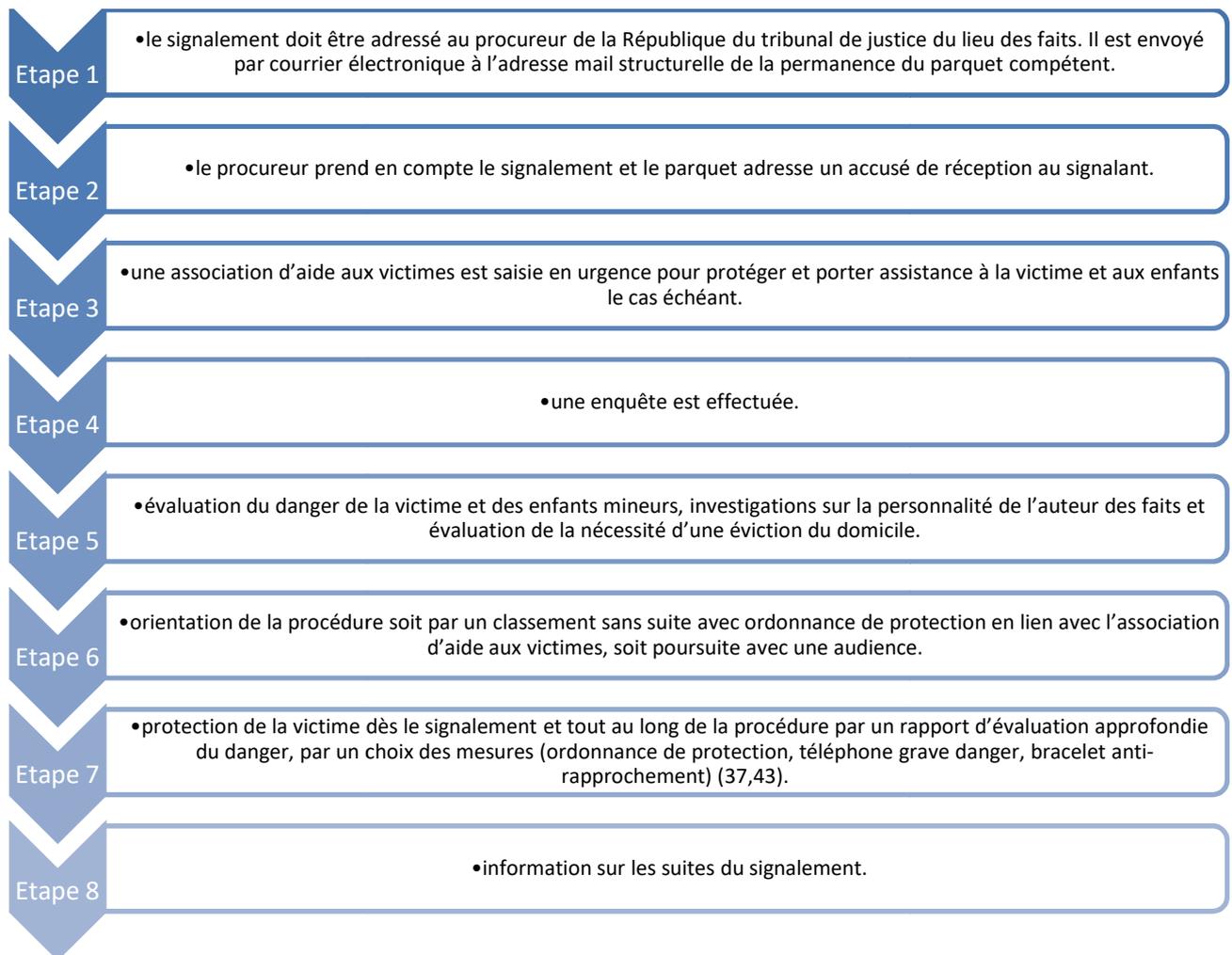
Le vade-mecum « *secret médical et violences au sein du couple* » qui est un guide ou aide-mémoire réalisé par le ministère de la justice en partenariat avec l'Ordre des médecins et la HAS, explique et développe les démarches de signalement (29). Il a été diffusé dans la newsletter du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) le 14 octobre 2020.

Les indices et facteurs de risques permettant d'identifier ou d'envisager un danger immédiat ou imminent sont les blessures liées à des sévices ou mauvais traitement, un couple en période de séparation, un état dépressif, la patiente enceinte ou en couches, les addictions, les détenteurs d'armes, les pathologies psychiatriques, la connaissance du comportement violent du partenaire, le chantage au suicide et enfin les menaces de mort.

Afin de détecter ces VPI, un ensemble de questions peuvent être posées (40). Par exemple, concernant le danger, on peut demander si la victime a déjà été empêchée de sortir de chez elle, ou encore, si elle fait état d'une multiplicité de violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques) et/ou d'une augmentation de la fréquence de ces dernières. Pour ce qui est de l'emprise : est-ce que la victime se considère sous surveillance permanente ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc...? Est ce que la victime dispose librement de son temps ? Ou aborder l'existence d'un contexte de chantage au suicide. La notion de dépendance économique devra être également précisée.

Le signalement réalisé par les médecins prend la forme d'un document comportant un certificat médical initial (CMI) qui doit être adressé au procureur de la République (41,42). Un exemple de CMI créé par le CNOM est en annexe A. Le signalement judiciaire est soumis à des règles rédactionnelles. Il faut être prudent dans le recueil des faits et doléances de la victime en les notant dans leur ensemble entre guillemets sans porter aucun jugement ni interprétation. L'examen clinique doit, lui, être le plus exhaustif possible sur l'état physique et psychique de la victime.

Le circuit juridictionnel se déroule en 8 étapes :



Le site internet du CNOM comporte des aides au signalement des violences conjugales dont le vade-mecum et un numéro de contact de l'Ordre (43).

Les CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) de la Gironde, du Lot-et-Garonne et des Landes proposent sur leurs sites des exemples de signalement et de CMI. En revanche, la Dordogne et les Pyrénées-Atlantiques ne parlent pas des violences ni du signalement.

#### E. Justification de l'étude

Les thèses d'exercice réalisées jusqu'à présent montrent des lacunes dans la formation des médecins généralistes à la détection (ciblée ou systématique) et à la prise en charge médico-légale des violences, ainsi que des difficultés à appréhender seul ces situations complexes (peur de la réaction de la victime, méconnaissance du réseau d'intervenants, difficultés dans la rédaction du certificat médical initial (CMI)) (44–47).

Par ces actes, et avec des outils performants, les soignants tiennent une place essentielle dans la mobilisation contre ce fléau. La loi qui autorise le signalement trouve sa cohérence dès lors que tout professionnel de santé peut le réaliser (médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes...), de sorte que le premier témoin de cette violence en fasse la déclaration s'il le juge nécessaire. Les médecins de garde, des urgences ou appartenant à SOS médecin, sont probablement plus amenés à rencontrer les situations de violence urgente que les médecins généralistes qui voient et peuvent détecter les violences chroniques qui perdurent.

Le médecin généraliste a un rôle sentinelle dans la prévention et la détection des violences entre partenaires intimes. Il est l'une des clés de la lutte contre ces violences et il est aujourd'hui en possession d'outils comme le signalement au procureur de la République qui peuvent lui permettre d'agir efficacement.

Quel est le degré de connaissance des médecins généralistes, concernant l'utilisation du signalement judiciaire en dérogeant au secret médical dans le cadre des VPI, et les outils d'aide au signalement ?

## II. Matériel et Méthode

### A. Description : recherche qualitative par entretiens semi-dirigés

La finalité de notre travail était de faire un état des lieux des connaissances, opinions, considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes concernant le signalement des VPI. L'étude a pour objectif secondaire d'avoir un impact sur le développement du signalement au niveau du territoire et sur son utilisation par les médecins généralistes pour les majeurs en situation de danger imminent ou immédiat.

Dans un premier temps, nous avons opté pour une enquête quantitative par questionnaires adressés aux médecins généralistes avec des questions ouvertes. Cependant, après avoir étudié la faisabilité et le niveau de pertinence de ce type d'enquête, il nous est apparu plus contributif de réaliser une enquête qualitative malgré également d'autres limites que nous aborderons secondairement.

La méthode qualitative laisse de la place aux émotions et à l'analyse du non verbal. Les entretiens permettent d'ouvrir la discussion et de poser des questions ouvertes, ciblées sur l'objectif d'étude. L'étude a été construite en suivant la grille de qualité COREQ-32 (48).

Nous avons réalisé un recueil de données par des entretiens individuels semi-dirigés plutôt que par focus group. L'entretien individuel laisse la possibilité aux médecins de se livrer entièrement et en toute confiance et confidentialité. Les focus group auraient pu, dans cette situation, inhiber l'expression des sentiments.

La création d'un guide d'entretien individuel semi-directif articule la discussion et oriente les questions autour d'un axe de recherche.

### B. Population étudiée

#### 1. Recrutement

Le recrutement des médecins généralistes a été fait de manière aléatoire en tirant au sort dix à quinze médecins de la liste AMELI de chaque département d'ancienne Aquitaine (Gironde, Lot-et-Garonne, Landes, Dordogne, Pyrénées-Atlantiques). Nous avons ensuite procédé à un appel de leur secrétariat afin d'obtenir les adresses mail des médecins pour leur expliquer mon projet (Annexe B).

Les prises de rendez-vous ont été faites par mail ou téléphone, en accord avec le médecin.

#### 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être inclus dans l'étude, il fallait être docteur en médecine en Aquitaine, pratiquant la médecine générale, et être volontaire pour participer à l'enquête.

Les critères d'exclusion étaient le fait d'être médecin généraliste retraité, ne pas exercer en Aquitaine, être un médecin d'une autre spécialité, et ne plus exercer la médecine générale.

Les variables sont le sexe, l'âge, le lieu d'installation (urbain, rural, semi-rural), le nombre d'années d'expérience.

## C. Le recueil des données

### 1. L'entretien

Au vu du contexte de pandémie, il a été préférable de réaliser des entretiens téléphoniques. Ils ont été effectués avec l'aide d'un questionnaire d'épidémiologie et d'un guide préparé au préalable (Annexes C et D).

Au préalable, il avait été réalisé un questionnaire d'épidémiologie ainsi qu'un canevas d'entretien. Celui-ci est le fruit du travail de recherche bibliographique sur les notions inconnues jusqu'à présent concernant les médecins généralistes d'Aquitaine. Il a été préparé avec l'aide de mon directeur de thèse.

Le canevas se compose de trois parties :

- une courte présentation de ma thèse avec rappel des règles de l'interview afin d'instaurer une relation de confiance dans le dialogue (anonymisation, aucun jugement, enregistrement audio)
- la deuxième partie comprend les questions ouvertes qui ont pour but de lancer la discussion. Les thèmes sont les suivants : les VPI en consultation, le médecin et l'arsenal législatif, les outils du médecin, la formation aux VPI, le vade-mecum.
- enfin les remerciements avec quelques aides à la pratique.

Le guide a évolué au cours des entretiens, afin que les questions et la discussion répondent au plus juste aux objectifs de la recherche.

En fin d'interview, nous avons envoyé aux médecins un courriel de remerciement, comprenant le vade-mecum « *secret médical et violences au sein du couple* » ainsi que les liens internet et numéros utiles dans le contexte des VPI. Ce courriel a plusieurs objectifs, faire découvrir aux médecins généralistes d'Aquitaine la loi concernant le signalement avec le contenu du signalement, les sites internet d'aide ainsi que le numéro national (Annexe E)

### 2. L'enregistrement et la retranscription

Lors des appels téléphoniques, il a été procédé à un enregistrement intégral des données à l'aide d'un dictaphone numérique de type Olympus VN-711PC.

Nous avons ensuite retranscrit en version écrite manuellement, mot à mot, de manière intégrale, anonyme et confidentielle, l'ensemble des entretiens sur des documents Word de Microsoft®.

Les entretiens sont anonymisés et décrits de E1 à E18 en ordre chronologique de réalisation. Les informations démographiques, la date et la durée de l'entretien sont également notés pour comprendre le contexte au moment du codage.

Les retranscriptions n'ont pas été intégrés au manuscrit de thèse afin de ne pas en alourdir le contenu.

## D. Analyse des données

### 1. Le codage et l'analyse inductive des données

L'analyse des données qualitatives des entretiens aussi appelée codage s'est faite à l'aide du logiciel Nvivo de QSR International®. L'ensemble des entretiens a été entièrement double-codé par Lucile Garra (thésarde et amie).

La méthode par théorisation ancrée ou Grounded Theory Method a été utilisée pour l'analyse des entretiens. La finalité est d'élaborer une théorie sur des phénomènes observés.

### 2. Le classement par thème

Les grands thèmes de travail ont été extraits de la bibliographie et du canevas d'entretien pour obtenir une première structure d'analyse. Ensuite, les verbatims ont été codés par tronçons de phrases afin d'organiser les résultats en thèmes et sous-thèmes. Une unité de sens pouvant appartenir à plusieurs thèmes.

Le plan a été construit au fur et à mesure de l'analyse (ouvert, thématique et sélectif). Le codage ouvert ou transversal permet d'identifier les caractéristiques ou propriétés attribuées au thème, le codage thématique ou axial permet d'assembler et d'articuler les thèmes et sous-thèmes, enfin le codage sélectif consiste à évaluer la capacité des différentes caractéristiques à répondre à la question de recherche.

