



**HAL**  
open science

# Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans l'exercice professionnel en médecine générale de ville

Nathan Lambert

► **To cite this version:**

Nathan Lambert. Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans l'exercice professionnel en médecine générale de ville. Ethique. 2021. dumas-03538554

**HAL Id: dumas-03538554**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03538554>**

Submitted on 21 Jan 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

**UNIVERSITÉ DE PARIS**

Faculté de santé

UFR Santé - Médecine

École Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2020-2021

N°2021REM06

**Mémoire POUR LE DIPLÔME de Master 2 Ethique médicale et bioéthique**

Présenté et soutenu publiquement le : 21 juin 2021

Par

**Nathan LAMBERT**

**Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences  
conjugales dans l'exercice professionnel en médecine générale de  
ville**

**Dirigé par Mme Marie MICHON**

JURY

Mme la Professeure Marie-France MAMZER, PU-PH

Mme Caroline DESPRES,

M. Jean-Claude DUPOND,

M. Bernard ENNUYER,

Mme Marie MICHON

M. Marcel-Louis VIALARD

Président

Chercheuse

Chercheur

Chercheur HDR

PhD ATER

Professeur associé

## Remerciements :

---

*À Mme la Professeure Marie-France Mamzer, responsable du laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale de l'Université Paris Descartes. En témoignage de ma considération et de mon grand respect. A qui je remercie d'avoir accepté ma candidature à ce master.*

*À Mme Marie Michon, pour sa disponibilité bienveillante et aide précieuse apportée tout au long de ce travail.*

*Aux médecins ayant accepté de participer à cette étude. Je vous remercie de votre intérêt significatif. J'espère avoir été en mesure de retranscrire aux mieux vos propos et avis.*

*À l'ensemble des enseignants du Master 2 d'Éthique médicale et de bioéthique, pour leur implication pédagogique et réflexions enrichissantes.*

*À l'ensemble de mes camarades du Master 2 d'Éthique médicale et de bioéthique, avec un clin d'oeil particulier pour mes deux camarades brestoises, Aziliz et Marine.*

*À ma famille et à mes amis, qui continuent de m'accompagner chaque jour, source inépuisable de soutien et d'inspiration.*

*À ma mamie, à mon frère, à qui je pense fort chaque jour.*

*À mon papa, que j'embrasse.*

*À ma maman et à Alexandra, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Qui m'ont aidé à soulever les ressources nécessaires pour aller au bout de ce projet.*

*À Lise, pour sa bonne humeur au sein de la colocation.*

*À Irène, Matéo et Pedro, mes « copains de promo » mais tellement plus encore. Pour leur chaleur et bienveillance.*

*À Valentine, à tout l'attachement que je lui porte. À qui je souhaite de la réussite dans son travail initié.*

*À Colombe, pour me rappeler chaque jour l'importance et la beauté des liens d'amitiés pouvant unir deux personnes. Qui réside être, ma plus grande fierté.*

*« Parler et se taire, dans toute l'histoire de l'humanité, ont toujours été deux figures paradoxales de notre libération, de notre salut, autant que de notre perte, et de notre nuit. Puis-je prendre avec douceur la parole ? »*

*Anne Dufourmantelle*

## Tables des matières :

---

**Introduction** : ..... page 11

**Contexte** : ..... page 14

I) Commémoratif : .....page 14

1) Définition des violences conjugales : ..... page 14

2) Évolution historique du concept de violences conjugales : ..... page 17

3) Épidémiologie des violences conjugales : .....page 19

II) Psychopathologie : ..... page 23

1) L'emprise psychologique : ..... page 23

a) *Définition* : ..... page 23

b) *Structuration de l'emprise psychologique* : ..... page 24

c) *Conséquences de l'emprise psychologique* : ..... page 25

2) Facteurs de risque des violences conjugales : ..... page 26

3) Mécanismes des violences conjugales : ..... page 29

a) *Les différents modèles explicatifs des violences conjugales* :  
..... page 29

b) *La construction des violences conjugales* : ..... page 31

III) Cadre législatif : ..... page 34

1) Évolution législative relative aux violences conjugales en France : ..... page 34

a) *Évolution de la place sociale de la femme accordée par la justice* :

page 34

b) *Évolution des différents textes de loi encadrant les violences conjugales* :

page 35

2) Traitement judiciaire des faits de violences conjugales : ..... page 39

a) *La démarche du signalement* : ..... page

<i>b) La réponse judiciaire au signalement :</i>	.....	page 41
IV) Approche médicale :	.....	page 42
1) Conséquences des violences conjugales sur la santé :	.....	page 42
2) Accès aux soins en contexte de violences conjugales :	.....	page 44
3) Prise en charge dans le cadre de violences conjugales :	.....	page 45
4) La part du secret professionnel dans le cadre des violences conjugales : entre législatifs et médicaux :	.....	abords page 47
<i>a) Définition juridique du secret professionnel :</i>	.....	page 47
<i>b) Application du secret professionnel dans le domaine de la santé :</i>	.....	page 48
<i>c) Les apports de la loi du 30 juillet 2020 concernant le secret professionnel :</i>	.....	page 48

**Méthodologie** : ..... **page 51**

I) Pertinence de l'étude :	.....	page 51
II) Modalités de réalisation de l'étude :	.....	page 51
1) Recrutement des différents médecins généralistes :	.....	page 51
2) Caractéristiques de l'enquêteur principal :	.....	page 52
3) Méthode de recueil de données des entretiens :	.....	page 52
4) Méthode d'analyse des différents entretiens :	.....	page 53

**Résultats** : ..... **page 54**

I) Caractéristiques générales des personnes interrogées :	.....	page 54
II) Analyse qualitative des données recueillies au cours des entretiens :	.....	page 57
1) Concernant la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 :	.....	page 57
2) Les situations de violences conjugales antérieures à l'application législative de la loi du 30 juillet 2020 :	.....	page 59
3) Les situations de violences conjugales postérieures à l'application législative de la loi du 30 juillet 2020 :	.....	page 73

4) Le regard porté sur les violences conjugales, le danger imminent et l'emprise  
psychologique de la part des médecins généralistes : ————— page 82

5) Concernant les alternatives évoquées par les différents médecins généralistes  
pour améliorer les prises en charge de violences conjugales : —————  
—— page 87

**Discussion** : ————— **page 91**

- I) À propos des caractéristiques générales des médecins ayant accepté de participer à  
l'étude : ————— page 91
- II) À propos de l'estimation de la prévalence des violences conjugales au cours de la  
pratique de médecine générale de ville : ————— page 91
- III) À propos de la complexité de la définition des violences conjugales : ————— page 93
- IV) À propos des difficultés rencontrées en médecine générale de ville inhérentes aux prises  
en charge des violences conjugales : ————— page 94
- V) À propos de la visée de la loi du 30 juillet 2020 : ————— page 95
- VI) À propos des ressentis exprimés par les médecins généralistes interrogés concernant  
l'application de la loi du 30 juillet 2020 : ————— page 96
- VII) À propos de la qualification légale des personnes victimes de violences conjugales de  
personnes « vulnérables » : ————— page 99
- VIII) À propos des éventuels changements de pratique chez les médecins généralistes  
interrogés en réponse à la loi du 30 juillet 2020 : ————— page 101
- IX) À propos des différentes pistes à investiguer en réponse à la complexité dynamique des  
violences conjugales : ————— page 103 X) À  
propos du travail de recherche : ————— page 104

**Conclusion** : ————— **page 106**

**Annexes** : ————— **page 108**

**Bibliographie** : ————— **page 116**

---

## **Résumé :**

La violence n'a pas d'intensité minimale, aucune blessure physique ou psychologique volontaire ne saurait être tolérée. Ce problème s'insère dans une réflexion globale et pluridisciplinaire, ayant comme point central l'inégalité sociale entre les hommes et les femmes, dont ces dernières restent les principales concernées. Ainsi, la lutte contre les violences conjugales s'inscrit dans un choix de société. Elle est de plus réglementée par des lois sévères, avec de lourdes peines pénales encourues par les auteur(e)s de violences volontaires.

En raison des nombreux acteurs impliqués dans les situations de violences conjugales, il est difficile de réfléchir par le biais d'une approche globale et cohérente. La loi du 30 juillet 2020 est élaborée dans un contexte de recrudescence des violences conjugales en France. Elle autorise la dérogation au secret médical par le professionnel de santé, même sans l'accord de la personne victime de violences conjugales, si ces dernières sont associées à une emprise psychologique et à un danger imminent. Ce travail vise à recueillir les différents avis des médecins généralistes interrogés concernant cette loi, et de souligner l'existence ou non d'un changement de pratique. Le recours à l'information légale dont ont disposé les médecins généralistes est le même que celui de la population générale - à savoir les médias - et n'ont donc pas bénéficié d'une information spécifique à leur statut de médecin. Au final, la majorité des médecins généralistes penche en faveur d'une absence de modification radicale de leurs prises en charge. Cependant, ils évoquent l'augmentation de leur pensée à signaler ou du moins à questionner l'existence de potentielles violences au sein du couple. Enfin, ils soulignent entre autre une difficulté à estimer l'existence ou non d'une emprise psychologique.

### **Discipline :**

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

**Mots clés :** violences conjugales, médecins généralistes, loi du 30 juillet 2020, dérogation au secret médical, emprise psychologique, danger immédiat.

---

## **Abstract :**

Violence has no minimum intensity, no voluntary physical or psychological injury can be tolerated. This problem is part of a global and multidisciplinary reflection, with as a central point, the social inequality between men and women of which the latter remain the main concerned. Thus, the fight against domestic violence is part of a societal choice. For several years, it has been regulated by severe laws, with heavy criminal penalties incurred by the perpetrators of voluntary violence.

Because of the many actors involved in situations of domestic violence, it is difficult to think in a circular way, intended for a global and coherent approach. The law of July 30, 2020 was drafted in the context of an upsurge in domestic violence in France. It authorizes the waiver of medical secrecy by the health professional, even without the consent of the victim of conjugal violence, if the latter is associated with a psychological hold and imminent danger. The aim of this study is to collect the different opinions of the general practitioners interviewed concerning this law, and to highlight the existence or not of a change in practice. The recourse to legal information available to the general practitioners is the same as that of the general population - namely the media - and they have therefore not benefited from any information specific to their status as doctors. In the end, the majority of general practitioners were in favour of not making any radical changes to their care. However, they did mention the increase in their thoughts of reporting or at least questioning the existence of potential violence within the couple. The different health professionals mention a difficulty in estimating the existence or not of a psychological hold.

### **Discipline :**

[Life Sciences [q-bio] / Ethics]

**Key words :** conjugal violence, general practitioners, law of July 30, 2020, derogation to medical secrecy, psychological hold, immediate danger.

---

## **Introduction** :

Les violences conjugales constituent un problème majeur de santé publique d'ordre mondial. Parmi les différentes formes de violences à l'encontre des femmes recensées par les organisations internationales, telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies (ONU), les violences infligées en contexte conjugal sont les plus fréquentes. En effet, 30% des femmes en seraient victimes dans le monde, et 10% en France, soit environ 150 000 recensées en 2019. Elles sont sources de conséquences physiques et morales importantes, et possèdent un taux de létalité très haut car tous les trois jours, une femme meurt sous les coups de son conjoint. Malgré la prise de conscience collective établie à ce jour, aussi bien dans le domaine social que législatif et des démarches en découlant, la prévalence des violences conjugales ne cesse de croître, et restent endémiques.

Les violences conjugales constituent une entité à la jonction de plusieurs regards : législatif et juridique, social et médical. C'est une situation qui implique divers acteurs dont la victime et l'auteur(e) de violences, les proches et la famille, mais également les médecins, psychologues, assistants sociaux, avocats, juges, gendarmes, policiers et milieux associatifs. En raison de la pluralité des personnes concernées et des compétences professionnelles différentes, l'approche des violences conjugales se voit alors d'autant plus complexifiée.

Issue de la transcription législative des travaux du Grenelle des violences conjugales, et en accord avec une volonté publique de contenir les violences conjugales, est votée à l'unanimité par le Sénat le 30 juillet 2020 une loi autorisant la dérogation au secret médical en cas de telles violences, par tout professionnel de santé et personnel soignant les constatant, sous couvert de trois conditions. La première est l'existence d'un danger imminent pour la personne victime de violences conjugales, c'est à dire que son existence semble menacée. La seconde, est l'existence d'une emprise psychologique entravant la capacité de la personne concernée à se protéger en raison de la contrainte morale subite. La troisième et dernière condition réfère à l'obligation du médecin de s'efforcer de recueillir le consentement du/ de la patient(e).



Même en cas de refus de la personne concernée, ce dernier est dorénavant autorisé à déroger au secret médical, et - tout en informant la personne victime de violence conjugale des suites de la prise en charge - d'effectuer un signalement au Procureur de la République. D'autre part, elle renforce les dispositifs de protection et de prise en charge des victimes, des enfants du couple et des auteurs de violences conjugales.

Ces nouvelles dispositions s'inscrivent dans le continuum d'une précédente loi inscrite dans le code pénal, qui autorise un professionnel de santé à déroger au secret médical en signalant au procureur de la République ou à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être (CRIP) des faits de violences, mais seulement si l'accord de la victime a été recueilli au préalable. Cet accord n'était cependant pas nécessaire lorsque la victime est une personne mineure, ou non en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

Bien que disposant de peu de recul, l'exception au secret médical qu'invite cette loi a déjà fait l'objet d'un vif débat avec des avis contrastés. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est positionné favorable à cette loi à condition que les femmes puissent être protégées à la suite du signalement avec des mesures juridiques et sociales adaptées. D'autre part, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes a émis un avis plus nuancé, en rappelant que « les professionnels de santé (...) ne doivent pas décider à la place des patients mais éclairer leur consentement ». Les débats publics mettent eux aussi en avant une divergence d'opinions entre les professionnels de santé. Certains justifient cette loi comme étant un recours nécessaire, soutenant que les personnes victimes de violences conjugales rentrent dans la qualification de « personne vulnérable » sous tendue par la-dite loi, en raison de l'emprise psychologique. D'un autre côté, certains émettent l'idée qu'il s'agit d'une « fausse bonne idée », argumentant le fait que précipiter une procédure sans le consentement de la personne concernée peut compromettre l'alliance de soins déjà difficile à obtenir, risquant ainsi de desservir les victimes de violences. Ils ajoutent que les causes de refus ne sont pas liées uniquement à l'existence d'une emprise psychologique, mais aussi à des raisons économiques et financières limitantes ou à la peur des représailles en cas de dépôt de plainte. D'autres encore émettent un avis réservé quand à la capacité des instances judiciaires et sociales à assurer la sécurité des personnes victimes de violence conjugale, en raison des délais d'attente importants entre le signalement et l'audience, et le peu de places disponibles en hébergement d'urgence.

Au cours de ce travail, est élaborée l'hypothèse que la création de la loi du 30 juillet 2020 vise à augmenter le taux de signalements de la part des médecins constatant des violences conjugales. Le recours aux soins primaires de médecine générale sont à ce jour la principale porte d'entrée dans les soins des personnes victimes de violences conjugales. A travers ce travail, a été recherchée l'existence ou non d'une modification de pratique au sein des prises en charge en médecine générale dans un contexte de violences conjugales, antérieurement et postérieurement à l'application de la loi du 30 juillet 2020. Il s'agissait de recueillir l'avis des différents médecins interrogés, afin d'évaluer leurs ressentis. Bien qu'il existe des recommandations ministérielles avec des questionnaires d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise psychologique, l'estimation de ces caractéristiques restent à l'évaluation propre du médecin. Ce travail vise donc à mettre en avant, s'il existe, un décalage entre les attentes issues de la théorie législative et et celles de la pratique professionnelle médicale.

## Contexte :

---

L'objet de cette partie vise à mettre en relief la complexité de l'approche des violences conjugales à travers des notions de définitions, d'épidémiologie et de psychopathologie, mais également en raison de l'intrication sociale, historique, médicale et judiciaire.

### **I) Commémoratif :**

#### 1) Définition des violences conjugales :

La norme représentant l'image de la famille comme entité rassurante et indissociable d'un épanouissement en toute sécurité de chacun est largement partagée dans le domaine social et scientifique. Cependant, force est de constater que les violences au sein de la famille sont fréquentes. En effet, l'existence de toute personne est bien souvent confrontée à des situations pouvant être à l'origine d'un vécu douloureux pour la personne qui la vit. Ces dires permettent d'introduire les définitions de quelques termes clés.

Un conflit conjugal met en avant deux points de vue opposés, en désaccord mais dans lequel le positionnement et les interactions des différents protagonistes sont égalitaires (1,2). Les conflits conjugaux peuvent être appréhendés sous l'angle d'une pathologie du lien, avec des psychothérapies spécifiques, notamment des thérapies conjugales. Le conflit diffère de la violence dans le sens où la violence est interdite par la loi (1), et témoigne d'une relation asymétrique.

Selon le Petit Larousse, la violence est le « caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice ». Elle désigne le « caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif ». Enfin, elle regroupe « l'ensemble des actes caractérisés par des abus de force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité ». La violence est un délit ou un crime, puni par la loi avec des peines inscrites dans le code pénal. Là où le conflit s'intègre dans un processus social commun et fréquent,

la violence s'en distingue par la velléité de l'auteur d'atteindre l'Autre, avec une dimension de destruction (3).

La violence s'inscrit au sein d'une intentionnalité, créée par des rapports de pouvoirs dynamiques. Ainsi, « la violence conjugale ne résulte pas d'une perte de contrôle mais constitue au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie » (4).

Les violences conjugales peuvent être définies comme tout comportement répétitif ou susceptible de se répéter au sein d'une relation intime, présente ou passée entre deux personnes, et concernant plusieurs domaines hétérogènes, tels que le verbal (insultes cris injures), le psychologique (mépris, ignorance, humiliation, dévalorisation, contrôle isolement), économique (privation de toute ressource, entrave au travail extérieur), le physique (coups et blessures) et le sexuel (viol, agression sexuelle, humiliation au cours du rapport) (1,5,6). Ces différents types de violences sont bien souvent liées et intriquées les uns aux autres. Il existe une violence, quel que soit son type, dès lors que le rapport entre les deux personnes impliquées devient asymétrique. Cette asymétrie du lien est reflétée, en général, par l'existence d'un dominant et d'un dominé (1). Le terme « conjugal » introduit la notion de violence entre partenaires intimes. Afin de ne pas paraître réducteur dans l'intégration des acteurs concernés par de telles violences, il convient de signifier également que les violences conjugales englobent indirectement les autres personnes présentes au domicile ou ayant des liens affectifs avec le dominant et le dominé, particulièrement les enfants. Ces derniers sont bien souvent témoins, et peuvent donc être assimilés comme étant des victimes collatérales de ces violences (7).

Le terme « partenaire » désigne les personnes ayant un lien conjugal, inscrit dans le Code Pénal, à savoir les conjoints, concubins, pacsés ou encore « ex » de tous ces précédents termes (8). Autrement dit, les violences conjugales concernent les personnes sous couvert du statut marital mais aussi ex-marital ou amoureux, pendant la relation, au moment de la séparation mais aussi après (1).

Les violences conjugales peuvent être abordées à travers le climat domestique, c'est-à-dire conjugal, ou relationnelle dans le sens intime. Cette dernière approche englobe les violences dans une sphère plus large, incluant notamment les violences présentes dans les situations amoureuses des adolescents,

et mettant l'accent sur les violences post-séparation. Ces deux concepts restent cependant tout à fait admis (4).

Cette double mesure met en avant la difficulté première de répondre à la question « qui sont les personnes concernées par les violences conjugales ? », mais aussi « qu'entend-on précisément en évoquant les violences conjugales ? ». Est-ce le comportement d'un auteur sur une victime ? Ou bien une relation disproportionnée entre conjoints (9) ? Le sens usuel de la violence renvoie directement à une notion physique. Mais peut-on résumer la violence conjugale uniquement à de la violence physique ? À partir de quand considérer qu'il s'agit de violences conjugales ? Bien que la bien-pensance souhaite intégrer la notion psychique et verbale à cette définition avec un travail médiatique de sensibilisation efficace, la pensée collective ramène principalement cette définition à la structure physique (10). En ce sens, n'existe-il pas là une des explications du faible taux de dépôts de plainte ? En raison de la non reconnaissance de violences psychologiques de la part des victimes comme partie intègre des violences conjugales, et éventuellement de la moindre considération des violences psychologiques de la part des professionnels de santé ? La reconnaissance de l'existence de situations de violences conjugales repose sur des critères fixes et établis par le biais de définitions claires, mais aussi à travers une interprétation subjective de la part de la victime et de la personne recevant la plainte. En d'autres mots, l'existence de violences conjugales trouve sa source dans le vécu de la personne victime de telles violences. Ainsi, la reconnaissance relativement récente de l'aspect psychologique des violences conjugales soulève un problème d'évaluation de cette dimension. En effet, là où les violences physiques font l'état de constatations objectives, la dimension psychologique, elle, reste sujette à une double interprétation (11) : celle de la personne qui en est dépositaire et celle qui reçoit cette plainte.