### 3. La triangulation des données

Dix des dix-huit entretiens ont été analysés par Lucile Garra afin de trianguler les résultats. Nous nous sommes entretenus pour croiser nos analyses, superposer les codages et obtenir une version commune. Cette triangulation au fil de l'eau a permis d'ajuster les questions du canevas d'entretien.

Le recueil de données a été arrêté après avoir obtenu une suffisance théorique des codes.

## E. Confidentialité

Lors du premier courriel, puis au début de chaque entretien, nous avons demandé un consentement oral à chacun des médecins pour la réalisation de ces entretiens. Ils m'ont tous autorisée à enregistrer par dictaphone les interviews et par la suite à utiliser ces données afin d'en extraire toutes les pistes de réflexions possibles.

Nous avons réalisé l'ensemble des entretiens et des retranscriptions, il n'y a donc pas eu de rupture de la confidentialité.

### III. Résultats

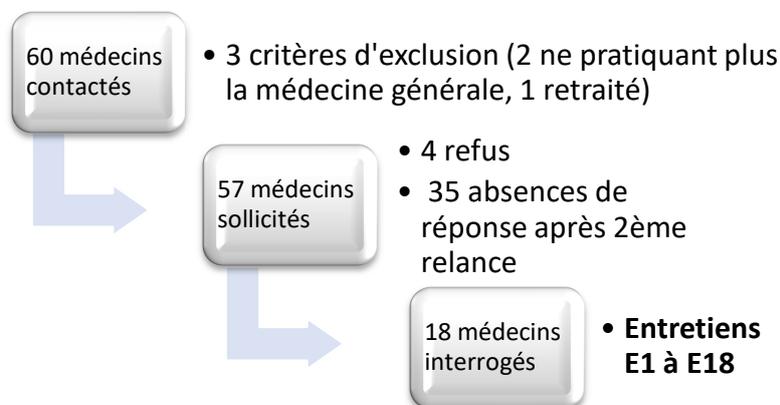
#### A. Résultats généraux

##### 1. Généralités

J'ai réalisé 18 entretiens téléphoniques au total, après avoir contacté 60 médecins/secrétariats médicaux.

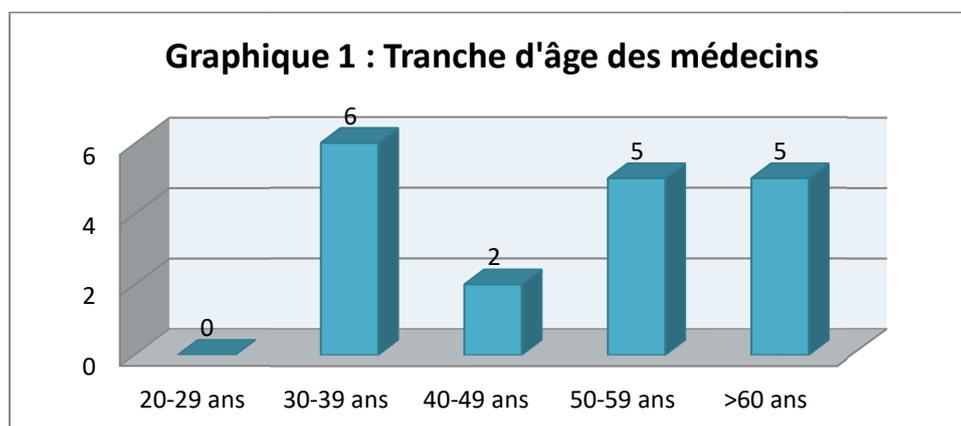
3 médecins ont été exclus de cette étude car ils ne pratiquaient plus la médecine générale, 4 ont refusé d'y participer et 35 n'ont pas répondu après un 2<sup>ème</sup> mail de relance.

Les entretiens ont été menés du 20 novembre 2020 au 28 janvier 2021.

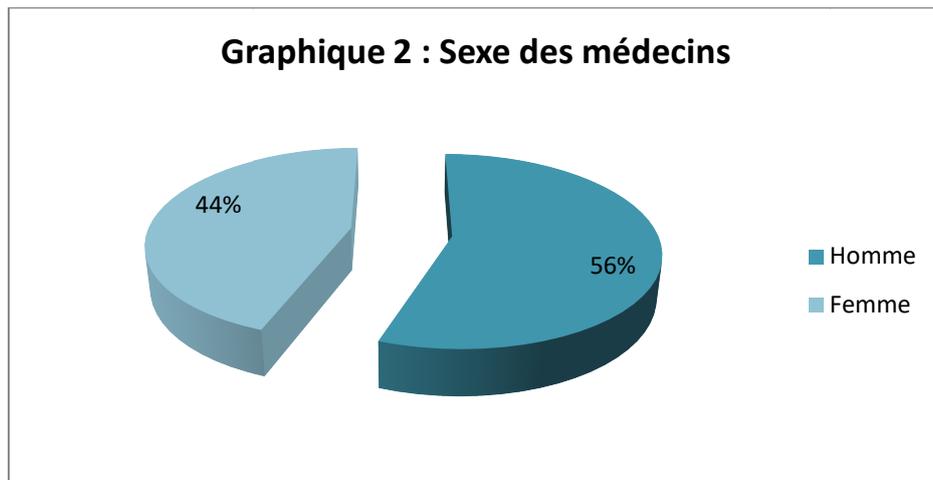


##### 2. Description de l'échantillon

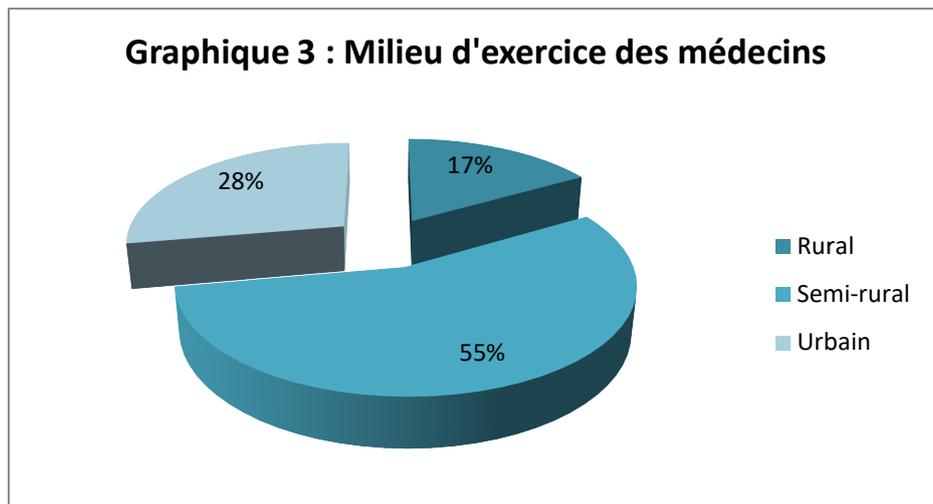
La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 49,8 ans [32 ; 69]. On peut expliquer le faible taux de médecins dans la tranche d'âge 40-49 ans par le fait que la sélection des médecins a été aléatoire par le site Ameli, mais aussi parce que certains départements d'Aquitaine ont des médecins plutôt confirmés ou seniors. Par ailleurs, les moins de 30 ans sont rarement installés.



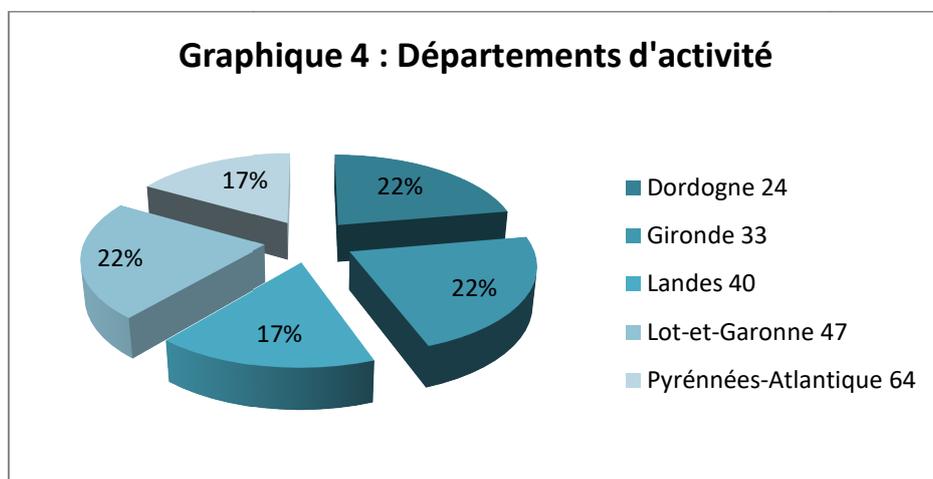
La répartition des sexes dans l'étude est de 44% de femmes et de 56% d'hommes.



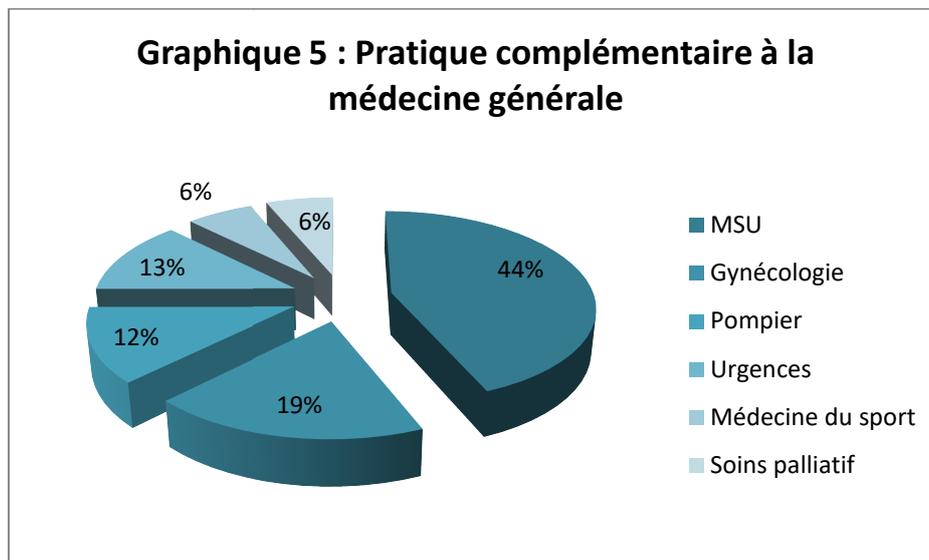
La majorité des médecins interrogés exercent en semi-rural, un tiers exercent en urbain et seulement un cinquième exercent en rural.



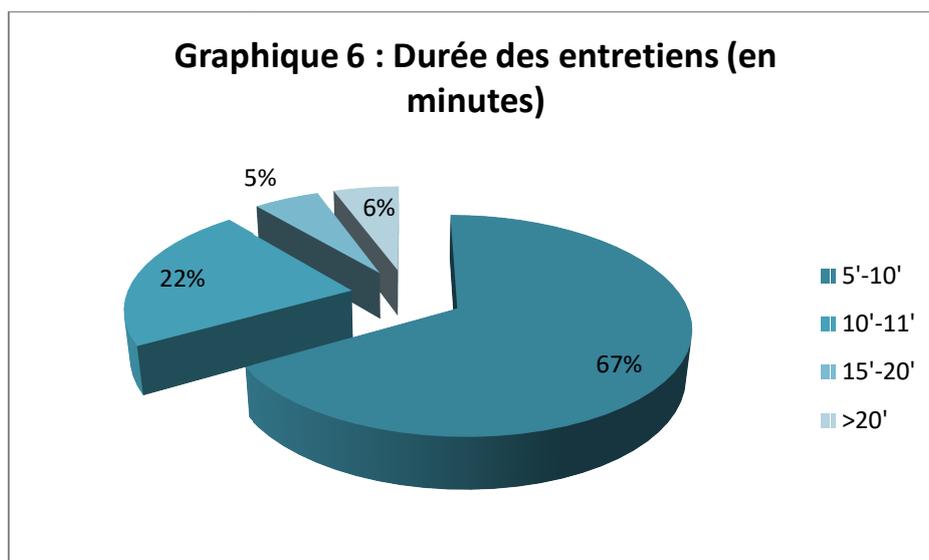
J'ai réalisé en Dordogne, en Gironde et dans le Lot-et-Garonne 4 entretiens par département et 3 entretiens par département avec des médecins des Landes et des Pyrénées-Atlantiques.



44% des médecins interrogés sont maitres de stage universitaire (MSU), et 19% pratiquent la gynécologie en cabinet.