Un autre questionnement est issu de la définition : à partir de quand peut-on parler de violences conjugales ? En effet, la plupart des couples connaissent des conflits où la voix peut être haussée, avec un contenu discursif empli d'insultes. Il est ainsi difficile de percevoir si ces maux psychologiques témoignent d'un signe avant-coureur de violences physiques ou de harcèlement moral, ou bien s'intègrent dans un processus isolé et commun à toutes les relations conjugales (11). La distinction entre conflit et violence conjugale au sens strict du terme est donc difficile à faire.

## 2) Évolution historique du concept de violences conjugales :

Le concept de violences conjugales est directement corrélé à la situation de la femme au sein de la société. L'émancipation de cette dernière au fil du temps a entraîné une reconnaissance et une protection de ce qui de droit, est : un sujet pensant, différent, singulier, et autonome. À partir de 1965, la femme n'est plus considérée comme sujet mineur, et acquiert le droit de gérer ses propres biens, d'ouvrir un compte en banque, ainsi que d'exercer une profession sans l'autorisation de son mari (12).

Bien longtemps occultées, les violences conjugales sont aujourd'hui reconnues à part entière comme étant une réalité bien présente. C'est à partir des années 1970 que ce concept prend naissance, en lien avec l'influence qu'a pris les mouvements féministes et militantismes (3,13,14). Au cours de ces années, la mère obtient l'autorité parentale au même titre que le père. Émergés depuis la fin de la seconde Guerre Mondiale (12), ces mouvements permettent de faire apparaître pour la première fois le qualificatif de « victimes » de violences conjugales et, par analogie, celui d' « auteur » au sens légal. Les mouvements féministes soutiennent que les codes napoléoniens - à entendre la vision patriarcale appliquée à la famille - et encore appliqués dans la société du XIXe siècle, tendent à ignorer et même légitimer les violences conjugales (14). Ceci s'est traduit par des avancées notables, telles que la loi Simone Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1974, ainsi que la libéralisation du divorce en 1975. Ainsi, d'un point de vue sociologique, s'amorce un mouvement de libération de la parole des femmes, dénonçant un concept jusqu'alors tabou que sont les violences conjugales. En réponse à cette sensibilisation de l'opinion publique, les toutes premières ressources d'hébergements pour les personnes victimes de violences conjugales voient le jour.

À partir des années 1980, les initiatives féministes sont poursuivies et accompagnées par les pouvoirs publics. Également favorisée par plusieurs situations d'ordre public telles que l'homicide de Marie Trintignant par son conjoint Bertrand Cantat en 2003, et l'affaire d'Alexandra Lange en 2012 (12), la lutte contre les violences conjugales est officiellement intégrée dans les priorités de l'État, qui en est tenu responsable (4,9,13). Dans un premier temps, la sensibilisation étatique engendre des mesures contre les violences conjugales sectorielles et cloisonnées. Peu à peu, l'action politique s'organise autour d'une action publique globale cohérente, complémentaire et concertée de la part de plusieurs acteurs différents.

En 2005, l'accompagnement des personnes victimes de violences conjugales mais aussi des auteur(e)s tente de s'organiser en articulant différents domaines, tels que médicaux, sociaux et de

réinsertion. C'est à partir de 2010 que les violences conjugales sont intégrées dans la politique publique comme étant une « grande cause nationale à défendre » (2). Les enfants sont également considérés comme des victimes collatérales à part entière (15).

Trois priorités gouvernementales sont mises en place, traduisant la volonté d'organiser l'action publique autour d'une action partagée et étoffée de campagnes de sensibilisation. Elles dénoncent le fait qu'aucune violence déclarée ne doit restée impunie, renforcent la protection des victimes et mobilisent l'ensemble de la société en ce sens. En d'autres mots, l'action de prévention, de dépistage et l'adaptation d'un système social adapté aux réalités des violences conjugales (notamment avec une possibilité d'intervention capacitaire les domaines psychosocial et judiciaire) sont devenues une des priorités de l'État.

Antérieurement à ces dispositions, les violences conjugales n'étaient pas considérées comme une question de société, car strictement intégrées dans l'histoire privée du couple et donc intouchable du corps public. Cette représentation intime des violences conjugales est encore aujourd'hui ancrée dans les esprits, pouvant participer à renforcer le silence et la non-dénonciation de la part des victimes.

La première enquête nationale étudiant les violences conjugales, à savoir spécifiquement dirigée contre les femmes, a été réalisée en 1997 par le service des droits des femmes et de l'égalité. Les données ont été collectées en 2000 et les résultats publiés en 2003 (3). Cette enquête innovatrice a démontré que les violences conjugales impliquent tous les milieux, aussi bien la vie privée et intime des conjoints que les espaces publics (lieu professionnel par exemple). La définition des violences conjugales a évolué, avec un terme « violence » fortement dépendant du temps, de l'espace mais aussi de la représentation sociale collective.

L'évolution historique prégnante du concept de violences conjugales explique en partie les différents modèles explicatifs. Ainsi, les violences conjugales peuvent être abordées à travers un modèle psychanalytique (avec la notion d'emprise qui sera définie ci-après, les troubles de personnalités), d'un point de vue sociologique notamment avec un fonctionnement machiste et de domination masculine exercés à l'encontre des femmes, ou encore d'un modèle féministe soulignant la violence comme issue essentiellement d'un comportement masculin.

En raison de la pluralité de ces différentes approches complexifiant la définition des violences conjugales, le domaine juridique a clarifié les contours des personnes impliquées. Juridiquement

parlant, le coupable d'une infraction est reconnu « auteur » des faits, ici désigné violent. D'un autre côté, est reconnue « victime » de violences la personne étant dépositaire de la plainte (9).

### 3) Épidémiologie des violences conjugales :

Parmi les différentes formes de violences à l'encontre des femmes recensées par les organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies (ONU), celles infligées en contexte conjugal se révèlent être les plus fréquentes (4). D'autre part, les violences subies par les femmes dans le cadre de violences conjugales constituent l'une des violations des droits de l'Homme la plus répandue dans le monde. Un tiers des femmes de la planète en a déjà été victime (4). Malgré leur reconnaissance actuelle, les violences conjugales demeurent un problème majeur, grave et persistant de santé publique (1,4,5,8,16,17). En raison de l'importante prévalence et incidence, de l'ampleur grave dans le monde et des coûts humains et sociaux considérables engendrés, elles sont considérées comme étant un véritable fléau de la société. Les violences conjugales concernent très majoritairement les femmes, non seulement en terme d'incidence mais aussi en terme de gravité et conséquences, tant sur le plan physique qu'émotionnel (18,19). Ces données épidémiologiques sont retrouvées de manière similaire, dans le cadre d'études menées par le ministère de la sécurité publique mais aussi au sein de maisons d'hébergement ou d'hôpitaux.

L'approche des études épidémiologiques concernant les violences conjugales est majoritairement conséquentialiste. Dans un premier temps, il s'agit d'étudier la place que les violences prennent dans la société en y définissant le type. Ensuite, elles visent à recueillir les réactions des personnes concernées. Enfin, et les mesures gouvernementales sont majoritairement basées sur ces faits, les conséquences de telles violences sont étudiées (15).

Les enquêtes épidémiologiques révèlent qu'une femme sur dix déclare avoir été victime de violences conjugales au cours de l'année, représentant environ 225 000 femmes (1,3,5,8), soit vingt-cinq victimes par heure. La mortalité inhérente aux violences conjugales est tout aussi alarmante, puisqu'une femme en meurt tous les trois jours, contre un homme sur seize (5,8,9,15,17). De plus, 38% des femmes tuées dans le monde l'ont été par un partenaire intime, soit six fois plus que le nombre d'hommes tués par leurs partenaires selon l'OMS en 2013 (4). En France, au cours de l'année 2016, environ 100 000 enregistrements de violences conjugales ont été reçus par la gendarmerie (8). Ces

chiffres n'ont cessé de croître, puisque la prévalence des violences conjugales en 2019 est estimée à environ 150 000 personnes.

D'autre part, l'annonce d'un premier confinement lié à la pandémie de covid-19 en mars 2020 a suscité de nombreuses inquiétudes de la part des pouvoirs publics en raison du risque de recrudescence des violences envers les femmes, expliqué par la proximité induite entre conjoints. À ce titre, un plan d'urgence de protection des victimes de violences conjugales a été lancé, visant à renforcer plusieurs dispositifs d'alerte et d'écoute, d'intervention à domicile et de mise en sécurité des femmes et des enfants ainsi que l'accompagnement des victimes par le biais d'hébergements et de soutien financier. Les préoccupations étaient fondées, car l'enquête publiée en juillet 2020 confirme une haute recrudescence des violences conjugales entre le 16 mars et le 10 mai 2020. En effet, la plateforme d'appel du 39 19 a reçu environ 45 000 appels et déclenché 15 000 prises en charge. Les appels pour violences conjugales ont triplé par rapport à 2019 sur la même période. Il est possible d'avancer l'hypothèse que le confinement a eu un effet révélateur et non déclencheur des violences conjugales.

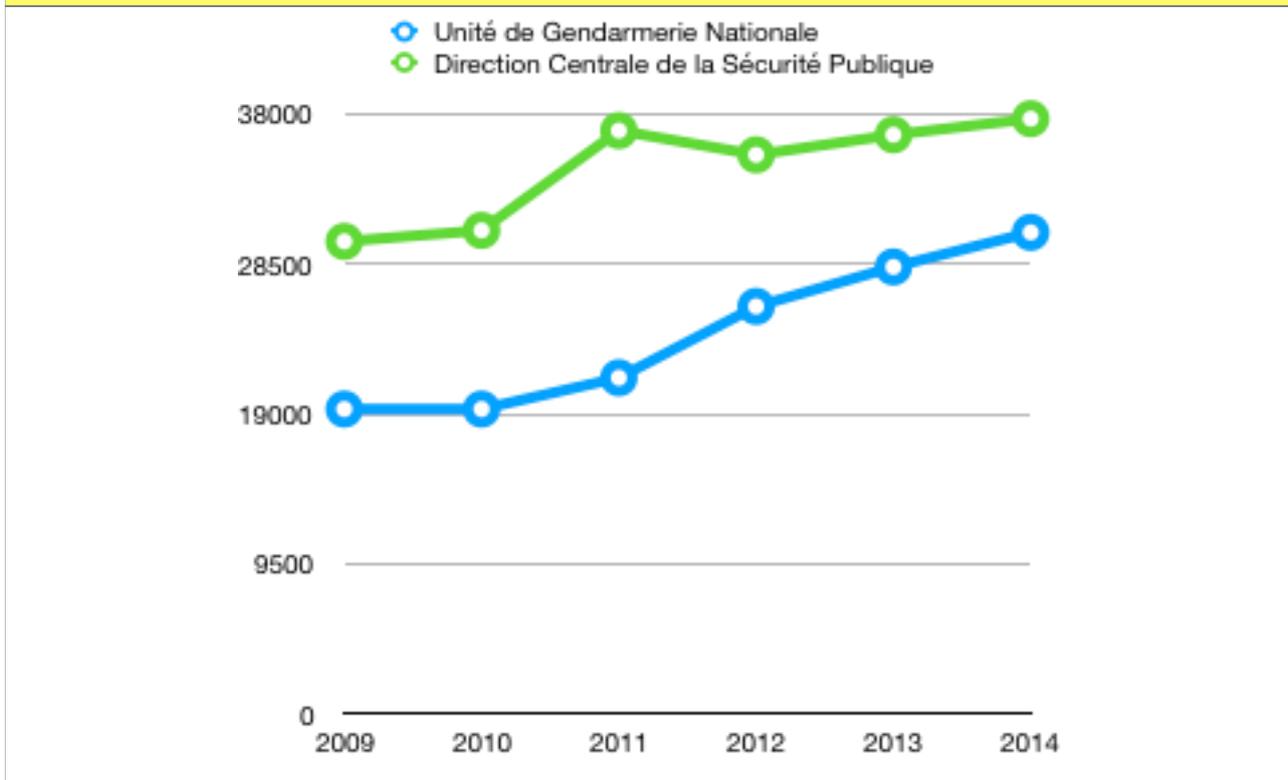
En France en 2019, 99 % des femmes affirment avoir été victimes d'un acte ou comportement sexiste au cours de leur vie. Trois domaines de la vie publique ont été particulièrement interpellés, à savoir le milieu de l'entreprise, des médias mais également le monde politique.

En raison de la complexité de la définition des violences conjugales, les taux épidémiologiques doivent être appréhendés avec recul. En effet, en France, ce type de violence est théorisé comme étant une violence à l'encontre des femmes.

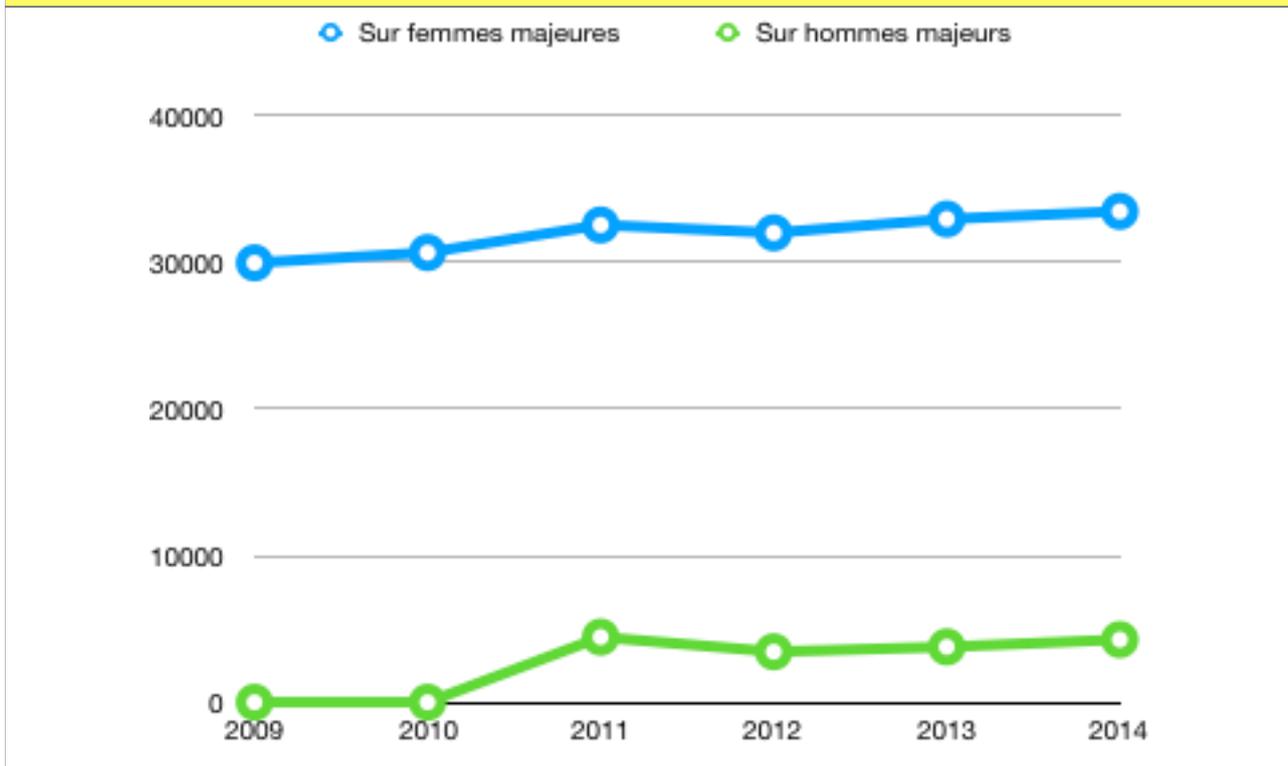
Les données rencontrées montrent que la majorité des faits de violences mesurées par les enquêtes concernent des disputes communes à tous les couples, le plus souvent dans un contexte de précarité sociale ou de consommation d'alcool. Les enquêtes montrent également un phénomène bidirectionnel, c'est-à-dire que les violences vont dans les deux sens, et sont mutuelles entre les conjoints (10).

En dix ans, la reconnaissance des violences conjugales comme faits concrets et réels de société par le biais de la médiatisation et des dispositifs statistiques a permis à davantage de femmes de dénoncer les violences subites (3). Il s'agit d'un fait marquant de notre modernité, en l'occurrence porté par le mouvement féministe.

Évolution des faits constatés pour coups et violences volontaires au sein du couple, entre 2009 et 2014, selon la Direction Centrale de la Sécurité Publique (DCSP) et l'unité de gendarmerie nationale (15) :



Évolution des coups et violences volontaires non mortels au sein du couple selon le sexe de la victime, étude menée entre 2009 et 2014 par la Direction Centrale de la Sécurité Publique (DCSP) (15) :



Deux courbes sont présentées ci-dessus. Au-delà des chiffres, plusieurs éléments intéressants en ressortent. La courbe n°1 montre d'une part l'importante augmentation des dépôts de plainte en lien avec des violences volontaires, recensés par la Direction Centrale de la Sécurité Publique et traités par l'Unité de Gendarmerie Nationale. Bien que toutes les deux témoignent de cette augmentation entre 2009 et 2014 malgré les campagnes de sensibilisation, la différence du nombre de dépôts entre les deux institutions est majeure, montrant bien la complexité du recensement épidémiologique. La courbe n°2 montre l'écrasante majorité des femmes concernées par des faits de violences volontaires. De plus, la prise de conscience que les hommes puissent, eux aussi, en être victimes est apparue à partir des années 2010 puisque de manière antérieure, aucune dépôt de plainte n'avait été recensé.

Enfin, l'intégration du harcèlement moral et des violences psychologiques au sein des violences conjugales entraîne l'apparition d'un phénomène appelé symétrie de genre, à savoir que les hommes et les femmes sont tout autant concernés (10).

Symétrie de genre ne signifie pas être égal dans la victimisation. Elle implique le fait qu'environ le même nombre d'hommes et de femmes reconnaissent avoir commis au moins un acte de violence (notamment verbale, telles que les injures) à l'encontre de leur conjoint(e). L'évaluation épidémiologique des violences conjugales à travers le cadre restrictif de la violence grave (emprise psychologique, violences physiques) ne retrouve pas cette symétrie, montrant que les femmes sont largement plus concernées en tant que victime (10). Autrement dit, bien que les femmes agressent leur conjoint dans les mêmes proportions que les hommes, elles sont les principales victimes en raison des blessures physiques, financières et émotionnelles plus graves (20).

## **II) Psychopathologie :**

### 1) L'emprise psychologique :

#### a) Définition :

S'il est légitime de questionner l'amour au sein du couple lorsqu'il existe des violences conjugales, ces dernières sont tributaires d'un phénomène complexe nommé « emprise psychologique » qu'il est primordial de prendre en considération. Cette emprise s'intègre au sein de phénomènes de domination envers un ou une partenaire intime, évinçant les hypothèses de violence dans le cadre d'actes

spontanés ou de perte de contrôle de soi (4). Au sens générique, elle désigne une ascendance intellectuelle ou morale exercée par un tiers (21). Les violences conjugales sont caractérisées par un rapport intime fort unissant la victime à l'auteur(e) de violence, et par l'exercice de pouvoirs asymétriques engendrant des conséquences néfastes chez la personne dominée, notamment de dépossession, pouvant aller jusqu'à l'asservissement.

Il est fréquent que le phénomène de violence ne soit décrit que sous sa dimension physique. La violence physique se voit, fait peur. Mais la violence psychologique est la plupart du temps préceptrice, ancrée dans le temps de manière pugnace et traduite par des éléments tels que l'humiliation, l'intimidation et la dévalorisation de l'autre. Il s'agit là d'un précepte nommé « emprise », et dont l'issue est de priver la victime désignée de son autonomie tout en la convaincant de ses propres incapacités. C'est une violence invisible et insidieuse qui s'immisce dans l'intimité du couple. Bien souvent, cette emprise psychologique est retrouvée dans les relations dites « fusionnelles », rendant impossible l'existence de deux personnes comme entités distinctes l'une de l'autre, respectueuse de la singularité de chacun.

En d'autres mots, l'emprise psychologique peut se définir comme étant un processus de colonisation psychique par la personne violente, dont la visée est d'annihiler la volonté de la personne emprise (22). La contrainte physique et morale engendrée oblige la personne à agir contre sa volonté et contre elle-même (21).

L'emprise psychologique est à différencier d'un processus volontaire d'accompagnement et de demande d'avis d'un(e) partenaire envers son ou sa conjoint(e), car cette démarche répond à une demande volontaire de la part de la personne concernée. Elle est aussi différente (bien que compatible) d'un sentiment d'insignifiance lié à un défaut d'acquisition du sentiment de soi (23), ou encore d'un modèle patriarcal familial instauré dans l'éducation.

#### *b) Structuration de l'emprise psychologique :*

L'emprise psychologique s'établit à travers la succession de plusieurs phases. D'abord une dimension morale, témoin d'un comportement autoritaire et agressif. Ceci se traduit par une agressivité verbale, physique ou psychologique des comportements maltraitants. L'emprise contribue à l'isolement social, professionnel et affectif de la victime. Des éléments d'attention doivent alerter les professionnels de santé s'il existe un climat de tension permanente de la personne venant en consultation. La deuxième

phase est celle de l'instauration de l'emprise psychologique à proprement dite, induisant un rapport inégal et infantilisant. Il s'agit de l'exercice d'un rapport d'autorité inadapté, induisant un contrôle des pensées culturelles, personnelles et religieuses. Puis arrive la dimension économique de l'emprise, développant une dépendance financière à l'auteur(e) de violences, peu importe les revenus financiers. L'empriseur maîtrise les moyens de paiement et le budget conjugal. Enfin, se crée la dimension psycho-affective de l'emprise, entraînant un état de dépendance et d'instrumentalisation affective. Il existe un endoctrinement de la pensée avec une obéissance inconditionnée à l'Autre, une exploitation et un renoncement aux valeurs antérieures. La reconnaissance d'un sentiment d'appartenance est totale (21).

c) Conséquences de l'emprise psychologique :

L'emprise psychologique est entretenue par une sidération psychique des personnes victimes de violences conjugales. Cette sidération empêche toute possibilité de contrôle des réactions émotionnelles, à l'origine d'un état de stress dépassé. Les capacités et ressources personnelles de la personne ne sont plus en mesure de répondre à ses besoins. S'en suit l'apparition de deux symptômes traumatiques, au cœur du processus d'emprise psychologique. D'une part, la dissociation traumatique à l'origine d'une anesthésie émotionnelle et physique, d'un sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation et d'une perte des repères temporaux-spatiaux. Cette anesthésie empêche la personne victime de violences conjugales d'organiser ses défenses psychiques, ne pouvant plus mettre à distance l'environnement violent. La possibilité de s'en extraire s'annihile peu à peu. La violence se développe en huit clos (21). D'autre part, se crée le phénomène de mémoire traumatique. Elle se traduit par l'intégration mémorielle inconsciente des violences subites, à l'origine de reviviscences incontrôlées des scènes traumatiques sous la forme de *flashback* (22). La proximité physique très répandue de la victime avec son agresseur rend persistant dans le temps l'état de sidération ainsi que le stress engendré.

L'emprise psychologique alimente le risque de non reconnaissance des faits de violences et donc leur non dénonciation, pas par manque de volonté de la personne, mais en raison d'un vécu si traumatisant qu'il en devient irréel et inacceptable pour le psyché. Ceci fait perdre toute consistance aux faits, qui paraissent n'avoir jamais existé, et faisant perdre toute prise de conscience de ses droits (22). Les personnes victimes de violences conjugales sont colonisées par le discours culpabilisant de

l'auteur(e), se sentant coupables et honteuses. Ainsi, le Grenelle organisé par le gouvernement en fin d'année 2019 impose un constat important. Il souligne les impacts de l'emprise psychologique, enfermant les personnes victimes de violences conjugales dans un silence empêchant toute révélation des faits subis, aussi bien à leur entourage qu'aux autorités judiciaires compétentes. La notion d'emprise est pour la première fois intégrée dans l'ordre juridique. Ces constatations, après discussion de représentants du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de la Haute Autorité Sanitaire, et des représentants de l'égalité homme femme, ont abouti à la possibilité de déroger au secret médical en cas de constatation d'emprise psychologique (24), intégrant la personne emprise dans le qualificatif légal de « personne vulnérable ».

## 2) Facteurs de risque des violences conjugales :

Les violences conjugales concernent tous les âges de la vie et tous les milieux socioculturels (1,4,25). Elle touche aussi bien les adultes, les enfants et les personnes âgées (10). Contrairement aux représentations sociales, il n'est pas nécessaire d'être atteint d'une pathologie psychiatrique pour être violent (6).

Plusieurs facteurs de risque de violences conjugales sont mis en évidence à travers la littérature. Il est important de signaler qu'aucun de ces facteurs ne se suffit à lui-même, et que les violences conjugales trouvent racine au sein de l'accumulation de plusieurs critères, ayant dans ce cas une forte valeur prédictive (10) :

- **le genre** : les violences conjugales concernent aussi bien les hommes que les femmes, mais ces dernières restent majoritairement impliquées et notamment par des faits de violence grave (78% des victimes d'homicides sont des femmes) (8).

- **l'âge** : selon une étude menée en 2014 concernant les facteurs de risque de violences conjugales, la tranche d'âge comprise entre 41 et 50 ans serait la plus concernée (26), notamment en raison du taux de chômage plus haut durant ces âges. Le jeune âge (compris entre 20 et 24 ans) serait lui aussi à intégrer comme étant un facteur de risque (25). La personne âgée est aussi considérée à risque de violences conjugales. En effet, de longues périodes de violence augmentent la perte d'autonomie, et la perte d'autonomie est elle-même un facteur de risque de violences conjugales

(4,27,28). Enfin, l'écart d'âge significatif entre les deux conjoints est à risque de violences conjugales (25).

- **une période de vulnérabilité psychique**, quelle qu'en soit la nature. Sont concernées les périodes de transition, dans « ce qui n'est plus mais qui n'est pas encore », telles que l'adolescence, la grossesse et la maternité (4,6).

- **le statut entre conjoints** : les statuts maritaux sont les plus à risque, suivi du concubinage et enfin des divorces (6,15). Il est admis que le refus de la séparation est le premier facteur responsable du passage à l'acte chez les hommes. Vient en seconde position la dispute conjugale.

Pour les femmes, c'est l'inverse (4,15,29).

- **la précarité sociale et financière**, en raison du climat non sécuritaire et incertain de l'avenir. Ceci peut se surajouter aux tensions conjugales et maintenir les relations violentes. Le taux de violences serait 2,5 fois plus élevé dans les quartiers pauvres que dans les autres (10), notamment en raison d'une prévalence du chômage plus élevée favorisant la promiscuité non souhaitée entre les conjoints. Il reste difficile à démontrer si ce facteur causal est issu de la pauvreté financière en elle-même, ou des conditions de vie dans certains quartiers (30).

- **un niveau de formation et de diplôme plus haut chez la femme que chez son compagnon** : ceci exprime un sentiment de dépossession masculine et donc d'estime de soi. Les violences commises sont alors le témoin d'une volonté dominante de reprendre l'ascendant sur sa compagne, par peur d'une émancipation de cette dernière (2).

- **un trouble de l'usage chronique de substances toxiques**, comme l'alcool. Selon une étude menée en 2014 concernant les facteurs de risque de violences conjugales, 40% des femmes victimes de violences conjugales déclarent qu'au moins un geste violent de la part de son compagnon avait été commis sous l'empire de l'alcool durant les deux dernières années (15). Ivre, un homme a une probabilité trois fois plus élevée de se montrer violent. Il s'agit donc d'un facteur précipitant des violences conjugales (26).

Graphique représentant les facteurs de risque de violences volontaires au sein du couple, en fonction du sexe (15) :

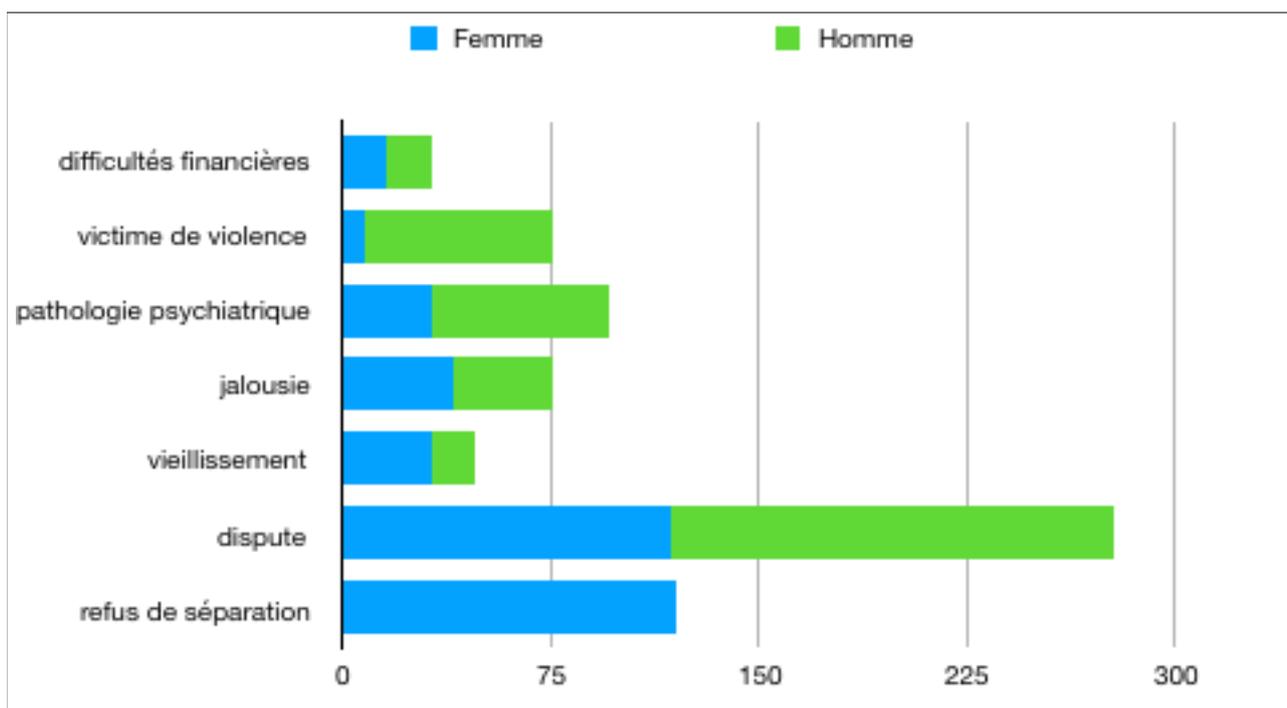


Tableau récapitulatif des facteurs précipitants des violences conjugales, selon la Haute Autorité Sanitaire (HAS), dans son rapport de décembre 2020 :

Facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violence	Facteurs associés à la probabilité qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
Jeune âge	Jeune âge	Différence d'âge important
Faible niveau d'instruction	Faible niveau d'instruction	Écart entre niveau d'instruction (femme plus instruite que son compagnon)
Exposition aux violences conjugales durant l'enfance	Antécédents de violences ou exposition à la violence	Domination masculine dans la famille
Maltraitance durant l'enfance		Contexte de séparation conflictuelle
Acceptation de la violence	Banalisation de la violence	Insatisfaction dans le couple
Grossesse, naissance d'un enfant, période périnatale		Isolement social
Handicaps, maladie de longue durée		
Problème de santé mentale	Trouble de la personnalité	
Dépendance financière		Stress économique, précarité

### 3) Mécanismes des violences conjugales :

#### a) Les différents modèles explicatifs des violences conjugales :

Les connaissances théoriques croissantes développées dans le cadre de la recherche sur les violences conjugales révèlent une diversité des modèles explicatifs tendant à expliquer le dynamisme de telles violences. Les dimensions sont multiples, notamment psychologique, interpersonnelle et cognitive (4,5). Il s'agit de rejoindre les différents regards, se devant être complémentaires plutôt qu'antinomiques :

- **l'approche psychique** des violences conjugales admet que la victime n'est plus reconnue par l'auteur(e) dans son altérité, mais plutôt comme un « objet » devant répondre à la satisfaction des pulsions de l'auteur(e) (5). Ces propos introduisent la notion d'aliénation, à savoir ne plus exister par soi-même en tant qu'entité propre, mais uniquement en interdépendance à l'autre (22). Les violences conjugales sont le reflet d'un échec du rapport amoureux, quand l'autre n'est plus l'Autre dans son entière altérité, devenu objet de satisfaction pulsionnelle (5). En revanche, bien qu'objectifiée par le rapport dominant(e)/ dominé(e) (1), la victime ne sera jamais l'objet entièrement consommable comme le souhaite l'agresseur. De cette non objetisation totale, demeure un reste insaisissable et irréductible pour l'auteur(e), source même des violences (5). En d'autres mots, la violence est une tentative de contrôle entier sur l'autre. Ainsi, Annik Houel, professeure en psychologie sociale à l'Université Lumière de Lyon 2, émet l'hypothèse que « les hommes tuent leur femme pour la garder, aussi paradoxal que ça puisse paraître, alors que les femmes tuent leur conjoint pour s'en débarrasser » (8).

- **l'approche féministe** explique que les violences conjugales sont avant tout le fruit de la domination masculine au sein de la société. Ceci est soutenu par des organismes internationaux tels que l'Organisation des Nations-Unies (ONU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette analyse est faite à travers le caractère social de la problématique, en analysant les dimensions structurelles et les différents rapports sociaux de genre (4). Elle fait ainsi des violences conjugales un phénomène concernant le genre féminin.

- **l'approche systémique** qualifie les violences conjugales de violence intra-familiale. Ceci souligne l'importance des interactions entre les divers membres de la famille (4).

Trois typologie de violences sont retrouvées dans les violences conjugales (31,32) :

- le **terrorisme induit** désigne la violence inscrite dans une dynamique de pouvoirs et de contrôle d'un conjoint sur l'autre, médié notamment par la peur instaurée par l'auteur(e) des violences. Dans ce type de violence, les femmes sont principalement concernées en tant que victimes.

- la **violence résistante** renvoie à la violence exercée de la part de la personne victime de violence conjugale à l'encontre de l'auteur(e). L'intention est de résister ou de se défendre d'un contrôle coercitif.

- la **violence situationnelle** est exercée par l'un ou les deux conjoints, dans une dynamique de conflit de couple plus ou moins sévère. Cette violence est la plus commune de différents types de violences retrouvés en contexte conjugal.

Les deux premiers types de violence sont principalement concernés par un contrôle dit coercitif, comprenant deux dimensions. La première, dite de « concision » (agression psychologique, intimidation, menace, humiliation), et la seconde dite de « contrôle » (isolement, privation, imposition de règles) (33). Ce dernier augmente le seuil de tolérance des victimes et rend les violences non physiques acceptables (4,32). Pourtant le contrôle coercitif est le type le plus préjudiciable de violence. En effet, les violences marquées par une dynamique de coercition et de contrôle se distinguent des violences situationnelles tant en terme de sévérité que de fréquence. Il ne faut cependant pas minimiser les violences s'intégrant dans un cadre situationnelle (31).

Tableau récapitulatif des caractéristiques distinctes des types de violences conjugales (4,18,31)

Critères	Thèmes	<u>Violences de coercition et de contrôle</u>	<u>Violences situationnelles</u>
<b>Sévérité</b>	Actes de violences graves	43 à 76%	20 à 28%
	Crainte des victimes pour leur vie	60 %	9 %
<b>Fréquence</b>	Actes violents	57 %	8 %
<b>Évolution</b>	Escalade temporelle de sévérité	75 à 78%	20 à 28%
<b>Bidirectionnalité</b>	Violence mutuelle	15 à 29%	69 à 87%

<b>Causes</b>	T r a n s m i s s i o n intergénérationnelle avec la violence subite durant l'enfance	Modérée	Faible
	Genre	97% par des hommes	Autant par les femmes que les hommes
<b>Conséquences</b>	Blessure grave	21 %	5 %
	Taux de satisfaction conjugale bas	50 %	13 %
	Syndrome de stress posttraumatique	79 %	37 %

*b) La construction des violences conjugales :*

La visibilité des violences conjugales est le plus souvent faible. En effet, cette dernière s'établit au cours d'un processus de longue durée, avec une escalade des différentes formes de violence. Le lien psycho-affectif profond entretenu entre les partenaires contribue à cette dissimulation et méconnaissance (6). Ce lien est d'une nature très forte, en raison de l'emprise psychologique mais aussi du sentiment amoureux qui n'est pas incompatible. Pour autant il reste pathologique, et trouve racine dans les conséquences engendrées par la violence physique, verbale, économique et sexuelle du dominant, à l'origine de sentiments de peur, d'humiliation et de honte ressentis par la victime de violences (22). Ainsi, les personnes victimes de violences conjugales peuvent aller jusqu'à retirer leur plainte dans les jours qui suivent, en proie à un sentiment de culpabilité ou de toutes autres natures telles que la peur des répercussions familiales, notamment à l'encontre des enfants (7).