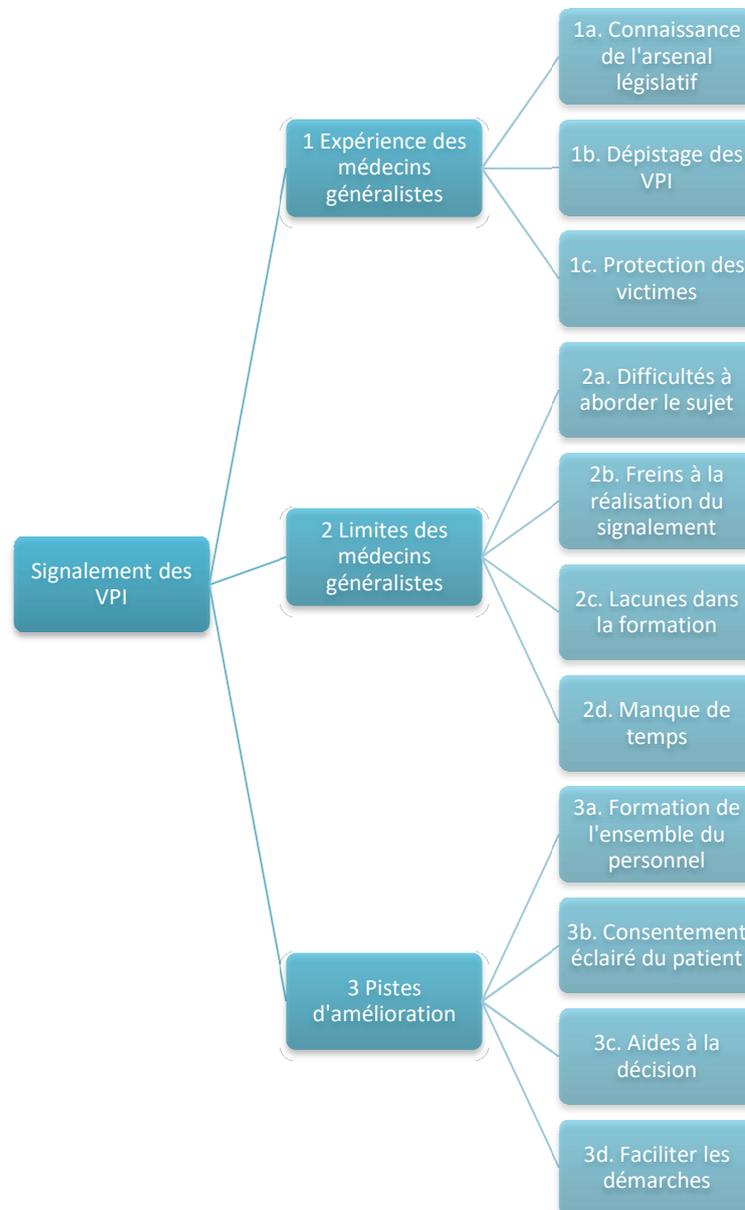


Les entretiens ont duré entre 5'56'' et 24'06'', pour une moyenne de 10 minutes et 11 secondes.



## B. Analyse des verbatims

L'analyse des entretiens en double-codage a mis en exergue trois grands thèmes décrits dans le schéma suivant : l'expérience des médecins généralistes dans le signalement, les limites dans leur pratique, et les pistes d'amélioration. Ces problématiques sont elles-mêmes divisées en sous-parties.



### 1. Expérience des médecins généralistes

Nous avons regroupé en 3 sous-thèmes :

- le niveau de connaissance de l'arsenal législatif et du vade-mecum,
- le dépistage des violences de manière contextuel ou systématique,
- les différentes possibilités pour protéger les victimes de violences (conseiller, rédiger un CMI, réaliser un signalement, adresser aux urgences ou au CAUVA (centre d'accueil d'urgences des victimes d'agressions), comparer aux maltraitances infantiles).

### a) Connaissance de l'arsenal législatif

- Connaissance de la loi par les médecins

12 médecins sur les 18 interrogés **ont dit connaître la loi concernant le signalement des VPI** par les médecins généralistes. **M18**, « *Vous dire que je la connais c'est grand, mais par contre j'ai vu effectivement il n'y a pas très longtemps sur Youtube, un petit film d'une responsable du conseil de l'ordre national et qui parlait de cette loi* ». **M4**, « *j'en ai entendu parler mais je ne me suis pas renseignée exactement sur ce qu'elle comportait. Mais j'en avais entendu parler, mais je ne savais pas exactement quand elle passait et vraiment les conditions. Je savais qu'il y avait une loi qui allait passer pour lever le secret médical dans cette situation-là* ».

En opposition, 6 médecins **n'ont pas entendu parler de cette loi** avant l'entretien. **M13**, « *Alors, pas du tout, pour moi c'était, ça continuait à être comme avant [...], pour le coup je me coucherai moins bête ce soir, merci de me donner l'info, parce que je n'étais pas au courant* ». **M6**, « *Je ne savais pas qu'il y avait cette loi qui était récemment passée* ».

Même si les médecins ne connaissent pas tous la loi, ils y sont **dans l'ensemble favorables** après explications. **M15**, « *Je trouve ça très bien, parce que je pense qu'il y a beaucoup de violence, euh, chez les femmes il doit y en avoir aussi chez les hommes, mais je veux dire il y a beaucoup de violence conjugale et il faut effectivement pouvoir les repérer et avoir un moyen de.... nan c'est très bien. C'est pour ça que je voulais soutenir votre thèse* ». **M16**, « *Oui oui, je pense que c'est une bonne chose, parce qu'il faut clairement être dans l'action dans des situations comme ça où on est bien trop passif, sans aller jusqu'à complice mais voilà, au moins par une action on sait très bien qu'il n'y a rien qu'il se passe, donc il faut qu'il y ait des actes forts qui soient pris pour que les choses avancent. Donc oui bien sûr, il faut pouvoir je pense, quand ça se justifie, pouvoir le signaler* ».

- Le **vade-mecum inconnu** des médecins

Ce guide ou aide-mémoire écrit par le ministère de la justice en partenariat avec la HAS et l'Ordre des médecins est inconnu des médecins interrogés. A la question, avez-vous eu connaissance du vade-mecum, ils m'ont tous répondu par la négative.

### b) Dépistage des VPI

- La majorité des médecins font un **dépistage contextuel** des VPI. Ils s'interrogent lorsqu'ils ont un point d'appel (physique ou verbal).

**M1** « *je ne l'aborde que si j'ai un point d'appel, je ne pense pas que ça me vient à l'esprit si je n'ai pas de point d'appel* », **M7** « *quand j'ai quelque chose qui peut m'alerter* », **M16** « *Je l'aborde, oui ça m'arrive de l'aborder quand j'ai des patientes qui se plaignent que le mari peut être parfois agressif, parfois, ou elles peuvent vider leur sac* ».

- Certains médecins abordent le sujet des VPI de manière **systématique**, lors de l'interrogatoire initial avec le patient.

**M18**, « *mais c'est quand j'ai une nouvelle consultation, un nouveau patient je veux dire, à la première consultation on établit le profil avec tous les antécédents, et je leur demande s'ils ont subi des violences physiques, sexuelles ou psychologiques* ». **M9**, « *à tendance systématique pour toute nouvelle patiente je pose la question.* »

c) *Protection des victimes*

○ **Informations et conseils** aux patients

Lorsque les médecins ont une situation de violence, ils essaient de conseiller la victime et de lui donner des informations sur les démarches possibles et sur son statut de victime de violence qui n'est en rien coupable de ce qu'elle subit. **M13**, « *ça a été plusieurs fois des gens, enfin des femmes surtout qui m'ont rapporté qu'elles étaient un peu secouées par leur mari, donc là ça a été, oui soit adresser à des associations, soit leur dire de se protéger, de s'isoler, de partir, enfin bon des conseils et des asso quoi* ».

○ **Rédaction du CMI**

La première démarche réalisée par les médecins généralistes est la rédaction du certificat médical initial, important pour le dépôt de plainte. **M10**, « *plusieurs femmes qui sont venues pour des certificats de coups et blessures dans le cadre de violences conjugales* ». **M16** « *Donc récemment ça m'est arrivé de faire des certificats et d'amener ensuite à porter plainte ou des choses comme ça* ».

○ **Signalement des VPI**

Les médecins peuvent depuis 2020 signaler les VPI au procureur de la République. Un seul des dix-huit médecins interrogés avait réalisé un signalement dans le cadre des violences conjugales. Ils se sentent cependant prêts à faire le signalement en cas de danger imminent ou de gravité des faits, en faisant preuve de bon sens pour protéger leurs patients. La difficulté qu'ils rencontrent est le refus du patient que le médecin fasse ce signalement.

- Réalisation par le médecin du **signalement des VPI** au procureur de la République par un seul des médecins interrogés.

**M7**, « *une femme que j'avais vu une première fois pour une perforation tympanique, à qui j'avais fait un certificat de coup et blessure (CCB), et qui n'était pas allée porter plainte. Et que j'avais vu ensuite pour un 2ème CCB, j'avais refait un certificat, elle m'avait dit je vais porter plainte. C'était il y a quelque temps. Elle n'avait de nouveau pas porté plainte, et je l'avais vu une troisième fois, visiblement elle m'a dit qu'elle s'était blessée toute seule, c'était un coup de couteau, donc là moi, personnellement j'avais alerté directement le proc* ».

- Les médecins seraient prêts à signaler **en cas de danger imminent ou de gravité des faits**

**M13**, « *mais après la aussi c'est toujours pareil, c'est une question de bon sens, entre déroger au secret médical et protéger quelqu'un, je crois qu'il faut déroger au secret médical* ». **M5**, « *la seule chose c'est que si on juge utile de faire un signalement on le fait* ».

- **Refus du patient** que le médecin fasse un signalement

**M3**, « une jeune nana qui manifestement avait un œil au beurre noir, et l'œil au beurre noir était la glissade dans la douche qui ne peut pas en être une et pareil elle ne voulait absolument pas qu'on fasse quoique ce soit ». **M10**, « Vraiment avec une peur de porter plainte, un refus, donc elle je l'ai informée de ses droits comme à chaque fois, du numéro de la plateforme et surtout du numéro des femmes battues [...]. Et la dernière fois que je l'ai vu cette dame, je lui ai dit ' mais vous savez on va peut-être être obligé de le faire à votre place ' et elle était dans la supplication de ne pas le faire ».

- Adresser le patient aux **urgences** ou sur le CHU de Bordeaux au **CAUVA**

Dans des situations de violence, certains médecins préfère laisser la main aux urgences ou au CAUVA spécialisé dans les violences et ayant plus facilement les contacts ressources. **M13**, « Je l'ai adressé directement aux urgences à l'hôpital, pour que le problème se gère de façon un peu plus complète et de façon générale ». **M9**, « En zone urbaine j'adresserai probablement au CAUVA ».

- Comparaison aux **autres maltraitances**

De nombreux médecins ont cité les violences infantiles pour me décrire les démarches réalisées ou qu'ils réaliseraient en cas de violences conjugales. **M18**, « alors après c'est toujours, j'ai dû faire 2 fois un signalement pour des enfants, et à chaque fois c'est merde ». **M10** « J'ai fait ça il y a 2 mois, pour une mineure de 8 ans ».

### **Une pratique inégale du signalement par les médecins généralistes :**

Un tiers des médecins interrogés n'a pas connaissance de la loi concernant le signalement des violences. Mais, après présentation du contenu de la réforme, l'ensemble des médecins est favorable à la pratique du signalement.

### **Une pratique du dépistage également hétérogène :**

La majorité des médecins réalise un dépistage contextuel des VPI lorsqu'ils ont un signe d'appel ou une demande précise. Mais seulement deux des médecins réalisent un dépistage systématique lors du premier entretien avec le patient.

### **Une pédagogie nécessaire vers les médecins généralistes :**

Un seul des médecins interrogés a déjà réalisé un signalement. Cette faible pratique s'explique par 2 phénomènes : une méconnaissance des textes (modifiés récemment) et des démarches qui en découlent ; parfois un refus du signalement par les patients qui peut mettre le médecin en difficulté.

Pour améliorer la protection des victimes, les généralistes doivent davantage utiliser les informations et conseils mis à leur disposition concernant par exemple la rédaction d'un CMI ou l'orientation vers un dépôt de plainte, mais aussi la collaboration avec les urgences ou avec le CAUVA à Bordeaux.

Les médecins se disent prêts à signaler en cas de danger imminent ou la crainte des faits. L'étape qui doit aujourd'hui être franchie est la formation des médecins à ce nouveau domaine.

## 2. Limites des médecins généralistes

Malgré leur expérience, les médecins présentent néanmoins des limites pour la réalisation du signalement. La première est la difficulté à aborder le sujet, la seconde les freins à la réalisation du signalement, la troisième le manque de formation et enfin le manque de temps.

### a) Difficultés à aborder le sujet

- Les médecins se sentent **submergés par les informations**

Par la multiplication des sources, internet-journaux-magazines-mails, les médecins ne savent plus où trouver les informations pour questionner efficacement le patient et potentiellement réaliser le signalement. **M7**, « *trop d'infos tue l'info* ». **M18**, « *Le problème c'est que des sources d'infos on en a au taquet, et il faut savoir les ranger, les mettre au bon endroit, pour les trouver quand on en a besoin* ».

- Ils trouvent que le **sujet des VPI n'est pas évoqué** si le patient ne présente pas lui-même le problème

Les médecins ont des difficultés à introduire ce sujet, caractérisé de tabou, si les patients, eux-mêmes ne l'évoquent pas. **M6**, « *Alors, je pense que je n'y pense pas, parce que les gens que j'ai en face de moi ne me font pas suspecter ce genre de chose, mais sans doute à tort, peut-être* ». **M8**, « *c'est très difficile d'aborder ce genre de problème si le patient n'en parle pas* ».

- Ils ont la **sensation d'être aveuglé par l'impression de connaître leurs patients**

Par les consultations répétées, les généralistes ont la sensation de connaître leurs patients et leurs vies, mais soit le médecin peut avoir un « *voile devant les yeux* », soit le patient peut dévoiler uniquement les informations qu'il souhaite révéler. **M18**, « *On est un peu aveuglé aussi, pour certaine chose, et notamment pour ça. Et on ne se rend pas forcément compte. Je le vois quand je vois des gens, et que je m'aperçois que ça fait 6 mois qu'ils sont séparés et que ça ne se passait pas très bien, alors que moi j'avais l'impression que c'était un couple assez uni, et là boum, donc on se rend compte qu'on n'a aucune idée de ce qu'il se passe à la maison.* »

### b) Freins à la réalisation du signalement

- Sentiment **d'inaction de la justice**

L'un des premiers freins à la réalisation du signalement est la sensation que la justice ne sera pas assez efficace pour protéger le patient, le mettre à l'abri. **M7**, « *alors il s'était passé qu'il y a eu 3 semaines entre le signalement au procureur et qu'il se passe quelque chose, et que dans ces 3 semaines la patiente a été hospitalisée des blessures très lourdes* ». **M8**, « *Et puis peut-être faire en sorte aussi que le signalement qui est fait au procureur ne mette pas x jour à redescendre vers les forces gendarmerie* ».

- Solutions de secours pour les patients pour sortir de **l'emprise financière**

Les médecins ont peur de mettre leurs patients, et surtout patientes dans des situations financières délicates lorsqu'elles ont toujours été mères au foyer et qu'elles n'ont jamais

travaillé. **M15**, « *absolument, j'essaie de les aider à sortir de ça, et je les écoute, après il y a des femmes qui, ça paraît très difficile d'en sortir, parce qu'elles sont âgées, elles n'ont pas d'indépendance financière, donc on continue de les écouter, mais c'est plus difficile pour elles de partir* ».

- Crainte de **trahir la confiance** avec le patient

L'un des principaux motifs qui rend les médecins frileux de réaliser ce signalement, est la crainte de rompre le secret médical, essentiel dans le serment d'Hippocrate, et de rompre la confiance instaurée à mesure avec le patient. **M11**, « *Ça dépend du contexte je pense, s'il y a un risque de rupture du lien de confiance avec le ou la patiente, je ne le ferai pas* ». **M9**, « *Je pense que ça rompt une confiance même avec le médecin, et donc c'est un peu difficile* ».

- Incertitude concernant la **véracité des faits**

Malgré la confiance que les médecins ont en leurs patients, avoir la certitude de la véracité des faits n'est pas évidente, et les conséquences d'un signalement sur une famille peuvent être très importantes. **M12**, « *Je n'étais pas sûre. Et c'est pas facile parce que ça peut porter tort à des personnes, au conjoint, [...] il faut faire un rapport qualité risque, est ce que on est dans la vérité ou pas. C'est compliqué* ». **M13**, « *Après si on n'est pas très sûr, si enfin voilà, il faut aussi que l'on mène son enquête perso, parce que vous avez des gens qui sont manipulateurs, qui de toute façon même si vous voulez essayer de les protéger, ne voudront pas être protégés, donc voilà, chaque cas est différent et c'est le bon sens qui prime* ».

- **Solitude du médecin** généraliste dans la gestion des violences

Les médecins sont très peu accompagnés jusqu'à présent dans les démarches de signalement et de protection des victimes de violences. De plus, beaucoup pratiquent la médecine générale en cabinet individuel, sans collègue sur qui s'appuyer. **M13**, « *C'est un peu chacun pour soi, et puis on se débrouille et puis on fait avec les moyens du bord. Mais on y arrive très bien. Le tout c'est d'être sûr qu'il faut se débrouiller par soi-même* ».

- Sentiment d'**insécurité** du médecin et d'aggravation de la mise en danger du patient

En réalisant le signalement, les médecins craignent de ne pas avoir le temps de mettre à l'abri le patient, mais aussi de se mettre personnellement à l'abri lorsque l'auteur des violences fait également partie de leur patientèle. **M10**, « *Mais encore une fois je serais dans le questionnement s'il faut vraiment le faire si elle n'est pas d'accord. Parce que c'est elle, elle ne prend pas la décision, donc on va faire un signalement tout en sachant que la patiente va être au domicile, donc une fois que la machine va se mettre en route, elle sera au domicile conjugal et elle n'aura pas pu être mise en sécurité avant parce que c'est pas de son propre chef* ». **M18**, « *Je peux éventuellement me sentir en danger, vis-à-vis du signalement oui pourquoi pas, alors c'est vrai que la première fois, le papa qui a amené l'enfant était au cabinet, donc je me disais si je le croisais...* ».

c) *Lacunes dans la formation*

- Un médecin interrogé **ne s'est pas senti concerné** par la formation à la détection des VPI

**M8**, « *Il n'y a pas grand-chose à enseigner* »

- Peu de **formation initiale** à la faculté

Peu de médecins m'ont évoqué une formation dans leur cursus de médecine générale. **M13**, « *on n'a pas eu de formation théorique, la formation qu'on a eu elle était pratique lors de nos années d'externe et d'interne parce que le cas se présentait. Mais il n'y a pas eu de formation théorique à l'époque du tout* ». **M16**, « *Dans mes cours d'internat, de mémoire il n'y a rien qui me vient* ».

- Auto-formation lors de **développement professionnel continu**

Certains médecins, pour diminuer leurs lacunes sur le sujet, ont réalisé des DPC. **M9**, « *J'en ai organisé 2, avec le syndicat AquiReagir. On a organisé 2 formations CAUVA avec le Dr Dabadie, c'est la responsable du CAUVA, donc ce n'est pas des thèmes qu'on trouve le plus facilement mais il y en a quand même de plus en plus, après les choix de formation dans ce cadre-là, ils sont libres, donc eux... [...] Mais je pense qu'elle n'est pas assez valorisée en tout cas, comme plein d'autres formations sur ce thème, qui a trait à la médecine générale, mais il n'y a pas beaucoup de choix* ». **M15**, « *non mais j'ai fait un travail psychothérapeutique sur moi quand même, et j'ai fait pas mal de groupe de développement personnel, donc c'est quand même un sujet que je connais bien* ».

- **Méconnaissance de la prévalence** du phénomène

D'autres médecins ne se forment pas, car ils pensent ne pas avoir de cas de violence dans leur patientèle ou que le phénomène de VPI est minime. **M3**, « *Chaque pratique est différente, mais j'ai dû être confronté à ce genre de chose 2 fois dans ma carrière en 30 ans, de manière manifeste et certaine. Après, le reste je ne sais pas, c'est la partie émergée de l'iceberg, est ce que l'iceberg est grand, je n'en sais rien* ». **M6**, « *Je pense qu'il y en a sans doute. J'en ai donc sans doute aussi dans ma patientèle, mais je pense que je ne me pose sans doute pas assez la question* ».

d) *Manque de temps*

La majorité des médecins se plaignent d'un manque de temps au cabinet pour réaliser des consultations longues nécessaires à la prise en charge des victimes de violence. **M15**, « *Depuis la nuit des temps, c'est du temps, mais ça après moi, on essaye d'en donner quand les gens en ont besoin mais c'est sûr que c'est du temps qui nous manque* ». **M18**, « *Et puis après, on sait qu'au quotidien c'est compliqué. On a déjà les consultations longues, il y a des sujets, effectivement, on ne va pas chercher quoi* ».

### **Les freins et limites exprimés par les médecins généralistes :**

Le sujet des VPI reste tabou si les patients ne l'évoquent pas eux-mêmes. Et les médecins ont la sensation d'avoir un voile devant les yeux concernant leur patientèle qu'ils pensent peut-être « faussement » bien connaître.

A ces constats s'ajoute le fait que les médecins peuvent avoir des difficultés à aborder le sujet et se sentent submergés d'informations, ne trouvant pas de source évidente pour questionner efficacement le patient et éventuellement réaliser le signalement.

Les freins et les limites à la réalisation du signalement s'articulent autour de 3 grands thèmes :

- Une approche complexe du sujet par les médecins généralistes.
  - Crainte que la justice ne soit pas assez efficace pour protéger le patient et le mettre à l'abri.
  - Incertitude quant au discours tenu par le patient.
  - Sentiment de solitude des médecins dans la gestion des violences.
  - Sentiment d'insécurité et d'aggravation de la mise en danger du patient.
  - Enfin et surtout, peur de trahir la confiance avec le patient (frein exprimé dans l'ensemble des entretiens).
- Une formation au traitement des VPI insuffisante :
  - Aucun médecin n'a eu de formation initiale à l'université à propos des VPI. Certains ont parfois compensé cette lacune par des auto-formations. Mais un des médecins interrogé a clairement exprimé le fait qu'il n'était pas concerné par ces formations, méconnaissant la prévalence du phénomène.
- Un manque de temps pour réaliser la prise en charge :
  - La majorité des médecins généralistes se plaint du manque de temps en cabinet pour réaliser des consultations longues nécessaires à la bonne prise en charge des VPI et à la réalisation du signalement.

### 3. Pistes d'amélioration

Afin d'améliorer le dépistage des violences et la réalisation des signalements, nous avons évoqué différentes pistes d'amélioration : la formation de l'ensemble des acteurs intervenants dans les VPI, l'obtention du consentement éclairé du patient, l'obtention des aides à la décision et la facilitation des démarches administratives.

#### a) *Formation de l'ensemble des acteurs intervenants dans le signalement*

##### ○ **Envie d'être formés** des médecins généralistes

Plusieurs médecins ont évoqué qu'ils souhaiteraient avoir une formation complémentaire sur le sujet des violences conjugales. **M17**, « *peut-être une formation, parce que on n'est pas trop formé, une formation pour aborder ce sujet-là, on n'est pas formé* ». **M6**, « *il est vrai que votre sujet m'a interpellé par mon manque de connaissances et c'est sans doute aussi pour ça que j'étais intéressée, parce que je me suis dit que j'avais sans doute des progrès à faire sur ce terrain-là, car tant qu'on ne connaît pas, souvent on n'est pas bon, parce que justement on ne sait pas ce qu'on peut faire et du coup, on ne veut pas y aller* ».

##### ○ Formation continue des **forces de l'ordre**

La formation des forces de l'ordre fait partie des mesures du Grenelle dont la mise en œuvre a déjà commencé. Elle permet un meilleur accueil des victimes lors des dépôts de plainte. **M8**, « *J'avais rencontré des gendarmes qui sont quand même de plus en plus, de mieux en mieux formés par rapport à ça* ».

##### ○ Création d'une **alliance médecin-justice**

Une bonne communication entre le corps médical et le corps judiciaire permettrait une amélioration de la prise en charge générale des victimes de violence. **M16**, « *on est dans des situations où on a toujours besoin de pouvoir discuter avec quelqu'un qui est aussi capable de faire, qui a le même recul, qui a la compétence de le faire, il aura aussi la même expérience, donc c'est une bonne idée que le médecin ne soit pas isolé, pris au dépourvu dans des situations comme ça* ». **M8**, « *ça fait toujours un peu peur la lourdeur administrative, elle est toujours un peu effrayante* ».

#### b) *Consentement éclairé du patient*

Même si c'est l'une des choses les plus compliquées à avoir pour un médecin lorsque le patient est sous l'emprise de l'auteur des violences, obtenir un consentement éclairé serait une piste pour obtenir une meilleure adhésion aux démarches par le patient. **M8**, « *Il faut lui dire, il ne faut pas faire ça dans son dos, il faut lui dire. [...] c'est pas une consultation qui prend 5 minutes, c'est à nous de prendre du temps pour convaincre le patient* ». **M9**, « *Essayer plutôt de convaincre au maximum la personne* ».

c) *Aides à la décision*

○ **Recueillir l'avis d'une personne ressource**

Afin de sortir de la solitude dans les démarches, plusieurs médecins disent qu'ils contacteraient l'ordre des médecins pour être guidés dans les démarches à suivre. **M11**, « *j'avais demandé un conseil au conseil de l'ordre* ». **M6**, « *j'ai tendance à faire appel à quelqu'un de compétent, donc je pense que ma démarche serait d'abord de me renseigner sur une personne qui pourrait m'accompagner ou vers laquelle je pourrais adresser peut-être la personne. Ça c'est sûr que je chercherais une personne compétente, une personne ressource* ».

○ **Nécessité d'outils pour identifier les situations à risque**

**M6**, « *j'imagine que si c'est une femme peut-être que j'irais, une femme avec des enfants par exemple, peut-être que je m'orienterai vers un service de gynécologie, ou de sage-femme, qui ont en général ces connaissances-là* ». **M16**, « *la deuxième difficulté c'est quand même d'identifier la situation qui peut être dangereuse* ».

d) *Faciliter les démarches*

Beaucoup de médecins ont exprimé la difficulté à trouver des ressources accessibles pour leur venir en aide au quotidien (tant sur le repérage que sur les procédures), et le manque de temps au cabinet.

○ **Laisser à un tiers la possibilité de réaliser le signalement**

Lors des entretiens, nous avons introduit la question du signalement réalisé par un tiers comme une association ou une Unité de médecine judiciaire. Certains médecins y ont trouvé des avantages : conserver le secret médical et limiter la rupture de soins ; d'autres y ont trouvé des inconvénients tel que le retard dans la prise en charge de la victime.

• **Avantages**

**M11**, « *ah oui, pour limiter le risque de rupture de soin* ». **M4**, « *Je préférerais le faire faire pas un tiers oui. C'est mieux surtout si la personne y est opposée, c'est mieux que ce soit fait par un autre organisme parce qu'après elle risque effectivement de (hésitation), enfin c'est rompre la confiance, et elle risque de ne plus se confier et d'aller voir quelqu'un d'autre* ».