La première fois qu'une violence conjugale se produit, survient un choc pour la victime. En effet, la majorité des cas révèle que des tensions au sein du couple existaient au préalable, peut-être même de manière croissante sans que rien ne laisse envisager une dégradation brutale de ce type. Il était alors impensable pour la personne victime de violences conjugales qu'une dispute soit succédée par des coups. Malgré le choc, un espoir de réconciliation persiste et qualifie ce geste d'inhabituel, de circonstanciel et ne pouvant se répéter. La première fois qu'un geste violent est réalisé, il est impossible de savoir s'il restera unique ou non (34). La victime ne cherchera donc pas d'aide, et aura le plus grand mal à parler de ce qui lui arrive. En effet, une personne victime de violences conjugales a d'autant plus de mal à le dire à l'extérieur qu'elle a du mal à se le dire à soimême. En dehors de la honte, elle essuie un échec de la vie de couple. Ceci est sous-tendu par :

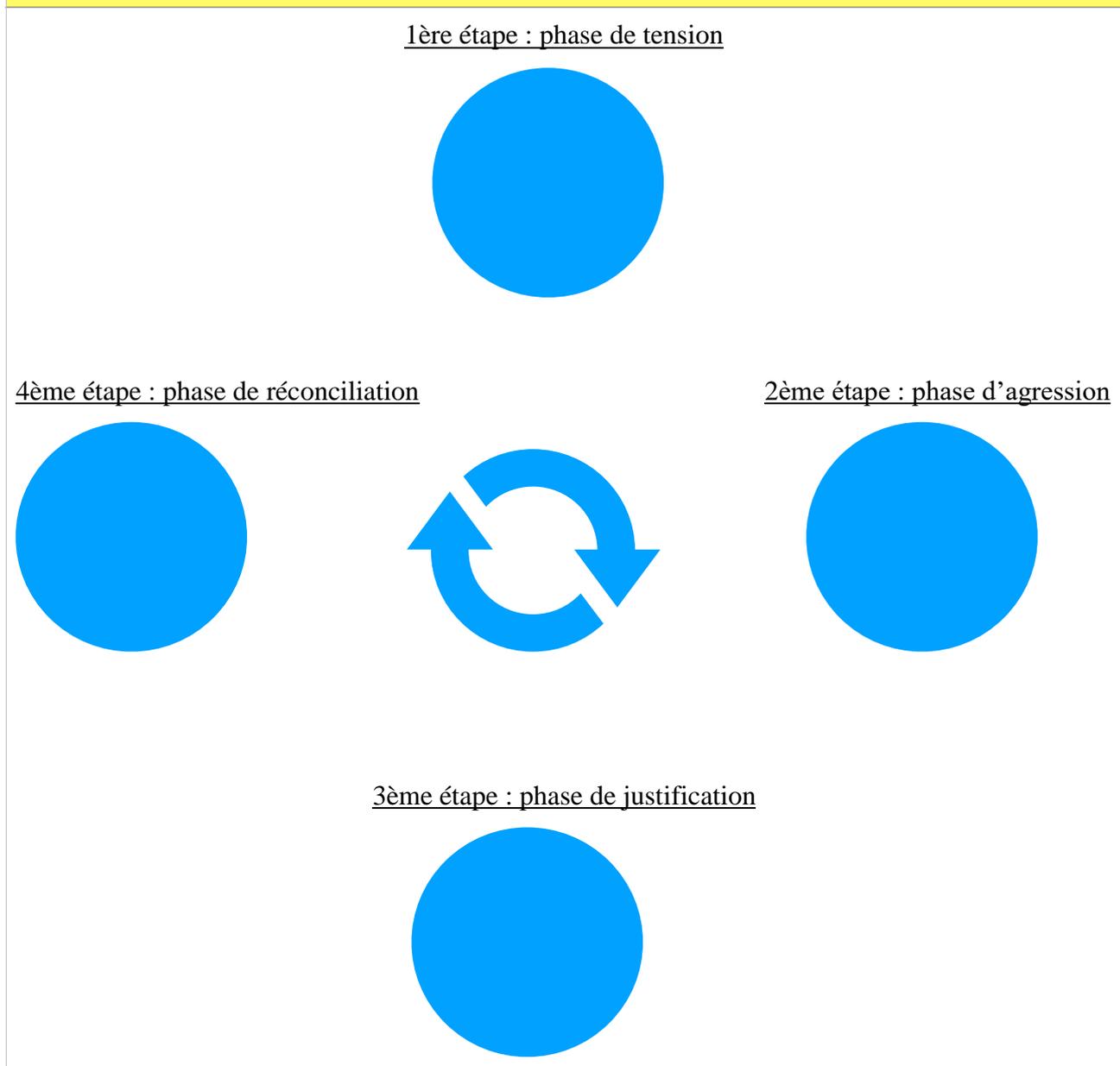
- **la complexité du lien entre soi-même et son agresseur**, celui ou celle que l'on aime et qui devient un être persécutant, auteur(e) de dévalorisation. Une violence au sein d'une relation de couple peut entraîner une blessure narcissique, en lien avec la confrontation de la réalité et son propre idéal.
- **la complexité de l'image du couple au sein d'une reconnaissance sociale** du couple « communément bon »), confrontée au vécu d'une relation d'une extrême singularité, propre à chacun et qui peut être toute autre (34). La peur du jugement d'autrui est un frein à la reconnaissance de violences conjugales. En effet, une fois qu'un Autre extérieur au couple est au courant de telles violences, ce qui avant appartenait à l'intimité du couple n'est plus. C'est risquer une intervention extérieure, pouvant mettre un terme définitif à une relation déjà fragilisée mais en laquelle l'espoir d'une continuité persiste.
- **une peur de la solitude** en raison de l'isolement engendré par l'emprise psychologique (7), la peur des représailles pour soi ou ses enfants, la privation du peu de liberté restante (22).

Comme le montre le tableau ci-dessous, les violences conjugales s'inscrivent dans un cercle vicieux, répétitif et cumulatif. Elles augmentent en intensité et fréquence au cours du temps si aucune intervention n'est réalisée, telle une réaction en chaîne (8,35). La répétition de ces phases entraîne une anxiété anticipatoire des prochaines violences. Quatre phases sont décrites (1,6,35) :

- **1) La phase de montée en tension**, souvent provoquée par l'auteur. Il existe un sentiment de peur, d'insécurité et de désespoir ressenti par la personne victime de violences conjugales notamment par processus anticipatoire, en lien avec la reconnaissance d'un cycle qui se répète. Des questions en lien avec la dépendance affective déjà installée se posent : « que vais-je devenir sans lui ? » « C'est le seul qui m'aime, n'est-ce pas mieux que rien ? ».
- **2) La phase d'agression**, avec un passage à l'acte hétéro-agressif de l'auteur(e) envers la victime. C'est souvent lors de cette période de crise qu'une demande d'aide extérieure est exprimée par la victime de violences.
- **3) La phase de justification**. L'auteur(e) culpabilise la victime, la rendant coupable de ce passage à l'acte, niant la gravité de ses actes en échangeant les responsabilités de chacun.

- **4) La phase de réconciliation**, dite « lune de miel », au cours de laquelle l'auteur(e) promet que ça ne se reproduira plus. Il existe durant cette phase une banalisation des faits, des promesses, et un espoir de la part de la victime de violences conjugales d'une relation changeante. Il existe alors un processus d'identification de la part du dominé vers le dominant, avec l'espoir vain de « le changer », comme endossé d'une responsabilité salvatrice.

Le cycle des violences conjugales, en général répété et cumulatif :



**III) Cadre législatif :**

1) Évolution législative relative aux violences conjugales en France :

a) Évolution de la place sociale de la femme accordée par la justice :

Les violences en contexte conjugal sont marquées de plusieurs périodes historiques évolutives dans le domaine du droit et de la législation. Issue d'une forte pression des mouvements féministes, les textes de loi ont fortement évolué dans le domaine des violences conjugales, tant pour la répression des violences que pour la protection des victimes. La justice pénale a réalisé un important travail de reconnaissance, débuté au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle (14). Antérieurement, le recours au droit pénal dans le cadre des violences conjugales relevait plus d'un comportement jugé inadapté socialement parlant que d'une volonté de sanctionner des violences intra-conjugales, appartenant au domaine privé. L'autorité publique réagissait peu (14,36). En effet, jusqu'à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, la conception patriarcale de la famille du système juridique français maintenait l'épouse dans une situation de soumission, ou le privé ne concernait pas l'ordre public.

Au sens juridique, et ce jusqu'en 1938, l'épouse au sens marital était considérée comme « incapable », placée sous la tutelle de son mari, et ne disposait pas du droit d'exercer sa volonté sur son propre patrimoine. Cette vision a évolué au cours de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Durant les années 1960, se crée une pénétration progressive du droit pénal au sein du cercle familial. La vision patriarcale du système juridique a été supprimée durant les années 1970, notamment par la loi de 1973 retirant la notion de chef de famille (36). Ces mesures ont été accompagnées de campagne de sensibilisation des policiers aux violences conjugales, afin que des poursuites pénales abouties puissent être faites (10).

Entre 2007 et 2010, l'aspect législatif des violences conjugales connaît des modifications importantes. Elles sont marquées notamment par l'apparition du terme « délictualisation », englobant dans les délits les violences commises, même si ces dernières n'entraînent pas d'incapacité totale de travail (ITT), faisant donc référence aux violences psychologiques (7,15). Cette procédure apparaît en miroir de la recrudescence des violences conjugales n'entraînant pas la mort durant cette même période.

À ce jour, cinq plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes ont été adoptés. Le cinquième plan couvre la période 2017 à 2019 et vise en particulier à lutter contre le sexisme et la culture des violences et du viol. Ceci a été médié par la volonté des chercheurs et militants de rendre criminel les violences conjugales, au même titre que les agressions dans l'espace public.

*b) Évolution des différents textes de lois encadrant les violences conjugales :*

L'évolution du cadre législatif est dicté en partie par le faible taux de plaintes déposées dans le cadre des violences conjugales. En effet, moins d'une femme sur cinq déclare avoir judiciairisé les violences subites (8,13,17), et plus de 50% n'ont rencontré aucun professionnel de santé (8). Parmi les principaux textes de lois encadrant ces violences, nous pouvons citer (3,12,13,15,22,36,37) :

- **la dernière modification du Code civil** en 1970 proclamant l'égalité juridique des époux.
- **la déclaration de l'élimination de la violence à l'encontre des femmes** en 1993 par l'assemblée générale de l'organisation des Nations unies (ONU). Elle définit la violence à l'égard des femmes comme « *tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ».
- **l'écriture du nouveau Code Pénal** en vigueur depuis le 1er mars 1994 qui admet, en lien avec la loi du 22 juillet 1992, la particulière gravité des violences sur conjoint et ce quelle que soit la valeur de l'incapacité totale de travail (ITT). L'incapacité totale de travail conditionne la durée d'emprisonnement, à savoir cinq ans si cette dernière est supérieure à huit jours, trois ans si elle est inférieure ou inexistante.
- **la loi du 12 décembre 2005** relative à l'éloignement de l'auteur(e) de violence du domicile conjugal, qu'il ou elle soit conjoint(e) ou concubin(e).
- **la loi du 4 avril 2006** relative au renforcement de la prévention et de la répression des violences au sein du couple ou commise contre des enfants, qui est officiellement le premier texte spécifique des violences intra-familiales. Cette loi élargit le concept de facteur aggravant lorsque le conjoint est lié à la victime par un pacte civil de solidarité. De plus, le divorce ou toute autre situation de séparation est également considéré comme étant un facteur aggravant des violences.
- **la loi du 5 mars 2007** relative au droit au logement opposable prévoit pour les personnes victimes de violences conjugales l'attribution de logements sociaux et autres structures d'hébergement mise en place dans ce contexte.

- **la loi du 9 juillet 2010**, relative aux femmes victimes de violences au sein du couple ainsi qu'aux incidences sur les enfants crée le dispositif d'ordonnance de protection des victimes. La notion de harcèlement au sein du couple est intégrée dans le code pénal, mettant alors l'accent sur la reconnaissance des violences psychologiques comme partie intégrante des violences conjugales au même titre que les violences physiques. De plus, elle autorise l'expérimentation pour une durée de trois ans du bracelet électronique afin de maintenir à distance les conjoints violents.
  
- **la loi du 4 août 2014** relative à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, dont l'idée principale reste la soustraction de la victime de violences à son/sa auteur(e) (par le biais de la dissimulation de l'adresse de la victime par exemple). Cette loi renforce le dispositif d'ordonnance de protection pour les victimes de violences, pour une durée de quatre à six mois. Les enfants sont également mieux protégés avec l'étendue de l'application de l'ordonnance de protection aux enfants victimes de violences conjugales et témoins au sein de la famille.
  
- **la loi du 17 août 2015** rend possible le signalement à tous les personnels de santé, et non plus uniquement aux médecins, avec l'accord de la personne concernée. Une formation spécifique aux violences conjugales est rendue obligatoire pour tous les professionnels de santé.
  
- **la loi du 27 février 2017** prévoit un allongement des délais de prescription à six ans pour les délits comme les violences par le conjoint, les agressions sexuelles autres que le viol, le harcèlement moral ou les menaces de meurtre. Les délais de prescription des crimes sont allongés à 20 ans pour les viol, violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, meurtres, enlèvements et séquestrations.
  
- **la loi du 3 août 2018** étend à 30 ans le délai de prescription des crimes sexuels, renforce les dispositions du code pénal destinées à réprimander les infractions sexuelles sur les mineurs, réprime le harcèlement dit de rue et élargit la définition du harcèlement en ligne comme étant une nouvelle forme d'agression.
  
- **la loi du 28 décembre 2019** fixe à six jours maximum le délai de délivrance d'une ordonnance de protection par le Juge des Affaires Familiales (JAF). Elle prévoit l'attribution d'une aide financière

aux victimes souhaitant changer de logement et élargit le port du bracelet électronique anti-rapprochement ainsi que les conditions d'attribution d'un téléphone grave danger.

- la dernière évolution en date est la loi qui nous intéresse particulièrement pour ce travail de recherche, puisqu'elle est susceptible de modifier de façon profonde la relation entre les victimes de violences conjugales et les médecins traitants. **Votée le 30 juillet 2020 et mise en vigueur le 31 juillet 2020**, elle transcrit les travaux du Grenelle contre les violences conjugales ayant eu lieu en 2019. Afin de renforcer la protection des victimes, elle prévoit la suspension du droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur dont dispose le parent violent, l'inscription automatique au fichier judiciaire des auteur(e)s d'infractions « les plus graves ». Elle prévoit également la décharge de l'obligation alimentaire pour les ascendants, descendants, frères et sœurs d'une personne condamnée pour violences conjugales. De plus, **la levée du secret médical est permise si les violences mettent en danger immédiat la vie d'une personne majeure se trouvant sous l'emprise de l'auteur(e) des faits**. La-dite loi évoque les faits suivants : « *aux médecins ou autres professionnels de santé qui portent 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 les professionnels de santé doivent s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure; en cas d'incapacité d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la république* ».

Tableau récapitulatif des principales avancées apportées par les textes de loi au cours du temps :

<b><u>Loi du 1er mars 1994</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° notion de conjoint = facteur aggravant des violences conjugales</li> <li>° reconnaissance des violences conjugales comme un type spécifique de violence</li> </ul>
<b><u>Loi du 12 décembre 2005</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° éloignement du domicile conjugal de l'auteur(e) de violence</li> <li>° accent mis sur la dimension sociale, psychologique des violences</li> <li>° création de dispositifs d'éloignement du domicile conjugal</li> </ul>

<b><u>Loi du 4 avril 2006</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° notion de pacte civile = facteur aggravant des violences conjugales</li> <li>° qualificatif « d'ex » = dès lors concerné par les violences conjugales</li> <li>° renforcement de la prévention et répression des violences conjugales</li> </ul>
<b><u>Loi du 9 juillet 2010</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° intégration du harcèlement comme propre des violences conjugales = renforcement de la dimension psychologique des violences conjugales</li> <li>° création de l'ordonnance de protection délivrée par le Juge des Affaires Familiales</li> <li>° mesure d'accompagnement protégé et renforcement de l'éloignement des auteur(e) avec un bracelet électronique</li> </ul>
<b><u>Loi du 4 août 2014</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° délivrance d'un dispositif de téléprotection par le procureur de la République à la victime en cas de danger probant</li> <li>° renforcement de l'ordonnance de protection (jusqu'à 6 mois renouvelable)</li> <li>° ordonnance de protection concerne dorénavant les enfants</li> </ul>
<b><u>Loi du 17 août 2015</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° élargissement de la possibilité de signalement, avec l'accord de la victime, à tous les personnels de santé (autres que les médecins)</li> <li>° obligation de formation aux violences conjugales à tous les professionnels de santé</li> </ul>
<b><u>Loi du 27 février 2017</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° allongement du délai de prescription des délits à 6 ans</li> <li>° allongement du délai de prescription des crimes à 20 ans</li> </ul>
<b><u>Loi du 30 août 2018</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° allongement du délai de prescription des crimes à 30 ans</li> </ul>
<b><u>Loi du 28 décembre 2019</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° délai maximum d'attribution de l'ordonnance de protection : 6 jours</li> </ul>
<b><u>Loi du 30 juillet 2020</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° autorisation à la dérogation du secret médical, même en cas de refus de la personne concernée par les violences conjugales s'il est estimé qu'il existe un danger imminent et une emprise psychologique</li> <li>° retrait du droit de visite et d'hébergement des enfants en cas de violence</li> <li>° suspension de l'obligation alimentaire</li> </ul>

## 2) Traitement judiciaire des faits de violences conjugales :

### a) La démarche du signalement :

Le Procureur de la République peut être mis au courant de l'existence de violences conjugales de deux manières différentes :

- **soit la personne victime de violences conjugales se rend au commissariat** afin d'y déposer plainte, qui sera ensuite, si suite donnée, transmise au Procureur. Le traitement des mains courantes et des procès verbaux reflètent l'intérêt public que toute violence déclarée fasse l'objet d'une réponse pénale et sociale. En effet, la taux très faible de dépôt de plainte (à peine 10%) montre la nécessité première de traiter ces déclarations quand elles existent (13).

- **soit la personne victime de violences conjugales le signale à un professionnel de santé** qui pourra réaliser un signalement. Ce dernier doit relater les faits de manière non interprétative, descriptive, intégrant les dires de la personne entre guillemets, sans porter de jugement. L'examen clinique sera lui aussi transmis, avec une description précise des visions physiques constatées, leur(s) siège(s), ainsi que l'état psychique de la personne concernée. Le signalement doit mentionner l'obtention ou non de l'accord de la personne au signalement. En cas de non d'accord, la personne concernée doit en être obligatoirement informée (24).

La procédure résumée dans le tableau ci-après a pour but de répondre de la manière la plus rapide et adaptée à l'inquiétude du professionnel de santé, tout en coordonnant le milieu judiciaire, des forces de l'ordre et le domaine associatif (21). Des compte-rendus devront être fournis au Juge des Affaires Familiales tout au long de la procédure.

**Tableau récapitulatif du circuit juridictionnel en cas de signalement médical par un professionnel de santé constatant des violences conjugales (21,24).**

<b><u>Première étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>° envoi du signalement par le professionnel de santé au procureur de la République</li><li>° envoi par courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent (lieu des faits)</li><li>° traitement de l'information dès réception par le magistrat du parquet de permanence</li></ul>
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b><u>Deuxième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ prise en compte du signalement par le procureur de la République</li> <li>◦ accusé de réception envoyé au signalant par le parquet compétent</li> <li>◦ évaluation du danger immédiat à travers les constatations du professionnel de santé (constat clinique, doléances citées de la victime)</li> <li>◦ décision de mesure de protection adéquate pour la personne victime des faits signalés</li> <li>◦ enregistrement sans délai au bureau d'ordre de la plainte</li> <li>◦ marquage du dossier comme prioritaire</li> </ul>
<b><u>Troisième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ prise en charge en urgence de la victime</li> <li>◦ saisi par le procureur de l'association d'aide aux victimes compétente</li> <li>◦ proposition d'accompagnement adapté aux besoins</li> <li>◦ devoir de retour de l'association au procureur de la suite</li> </ul>
<b><u>Quatrième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ enquête judiciaire</li> </ul>
<b><u>Cinquième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ évaluation du danger</li> <li>◦ évaluation personnalisée de la victime et enfants (contact ASE, juge pour enfants)</li> <li>◦ évaluation personnalisée de l'auteur(e) (expertise psychiatrique, antécédents judiciaires)</li> <li>◦ évaluation de la nécessité d'une éviction du domicile familial</li> <li>◦ anticipation d'un hébergement d'urgence si besoin</li> </ul>
<b><u>Sixième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ orientation de la procédure</li> <li>◦ classement sans suite : notification à la victime</li> <li>◦ ou faits constitués : mesure de sureté, audience, saisine d'une association de contrôle judiciaire socio-éducatif</li> </ul>
<b><u>Septième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ protection de la victime (dès le signalement et tout au long de la procédure)</li> <li>◦ analyse du rapport d'évaluation approfondie du danger (EVVI)</li> <li>◦ choix d'une mesure de protection : ordonnance de protection, téléphone grave danger, bracelet anti-rapprochement (prochainement)</li> </ul>
<b><u>Huitième étape</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ information sur les suites du signalement au signalant</li> </ul>

*b) La réponse judiciaire au signalement :*

En 2016, 68 000 des auteur(e)s de violences étaient impliqué(e)s dans des affaires de violences antérieures et enregistré(e)s par les parquets des Tribunaux de Grande Instance (TGI). L'affaire a été poursuivie pour 43 000 d'entre eux. Parmi les affaires poursuivies, 86% ont fait l'objet d'une réponse pénale et 17 660 personnes ont été condamnées. 96% des personnes concernées étaient des hommes

(8). Les affaires sont poursuivies au tribunal correctionnel si le fait commis est d'ordre délictuel, ou à la cour d'assise s'il est défini de criminel.

Dans un souci de protection des personnes victimes de violences conjugales, plusieurs réponses judiciaires sont possibles :

- **l'ordonnance de protection** est issue de la loi du 9 juillet 2010 et s'inscrit dans le Code Civil. Elle a vocation de protéger les personnes victimes de violences dans le couple et leur(s) enfant(s). Le Juge des Affaires Familiales (JAF) statue sur des mesures de protection quand « *il existe des raisons sérieuses de considérer comme vraisemblable la commission des faits de violences alléguées et le danger auquel la victime ou un ou plusieurs enfants sont exposés* » (8). Cette procédure d'urgence à un triple but. Elle assure la sécurité physique de la victime avec une mesure de séparation de corps (expulsion de la personne violente du domicile conjugal, punie pénalement de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende en cas de non respect) (38), permet la sécurité juridique de l'autorité parentale et la mise à l'abri économique de la personne en lui attribuant un moyen d'hébergement si besoin. L'ordonnance est établie pour une durée de six mois, et reste renouvelable. Il est important de signaler qu'en absence de plainte de la part de la personne victime de violences conjugales, la justice ne peut écarter l'auteur(e) du domicile conjugal (23).