• **Inconvénients**

**M7**, « *Bah, on peut laisser un tiers faire le signalement mais ça fait un échelon supplémentaire. Eventuellement un retard supplémentaire, un retard de prise en charge* ».

○ **Création d'un site internet dédié au signalement de l'ensemble des violences**

Un site internet dédié et sécurisé regroupant l'ensemble des violences de la petite enfance, aux personnes âgées, serait le souhait de plusieurs médecins. **M14**, « *un équivalent d'Antibiocliv ..., enfin il y en a plein, pour ce qui est violence enfant et adulte* ». **M18**, « *il faudrait qu'on tape violence déclaration médecin, et que l'on trouve directement* ». **M9**, « *je pense que c'est*

*toujours plus simple si on pouvait avoir un site de déclaration de signalement dédié, ça me paraît être plus adapté ».*

- Mémo avec **adresses et contacts** utiles

L'un des éléments nécessaire à la réalisation du signalement et pourtant inconnu de la majorité, est le carnet d'adresse avec les numéros de personnes ressources. **M10**, « *on est obligé d'aller chercher les infos, les numéros de téléphone* ». **M11**, « *les numéros des légistes, des centres, [...] je me suis renseignée probablement sur twitter, pour savoir à qui il fallait que je m'adresse* ». **M16**, « *je ne saurais pas qui appeler, prendre mon téléphone et quel numéro composer. Donc qui prévenir, quel numéro faire, comment et l'autre difficulté, donc ça c'est la première difficulté* ». **M18**, « *le procureur de la république c'est très vaste, qui c'est ? Il est où ? il habite où ? c'est quoi son bureau ? et généralement je suis passée par le conseil départemental 40, et normalement je dois trouver en bidouillant, il y a une cellule normalement* ». **M7**, « *un numéro d'appel qui soit le plus simple possible, parce que un peu sur le système du 15 ou du 17, qu'on ne saucissonne pas entre violence conjugale, enfance maltraitée, etc...* ».

- Maitriser la procédure de signalement

Peu de médecins connaissent le parcours du signalement et des victimes de violence après avoir adressé les éléments au Procureur. **M10**, « *On n'est pas forcément à la fois informé, il faut s'informer tout seul, et on n'est pas, on n'a pas de conduite super claire en fait* ». **M11**, « *J'ai aucune idée de comment on fait un signalement, à qui, sous quelle forme, est ce que c'est par mail, est ce que c'est par courrier, est ce que c'est par téléphone, est ce que c'est le procureur, est ce que c'est le préfet, est ce que c'est la sécu, mais, je ne sais pas, donc dans l'idéal un guide avec une marche à suivre très bien établie, avec un protocole* ». **M8**, « *Si on peut faire un signalement au procureur... je pense qu'il faudrait peut-être avoir un protocole d'urgence* ».

## **Les pistes d'amélioration pour développer le dépistage des violences et la réalisation des signalements :**

Les pistes d'amélioration s'organisent autour de grandes propositions :

- Une collaboration renforcée corps médical/corps judiciaire/force de l'ordre.
  - Une formation de l'ensemble des acteurs intervenant dans le signalement (professionnels de santé, force de l'ordre) doit être améliorée. Une bonne communication entre le corps médical et le corps judiciaire permettrait aussi d'améliorer la prise en charge générale des victimes de violence.
- Un appui plus important de ressources externes
  - Les médecins généralistes devraient pouvoir s'appuyer davantage sur des personnes ressources, comme l'ordre des médecins, pour la prise de décision. Ils souhaiteraient également des outils pour mieux identifier les situations à risque.
- De nouvelles modalités de signalement
  - Plusieurs médecins ont exprimé des difficultés dans les démarches du signalement. La question du signalement réalisé par un tiers comme une association ou une Unité de Médecine Judiciaire a été évoquée. Certains médecins y ont trouvé des avantages : conserver le secret médical et limiter la rupture de soins ; d'autre y ont des limites comme le retard dans la prise en charge de la victime.
- Une information plus accessible et un meilleur suivi avec la création d'un site internet
  - Pour faciliter les démarches, les médecins généralistes souhaiteraient la création d'un site internet dédié au signalement de l'ensemble des violences quelque soit l'âge ainsi que la réalisation de mémos avec adresses et contacts utiles. Enfin, ils aimeraient avoir une visibilité sur l'ensemble du parcours de signalement.

#### IV. Discussion

##### A. Ouverture à d'autres acteurs intervenant dans le signalement

Nous avons voulu comprendre les tenants et les aboutissants du signalement. Pour cela, les différents acteurs qui entourent les victimes de violences conjugales ont été contactés. L'objectif étant de pouvoir expliquer aux médecins généralistes le chemin du signalement et des aides mises à leur disposition.

##### 1. Mme Rabat : substitut du procureur d'Agen

Mme Rabat est substitut du procureur de la République au tribunal d'Agen. Entre le 30 juillet 2020 et le jour de notre entretien le 18 décembre 2020, elle a reçu 2 signalements de médecins généralistes. Afin d'améliorer la communication à ce sujet, elle a débuté un partenariat avec le CDOM du Lot-et-Garonne. Le but est d'expliquer les enjeux, de sensibiliser, mais aussi de diffuser les adresses mails structurelles du procureur de la République. Par ailleurs, une convention de mise en œuvre d'une plateforme de prise de plainte à l'hôpital a été signée en novembre 2020.

Le signalement des violences par les médecins généralistes n'est pas évident à manipuler. Il est soumis à une double condition, un danger immédiat ou imminent pour la victime et que cette victime ne soit pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Ces deux conditions sont à l'appréciation du médecin, qui d'après la loi « *estime en conscience* ».

Mme Rabat a expliqué le parcours du signalement. Il se décompose en 4 grandes étapes :

- La réception du signalement avec saisie du service d'enquête : lorsque le signalement est envoyé à la permanence du parquet, soit la demande est incomplète et ils vont éventuellement recontacter le médecin en question pour avoir des informations complémentaires, soit le signalement initial est suffisant et dans ce cas ils vont saisir un service d'enquête, appelé service d'enquête territorialement compétent (service compétent sur les lieux des faits, qui peut être différent du lieu du cabinet du médecin).
- Investigation du service d'enquête : ce service reçoit la plainte ou tout du moins entend la victime visée par le signalement ou les victimes notamment s'il y a des enfants témoins ou concernés par les violences. Il est conseillé que le médecin délivre un courrier qui décrit sans trahir le secret médical depuis combien de temps il suit cette famille. Le service d'enquête fait également une investigation utile auprès du voisinage. Ils essayent de collecter un maximum d'informations supplémentaires pour étayer le dossier et avoir des éléments factuels justifiant la mise en garde à vue dudit auteur.
- Audition du présumé auteur des violences : suivant la situation, est-ce que le couple est déjà séparé ou non, est-ce qu'on est sur une situation enkystée depuis un certain nombre d'années. Ceci peut aboutir à un défèrement de la personne devant le Parquet.

C'est-à-dire qu'à l'issue de la garde à vue, l'auteur présumé se présente directement au parquet pour notification d'une date d'audience et mise en œuvre de ce qu'on appelle les mesures de sûreté.

- Mise en œuvre de mesures de sûreté qui sont de plusieurs ordres :
  - mandat de dépôt jusqu'à l'audience de jugement quand on est sur une comparution immédiate
  - contrôle judiciaire avec éviction du domicile du conjoint violent s'il y avait encore vie commune
  - interdictions de contact,
  - interdictions de paraître,
  - obligations de soins,
  - obligations de pointage au service de police ou de gendarmerie suivant son domicile, dans le souci de mettre la victime à l'abri. (Il est considéré que ce n'est pas à la victime de quitter son domicile mais au présumé coupable des violences. La victime a ses habitudes chez elle et souvent ses enfants.)

Les relais associatifs peuvent aider les victimes à faire les démarches dans les services de gendarmerie ou de police pour porter plainte. Ça peut être des associations d'aide aux victimes, de prise en charge de victime conjugale, ou dans les CMP avec les assistantes sociales.

Des mesures de protection supplémentaires existent : le téléphone grave danger qui peut être donné à la victime, et depuis le premier novembre 2020, un bracelet anti-rapprochement est disponible. Donc dans ce cas, la victime a le téléphone et l'auteur présumé a le bracelet, qui ressemble au bracelet électronique que l'on a au niveau pénal, pour faire en sorte qu'il ne se rapproche pas de la victime à moins d'une certaine distance. S'il ne respecte pas cette distance, les forces de l'ordre sont alertées ainsi que la victime, ce qui lui laisse le temps de se mettre en sûreté le cas échéant. Si le maintien de la victime à domicile n'est pas possible, on peut lui proposer un foyer d'accueil pour les femmes victimes de violence.

Afin d'accueillir au mieux les victimes de violence, il a été demandé aux forces de police et de gendarmerie de se former au traitement des violences intrafamiliales.

Le parquet du procureur de la République a une permanence pour la gestion des mails avec un système d'astreinte de jour, du lundi midi au vendredi midi et du vendredi midi au lundi midi. Le signalement doit contenir :

- le CMI s'il y a eu des constatations de faits objectivés, soit des blessures soit un syndrome de stress post-traumatique, si tant est que le médecin généraliste soit en mesure de l'identifier, ou en tout cas un choc psychologique,

- les circonstances de recueil des informations avec l'identité et l'adresse de la personne concernée pour que justement le parquet sache vers où orienter la procédure.

Pour l'instant, pour récupérer l'adresse mail structurelle du parquet, il est conseillé de contacter le conseil départemental de l'ordre des médecins.

## 2. Mme Tocoua : chef d'état major adjoint commandant divisionnaire échelon fonctionnel à Bordeaux

Actuellement, un travail de création d'un partenariat avec le CAUVA est en cours à Bordeaux. Il s'agit de la mise en place d'un bureau de pré-signalement sur la plate-forme des violences sexuelles, mais aussi du déploiement du bracelet anti-rapprochement et des hébergements d'urgence (49). Ces mesures font écho aux demandes de l'Etat suite au Grenelle, qui a aussi permis la formation obligatoire aux violences conjugales des forces de l'ordre (police et gendarmerie).

Au niveau de la police, l'unité de protection de la famille traite des violences conjugales « graves » du champ de compétence de la cour d'assise, et la sûreté urbaine traite des violences conjugales « courantes ».

Tout comme Mme Rabat, Mme Tocoua a expliqué les suites du signalement mais plus sur le versant forces de l'ordre. Lorsqu'un médecin fait un signalement au procureur de la République, il y a saisie du service de police. Celui-ci doit recueillir la parole de l'auteur présumé. En fonction du résultat de l'enquête, l'auteur présumé sera placé en garde à vue pendant 48h. La victime de violence doit en parallèle être mise à l'abri, avec une mesure de protection. Lors des situations de danger immédiat aussi appelée flagrant délit, l'auteur présumé est interpellé dans l'heure et la victime présumée est adressée au CAUVA pour examen médical par un médecin légiste sur réquisition judiciaire. Ensuite la victime se rend au commissariat où se trouve l'aide aux victimes qui peut lui trouver un hébergement d'urgence si nécessaire. Le pôle psycho-social de la police peut aider la victime à récupérer des objets à domicile, mettre en place des patrouilles, l'escorter, proposer de voir une psychologue, une intervenante sociale et la référente des victimes.

## 3. Mme Gaston : planning familial d'Agen

Mme Gaston est référente au niveau des violences conjugales de l'Agenais depuis 2017. Il existe sur le département du Lot-et-Garonne un maillage partenarial appelé réseau d'entraide 47 créé il y a plus de 40 ans. Ce réseau est un regroupement de 5 associations qui œuvrent contre les VPI. Il comporte des lieux d'écoute ainsi que des centres d'hébergement.

Le planning familial est un lieu d'écoute. Les professionnels de santé ou les forces de l'ordre peuvent y adresser les victimes de violence. Le rôle principal de ce lieu est d'écouter les victimes et de les aider à sortir de cette emprise : *« lorsque je les reçois, je les écoute et je les crois dans un premier temps. Parce que dans le processus des violences, elles sont tellement sous emprise, elles culpabilisent tellement que moi mon rôle c'est de les amener à déculpabiliser et se reconnaître dans le statut de victime et non pas de coupable. Donc mon rôle il est vraiment de décortiquer le processus, la spirale de la violence. »*

D'après Madame Gaston, pousser une victime de violences sous emprise à partir de chez elle, c'est se positionner à notre tour comme l'auteur des violences. En effet, le fait d'être professionnel ne doit pas nous pousser à décider pour elle. Le but est d'amener la victime progressivement par la discussion à prendre conscience de son statut. La plupart du temps, les victimes arrivant au planning sont dans le déni et sous l'emprise de l'auteur des faits. Ce temps de dialogue et d'écoute est essentiel avant d'arriver au dépôt de plainte.

Après la prise de conscience de l'état de victime de violence, il existe un temps de description des démarches possibles. Une aide à la préparation au dépôt de plainte est proposée.

Si la personne qui accueille la victime s'aperçoit que c'est une urgence immédiate, elle peut lui proposer une orientation vers le service d'accueil d'information et d'orientation qui lui permet d'être à l'abri. Cependant, réaliser un signalement prématuré chez une victime dans le déni, c'est prendre le risque d'une fausse déposition pour protéger le conjoint.

Le rôle de ces associations est donc l'accompagnement et la confiance en maintenant le lien. Une victime de violence qui considère ne pas être entendue ne revient pas.

Au cours de l'année 2020, 103 entretiens physiques-téléphoniques concernant des violences ont été réalisés au planning familial 47.

#### 4. Appel du 3919

Une approche du centre d'appel a été tentée par téléphone pour obtenir l'adresse mail puis par courriel, pour avoir des explications complémentaires concernant leur rôle d'aide aux femmes victimes de violence, cependant aucune de réponse de leur part n'a été faite après relance.

### B. Forces et limites de l'étude

#### 1. Forces de l'étude

L'étude a été construite selon les critères de la grille COREQ (48), qui permet d'assurer la validité scientifique. La méthodologie qualitative et les entretiens semi-dirigés représentent une méthodologie idéale dans ce contexte. Nous avons ainsi pu analyser des données non quantifiables telles que l'expérience et les considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes d'Aquitaine.

Les entretiens ont été menés avec un canevas en anonymisant les données. Ils ont par la suite été retranscrits et double codés avec une analyse mixte. Ces éléments ont permis une plus grande fiabilité et une validité interne de l'étude.

#### 2. Limites de l'étude

La suffisance des données a été atteinte; les 4 derniers entretiens n'ont pas relevé de nouveau thème. Cependant, l'échantillon, bien qu'il soit de taille suffisante pour la recherche effectuée, ne peut représenter l'ensemble des médecins généralistes d'Aquitaine. On peut se demander si la variation maximale de l'échantillon a été complète car la population des 40-49 ans et du milieu urbain ont été moins interrogés. Cette étude qualitative n'a donc pas de forte validité externe.

Il persiste par ailleurs des biais dans cette étude :

- Le biais de mémorisation a été diminué par l'enregistrement des entretiens avec prise de note des onomatopées exprimées par les médecins.
- Le biais d'investigation est présent malgré les guides d'entretien, car c'était pour moi une première expérience en recherche qualitative. Des questions ouvertes ont été posées afin de ne pas influencer la personne interrogée dans sa réponse.
- Le biais d'interprétation des idées est inévitable quand on étudie des variables non quantifiables. Cependant le double codage avec triangulation des données permet de diminuer ce biais.

### C. Discussion des résultats

#### 1. Représentativité de l'étude

18 médecins tirés au sort sur le site Ameli ont été interrogés. La moyenne d'âge des médecins était de 49,8 ans [32 ; 69], contre 57,8 ans sur l'Aquitaine en 2019 (moyenne d'âge des médecins généralistes en Gironde 54,9 ; Landes 58,4; Pyrénées-Atlantiques 56,4; Lot-et-Garonne 59,8; Dordogne 59,5).

Les jeunes médecins généralistes ont été plus réceptifs à la demande de participation à cette étude lors du tirage au sort.

#### 2. Le rôle des médecins généralistes concernant le dépistage des VPI

Cette étude qualitative, ancrée dans l'actualité de par le récent passage de la loi relative au signalement des VPI, a permis de mettre en exergue l'expérience, les limites dans leur pratique et les pistes d'amélioration concernant le signalement des VPI par les médecins généralistes.

Les statistiques du ministère de l'intérieur ont décrit qu'environ 16% des victimes de violences se tournaient vers les médecins en 2017 (50). Plus récemment, l'étude AVIC-MG menée en Aquitaine en 2019 décrit les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste (51). Il en est ressorti que la majorité des femmes interrogées auraient souhaité aborder ce sujet avec leur médecin et pensent que c'est leur rôle de questionner à ce sujet. Par ailleurs, 93% des femmes interrogées avaient consulté leur médecin pour des motifs d'ordre psychologiques (fatigue, insomnie, angoisse, psychotropes...).

Dans notre étude, de nombreux médecins déclarent faire un dépistage contextuel des violences (sévices apparents, sensation de mal être chez le patient...). Une étude à l'échelle de l'Union Européenne précise que 87% des femmes seraient d'accord pour que leur médecin les questionne sur les violences de façon contextuelle (52).

Très peu réalisent un dépistage systématique des violences conjugales lors de la première consultation. Cependant cette méthode de dépistage se développe pour avertir le patient que le médecin est ouvert à la discussion en cas de besoin. La HAS dans ses recommandations de

bonnes pratiques, conseille de réaliser un dépistage systématique sans attendre de signe d'alerte (40). D'après une revue de la littérature, le dépistage systématique des violences conjugales a un taux d'acceptation entre 35 et 99% (53). Néanmoins, une revue Cochrane concernant le dépistage systématique, a conclu que les preuves sont insuffisantes pour prouver un effet positif (réduire les violences, améliorer la qualité de vie ou la prise en charge des victimes) (54).

Afin d'ouvrir la discussion, il est possible d'afficher en salle d'attente des cabinets le « Violentomètre » créé par le Centre Hubertine Auclert à la demande du Conseil Régional d'Ile-de-France pour évaluer si une relation amoureuse est saine (Annexe G).

### 3. Les barrières des médecins généralistes

L'étude a relevé de nombreuses limites au signalement des VPI. Les médecins éprouvent des difficultés à aborder le sujet des violences conjugales en consultation. Parmi les freins, on retrouve un sentiment d'inaction de la justice, un manque de solution de sortie pour les patients, une incertitude de la véracité des faits, une crainte de trahir la confiance du patient et enfant, un sentiment d'insécurité pour le patient et pour le médecin. Les médecins généralistes manquent pour la plupart de temps pour réaliser ce signalement mais aussi d'une formation théorique et pratique.

Des travaux de thèses ayant pour objectifs les obstacles au dépistage des VPI par les médecins généralistes, ont montré que les médecins sont mal à l'aise face à ce sujet et se sentent impuissants (47,55,56). La raison principale de ce malaise est un manque de formation initiale et d'auto-formation (DPC) comme on a pu le voir dans notre étude (44,57,58). Une thèse a mis en évidence l'amélioration du dépistage suite à une formation des médecins généralistes (59). Une étude nationale réalisée auprès des étudiants en médecine du deuxième et troisième cycle a montré que 80% estiment ne pas avoir eu de formation et 95% souhaiteraient en avoir une (60).

### 4. L'importance du signalement des VPI

Aucune étude à ce jour n'a étudié le signalement des VPI par les médecins généralistes, la loi étant en application depuis juillet 2020.

Les médecins généralistes font partie intégrante du dépistage des VPI. D'après notre étude, une majorité de médecins généralistes interrogés connaissent la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (39). Dans cette étude, parmi les médecins interrogés, seul l'un d'entre eux avait réalisé un signalement concernant des VPI. Jusqu'à présent, quand les médecins découvraient des violences conjugales, ils adressaient les patients à des associations, essayaient de les conseiller, de les orienter, ils réalisaient un CMI, ou les adressaient aux urgences ou au CAUVA en Gironde.

L'ensemble des médecins interrogés s'est dit prêt à réaliser le signalement en faisant preuve de bon sens dans les cas de danger imminent ou de gravité des faits.

Le médecin généraliste a toute sa place dans le dépistage actif des victimes de violences conjugales, en raison de son rôle dans la prévention primaire et du souhait des patients que leur médecin fasse le premier pas pour pouvoir se confier (51,61).

Afin d'aider les médecins à réaliser le signalement, des outils d'aide sont mis en place, comme le Vade-mecum cité dans les questions de la recherche, inconnu des médecins généralistes (29). Le site [stop-violences-femme.gouv.fr](http://stop-violences-femme.gouv.fr) conseillé aux médecins généralistes de l'étude dans le mail de remerciement, propose des kits de formation (de type écrit et audiovisuel) aux professionnels de santé (62). Les médecins peuvent aussi se rendre sur le site du Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins qui délivre de nombreuses informations concernant le signalement, et ses démarches (43). Enfin, « dé clic violence » crée par le DMG (département de médecin général) de Clermont-Ferrand propose une carte interactive des associations d'aide aux victimes ainsi que des outils d'aide à la prise en charge (63).

Pour aider les victimes de violences, des plaquettes avec les numéros et adresses utiles ont été créées dans chaque département d'Aquitaine (Annexe H). Les médecins généralistes peuvent aussi s'en servir pour orienter les patients plus facilement.

#### 5. Perspectives

Cette étude a permis de mettre en exergue les idées fortes et des pistes d'amélioration pour l'avenir. Les points abordés avec les médecins, leurs expériences, leurs limites et leurs idées sont des pistes pour développer la prise en charge des violences conjugales. Elle a aussi permis de poser un état des lieux sur le niveau de connaissance des médecins sur le sujet.

Afin de réaliser des signalements, les médecins généralistes expriment le besoin d'être formés. Un guide de procédure de dépistage des violences comme le « vade-mecum » peut les aider dans ce sens. Ils sont également demandeurs d'informations complémentaires comme les contacts des Procureurs de la République, la rédaction du CMI, et les adresses utiles des associations auxquelles ils peuvent adresser les patients.

Ce travail de dépistage des violences ne peut être isolé. Les médecins doivent pouvoir s'appuyer sur les forces de l'ordre et sur les associations formées de la même façon à l'accueil des personnes victimes de violence.

On peut imaginer par la suite, une formation sur les violences (infantile, conjugales et aux personnes âgées) d'abord pour les internes puis généralisée aux médecins par la FMC (formation médicale continue) avec distribution des contacts utiles en fin de formation et peut-être création d'un site englobant toutes les violences intrafamiliales pour éviter la multiplication des sources. Sur ce site réservé aux professionnels de santé, il pourrait y avoir aussi toute la base d'informations nécessaires : vade-mecum, loi, interlocuteurs, ....

## V. Conclusion

Les violences entre partenaires intimes ne sont pas un phénomène marginal mais une problématique de santé publique. Une action de grande ampleur a débuté avec le Grenelle sur les violences, suivi de la loi autorisant le signalement le 30 juillet 2020.

Ce travail de thèse s'est intéressé au signalement des violences conjugales par les médecins généralistes d'Aquitaine. L'objectif de recherche était de mettre en lumière les représentations des médecins généralistes sur le sujet, leurs expériences vécues et les potentielles difficultés au signalement des victimes de violences entre partenaires intimes (VPI). L'objectif secondaire est d'avoir un impact auprès des médecins généralistes concernant le développement du signalement et de son utilisation pour les majeurs en situation de danger imminent ou immédiat.

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative en interrogeant en entretien individuel, dix-huit médecins généralistes d'Aquitaine grâce à un guide d'entretien semi-directif.

D'après cette étude, les médecins interrogés se sont montrés concernés par la question du signalement, et sont plutôt en faveur de cette loi. Cependant, ils trouvent compliquée la mise en pratique sans avoir l'ensemble des notions concernant les démarches et la procédure.

Il est primordial que le médecin généraliste, acteur des soins primaires, soit sensibilisé à la protection des victimes de violence. De plus, les victimes de violence sont en demande d'être accompagnées et d'être questionnées pour les violences entre partenaires intimes par les médecins généralistes. Le médecin doit prendre le temps d'écouter et d'orienter les victimes de violences dans le but de les protéger. Une formation dans cette optique sera nécessaire aux étudiants en médecine ainsi qu'aux médecins thésés.

Il faudrait diffuser plus largement la connaissance de cette loi sur le signalement avec le vademecum et les contacts utiles dans la prise en charge des victimes (Procureur de la République, associations...). Il est, par ailleurs, important de développer les outils d'aide aux médecins comme les sites internet.