- **le téléphone portable grave danger**, mis en place dans les régions où les violences conjugales sont estimées les plus importantes en terme de nombre et risque de danger de mort. Ce dispositif de téléprotection est délivré pour une période de six mois renouvelable. Une touche unique permet à la personne de contacter directement une plate-forme de prestataire Mondial Assistance (screening), ouverte sept jours sur sept et vingt quatre heures sur vingt quatre. En cas de danger estimé important, la communication est directement passée à l'autorité policière du secteur qui déploiera une patrouille auprès de la personne demandeuse.

- **l'accompagnement judiciaire des rencontres nécessaires entre les conjoints à risque de violence**. C'est le cas par exemple de la rencontre des parents pour la garde des enfants. Organisé par le Juge des Affaires Familiales, ce dispositif est en vigueur depuis octobre 2012.

- **un numéro d'appel unique** destiné aux victimes ou témoins de violences conjugales, le 39 19, est en vigueur depuis mars 2017, et est toujours effectif à ce jour.
- **une plateforme de signalement en ligne** disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept afin de permettre aux victimes de dialoguer anonymement avec un policier ou un gendarme formé aux violences sexuelles et conjugales. Il est également possible d'y déposer un signalement de témoins.

#### **IV) Approche médicale :**

##### 1) Conséquences des violences conjugales sur la santé :

Les violences conjugales ont un retentissement majeur sur la santé des victimes, pouvant entraîner de nombreuses pathologies psychiatriques et somatiques (6). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les personnes victimes de violences conjugales perdent entre un et quatre ans de vie en bonne santé (6,17). En effet, les violences entraînent une modification brutale et durable chez la victime, sur sa pensée mais également sur l'image qu'elle a d'elle-même. Les répercussions sur pluraux, touchant à la fois la sphère socio-affective, familiale, professionnelle et sexuelle (17,34,39,42). Les violences sont sources de conséquences physiques directes et psychiques indirectes (1,16,38). Souvent, les personnes victimes de violences conjugales rencontrent le sentiment d'avoir vécu ou de vivre quelque chose d'inavouable, devant rester secret. Ceci est à l'origine d'un sentiment de solitude, d'une péjoration de l'avenir d'autant plus renforcée par le sentiment d'isolement social. Ces conséquences peuvent rester ancrées pendant au moins deux ans, même après la séparation avec le conjoint violent (40). Les séquelles laissées par les violences conjugales sont issues, non pas des violences en soi, mais de leur caractère récurrent (12).

Les violences conjugales sont un facteur de risque de stress post-traumatique (2,41,42), se traduisant par des troubles du sommeil, des cauchemars, des reviviscences diurnes, des *flash-back*, un état de tension psychique permanent ainsi qu'un état d'hypervigilance. Les accidents domestiques sont majorés, de même que les avortements à répétition et les hospitalisations. Elle sont responsables d'un isolement social, d'une augmentation de l'absentéisme et d'une diminution de la performance au travail (39). Les conséquences physiques sont à l'origine de lésions traumatiques telles que les ecchymoses, hématomes, brûlures, traces de strangulation non nécessairement visibles. Certaines topographies sont suggestives, comme les lésions au niveau du crâne, du cou, des fesses et des points

de préhension (épaules poignets bras). La multiplicité des lésions et leurs âges différents doivent aussi être évocateurs (1,6). Des plaintes gynécologiques et obstétriques (lésions des muqueuses) peuvent être rapportées. Les plaintes somatiques chroniques et psychosomatiques doivent également faire évoquer l'existence de violences conjugales (céphalées persistantes, douleurs pelviennes chroniques). Enfin, l'existence de symptômes pour lesquels toute cause organique est exclue (troubles gastro-intestinaux, asthénie, vertiges et palpitations) est évocatrice de ce contexte.

**Tableau récapitulatif mettant en avant l'augmentation du risque relatif de survenue de pathologies médicales liées aux violences conjugales, issus d'une présentation réalisée le 2 septembre 2013 lors du colloque « Soins aux victimes, accompagnement des auteurs » (4,17,39,41,42) :**

<b><u>Conséquences psychologiques</u></b>	<b><u>Conséquences gynécologiques et obstétriques</u></b>	<b><u>Conséquences physiques</u></b>
Pathologie psychiatriques x5	Grossesse désirée x5,3	Lésion traumatique
Dépression, anxiété x3	Grossesse à risque	Douleur lombaire x2,3
Tentative de suicide	Fausse couche x8,3	Douleur cervicale x2
Syndrome de stress post traumatique (60%)	Dépression du post-partum	Fibromyalgie x3,3
Conduites à risque	Douleur pelvienne x3,2	Céphalée x1,5
Abus de substances x4	Infection sexuellement transmissible	Trouble gastrique x3
	Cancer du col de l'utérus x4	Infections urinaires x1,8
	Interruption volontaire de grossesse (25%)*	

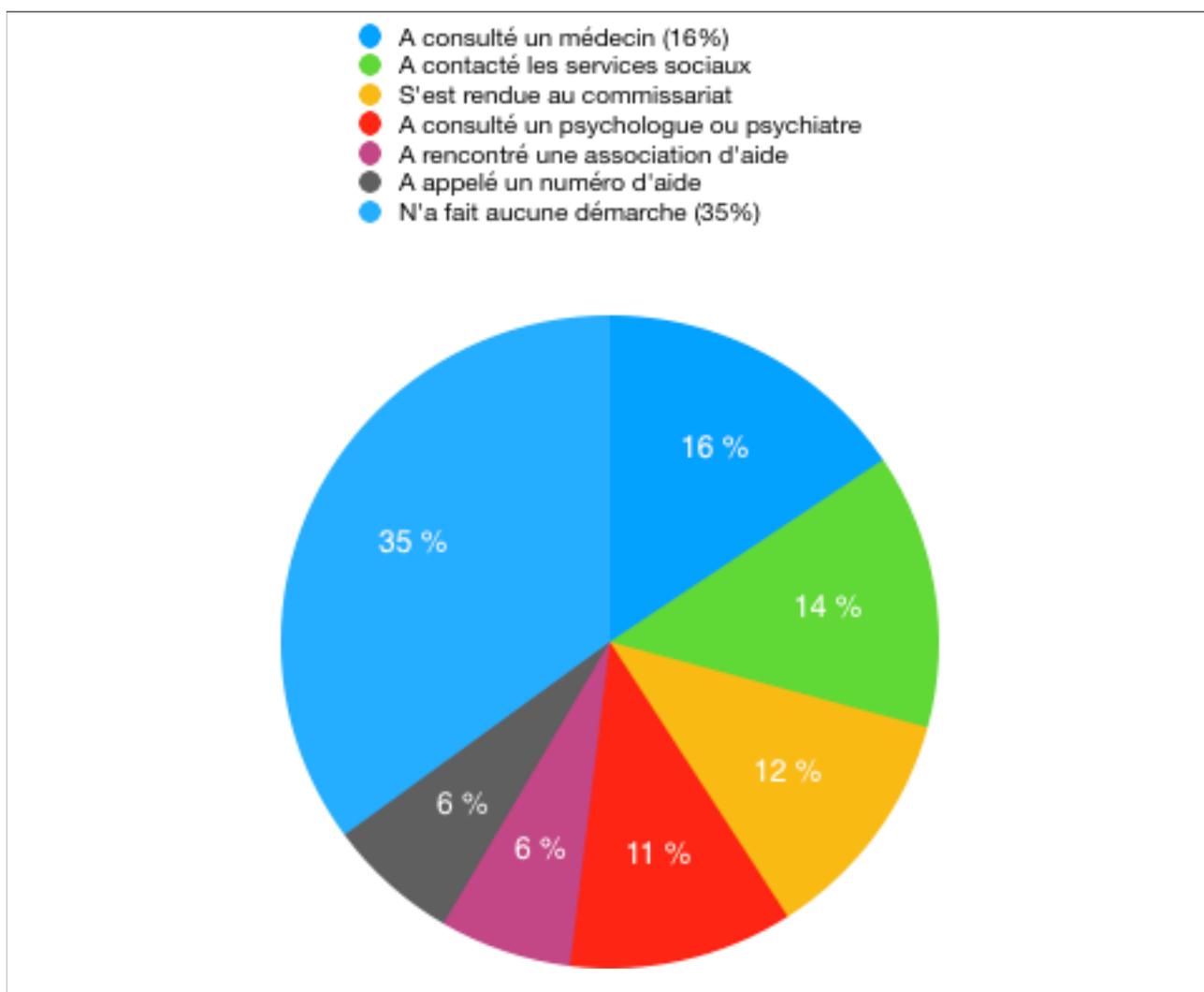
\* en raison d'une volonté initiale d'avoir un enfant, révoquée par un phénomène de violence postérieur au début de grossesse

Enfin, les enfants et adolescents sont des victimes collatérales et indirectes des violences conjugales dont ils sont témoins, avec des conséquences à court, moyen et long termes. Nous pouvons citer les problèmes de santé physique et mentaux, des dysfonctionnements sociaux et scolaires, ainsi que des troubles d'adaptation intériorisés et extériorisés (43,44). Qui seront ces témoins indirects, et quels parents deviendront-ils à leur tour ? Quelle sera la construction psychique de leur représentation du père, de la mère, et de leurs propres enfants ?

2) Accès aux soins en contexte de violences conjugales :

Les personnes victimes de violences conjugales parlent peu de leur vécu, et beaucoup restent dans le silence. L'identification de ces personnes reste primordiale, première étape d'une prise en charge aidant la victime à rompre le silence. Les professionnels de santé restent le premier recours aux soins de ces personnes, et d'autant plus lorsqu'elles vivent encore avec l'auteur(e) (c'est à dire les 2/3 des cas), en raison de la privation de liberté qui s'y accompagne fréquemment (8). Si telle est la volonté de la personne, le médecin généraliste reste le premier choix (1,6,8,18,46). Ceci s'explique par l'accessibilité aux soins primaires, la connaissance approfondie de la famille et la continuité des soins proposés, propice à une relation de confiance souvent plus solide qu'avec les professionnels de santé hospitaliers (6,16). De plus, il est possible que le motif de consultation soit tout autre, demandant alors au médecin généraliste de passer outre et de rester accessible à la demande véritable de la personne victime de violences conjugales (1). Au cours de la consultation, plusieurs éléments doivent interpeler le professionnel de santé, tels que la présence systématique du ou de la conjoint(e), des consultations médicales fréquentes et répétées avec des demandes contradictoires, des retards aux rendez-vous ainsi que des absences non expliquées.

Diagramme représentant les différents recours choisis par les femmes victimes de violences conjugales :



### 3) Prise en charge dans le cadre des violences conjugales :

Les violences conjugales sont complexes car elles impliquent plusieurs acteurs, dont certains n'ont pas l'habitude de travailler ensemble (9). Il est donc difficile de réaliser une cohérence dans les soins proposés. Peuvent être évoqués les médecins (généralistes, psychiatres, légistes et urgentistes principalement), les psychologues, les acteurs du milieu associatif mais aussi les policiers, les gendarmes et les intervenants sociaux.

L'accompagnement en médecine générale est répété de plusieurs consultations actives et dynamiques, rendant disponible le professionnel de santé à la singularité de chacun de ses patients. Le soutien d'une personne de confiance est le principal facteur permettant à la personne victime de violences conjugales de s'extraire de cette situation (23).

En ce sens, il convient de tenter d'amener la personne victime de violences conjugales à se questionner sur sa propre histoire, signifier qu'elle n'est pas la seule dans ce cas et souligner le

caractère dangereux de la violence ainsi que de son interdit légal (23). Un certificat de coups et blessures, remis en main propre à la personne victime de violences conjugales qui en gardera l'usage libre, permet, même si ce n'est pas immédiat, de se rendre à la gendarmerie et de déposer plainte.

Enfin, il est important de développer un sentiment de solidarité entre les personnes victimes de violences conjugales afin de réduire la notion de culpabilité, en restituant le champ des responsabilités qui incombent à chacun. En effet, aucune parole ne peut avoir comme réponse des coups ou un dénigrement de la part d'autrui. Il est important de valoriser les capacités du/ de la patient(e) et soulignant ses potentialités d'autonomie, dont la reconnaissance a pu être annihilée par l'emprise psychologique (17). La Haute Autorité de Santé a établi une liste de recommandations et messages clés destinés à tous les professionnels de santé et spécifiques aux violences conjugales, disponible dans la partie annexe (annexe 1).

Le suivi, encadré par un discours empathique et non moralisateur, contribue à offrir l'aide la plus adéquate à la victime car il assure une opportunité possible de changement. Il se réalise par le biais d'un réseau interdisciplinaire et d'une clinique relationnelle, dont l'issue est de décrire et comprendre l'implication de tous les partenaires concernés, dans un contexte donné à partir d'une situation donnée, afin de coordonner les soins (9). Des coordonnées d'aides existantes peuvent être données, puis transcrites dans le dossier médical (1). Le médecin ne participe pas à la recherche de la vérité judiciaire. Il ne s'agit pas de constituer un dossier monté de preuves, mais de donner des indices pour qu'une évaluation pluridisciplinaire de la situation soit réalisée et que les secours les plus adaptés se mobilisent rapidement (21).

Les violences conjugales restent encore actuellement un sujet sensible à aborder, notamment par la personne concernée par de telles violences. Il est important que les différents acteurs de santé puissent détecter les situations de violence, même en l'absence de demande explicite. En effet, les victimes peuvent attendre que l'initiative soit prise par le médecin (42).

Le repérage précoce est crucial, pouvant être réalisé à l'aide d'un questionnaire proposé au cours de la consultation de médecine générale. Ce dernier permet une approche globale de la vie de la personne, notamment en recherchant des antécédents de violences subies durant l'enfance, et évalue les conséquences si elles existent. Selon une étude menée en 2011, une méthode active de recherche

(questionnaire WAST durant la consultation, mis à disposition dans la partie annexe, annexe 2) est supérieure en terme de dépistage des violences conjugales qu'une méthode passive (dépliants mis à disposition dans la salle d'attente d'un cabinet de médecine générale) (1,16). Poser la question de l'existence de violences conjugales, par le biais d'un questionnaire ou d'un échange, permet aux éventuelles personnes concernées d'être entendues et reconnues. Le droit à la parole reste le premier temps de la reconstruction psychique (17).

#### 4) La part du secret professionnel dans le cadre des violences conjugales : entre abords législatifs et médicaux :

##### a) Définition juridique du secret professionnel :

Les fondements du secret professionnel trouvent leur source dans l'article 9 du Code civil qui stipule que « *chacun a droit au respect de sa vie privée* ». La protection de la vie privée constitue un droit pour les personnes et une obligation pour les professionnels. Ces éléments sont conciliés dans les articles 226-13 et 226-14 du code pénal (46). Le secret professionnel s'applique à tous les éléments concernant le domicile de la personne concernée, sa vie sentimentale et conjugale, sa vie familiale et sa santé. Ainsi, le secret médical protège le droit à la singularité de chacun. Cette notion de secret a été précisée par la cour de cassation, étant considéré comme secret « *tout ce que le professionnel aura appris, compris, connu ou deviné à l'occasion de son exercice professionnel, et non pas seulement ce qui lui a été expressément confié* ». (46).

L'atteinte au secret professionnel est une infraction pénale. En effet, l'article 226-13 du code pénal énonce que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende* » (46).

##### b) Application du secret professionnel dans le domaine de la santé :

Le devoir du secret médical induit par la justice impose le professionnel de santé à jongler avec deux regards antinomiques : celui de se taire et celui de dire. Le devoir de se taire concerne les informations à caractère secret que le professionnel de santé a entendu lors de son activité professionnelle. Le devoir de dire concerne toutes les exceptions ou dérogations au devoir de se taire, lorsqu'un ou une patient(e) est en situation de danger imminent ou présente un état de vulnérabilité au sens juridique.

Le secret médical est une condition intrinsèque à la délivrance des soins, rappelant que les faits révélés par un individu n'appartiennent qu'à lui. Le médecin n'est qu'un dépositaire.

c) Les apports de la loi du 30 juillet 2020 concernant le secret professionnel :

La possibilité de déroger au secret professionnel dans le cadre des violences conjugales est justifiée par l'intégration récente des personnes victimes de telles violences au qualificatif légal de personnes « vulnérables », en raison de l'emprise psychologique dirigée à leur encontre. Cette initiative a été élaborée lors du Grenelle, organisé par le gouvernement en fin d'année 2019. En découle une loi, applicable depuis le 31 juillet 2020, qui étend les possibilités de signalement aux médecins dans un cadre bien précis. En effet, l'article 226-14 du code pénal (cité ci-avant) a été par cette loi complété par l'article 226-13, autorisant qu'un « **médecin ou tout autre professionnels de santé 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, 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 les professionnels de santé doivent 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** ». Ainsi, la levée du secret médical est possible - et non obligatoire - si ces deux conditions sont réunies : l'existence d'un danger immédiat et d'une emprise psychologique (24). Si ces conditions sont respectées, l'article 226-14 du code pénal stipule que : « *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* » (21).

L'évaluation du danger immédiat et de l'emprise a été appréhendée à travers des questionnaires (47), mis à disposition en annexes 3 et 4. Un danger immédiat est une situation où une personne est menacée dans sa sécurité au risque de compromettre son existence. Cette définition est à différencier de celle du risque, renvoyant à l'éventualité d'apparition d'un événement futur (21). L'urgence de la situation s'évalue à travers les préjudices engendrés, et par la perte de chance que peut induire tout retard de prise en charge. Elle requiert une action immédiate (21).

La reconnaissance d'une spécificité des violences conjugales induisant un devoir de protection a suscité une prise de conscience quand est la nécessité de déroger le secret médical dans ce contexte. Ce nouvel espace de liberté accordé aux professionnels de santé (21) a suscité de nombreux débats au sein du corps médical :

- certains professionnels de santé dénoncent **une mesure inappropriée et dangereuse de la levée de ce secret**, sous-tendant le fait que ces derniers seraient mieux à même que la personne soignée à décider de ce qui est bon pour elle. Ils dénoncent le fait qu'une personne victime de violence ne saurait être qualifiée de personne « vulnérable » (entendre inapte à exprimer sa propre volonté) (48). L'argumentation est aussi alimentée par le fait que la problématique des violences conjugales est avant tout une question de santé publique, relevant d'une politique étatique cohérente. Le risque de perdre la confiance de la personne concernée par le signalement est également souligné, entraînant une raison supplémentaire à ne pas aller consulter. Enfin, bien que la responsabilité judiciaire du professionnel de santé ne saurait être engagée si toutes les conditions d'un signalement sont réunies, il n'est pas pour autant protégé des poursuites et de la nécessité de comparaître au tribunal, malgré son immunité. En effet, l'auteur(e) des faits conserve le droit de déposer plainte à son encontre (24).
  
- certains professionnels de santé **saluent cette initiative**. Principaux témoins des violences conjugales, ces derniers doivent pourtant rester silencieux, car tenus au secret médical. Ceci laisse entrevoir le risque que le devoir de se taire ne se transforme en non-assistance à personne en danger. De plus, il existe des cas où les personnes victimes de violences conjugales ne sont pas entendues par la justice. Le poids médical d'un signalement permettrait d'appuyer cette démarche. D'autre part, à la notion de perte d'autonomie décisionnelle en raison de l'emprise, s'ajoute la perte d'autonomie relationnelle, privant la personne victime de violences d'agir pour ce qu'il y a de mieux pour elle, par perte de liberté et non par manque de reconnaissance (48). Enfin, certains médecins rappellent l'existence de l'article 44 du Code de Déontologie Médicale, également référé dans le Code de la Santé Publique, et qui impose aux médecins de « *mettre en œuvre les moyens les plus adéquats* » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privation « *en faisant preuve de prudence et de circonspection* » (24).

## Méthodologie :

---

### **I) Pertinence de l'étude :**

Les violences conjugales constituent un problème majeur de santé publique en France. Dans un souci de réduire leur incidence, le parlement a récemment voté une loi rendant possible le signalement de la part du corps médical, dans certaines conditions explicitées ci-avant, et ce, même en cas de refus des patient(e)s. En cas de recours aux soins, les personnes concernées par des faits de violences conjugales se tournent majoritairement vers les médecins généralistes. Comment cette démarche sera-t-elle appliquée et acceptée, sachant que les médecins endossent bien souvent un rôle de réassurance et d'accompagnement dans ce cadre ? Si l'idée principale théorique d'une diminution des violences conjugales par le biais d'une augmentation des signalements est intégrée, comment se poursuivra en pratique cette démarche et qu'en pensent les principaux intéressés ? L'objectif principal de cette étude est d'identifier les éventuelles modifications de pratique engendrée par cette loi chez les médecins généralistes confrontés à des situations de violences conjugales. Secondairement, l'étude s'est penchée sur les ressentis généraux des médecins généralistes concernant les prises en charge des violences conjugales avant la loi, ainsi que leur avis concernant la loi du 30 juillet 2020.