***« Deux siècles après la Déclaration des droits de l'homme, il faut encore lutter pour qu'elle s'applique à l'espèce humaine tout entière. » Ainsi soit-elle (1975)***

***Benoite Groult***

## **Bibliographie**

1. ROME CM. L'emprise. Leonis Productions; 2015.
2. LANGE A, BRIOT L, BONAGGIUNTA J, TOMASINI N. Acquittée: je l'ai tué pour ne pas mourir. Paris: J'ai lu; 2013.
3. KRUG EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
4. BRENOT P, CORYN L, LEBEAU I. L'incroyable histoire du sexe. Livre I, Livre I, 2020.
5. BOURDIEU P. La domination masculine. Paris: Editions du Seuil; 1998.
6. DESROCHES-NOBLECOURT C. La femme au temps des pharaons. Paris: Stock : L. Pernoud; 1986. 343 p. (La Femme au temps de--).
7. ARISTOTE, PELLEGRIN P. Histoire des animaux. 2017.
8. COMBIS H. Violences faites aux femmes : une chronologie en dix dates avec Benoîte Groult [Internet]. France Culture. 2016 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-une-chronologie-en-dix-dates-avec-benoite-groult>
9. DUBY G, PERROT M. Histoire des femmes en Occident. Vol. 2, Le Moyen Age. Paris: Tempus; 2002.
10. PERRIER M. Le droit de correction du mari envers sa femme : approche des violences conjugales en France du XIIIe au XVIIIe siècle [mémoire de master recherche 2e année]. Bordeaux 4; 2006.
11. DUFOURNET J, éditeur. Fabliaux du Moyen Âge. édition mise à jour, éd. bilingue. Paris: Flammarion; 2014. 410 p. (GF).
12. BODIN J. La demonomanie des sorciers 4e ed ed 1598. Hachette Livre-Bnf; 1598.
13. DE GOUGES O. Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne [Internet]. Combats de femmes 1789-1799. Autrement; 2003 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/combats-de-femmes-1789-1799--9782746703971-page-223.htm>
14. Gouvernement. Promulgation de la loi Engerand, première loi sur la protection de la maternité [Internet]. Gouvernement.fr. 2017 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9762-promulgation-de-la-loi-engerand-premiere-loi-sur-la-protection-de-la-maternite>
15. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chance. Le droit de vote des femmes : l'ordonnance du 21 avril 1944 [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-ministere/organisation-du-ministere/chronologie-des-dispositions-en->

faveur-de-legalite-des-femmes-et-des-hommes/ladoption-de-lordonnance-du-21-avril-1944/

16. 8 mars. La loi Veil autorise l'IVG - 1975 - 8mars.info [Internet]. 8 mars. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <http://8mars.info/la-loi-veil-autorise-l-ivg?lang=fr>
17. VEIL S, COJEAN A. Les hommes aussi s'en souviennent: discours du 26 novembre 1974. Paris: Stock; 2004. 111 p.
18. 8 mars. Loi réprimant les violences conjugales - 1992 - 8mars.info [Internet]. 8 mars. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <http://8mars.info/loi-reprimant-les-violences-conjugales?lang=fr>
19. 8 mars. Histoire du 8 mars - 8mars.info [Internet]. 8 mars. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <http://8mars.info/histoire/?lang=fr>
20. Nations U. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/observances/ending-violence-against-women>
21. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Journ%C3%A9e\\_internationale\\_pour\\_l'%27%C3%A9limination\\_de\\_la\\_violence\\_%C3%A0\\_l'%27%C3%A9gard\\_des\\_femmes&oldid=178139686](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Journ%C3%A9e_internationale_pour_l'%27%C3%A9limination_de_la_violence_%C3%A0_l'%27%C3%A9gard_des_femmes&oldid=178139686)
22. 8 mars. La campagne du ruban blanc - 1991 - 8mars.info [Internet]. 8 mars. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <http://8mars.info/la-campagne-du-ruban-blanc?lang=fr>
23. Solidarité Femmes. Appeler le 3919 - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. Solidarité Femmes. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/appeler-le-3919>
24. OMS. OMS | Violence [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
25. KRUG E, DAHLBERG L, MERCY J, ZWI A, LOZANO-ASCENCIO R. Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS. 2002.
26. La violence conjugale – SaVoie de femme [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://savoiedefemme.fr/index.php/contact/les-caracteristiques-cle/>
27. Le cycle de la violence – SaVoie de femme [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://savoiedefemme.fr/index.php/le-cycle-de-la-violence/>
28. HIRIGOYEN MF. Femmes sous emprise: les ressorts de la violence dans le couple. Paris: OH! éditions; 2005.
29. Ministère de la justice. Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. 2020.

30. Institut national de santé publique Québec. Conséquences [Internet]. INSPQ. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/consequences>
31. FERROUL D. violences conjugales et état de stress post-traumatique : à propos de 50 patients. Bordeaux II; 2002.
32. THIEFFRY A.,. Violences conjugales et grossesse : étude d'impact d'une sensibilisation au sein du réseau périnatal de Roubaix. LILLE 2; 2019.
33. VOGEL R. La violence conjugale, une affaire à trois... et bien plus : victimes, enfants, auteurs de violences, environnement social. 2019.
34. MIPROF. Violences sexuelles et autres violences faites aux femmes. Médecine. 2014;10(6):262-8.
35. GREVIO. Rapport d'évaluation (de référence) du GREVIO sur les mesures d'ordre législatif et autres donnant effet aux dispositions de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul). Conseil de l'Europe; 2019 nov.
36. Cloture du Grenelle contre les violences conjugales - Dossier de presse. 2019 nov.
37. Ministère de la justice. Tout savoir sur le bracelet anti-rapprochement (BAR) [Internet]. justice.gouv. 2021 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/tout-savoir-sur-le-bracelet-anti-rapprochement-bar-33816.html>
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Violences conjugales et signalement [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
39. SENAT. PROPOSITION DE LOI visant à protéger les victimes de violences conjugales [Internet]. 124 juill 21, 2020. Disponible sur: <http://www.senat.fr/leg/tas19-124.pdf>
40. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019 [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)
41. GUIBOURT C. Évaluation de la qualité des certificats médicaux initiaux concernant une personne victime de violences, rédigés par les médecins généralistes et les médecins légistes /. Université de Lorraine; 2019.
42. CNOM. Modèles de certificats médicaux [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modeles-certificats-medicaux>
43. CNOM. Signalement - Violences conjugales - Danger immédiat - Emprise [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur:

<https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/signalement-violences-conjugales-danger>

44. FREY C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale: Quel serait le contenu de la formation « idéale »? Étude qualitative reposant sur des focus groups de médecins généralistes installés, de médecins généralistes remplaçants et d'internes en Alsace [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019.
45. MEBARKI M. Repérage et prise en charge de femmes victimes de violences conjugales par le médecin généraliste: élaboration d'un fascicule via un focus group et des entretiens qualitatifs individuels de médecins généralistes rhodaniens [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
46. CENTINEO P. Dépistage et prise en charge des violences conjugales par les médecins généralistes de la Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2018.
47. POULAIN L. Victimes de violences conjugales: représentations et ressentis du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2018.
48. GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
49. BENALI L, DE PREMORREL B, GROMB S, MIRAS A. Prise en charge des victimes de violences. L'exemple du CAUVA. *Concours Méd.* 2005;(16):889-94.
50. GUEDJ H. Viols, tentatives de viol et attouchements sexuels [Internet]. 2017 déc [cité 27 avr 2021]. Report No.: 18. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Viols-tentatives-de-viol-et-attouchements-sexuels-Interstats-Analyse-N-18-Decembre-2017>
51. PEYRELONG M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine [Internet]. Bordeaux; 2020 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531592>
52. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence à l'égard des femmes :une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/60943>
53. FEDER G, RAMSAY J, DUNNE D, ROSE M, ARSENE C, NORMAN R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess Winch Engl.* mars 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
54. O'DOHERTY L, HEGARTY K, RAMSAY J, DAVIDSON LL, FEDER G, TAFT A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 juill 2015;(7):CD007007.

55. BOISMAN A, GAUDIN M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Internet]. Grenoble Alpes; 2012 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751787>
56. QUENOT M. Repérage, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute-Garonne [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1297/>
57. BARENTON V. Formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales : Impact sur la pratique des internes de médecine générale /. Starsbourg; 2019.
58. RONCHI A, Evaluation de l'impact d'une formation pluriprofessionnelle en Meuse au repérage et l'accompagnement en soins de santé primaires des femmes victimes de violences conjugales /. Lorraine; 2018.
59. POYET-POULLET A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Nantes; 2006.
60. AUSLENDER V. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. [Paris 6]; 2014 apr. J.-C.
61. LO FO WONG S, WESTER F, MOL S, ROMKENS R, HEZEMANS D, LAGRO-JANSSEN T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. Patient Educ Couns. mars 2008;70(3):386-94.
62. Violences contre les femmes La loi vous protège [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
63. Déclic Violence [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>

## VI. Annexes

### A. Modèle de certificat médical initial (CMI) du CNOM (42)

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

Sur demande de la personne et remis en main propre

*Un double doit être conservé par le médecin*

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

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

- date de naissance (en toutes lettres) : \_\_\_\_\_

#### FAITS OU COMMÉMORATIFS:

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

#### DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de « \_\_\_\_\_ »

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

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

- sur le plan physique :

- sur le plan psychique :

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

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

#### INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

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

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

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

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

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

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

B. Courriel de présentation de l'entretien

« Bonjour Docteur ... ,

Je suis Camille POITOUX, interne en fin de cursus de médecine générale à la faculté de Bordeaux.

Je réalise ma thèse sur le signalement des violences conjugales aussi appelées violences exercées par partenaires intimes (VPI).

Dans le cadre de mes travaux, je souhaiterais vous solliciter pour un entretien téléphonique d'une durée de 10 minutes environ.

Mon travail s'attachera à partager et analyser avec vous l'approche médicale et vos expériences de confrontation à une suspicion de danger pour une personne majeure.

Le but de cette thèse est de définir quelles sont les opinions ainsi que les considérations éthiques et pratiques concernant ce signalement par les médecins généralistes d'Aquitaine.

Notre entretien sera enregistré afin que je puisse en extraire toutes les pistes de réflexion possibles tout en restant fidèle à votre propos, qui seront anonymisés.

Si vous êtes ouvert à cet entretien, vous pouvez me contacter par téléphone ou par mail.

Je suis disponible les midis et soirs de semaine, ainsi que le vendredi toute la journée.

En espérant une réponse favorable de votre part,

Bien respectueusement,

Camille POITOUX»

C. Questionnaire épidémiologique

« Sexe :

- Femme
- Homme

Année de naissance : ...

Lieu d'installation :

- Zone urbaine
- Zone rurale
- Zone semi-rurale

Mode d'exercice :

- Médecine générale
- Maître de stage universitaire
- Urgences
- Hypnose
- Gynécologie
- Autre : ...

Nombre d'années d'installation : ... »

#### D. Guide d'entretien

« Bonjour, je suis Camille POITOUX, interne à la faculté de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce travail qui s'inscrit dans une thèse d'exercice de médecine générale concernant les violences entre partenaires intimes (VPI) ou encore dénommées « violences conjugales ».

En effet par ce travail, je souhaite connaître la conduite pratique des médecins généralistes quant à la faculté de signaler ces faits quand ils ont connaissance d'une situation de ce type dans un contexte professionnel.

La base de ma réflexion s'appuie sur la loi autorisant un professionnel de santé à révéler aux autorités judiciaires les situations où une victime se trouve en danger immédiat en dérogeant au secret médical c'est-à-dire sans avoir le consentement du patient.

Mon travail s'attachera donc à analyser avec vous l'approche médicale qu'est la vôtre dans ce type de situation.

Le but de cette thèse est de définir quels sont les opinions ainsi que les considérations éthiques et pratiques concernant ce signalement par les médecins généralistes d'Aquitaine.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, notre entretien sera enregistré afin que je puisse en extraire toutes les pistes de réflexion possibles tout en restant la plus fidèle à votre propos. Nous pourrions exprimer nos ressentis en toute confiance, je ne porterai de jugement sur aucune parole et l'ensemble de notre entretien sera anonymisé pour l'étude.

- **Le médecin et le thème des VPI en consultation**

Comment abordez-vous le sujet des violences au cours d'une consultation ? Avez-vous déjà abordé le thème des VPI en consultation ? Si oui, à titre systématique ou contextuel ? Si non, pourquoi ?

#### **Le médecin confronté à une situation suspecte en consultation**

Avez-vous déjà repéré une situation de danger immédiat pour un majeur dans le cadre des VPI ? Si oui, avez-vous signalé ? Si non, pourquoi (craintes)? Quels sont les éléments qui ont motivé votre décision ? Si vous n'avez jamais été dans cette situation, avez-vous déjà été inquiet pour un majeur ? Quelles étaient les circonstances ?

- **Le médecin et l'arsenal législatif**

Avez-vous connaissance de la Loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales ? Que représente-t-elle pour vous ?

- **Les outils du médecin**

Quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste pour pouvoir réaliser un signalement de VPI ? Outils ? Ressources ? Que vous manque-t-il pour effectuer ces

démarches ? Préférez-vous laisser à « *un tiers* » la possibilité de faire un signalement (UMJ, Associations, Gendarmerie...)?

- **La formation du médecin au VIP**

Est-elle purement pratique ? Est-elle purement théorique ? Est-elle suffisamment enseignée/formation ? Formation par développement professionnel continu (DPC) ?

- **Le vade-mecum**

Avez-vous eu connaissance du vade-mecum « secret médical et violences au sein du couple » émis par le ministère de la Justice en partenariat avec l'Ordre des médecins et l'HAS ? Publié dans la newsletter du CNOM le 14 octobre, le vade-mecum est un guide, un aide-mémoire. Seriez-vous intéressé par ce document ? Souhaitez-vous que je vous l'envoie ?

Je vous remercie pour votre participation à cette étude.

Si vous souhaitez ou si vous avez besoin d'aide face à une situation de violence, je vous invite à composer le numéro « 3919 » ou consulter le site <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr> .

Si vous voulez me contacter, avoir les résultats de cette étude ou plus d'information au sujet de ma thèse d'exercice, vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante [camille.poitoux@u-bordeaux.fr](mailto:camille.poitoux@u-bordeaux.fr). »

E. Courriel de remerciement

« Bonsoir Docteur...,

Merci encore du temps que vous m'avez accordé pour l'entretien dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Comme proposé, je vous envoie le Vade-mecum du ministère de la Justice en partenariat avec l'Ordre des médecins et l'HAS.

Par ailleurs, si vous avez besoin d'aide face à une situation de violence, je vous invite à composer le numéro « 3919 » ou consulter les sites <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel> et <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>.

Si vous voulez me contacter, avoir les résultats de cette étude ou plus d'information au sujet de ma thèse d'exercice, vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante [camille.poitoux@u-bordeaux.fr](mailto:camille.poitoux@u-bordeaux.fr).

Bonne continuation,

Bien respectueusement,

Camille POITOUX »

## F. Violentomètre

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

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

# Le violentomètre

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

Mairie de Paris



seine-saint-denis  
LE DÉPARTEMENT



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

G. Plaquettes de contacts utiles en Aquitaine  
Dordogne :

**Vous avez besoin d'être écoutée et accompagnée**

Vous pouvez vous rapprocher du médecin de votre choix ou de l'Unité Médico-judiciaire d'Urgence – Centre hospitalier de Périgueux - ☎ 05 53 45 26 27

Il y a également des services d'action sociale près de chez vous : mairie, Centre communal d'action sociale (CCAS) et assistantes sociales du Conseil Départemental

Vous pouvez enfin vous adresser à ces structures, elles proposent toutes des permanences proches de chez vous :

→ **L'îlot Femmes (accueil de jour départemental)**  
• 1 rue Jacques le Lorrain – Périgueux  
☎ 05 53 09 09 49    ✉ [ilotfemmes@safed24.fr](mailto:ilotfemmes@safed24.fr)



→ **Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)**  
• 4 rue Kléber – Périgueux  
☎ 05 53 35 90 90    ✉ [cidff-dordogne24@orange.fr](mailto:cidff-dordogne24@orange.fr)  
• Antenne de Bergerac :  
21 boulevard Jean Moulin – Bergerac  
☎ 05 53 35 90 90    ✉ [cidff-dordogne24@orange.fr](mailto:cidff-dordogne24@orange.fr)



→ **France Victimes Dordogne**  
• 9 rue de Maleville – Périgueux  
☎ 05 53 06 11 73    ✉ [adavip24@gmail.com](mailto:adavip24@gmail.com)  
• Permanence à Bergerac  
☎ 06 74 35 85 24    ✉ [adavipbergerac@gmail.com](mailto:adavipbergerac@gmail.com)



→ **Mouvement Français pour le Planning Familial**  
74 boulevard Ampère – Périgueux  
☎ 05 53 53 11 96    ✉ [pf.dordogne@gmail.com](mailto:pf.dordogne@gmail.com)



→ **Femmes Solidaires**  
Maison des Associations – 12 cours Fénelon – Périgueux  
☎ 06 13 15 31 42    ✉ [femmessolidaires24@gmail.com](mailto:femmessolidaires24@gmail.com)



→ **Conseil Départemental de la Dordogne**  
Pour prendre rendez-vous avec l'assistante sociale la plus proche de vous  
☎ 05 53 02 27 09



→ **Ordres des Avocats**  
• 19 bis cours Montaigne – Périgueux  
☎ 05 53 53 21 34    ✉ [barreaudeperigueux@wanadoo.fr](mailto:barreaudeperigueux@wanadoo.fr)  
• 13 boulevard Victor Hugo – Bergerac  
☎ 05 53 57 66 68    ✉ [avocats.bergerac@wanadoo.fr](mailto:avocats.bergerac@wanadoo.fr)



→ **Point d'accès au Droit (permanences gratuites professionnels et associations)**  
☎ 05 53 06 39 33    ✉ [cdad-dordogne@wanadoo.fr](mailto:cdad-dordogne@wanadoo.fr)



→ **Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne**  
• 50 rue Claude Bernard – Périgueux  
☎ 0 810 25 24 10



Gironde :



**VIOLENCES  
CONTRE LES FEMMES  
LA LOI VOUS PROTÈGE**

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

## LIEUX RESSOURCES EN GIRONDE

### DANS L'URGENCE

Brigade de Gendarmerie – Commissariat de Police	17 ou 112
Service des Urgences	15

### POUR EN PARLER ET S'INFORMER

Numéro d'appel national (anonyme et gratuit)	3919
L'APAFED : Centre d'accueil et d'écoute, Accueil de jour	05 56 40 93 66
La Maison des Femmes : Accueil de jour	05 56 51 30 95
La Maison de Simone : Accueil de jour	05 56 15 25 60
Le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles – CIDFF	05 56 44 30 30
Service d'aide aux victimes (ALP Le Prado)	05 56 48 65 64
Service d'aide aux victimes Vict'Aid – Institut Don Bosco	05 56 01 28 69
Le Planning familial	05 56 44 00 04
Agir Contre les Violences Faites aux Femmes - ACV2F (Médoc)	06 70 72 30 51
Solidarité Femmes Bassin – SFB (Bassin d'Arcachon)	05 57 17 55 62

### POUR LA RECHERCHE D'HEBERGEMENT

Service social du secteur ou 115	
L'Association pour l'Accueil des Femmes En Difficulté – APAFED	05 56 40 93 66

### POUR PORTER PLAINTE

Brigade de gendarmerie\* ou Commissariat de police \* (possibilité d'accompagnement par une association CIDFF, Vict'Aid, Planning familial, ACV2F, ...)

\* présence d'intervenantes sociales à Bordeaux, Libourne, Blaye

\* présence d'une psychologue aide aux victimes à l'hôtel de police de Bordeaux

Procureur(e) de la République (par courrier)

© Création / Impression Prof 22

Landes :



**LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ**  
REPUBLIQUE FRANÇAISE

**PRÉFET DES LANDES**

**Département des Landes**

Guide des Landes  
**Femmes victimes de violences conjugales**  
A qui s'adresser ?

**CONTRE LES VIOLENCES LA LOI AVANCE**

**En France, une femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son (ex) conjoint ou (ex) concubin.**

Les humiliations, insultes, menaces, pressions psychologiques et pressions économiques, gifles, coups, agressions sexuelles, viols... commis par un (ex) conjoint ou (ex) compagnon sont des violences. Les violences au sein du couple sont punies par la loi.

**SI VOUS ÊTES VICTIME DE VIOLENCES, PARLEZ-EN, BRISEZ LE SILENCE.**

**Adressez-vous au CIDFF\* - Référent violences.**  
Interlocuteur de proximité, il garantit aux femmes victimes de violences au sein du couple, une réponse individualisée et une prise en charge globale sur l'ensemble du département. Pour connaître la permanence la plus proche de chez vous, appelez les antennes de Mont-de-Marsan ou Saint-Paul-lès-Dax.

**MONT-DE-MARSAN**  
Caserne Bosquet  
181 rue Darriet - 1<sup>er</sup> étage - Appt. 4  
Tél. : 05 58 46 41 43  
Mél. : cidffand@wanadoo.fr

**SAINT-PAUL-LÈS-DAX**  
Résidence Metzger  
112 avenue de la Résistance  
Tél. : 05 58 91 57 51  
Mél. : cidff.stpaul@orange.fr

**NUMÉRO VERT DÉPARTEMENTAL « Femmes Violences Ecoute »**  
**0 800 436 703**  
Numéro gratuit (d'une ligne fixe) et anonyme.  
Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h.  
Aucune traçabilité de l'appel passé pour davantage de sécurité.

**Vous êtes dans l'urgence**

- SAMU 15**
- POLICE-GENDARMERIE 17**
- POMPIERS 18**
- TOUTES URGENCES 112**  
numéro prioritaire, européen et fonctionne avec mobiles et fixes
- SMS ou FAX pour les personnes ayant des difficultés à parler ou entendre 114**
- LOGEMENT D'URGENCE - SIAO 115**

\*CIDFF Centre d'Information aux Droits des Femmes et des Familles

Lot-et-Garonne :



En cette période de confinement, la promiscuité constitue un terreau favorable aux situations de violences, nouvelles ou déjà existantes.

**ARRÊTONS  
LES  
VIOLENCES**

**COVID 19 – Informations  
Prise en charge des victimes de violences conjugales**

Pour signaler des violences

Recours aux **Forces de l'ordre** : **composer le 17**

Signalement **par SMS** : **adresser le texto au 114**

Signalement **par internet** : [www.arrêtonslesviolences.fr](http://www.arrêtonslesviolences.fr) rubrique « signaler une violence »

**Signalement auprès des structures associatives du département**

<b>Réseau d'entraide</b>	07 85 38 05 07	<a href="mailto:reseau-entraide-violences@orange.fr">reseau-entraide-violences@orange.fr</a>
<b>Maison des femmes</b>	05 53 40 03 62	<a href="mailto:maison.femmes@laposte.net">maison.femmes@laposte.net</a>
<b>Chrysalides 47</b>	06 48 05 31 96	<a href="mailto:chrysalides47@gmail.com">chrysalides47@gmail.com</a>
<b>Planning familial</b>	05 53 66 27 04	<a href="mailto:planningfamilial47@orange.fr">planningfamilial47@orange.fr</a>
<b>France victimes 47</b>	05 53 66 23 03	<a href="mailto:francevictimes47@sauve-garde.fr">francevictimes47@sauve-garde.fr</a>

*Les structures d'accueil, d'écoute et d'orientation et le référent du département prennent les appels téléphoniques, rappellent toute personne ayant laissé un message et répondent aux mails.*

Signalement auprès de la **ligne d'écoute 3919**, structure nationale gratuite et anonyme.

**Signalement auprès des pharmacies.** Il est possible de signaler des violences auprès des pharmacies soit en leur expliquant la situation, soit en leur donnant le code « masque19 ». Les officines feront le lien avec les forces de l'ordre.

Signalement pour **enfants en danger** : **composer le 119**

Pour être hébergée Téléphoner au **115**

**ACTION DES TMOINS = ACTION CITOYENNE = DONNER L'ALERTE**

Des informations complémentaires sur la page web [www.femmes-violences47.fr](http://www.femmes-violences47.fr)  
Et sur le site internet de la préfecture de Lot-et-Garonne  
(Onglet politiques publiques/Droits des femmes et égalité)

# VIOLENCES CONTRE LES FEMMES LA LOI VOUS PROTÈGE

[stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr)

## LIEUX RESSOURCES



### [ DANS L'URGENCE ]

Brigade de Gendarmerie - Commissariat de Police  
Service des Urgences

17 ou 112  
15

### [ POUR EN PARLER ET S'INFORMER ]

Numéro d'appel national (Anonyme et gratuit)	39 19
Du côté des Femmes : Centre d'accueil et d'écoute, Accueil de jour → Référent femmes victimes de violences Béarn	05 59 06 87 70
Atherbea : Centre d'accueil et d'écoute, Accueil de jour → Référent femmes victimes de violences Pays Basque	05 59 46 40 86
Association Pyrénéenne d'Aide aux Victimes et de Médiation APAVIM (Béarn)	05 59 27 91 23
Association Citoyenneté Justice Pays Basque ACJPB Service d'Aide aux Victimes	05 59 59 45 93
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - CIDFF	06 37 95 78 22
Le Planning Familial	05 59 27 88 43
Maison des femmes du Hédas	05 59 82 82 54

### [ POUR LA RECHERCHE D'HÉBERGEMENT ]

Service social de secteur ou 115  
Référent femmes victimes de violences Béarn ou Pays Basque

### [ POUR PORTER PLAINTE ]

Brigade de Gendarmerie \* - Commissariat de Police \*  
\* Possibilité d'accompagnement d'un intervenant social (ACJPB, APAVIM, ...)  
Procureur de la République (par courrier)



## Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

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

## RESUME

**Contexte** : Le 30 juillet 2020 a été promulguée la loi visant à protéger les victimes majeures de violences conjugales par un signalement réalisé par le médecin généraliste avec levée du secret médical.

**Objectif primaire** : Mettre en lumière les représentations des médecins généralistes sur le sujet, leurs expériences vécues et les potentielles difficultés au signalement des victimes de violences entre partenaires intimes (VPI). **Objectif secondaire** : Avoir un impact au niveau du développement territorial du signalement et de son utilisation pour les majeurs en situation de danger imminent ou immédiat.

**Matériels et méthodes** : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes d'Aquitaine tirés au sort. Réalisation d'un double codage ouvert et analyse par théorisation ancrée.

**Résultats** : 18 entretiens ont été réalisés. Les médecins généralistes connaissent pour la plupart cette loi et y sont favorables, mais ils ne l'ont pas encore mise en pratique. Il existe de nombreux freins au dépistage et par voie de conséquence au signalement des violences entre partenaires intimes, comme le manque de temps, le sujet difficile à aborder et le manque de formation. Une amélioration de la formation avec aide à la pratique pourrait être développée pour encourager les médecins à prendre en charge ces violences intrafamiliales.

**Conclusion** : Les résultats de l'étude ont mis en évidence le peu d'expérience des médecins généralistes d'Aquitaine en matière de signalement de violences conjugales et leur désir d'être formé pour mettre en application cette nouvelle loi afin de protéger leurs patients.

**Mots clés** : Violences conjugales, signalement, médecin généraliste, soins primaires

### Titre et résumé en anglais :

*Report of intimate partner violence: opinion and knowledge of General practitioners.*

**Background**: On the 30th of July 2020, the French government enacted a new law about the protection of intimate partner violence victims. General practitioners (GPs) are now able to report that violence and ignore medical confidentiality.

**Primary objective**: To highlight GPs' experience, knowledge and difficulties about the reporting law.

**Secondary objective**: To have some positive impacts on the development and use of this law.

**Materials and methods**: Qualitative study based on semi-directive individual interviews of GPs practising in Aquitaine. Open coding and Grounded Theory analysis.

**Results**: 18 interviews were conducted. Most of GPs known this new law and were in favour of it, but no-one had ever applied it. There are many obstacles to screening and to reporting domestic violence, such as lack of time, the fact this is a taboo theme and lack of continuing education. To improve care, new support for practice should be developed for GPs.

**Conclusion**: Study's results show that Aquitaine's GPs have a lack of experience in reporting domestic violence, however they want to enhance their knowledge in order to improve healthcare and protect their patients.

**Keywords**: intimate partner violence, report, general practitioner, primary care physicians

**Discipline** : DES Médecine Générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé,

146 rue Léo Saignat 33000 BORDEAUX