### **II) Modalités de réalisation de l'étude :**

#### **1) Recrutement des différents médecins généralistes interrogés :**

L'ensemble des médecins interrogés sont spécialisés dans la discipline de médecine générale, thésés et installés en libéral dans le département finistérien. La spécialité en médecine générale et l'installation libérale étaient deux critères nécessaires afin d'être contactés. Le cabinet médical a tout d'abord été contacté de manière randomisée par appel téléphonique (numéro disponible sur internet) afin de récolter l'adresse e-mail professionnelle des médecins.

Au cours de cet appel, seuls l'identité de l'enquêteur principal a été révélée (nom, prénom), ainsi que l'objet de l'appel (projet de recherche dans le cadre d'un Master 2 d'Éthique médicale et de

Bioéthique dont la thématique porte sur les violences conjugales). Les appels téléphoniques ont été réalisés entre le 26 mars et le 16 avril 2021. L'e-mail a été communiqué soit par le biais d'un(e) secrétaire, soit par le/la médecin lui/elle même. Tous ont accepté de divulguer leur e-mail. Par la suite, ils ont été invités, par e-mail, à répondre sur la base du volontariat à une étude effectuée dans le cadre du Master 2 d'Éthique médicale et de Bioéthique de la Faculté Paris-Descartes, et ayant pour sujet « *Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans l'exercice professionnel en médecine générale de ville* ». L'e-mail contenait pour seules informations le titre de l'étude, le nom et prénom de l'enquêteur principal (Nathan Lambert), son statut (interne DES psychiatrie 4ème semestre) les modalités d'échange (entretiens individuels avec enregistrement audio) et la nécessité d'avoir été confronté au moins une fois à une situation de violence conjugale au cours de la pratique professionnelle. En cas de réponse positive, une note d'information les informant de leurs droits leur a été envoyée par e-mail. Cette note d'information est disponible en annexe 5.

## 2) Caractéristiques de l'enquêteur principal :

L'ensemble des entretiens a été mené de manière individuelle, par un enquêteur de sexe masculin, âgé de 26 ans et interne en psychiatrie dans la région finistérienne. Il s'agissait d'une première expérience en tant qu'enquêteur dans le cadre d'une étude qualitative. L'enquêteur ne connaissait pas les médecins interrogés avant les entretiens.

## 3) Méthode de recueil de données des entretiens :

Les entretiens ont eu lieu entre le 29 mars et le 14 mai 2021, par le biais du logiciel ZOOM, à distance, en fonction des disponibilités des différents médecins généralistes et de l'enquêteur principal. Au cours des entretiens, seul le médecin interrogé et l'enquêteur étaient présents. Les entretiens ont été conçus de manière semi-directive, et répondant à une grille d'entretien élaborée au cours de l'année en ce sens, non connue de la part des médecins interrogés, et disponible en annexe 6. Cette grille a été soumise à l'évaluation du Comité des Recherches non CPP (CERAPHP), puis validée avant d'être utilisée (disponible en annexe 7).

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de l'étude ont été collectées et traitées.

Les entretiens ont tous débuté par la narration libre concernant la connaissance ou non de la loi du 30 juillet 2020. Suite à cela, un ensemble de questions ont été formulées en fonction de la narration des personnes interrogées. Leur durée est comprise entre 15 en 30 minutes, en fonction des dires des médecins. Les entretiens ont été enregistrés par le biais d'un support audio disponible sur Smartphone, puis retranscrits par écrit sous forme de verbatim. À cette suite, les enregistrements vocaux ont été supprimés. La retranscription des entretiens n'a pas été renvoyée aux participants pour commentaire ou correction. L'identité des participants a été dissimulée, portée à la seule connaissance de l'enquêteur principal (Nathan Lambert). Toutes les données collectées ont été conservées en France, et uniquement partagées avec la co-investigatrice de l'étude (madame Marie Michon). Elles sont conservées sur support externe (disque dur appartenant à l'enquêteur principal), protégées par un mot de passe, jusqu'à la date de soumission de ce travail de recherche, à savoir le 21 juin 2021.

#### 4) Méthode d'analyse des différents entretiens :

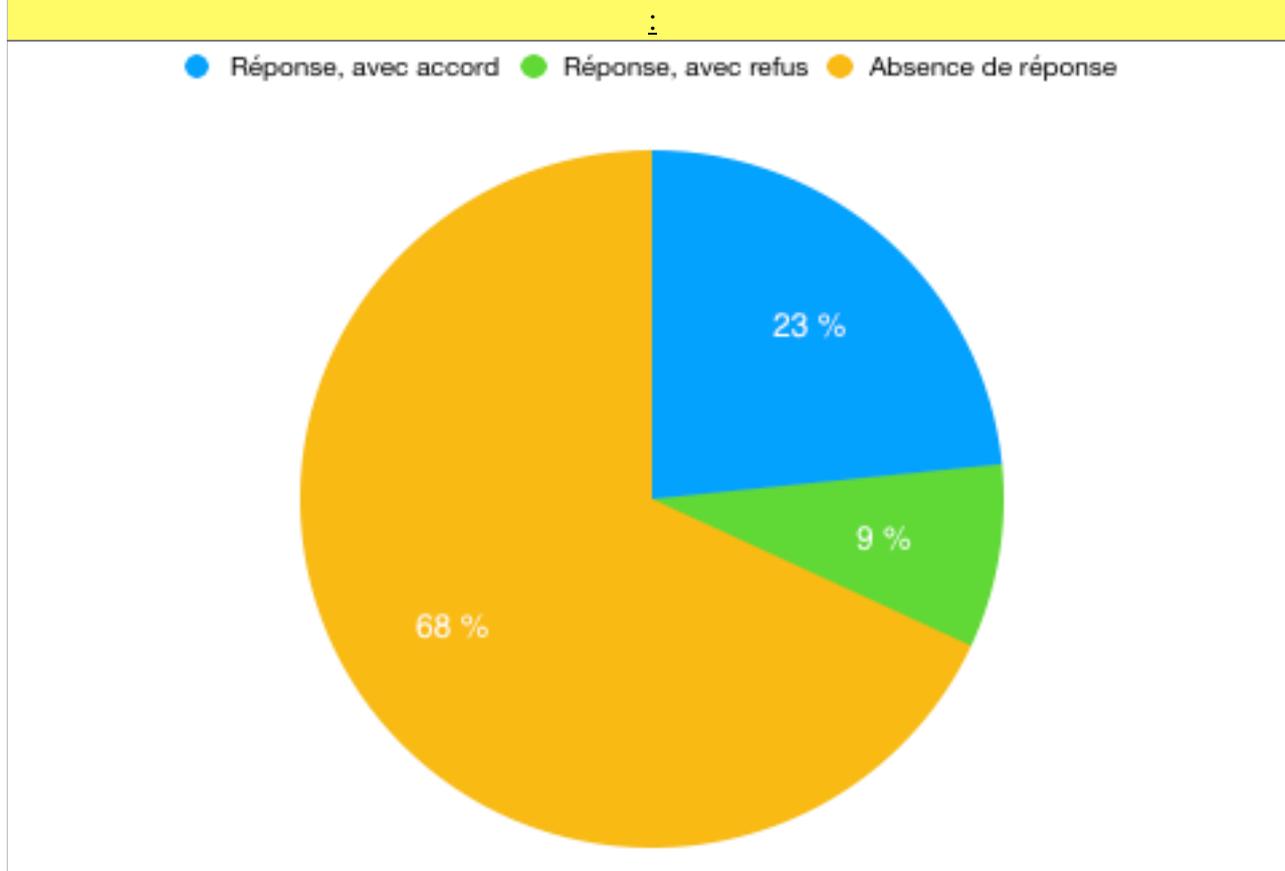
Le codage des données a été réalisé de façon non automatisée par l'enquêteur principal (Nathan Lambert) et sous la supervision d'une co-investigatrice (madame Marie Michon). Cette méthode inductive permet de faire émerger les thématiques les plus représentatives ou partagées des échanges, tout en soulignant les divergences d'opinion. Il s'agissait d'obtenir la meilleure représentativité du discours des différents médecins généralistes interrogés, comme recommandé dans les méthodes d'analyses qualitatives scientifiques. Une première lecture approfondie a été réalisée afin de mettre en avant les principales thématiques des entretiens. Ces différentes thématiques ont ensuite été comparées les unes aux autres, rassemblant les sous-thèmes abordés. Les variables extraites pertinentes pour ce sujet sont les données démographiques (lieu d'exercice professionnel, sexe, et tranche d'âge), celles concernant la formation et les pratiques (spécialité médicale en médecine générale et ayant au moins un antécédent de prise en charge incluant des violences conjugales) ainsi que les données qualitatives décrivant la perception et ressentis des médecins interrogés concernant ces prises en charge.

## **Résultats :**

## I) Caractéristiques générales des personnes interrogées :

Quarante-sept médecins généralistes installés en libéral dans le département finistérien ont été contactés par téléphone, dont vingt-six femmes et vingt-et-un hommes au cours de la période de trois semaines définie par l'enquêteur principal. Que ce soit par le biais des secrétaires ou par leurs soins, quarante-sept adresses e-mails ont été obtenues. Une invitation par e-mail à participer à l'étude qualitative a donc été envoyée à l'ensemble des médecins généralistes contactés par appel téléphonique. La répartition des réponses apparaît dans le graphique ci-dessous. Ont été reçues onze réponses avec accords, quatre réponses avec refus, et trente-deux sont restées sans réponse. Les refus étaient justifiés par un manque de temps.

Graphique récapitulatif des différentes réponses des médecins généralistes contactés



Le tableau suivant récapitule les caractéristiques générales des onze entretiens semi-dirigés réalisés. Ils sont numérotés par ordre de réalisation, c'est à dire par ordre de réponses reçues :

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques générales des personnes interrogées :

Sexe	Tranche d'âge	Spécialité	Temps d'exercice	Localisation	Durée de l'entretien
------	---------------	------------	------------------	--------------	----------------------

<b>Entretien n°1*</b>	Féminin	30-40 ans	Médecine générale	1-5 ans	Département finistérien	30 minutes
<b>Entretien n°2*</b>	Féminin	40-50 ans	Médecine générale	10-15 ans	Département finistérien	15 minutes
<b>Entretien n°3</b>	Féminin	40-50 ans	Médecine générale	10-15 ans	Département finistérien	30 minutes
<b>Entretien n°4</b>	Féminin	30-40 ans	Médecine générale	1-5 ans	Département finistérien	15 minutes
<b>Entretien n°5</b>	Féminin	50-60 ans	Médecine générale	20-25 ans	Département finistérien	30 minutes
<b>Entretien n°6</b>	Masculin	50-60 ans	Médecine générale	20-25 ans	Département finistérien	15 minutes
<b>Entretien n°7</b>	Féminin	40-50 ans	Médecine générale	10-15 ans	Département finistérien	15 minutes
<b>Entretien n°8</b>	Masculin	30-40 ans	Médecine générale	1-5 ans	Département finistérien	15 minutes
<b>Entretien n°9</b>	Masculin	30-40 ans	Médecine générale	1-5 ans	Département finistérien	15 minutes
<b>Entretien n°10</b>	Masculin	40-50 ans	Médecine générale	10-15 ans	Département finistérien	20 minutes
<b>Entretien n°11**</b>	Féminin	50-60 ans	Médecine générale	20-25 ans	Département finistérien	25 minutes

\* : les deux premiers entretiens sont considérés comme entretiens tests. Leur analyse ne portera donc que sur la connaissance ou non de la loi du 30 juillet 2020, et sur le moyen de prise de connaissance de la-dite loi.

\*\* : en raison de la mauvaise qualité sonore durant cet entretien, ce dernier n'a pu être retranscrit.

*Il ne sera donc pas analysé.*

Le tableau suivant compare les différentes réponses, le point principal de comparaison étant le sexe en raison de pertinence. En effet, comparer par rapport à la spécialité ou la localisation n'aurait pas été intéressant car tous les médecins interrogés sont généralistes, et tous installés dans le département finistérien. Une comparaison basée à travers l'âge et la durée d'exercice n'aurait pas permis une analyse fine, en raison de la décision de raisonner par tranche concernant ces critères.

Tableau récapitulatif des différentes réponses en fonction du sexe des médecins interrogés 1/2 :

	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
Nombre de médecins contactés	26	21	47
Nombre de réponses positives	7	4	11
Nombre de réponses négatives	3	1	4
Nombre de non réponses	16	16	32

Tableau récapitulatif des différentes réponses en fonction du sexe des médecins interrogés 2/2 :

	Sexe féminin	Sexe masculin
Taux de réponse	38 %	23 %
Taux d'acceptation signifié	26 %	19 %
Taux de refus signifié	11 %	4 %
Taux d'absence de réponse	61 %	76 %
Durée moyenne des entretiens	22 minutes	16 minutes
Moyenne d'âge	Tend entre 40 et 50 ans	Tend entre 40 et 50 ans

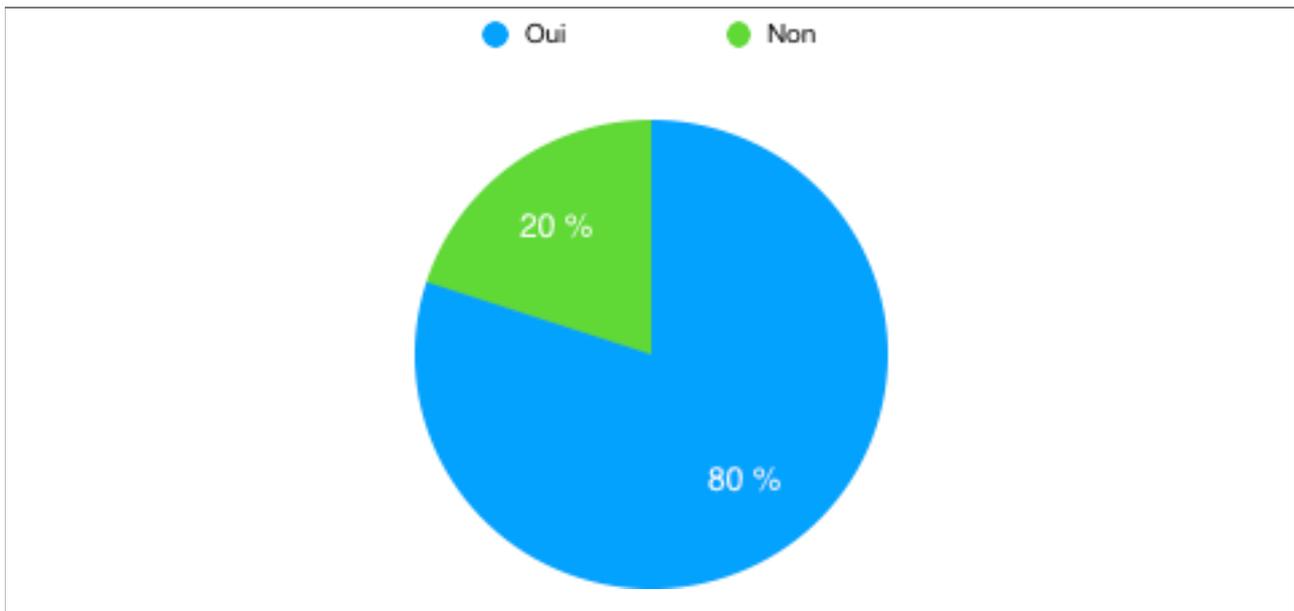
## **II) Analyse qualitative des données recueillies au cours des entretiens :**

### 1) Concernant la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 :

*Cette première partie concerne les différentes réponses recueillies à la question rhétorique sur la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 qu'avaient les médecins généralistes interrogés, avant toute information complémentaire de la part de l'enquêteur principal.*

Sur les dix entretiens retranscrits, huit médecins ont entendu parler de la loi du 30 juillet 2020 et deux ont répondu qu'ils n'en avaient pas entendu parler. L'analyse des résultats concernant la partie « 1) Concernant la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 » portera donc sur un échantillon de huit personnes.

Graphique représentant le taux de réponse positive et négative de la part des différents médecins généralistes interrogés concernant la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 :



*Pour les huit médecins à avoir entendu parler de cette loi, plusieurs médium ont été nommés. Ces derniers ont été cités par ordre de fréquence décroissant :*

- **les médias** (de façon générale, sans spécification) :

° Entretien n°2 « *J'en ai entendu parler par les médias plutôt, alors que je lis quand même les revues médicales papiers, électroniques* ».

° Entretien n°5 « *On en a beaucoup parlé dans les médias* ».

- **les journaux** (de façon générale, sans spécification).

- **les réseaux sociaux** :

° Entretien n°7 « *Par le groupe Facebook (...). J'ai vu un post passer là-dessus* »

- **les collègues de travail.**

- **la radio** :

° Entretien n°1 « *J'en ai entendu parler pas mal à la radio; souvent on en entend plus parler par la radio que par les revues médicales* »

Tableau récapitulatif des différents moyens d'information que les médecins généralistes ont cité spontanément :

	Nombre de fois cité	Total*	%
<b>Médias</b>	4	10	40 %
<b>Journaux papiers</b>	2	10	20 %
<b>Réseaux sociaux</b>	2	10	20 %
<b>Collègues</b>	1	10	10 %
<b>Radio</b>	1	10	10 %

*\* Le total revient à 10 car plusieurs médecins ont cité plusieurs moyens d'information*

Ainsi, nous avons constaté que l'information légale n'avait pas été transmise directement aux médecins, mais qu'ils en avaient entendu parler de manière indirecte à travers différentes sources, le plus souvent généralistes. Ils n'ont donc pas reçu d'information spécifique parce qu'ils étaient médecins.

*Nous avons demandé aux médecins généralistes ayant entendu parler de la loi du 30 juillet 2020 de développer leurs connaissances théoriques des différents volets de la-dite loi, sans apporter d'autre explication. Voici leurs réponses, par ordre de fréquence décroissant :*

**- le droit à la dérogation du secret professionnel :**

° Entretien n°1 « *C'est la fameuse loi où maintenant le secret médical peut être levé si il y a péril imminent ; on peut passer par le procureur de la république* ».

° Entretien n°7 « *Dorénavant on a l'obligation de signaler les cas de violences conjugales avec emprise. Obligation de prévenir le procureur* ».

**- aucun volet porté à la connaissance du médecin généraliste :**

° Entretien n°3 « *Dans les derniers actes de cette loi, non* ».

° Entretien n°4 « *Je n'ai pas bien compris les tenants et les aboutissants* ».

Sur les huit médecins généralistes ayant connaissance de la loi du 30 juillet 2020, est citée six fois la connaissance de l'autorisation de dérogation au secret professionnel. Parmi eux, un médecin généraliste nomme spécifiquement la condition nécessaire du péril imminent, un autre cite la condition nécessaire de l'emprise psychologique montrant une connaissance précise récente circulaire

légale. Enfin, deux médecins généralistes n'étaient pas en mesure de développer différents volets de la loi.

## 2) Les situations de violences conjugales antérieures à l'application législative de la loi du 30 juillet 2020 :

À partir de cette partie, et jusqu'à la fin de la partie « Résultats », ne seront pas pris en compte les entretiens n°1 et 2 (entretiens tests), ni l'entretien n°11 en raison de l'impossibilité de retranscrire cet entretien. Ainsi, l'ensemble de l'analyse des résultats portera sur un échantillon de huit personnes.

*Cette première sous-partie concerne l'estimation de la fréquence et récurrence des situations de violences conjugales rencontrées au cours de la pratique professionnelle, selon les médecins généralistes interrogés. Ces derniers ne sont pas en accord concernant la prévalence de telles situations :*

- quatre médecins généralistes considèrent que les consultations ayant pour motif des violences conjugales relèvent d'une **situation fréquente ou du moins régulière** au cours de leurs pratiques professionnelles. Toutes sont des femmes. Les termes « régulier », « récurrent » et « sousdiagnostiquée » sont tous les trois cités deux fois spontanément.

° Entretien n°4 : « *Je ne saurais pas vous dire à quelle fréquence, mais c'est quelque chose que je vois de manière régulière, plusieurs fois par mois* ».

° Entretien n°5 : « *Il y en a certainement beaucoup plus qui n'ont pas été dites* ».

° Entretien n°7 : « *Ça arrive régulièrement (les violences conjugales)* ».

- trois médecins généralistes considèrent que les consultations ayant pour motif des violences conjugales relèvent d'une **situation peu fréquente** au cours de leurs pratiques professionnelles. Tous sont des hommes. Parmi eux, un médecin évoque l'hypothèse d'un sous -diagnostique.

° Entretien n°6 : « *C'est quand même assez rare, en tout cas pour moi. C'est peut-être différent pour un médecin de famille qui est là depuis des années* ».

° Entretien n°9 : « J'ai vu très peu de situation de violences. Peut-être des choses qui sont passées inaperçues ».

Graphique représentant l'estimation de la prévalence des violences conjugales selon les médecins généralistes interrogés au cours de leurs pratiques professionnelles :



Tableau récapitulatif de l'analyse des différents avis des médecins généralistes interrogés concernant l'épidémiologie des violences conjugales au cours de leurs pratiques professionnelles en fonction du sexe et de l'âge de ces derniers :

	Situation fréquente en médecine générale	Situation peu fréquente en médecin générale
<b>Sexe du médecin généraliste</b>	100% de femmes	100% d'hommes
<b>Âge moyen du médecin généraliste</b>	Tend entre 40 et 50 ans	Tend entre 30 et 40 ans
<b>Temps d'exercice professionnel moyen du médecin généraliste</b>	Tend entre 10 et 15 ans	Tend entre 10 et 15 ans

- l'entièreté des médecins généralistes rapporte une **prévalence plus élevée de femmes victimes de violences conjugales que d'hommes**. De plus, trois d'entre-eux l'expriment spontanément en le nommant explicitement. Les cinq autres l'expriment de manière implicite au cours des entretiens, en utilisant des termes employés au féminin tels que « les patientes ». Ils évoquent tous le fait que les violences conjugales concernent également les hommes, en les nommant implicitement à travers les termes suivant « *le plus souvent les femmes* » :

° Entretien n°3 : « *Je parle de femmes car c'est souvent chez les femmes, quelques fois chez les hommes bien entendu mais moi j'ai plus souvent été confrontée à des femmes* » °

Entretien n°8 : « *Les violences conjugales sont des violences de genre, le plus souvent sur la femme* ».

*Cette seconde sous-partie vise à recueillir les différentes difficultés auxquelles les médecins généralistes sont confrontés, en lien avec les situations de violences conjugales rencontrées au cours de leurs pratiques professionnelles, et de façon antérieure à la loi du 30 juillet 2020. Cette question a été posée par l'enquêteur principal de manière ouverte, sans suggestion. Tous les médecins ont souligné des difficultés inhérentes à ces prises en charge. Le total de ces difficultés est supérieur à huit car les médecins généralistes relatent plusieurs difficultés chacun. Ces dernières sont citées ci-après, par ordre de fréquence décroissant :*

- **un sentiment de solitude et d'isolement** en comparaison aux autres professionnels de santé est exprimé par six médecins différents. Le terme « cloisonné » est cité spontanément par trois médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *On est démuni. Seule dans un cabinet, je me dis que j'aimerais avoir une assistante sociale, une psychologue, quelqu'un qui a l'habitude de ces prises en charge (...). Tout seul, on n'y arrive pas. Il faudrait que systématiquement, on soit dans une structure* »

° Entretien n°4 : « *C'est difficile d'être seule face à ces situations en cabinet* ».

° Entretien n°5 : « *On est enfermé dans ces situations, cloisonné* ».

° Entretien n°8 : « *Très difficile à gérer, notamment dans le cadre de la médecine générale, où souvent les médecins font tout seuls* ».

- **un sentiment d'implication émotionnelle forte** en lien avec les situations de violences conjugales est évoqué par cinq médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *J'ai beaucoup réfléchi, j'ai même fait un travail sur moi (...). Car en tant que médecin, on est dans une relation trop importante avec les patients qu'on suit* ».

° Entretien n°4 : « *Elles n'ont pas le choix. C'est quelque chose qu'il faut savoir entendre, même si c'est difficile (...), et qui reste assez tabou, malgré le fait qu'on soit en 2021* ».

° Entretien n°8 : « *En tout cas, c'est quelque chose (les violences conjugales) qui confronte à beaucoup d'impuissance. Je pense que c'est un des ressentis principaux (...). Le fait de vouloir faire ce qu'on ne peut faire* ».

° Entretien n°10 : « *Je pense qu'il y a un tabou de ces choses là (les violences conjugales), qu'il y a une parole qui nous dérange encore plus en tant qu'homme* ».

- **le manque d'alternatives et d'outils thérapeutiques** à proposer aux personnes victimes de violences conjugales, nommé par cinq médecins généralistes différents. De plus, le « sentiment d'impuissance » est cité spontanément par trois médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *Démuni, quelques fois avec pas assez d'arguments pour faire comprendre que ce n'est pas normal ce qu'il arrive (...). Tout seul, on peut pas y arriver mais ça c'est lié au fait que l'on n'est pas tout. On est médecin à la base, on n'a pas tous les outils, on ne connaît pas toutes les lois* ».

° Entretien n°4 : « *Être seule face à cette situation, ce n'est pas toujours simple parce qu'on a pas toujours les moyens qu'on voudrait mettre en œuvre pour protéger la patiente* »

° Entretien n°5 : « *Le sentiment de ne pas être en capacité de les aider* ». ° Entretien n°10 : « *J'étais face à une situation qui me semblait délicate et que je savais pas trop quoi en faire* ».

Cette partie rejoint celle de l'implication émotionnelle forte ressentie par le médecin généraliste, toutes deux liées par un sentiment d'impuissance.

- **le manque de temps** pour accompagner au mieux les personnes victimes de violences conjugales dans des démarches de dépôt de plainte si tel est leur souhait. Ceci est nommé par quatre médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *C'est le fond du problème, les femmes reviennent avec les mêmes problèmes car elles sont sous l'emprise d'une personne (...). Les entretiens sont longs, il faut du temps pour que la patiente ait confiance en nous (...). En tant que médecin généraliste, on a quelques fois un quart d'heure pour voir les gens, c'est pas évident* ».

° Entretien n°8 : « *Si la situation est extrêmement compliquée, comment nous, dans l'espace de temps du travail des médecins, on va pouvoir appréhender toutes les dimensions ?* ».

° Entretien n°10 : « *Quand j'ai un doute là dessus (les violences conjugales), je vais l'éclaircir (...). Pas au moment de la consultation, ça peut être une consultation ultérieure* ».

Le manque de temps des médecins généralistes pour leurs patient(e)s est une réalité clinique en raison de la forte demande d'accès aux soins. Ce problème se surajoute au fait qu'un lien de confiance soit nécessaire pour qu'une personne victime de violences conjugales évoque les faits, d'autant plus que ces consultations sont plus longues que celles motivées par d'autres motifs, et répétées dans le temps, soit à la demande du/ de la patient(e), soit à la demande du médecin.

- **le problème rencontré au sein d'une dynamique de travail en réseau**, qui est nommé par quatre médecins généralistes différents. Ce problème trouve naissance dans la difficulté à trouver un interlocuteur adapté pour répondre aux questionnements des médecins généralistes, mais aussi en raison de la réticence des personnes victimes de violences conjugales à engendrer des démarches de suivi, que ce soit d'ordre médical, psychiatrique, psychologique, social ou judiciaire :

° Entretien n°3 : « *Il ne faut pas traîner c'est important. Sauf que c'est pas toujours tout de suite. Souvent l'appel est différé, pour avoir une personne c'est le lendemain (...). C'est un problème de temporalité (...). Il y a des associations, mais avec des horaires bien précis* ».

° Entretien n°6 : « *le problème, c'est que ce sont des personnes qui ne vont pas vraiment consulter* ».

° Entretien n°8 : « *Je dirais qu'on peut mieux faire en terme d'accompagnement* ».

Un médecin souligne le paradoxe entre les situations parfois urgentes des violences conjugales et le temps de latence long à trouver un interlocuteur adapté.

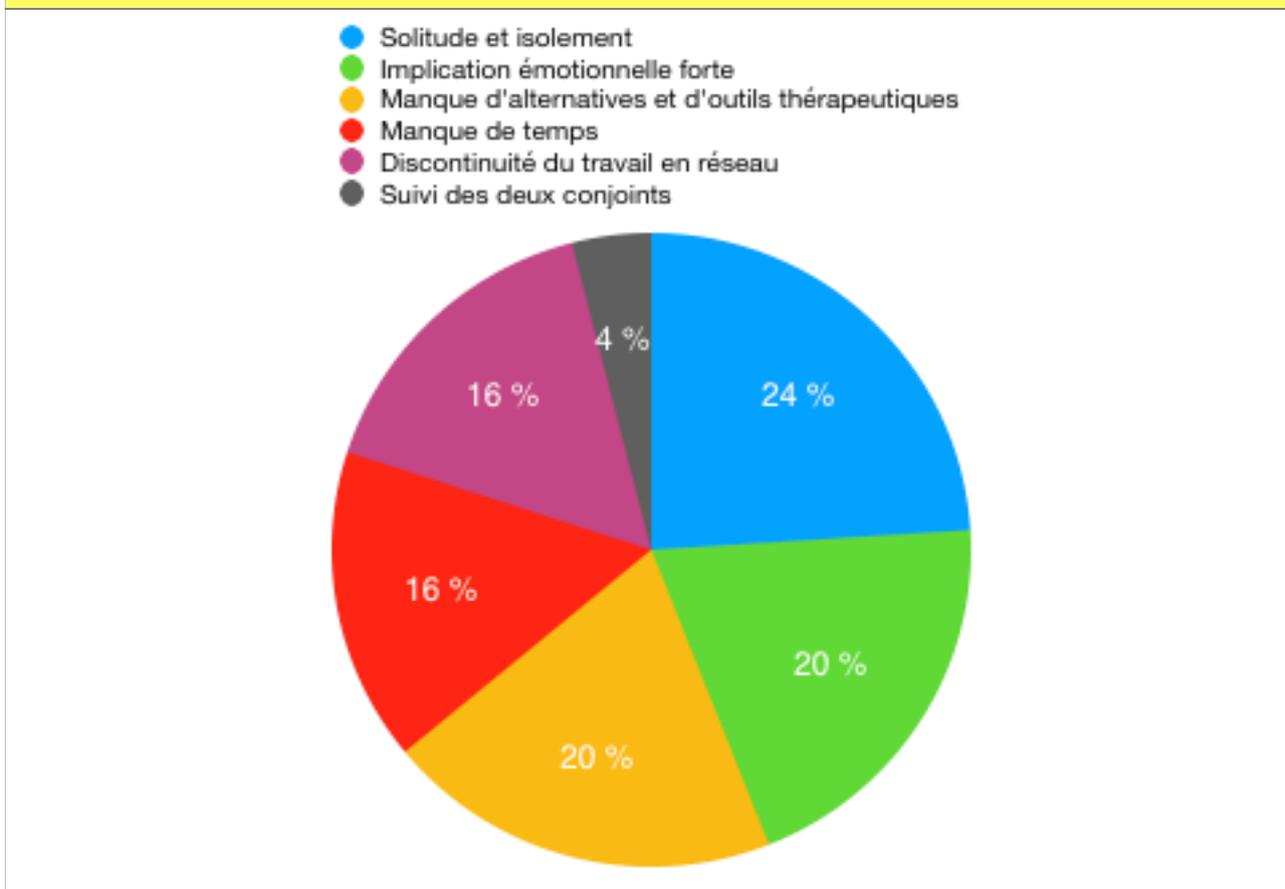
- **le suivi des deux conjoints en tant que médecin généraliste**. En effet, le médecin généraliste est bien souvent le médecin de la famille entière. Ce problème est cité par un médecin généraliste :

° Entretien n°6 : « *Ce qui est compliqué, c'est qu'en tant que médecin généraliste, j'ai souvent les deux protagonistes qui viennent me voir. Elle, elle me raconte qu'il est violent. Lui, quand je le vois, il ne dit jamais rien (...). En fait, je n'entends pas le même son de cloche* ».

Les dires relevés à travers l'entretien n°6 souligne la complexité liée à la subjectivité des dires des personnes victimes de violences conjugales et à celle du médecin qui en est dépositaire.

Graphique représentant les différentes difficultés rencontrées par les médecins généralistes interrogés, inhérents aux situations de violences conjugales au cours de leur pratique professionnelle

:



*Cette troisième sous-partie s'est intéressée aux principaux points relevés par les médecins généralistes au cours des prises en charge des personnes victimes de violences conjugales. Cette question a été posée par l'enquêteur principal de manière ouverte, sans suggestion. Le total est supérieur à huit car les médecins généralistes en évoquent plusieurs chacun. Ils sont relatés par ordre de fréquence décroissant :*

- **la nécessité d'un lien de confiance** pour évoquer les violences conjugales. Ce lien, décrit à la fois comme « nécessaire » et « difficile à créer », est cité par six médecins généralistes différents. De plus, trois médecins généralistes affirment avoir besoin de temps afin de développer ce lien de confiance :

° Entretien n°3 : « C'est important que la personne sache qu'on est là, qu'on peut en

reparler (...). Parce qu'elle attend de notre part une écoute, ça lui fait du bien qu'on puisse entendre ça ».

° Entretien n°4 : « *C'est vraiment un lien de confiance qui est difficile à créer* ». ° Entretien °5 : « *Il faut être patient. Pour quelques unes, le dialogue les aide à évoluer petit à petit. (Une prise en charge) de plusieurs années* ».

° Entretien n°9 : « *Les gens n'en parlent pas spontanément. Il faut une relation de confiance* ».

Une relation de confiance, bien que difficile à établir pour les raisons évoquées ci-dessus, est nécessaire et notamment afin de créer une alliance de qualité entre le médecin et le/ la patient(e). Une telle relation rend accessible la personne victime de violences à entendre les suggestions du médecin généraliste, notamment lorsque ce dernier incitera son/ sa patient(e) à aller déposer plainte.

- **les certificats de coups et blessures**, utilisés par rigueur professionnelle, mais aussi en vue d'aider la personne victime de violences conjugales à déposer plainte. Ils sont cités par cinq médecins généralistes différents, et réalisés de manière purement descriptive. De plus, deux médecins généralistes évoquent qu'il s'agit pour eux d'un moyen d'établir une première prise de conscience de la part des victimes de violences conjugales :

° Entretien n°3 : « *Je constate cela, je vais faire un certificat, que je ne donne pas et qui restera dans le dossier (...). Donc la personne elle est d'accord ou pas, moi au moins j'ouvre la porte* ».

° Entretien n°5 : « *Des certificats médicaux que j'ai fait systématiquement* ».

L'utilisation des certificats de coups et blessures est une porte ouverte à la discussion des violences conjugales, et peuvent être un levier de décision pour la personne victime de violences conjugales à déposer plainte. C'est un recours efficace en pratique clinique, notamment en raison du manque de temps soulevé précédemment par les médecins.

- **inciter les personnes victimes de violences conjugales à déposer plainte** auprès des autorités judiciaires compétentes. Cette approche est citée par quatre médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 « *Une forme de négociation (...), je le fais systématiquement* ».

° Entretien n°6 : « *Je lui conseille de porter plainte* ».

Les recours utilisés en ce sens par les médecins généralistes sont les consultations longues et répétées, ainsi que la rédaction d'un certificat de coups et blessures.

- **différents acteurs de santé** ont été nommés par sept médecins généralistes, affirmant avoir l'habitude de travailler de façon pluridisciplinaire. Un médecin ne partage pas cette habitude. Le total est supérieur à huit car les médecins généralistes ont nommé plusieurs acteurs chacun. Les différentes personnes contactées par les différents médecins généralistes sont citées par ordre de fréquence décroissant :

° la proposition de suivi psychiatrique à la personne victime de violences conjugales est citée par cinq médecins généralistes :

° Entretien n°4 : « *Un psychiatre pourrait m'aiguiller sur la conduite à tenir, (...). Faire un suivi, ça permettrait peut-être de protéger cette patiente et de lui faire réaliser la situation* ».

° le milieu associatif est nommé par quatre médecins généralistes différents. De plus, deux d'entre eux évoquent le milieu associatif comme étant d'une grande aide pour les personnes victimes de violences conjugales, et d'un grand soutien pour le professionnel de santé :

° Entretien n°3 « *Je travaille beaucoup avec des associations, je donne systématiquement les coordonnées, je sais que ces associations peuvent fortement les aider dans les démarches* ».

° Entretien n°5 : « *Je leur donne le nom de l'association qui existe, qui prend très bien les femmes en charge (...). Vraiment c'est un grand soutien quand j'apprenais que l'une d'elle avait contacté une association* ».

° la proposition de suivi psychologique à la personne victime de violences conjugales est nommée par quatre médecins généralistes différents :

° Entretien n°5 : « *Éventuellement des psychologues bien sûr. Mais la résistance était forte aussi pour aller voir un psychologue* ».

° le travail en adéquation avec le milieu social est cité par trois médecins généralistes différents. Y sont nommés les travailleurs sociaux et assistantes sociales.

° la proposition d'orienter vers les urgences psychiatriques est citée par deux médecins généralistes différents.

° la proposition d'orienter vers les urgences somatiques est nommée par deux médecins généralistes différents également.

° le recours au domaine de la médecine légale est cité par un médecin généraliste.

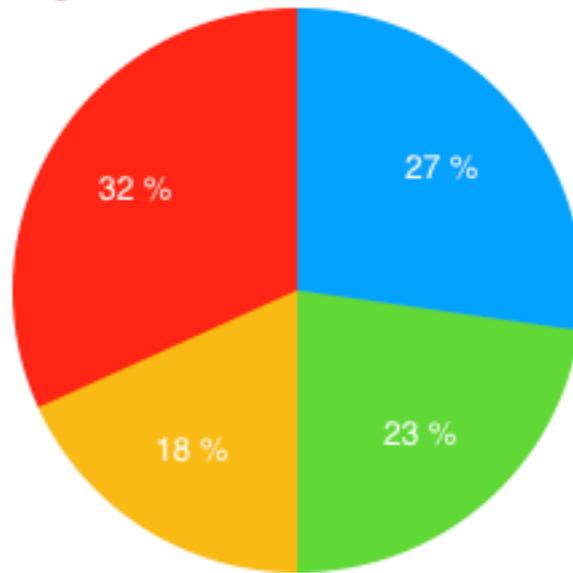
° enfin, un médecin généraliste évoque le fait de ne pas avoir l'habitude de travailler avec d'autres acteurs de santé dans un contexte de situation de violences conjugales :

° Entretien n°7 : « *Je ne vois pas trop qui d'autres mettre dans la boucle* ».

La pluralité et diversité des acteurs contactés par les médecins généralistes en cas de situations de violences conjugales souligne la difficulté de travailler en réseau explicité ci-dessus. De plus, nous constatons que plusieurs médecins sont en relations avec des associations d'aide aux victimes de violences conjugales. Ils indiquent communiquer systématiquement les coordonnées de ces associations aux personnes qu'ils reçoivent, afin qu'elles obtiennent de l'aide et du soutien dans leur démarche. Bien que le milieu associatif ne soit pas le domaine le plus fréquemment cité, c'est celui que les médecins généralistes saluent avec le plus d'enthousiasme, à travers des termes indicatifs tels que « fortement aider » et « d'un grand soutien ».

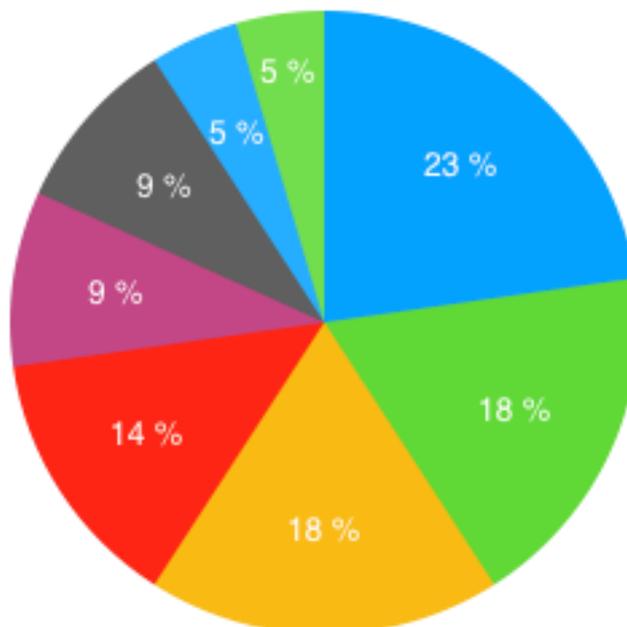
Graphique représentant les principaux points nommés et inhérents aux prises en charge des violences conjugales par les médecins généralistes :

- Lien de confiance
- Certificat coups et blessures
- Inviter à déposer plainte
- Travail avec d'autres acteurs de santé



Graphique représentant les différents acteurs de santé contactés par les médecins généralistes dans le cadre des situations de violences conjugales au cours de leur pratique professionnelle :

- Suivi psychiatrique (23%)
- Association
- Urgences psychiatriques
- Médecine légale (5%)
- Suivi psychologique (18%)
- Domaine social
- Urgences somatiques
- Personne (5%)



*Cette quatrième et dernière sous-partie évoque la difficulté à parler des violences conjugales de la part des personnes victimes de telles violences selon les médecins généralistes interrogés. Il s'agit*

*d'un réel problème, comme le souligne l'entretien n°5 : « Je me souviens de cas qui vraiment, m'ont impressionnée, par la difficulté de ces femmes à s'en sortir, à dénoncer les faits, les porter au niveau de la loi ». Tous les médecins généralistes interrogés ont émis au moins une hypothèse à ce sujet, sans induction de la part de l'enquêteur principal. Le total est supérieur à huit car les médecins ont évoqué plusieurs hypothèses différentes chacun. Elles sont citées par ordre de fréquence décroissant :*

- **la non reconnaissance de telles violences de la part des personnes victimes de violences conjugales.** Les médecins généralistes évoque cette non reconnaissance comme étant indépendante du déni, mais en lien avec l'emprise psychologique de l'auteur(e) de violences conjugales. Ceci est cité par sept médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : *« Une emprise qu'elles peuvent avoir, elle ne le voient pas forcément. Une forme de dépendance qu'elles entretiennent contre leur gré ».*

° Entretien n°4 : *« Lui faire réaliser l'anormalité de la situation. Et la dangerosité que ça peut avoir sur sa vie ».*

° Entretien n°5 : *« Être sous emprise (...), le fait d'aller dénoncer leur mari est vécu comme une trahison malgré la grande souffrance exprimée ».*

° Entretien n°6 : *« Une histoire de dépendance affective (...). Je lui ai dit mille fois d'essayer de partir, mais mille fois elle me redit la même chose, elle ne part pas elle ne fait rien ».*

° Entretien n°8 : *« Une situation dans laquelle il y a une forme d'aliénation ».*

Selon les médecins interrogés, l'emprise est à l'origine d'une non reconnaissance de l'existence des violences comme étant un problème inadmissible, également associée à une culpabilité à témoigner à l'encontre du/ de conjoint(e) violent(e).

- **la peur des représailles** de la part des victimes de violences conjugales à l'encontre de l'auteur(e) de telles violences est citée par six médecins généralistes différents. Cette peur est, selon eux, principalement représentée par l'appréhension d'une recrudescence des violences physiques et la mise en danger des enfants du couple s'ils existent :

° Entretien n°3 : « *Une vraie peur derrière, sur leur vie et celle des enfants aussi* ».

° Entretien n°7 : « *Elles ont peur au final de dénoncer parce qu'il risque de se passer quelque chose de plus grave encore si elles le font. Ou qu'il y ait des menaces avec les enfants* ».

° Entretien n°10 : « *Elle est terrifiée, comme le sont ces patients face à l'inconnu* ».

Le terme « peur » est cité de manière spontanée par la totalité des médecins généralistes. Un médecin évoque également l'existence d'une « terreur ». Ceci souligne la complexité de la relation dans laquelle s'engage le professionnel de santé, se devant d'accueillir une personne sujette à ce sentiment, en lien avec les représailles physiques mais aussi avec la perte de repères : ceux qui sont, au sein du domicile où règne un climat de violence, et ceux qui ne seront plus si cette dernière décide de partir. Comme le souligne l'entretien n°10, « l'inconnu fait peur ».

- **les causes économiques et sociales** sont citées par quatre médecins généralistes différents. Ils évoquent un frein à l'émancipation de la personne victime de violences conjugales en lien avec un manque de ressources financières afin de pourvoir à ses propres besoins ainsi qu'à ceux des enfants s'ils existent. Le manque de logement disponible est également nommé :

° Entretien n°4 : « *Mais qui malheureusement, n'ont pas d'autres solutions de secours à l'heure actuelle, à part la rue. Pour la plupart, elles ont conscience que ce n'est pas normal, mais que pour l'instant, elles n'ont pas le choix* ».

° Entretien n°6 : « *Quand une femme est en souffrance, qu'elle se fait taper dessus et qu'elle reste, il y a souvent une histoire financière* ».

° Entretien n°10 : « *En ayant connaissance de la situation sociale un peu précaire* ».

- **les facteurs culturels** des personnes victimes de violences conjugales qui sont nommés par un médecin généraliste :

° Entretien n°5 : « *Je dirais à des facteurs culturels, parce que la moitié était dans une culture musulmane, je pense que c'est une question de culture, d'éducation* ».

La culture renvoie à la notion d'éducation, concernant le caractère inadmissible que porte la violence volontaire à l'encontre d'autrui.

- **le fait que les deux conjoints consultent ensemble** est une situation fréquente nommée par un médecin généraliste. Ceci est inhérent au fait que le médecin généraliste de la personne victime de violences conjugales est bien souvent le médecin du/ de la conjoint(e) violent(e). De plus, l'auteur(e) des violences peut également appréhender que son/ sa conjoint(e) évoque les violences dans le couple, avec une tentative de dissuasion en assistant à la consultation :

° Entretien n°9 : « *Si l'agresseur et la victime consultent ensemble c'est compliqué* ».

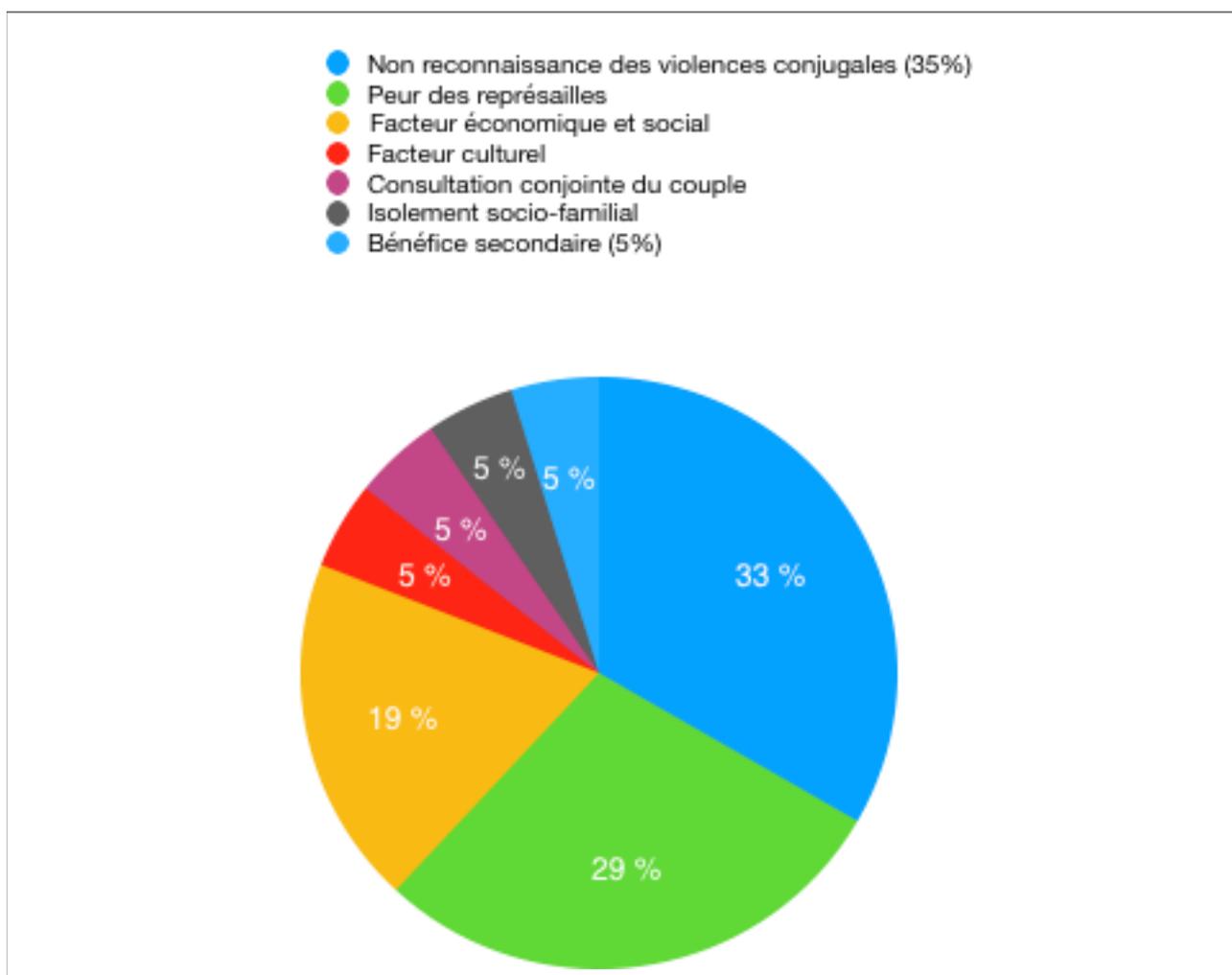
- **l'isolement socio-familiale** des personnes victimes de violences conjugales, avec l'appréhension de la solitude, est évoqué par un médecin généraliste :

° Entretien n°10 : « *On sent bien qu'il y a un isolement important (...). Il n'y avait pas de famille autour* ».

- enfin, l'hypothèse de **l'existences de bénéfices secondaires** (non nommés) mais offrant un confort de vie d'autre part aux violences conjugales est citée par un médecin généraliste :

° Entretien n°6 : « *On finit par se dire qu'il y a quelque chose de confortable (...). Je constate que souvent il y a des femmes qui vont rester toute leur vie avec des hommes violents* ».

Graphique représentant les différentes hypothèses évoquées par les médecins généralistes concernant le refus de dépôt de plainte de la part des personnes victimes de violences conjugales rencontrées au cours de leurs pratiques professionnelles :



### 3) Les situations de violences conjugales postérieures à l'application législative de la loi du 30 juillet 2020 :

Nous avons ensuite demandé aux médecins généralistes s'ils imaginaient que la loi du 30 juillet 2020 allait modifier leur pratique, ou plutôt, si elle *avait* modifié leur pratique et d'autre part, si elle *allait* modifier leur pratique après notre entretien. De façon plus générale, nous avons questionné leur ressenti vis-à-vis de la loi et de ses implications. Cette partie est déclinée en plusieurs sous-parties, que les médecins généralistes ont détaillé de manière spontanée.

*Cette première sous-partie traite des hypothèses nommées par les médecins généralistes interrogés à propos de la visée et justification de cette loi, complémentaires entre-elles sans être antinomiques. Parmi les huit médecins interrogés, quatre ont émis des hypothèses concernant la décision d'application de la loi du 30 juillet 2020, dont deux d'entre-eux plusieurs :*

- **faciliter l'aide aux personnes victimes de violences conjugales.** En effet, plusieurs médecins généralistes évoquent une visée rassurante de la loi, vis-à-vis des personnes victimes de violences qui ont parfois des difficultés à prendre une décision pour elles-même, ne souhaitant pas endosser cette responsabilité. Ceci est cité par quatre médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 « *Le but de cette loi est de rendre plus systématique l'aide à ses femmes ou à ses hommes en difficulté c'est clair* »

° Entretien n°5 « *Je pense que c'est une bonne chose, car ce que j'ai constaté, c'est que ces femmes sont souvent incapables de s'aider elles-même* ».

° Entretien n°8 : « *Cette loi opère un changement car il faut être plus facilement dans l'intervention auprès de la justice* »

- **poursuivre la campagne de sensibilisation des violences conjugales,** en raison de leur recrudescence durant la période covid19. Ceci est cité par deux médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *J'ai dans l'idée que c'est lié à l'augmentation des violences conjugales dans le cadre du confinement* ».

° Entretien n°10 : « *Je trouve que la politique actuelle réagit en conséquence de la médiatisation des violences conjugales (...). Un enjeu politique plutôt qu'un enjeu judiciaire* ».

Cette hypothèse souligne l'implication politique plus que judiciaire ou médicale de la loi du 30 juillet 2020.

- **une visée dissuasive à l'intention des auteur(e)s de violences conjugales.** En effet, la personne victime de violences conjugales, selon l'avis des médecins généralistes recueilli ci-avant, est en difficulté à déposer plainte en raison de l'emprise psychologique exercée. Cette emprise n'est en revanche pas exercée à l'encontre des médecins généralistes, libres dans ce cas de signaler pour leur patient(e). Cette idée est soulevée par un médecin généraliste :

° Entretien n°5 : « *Je pense que tout ce climat, tout ce qui est dit, peut aussi faire réfléchir les hommes (...), leur faire prendre conscience qu'il y a un respect et une dignité* ».

*Aucun médecin n'a été confronté à une situation de violences conjugales répondant aux critères nécessaires pour lever le secret médical depuis la mise en vigueur le 31 juillet 2020 de la loi. Cette seconde sous-partie concerne donc leurs avis théoriques sans confrontation à une situation clinique réelle. Les médecins généralistes interrogés sont en accord les uns des autres. En effet, aucun médecin n'a tranché de manière formelle en faveur ou en défaveur de cette loi, même si un médecin n'a soulevé que des points positifs, et quatre que des craintes à son encontre. Les huit médecins interrogés ont nuancé leurs propos, en nommant spontanément des points positifs et négatifs concernant la-dite loi. Ces différents points sont retranscrits ci-après. Ainsi, deux aspects positifs sont soulevés, contre sept aspects négatifs, déclinés sous la forme de questionnements et/ou d'appréhensions :*

- **les aspects positifs de la loi du 30 juillet 2020** relevés par les médecins généralistes sont au nombre de deux, soutenus par cinq médecins différents. Ils sont évoqués par ordre de fréquence décroissante :

° l'aspect bénéfique d'une prise en charge plus systématisée. Ceci rejoint l'idée principale que décrivaient certains médecins généralistes de la justification de la mise en vigueur de la loi du 30 juillet 2020. Ce nouvel aspect législatif peut être utilisé comme un outil d'aide à la prise de décision, les médecins généralistes étant souvent confrontés à une hésitation quand à la conduite à tenir en cas de constatation de violences conjugales. Cette idée est soulevée par quatre médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *C'est une bonne loi, car il y a quelque chose de l'ordre du systématique. Le secret médical doit être levé, c'est indéniable. C'est pour protéger la personne (...) parce que la victime, inconsciemment, demande que l'on fasse quelque chose, j'en suis certaine* ».

° Entretien n°5 : « *Dans les quelques cas que j'ai rencontré, il y avait toujours cette hésitation à déposer plainte* »

° Entretien n°6 : « *Je ne me suis jamais retrouvé dans cette situation (de danger). Si ça se présente un jour, peut être que je serai content de pouvoir faire une démarche* ».

° donner plus de poids à la plainte de la personne victime de violences conjugales auprès des autorités judiciaires compétentes. Ceci est avancé par un médecin généraliste :

° Entretien n°4 : « *Ça peut permettre de donner plus de poids pour les plaintes des patientes, car il y a beaucoup qui n'aboutissent pas* ».

- **les différentes appréhensions et questionnements** en lien avec la loi du 30 juillet 2020 sont au nombre de sept, soutenus par sept médecins généralistes différents. Le total est supérieur à huit car des médecins généralistes ont souligné plusieurs appréhensions chacun. Les appréhensions sont liées principalement aux risques légaux qu'ils connaissent déjà, mais portent aussi sur le statut de la victime qui se livre à eux, craignant à la fois une rupture du lien de confiance mais aussi des répercussions plus ou moins immédiates au niveau de la vie familiale. Ces dernières sont évoquées par ordre de fréquence décroissant :

° en lien avec la capacité du système judiciaire à initier une protection suffisante pour les personnes victimes de violences conjugales et dépositaires d'une plainte. Cette appréhension est justifiée par un temps de latence important entre le dépôt de plainte et la procédure judiciaire, et par l'engorgement du système judiciaire entraînant des procédures non abouties. Ces idées sont soutenues par quatre médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *Est-ce que cette loi fait que derrière, il y a des moyens nécessaires pour aider rapidement et efficacement ?* ».

° Entretien n°4 : « *On sait que les signalements n'aboutissent pas toujours à une mesure de protection (...). C'est là que les choses pêchent, tout le côté protection juridique* ».

° Entretien n°10 : « *Une justice qui prend des années à traiter des dossiers* ».

° en lien avec la crainte de rompre le lien de confiance dans le relation médecin-patient, pourtant difficile à initier et à préserver. En ce sens, quatre médecins généralistes ont émis cette appréhension. Parmi eux, un médecin généraliste énonce que cette loi va à l'encontre d'un droit « sacré » et « fondamental » des patients :

° Entretien n°4 : « *Ça brise complètement le lien de confiance qui n'est déjà pas facile à établir avec ses patients là. Quand les gens arrivent enfin à dire, c'est dommage de casser cette confiance* ».

° Entretien n°6 : « *On peut perdre la confiance qui s'installe dans une relation médecin malade, qui est essentielle. Le lien tout court de soins* ».

° Entretien n°8 : « *Le secret médical est quelque chose de presque sacré, donc je trouve que cette loi peut briser quelque chose (...). Elle touche à des droits fondamentaux dans la relation entre un médecin et un patient* ».

La rupture du lien de confiance ne concerne pas seulement la relation entre le médecin généraliste et la personne. C'est tout le réseau des acteurs impliqués dans les violences conjugales qui peut être perturbé, comme le souligne cette citation de l'entretien n°6 : « *le lien tout court* ».

° en rapport avec les répercussion familiales qu'auraient un signalement contre l'accord de la personne. En effet, il est possible que la dénonciation de l'existence de telles violences au procureur de la République soit plus préjudiciable pour la victime. Ceci est soutenu par quatre médecins généralistes :

° Entretien n°3 : « *Est-ce que ça ne va pas plus encore mettre en difficulté ces femmes ?* ».

° Entretien n°4 : « *Ça peut aggraver la situation à domicile, si le conjoint ou la conjointe est juste prévenu(e) qu'il y a eu un signalement et que rien n'est fait derrière, ce qui arrive très souvent* ».

° Entretien n°10 : « *Si on dénonce et que la police embarque monsieur et qu'il revient 24h après et (frappe) sa femme, finalement, on l'aura plus mise en danger* ».

° en lien avec les conséquences juridiques à l'encontre les médecins généralistes si ces derniers signalent contre l'avis du/ de la patient(e). Cette idée est soutenue par quatre médecins généralistes :

° Entretien n°4 : « *Je suppose qu'ils peuvent se plaindre d'une violation du secret médical. Donc ça peut avoir des répercussions sur ma carrière pour moi* »

° Entretien n°6 : « *Je ne me verrais pas aller contre l'avis du patient, car ça peut se retourner contre nous (...). C'est quand même un peu dangereux de lever le secret médical. Il y a toute une partie de subjectif aussi* ».

° Entretien n°9 : « *On ne sait jamais si c'est vrai (les dires des patients), c'est toujours des suppositions* ».

° Entretien n°10 : « *Est-ce qu'elle se faisait vraiment taper dessus par son mari? Est-ce qu'il n'aurait pas fallu voir aussi le mari?* ».

L'appréhension d'une conséquence judiciaire à l'encontre des médecins généralistes en cas de signalement contre la volonté de la personne victime de violences conjugales tient en partie de la subjectivité sur laquelle repose les plaintes des patient(e)s, soulignée par trois médecins généralistes.

° en lien avec l'appréhension que les personnes victimes de violences conjugales consultent moins ou évoquent moins de telles violences si elles ont connaissance de l'autorisation de signalement accordée par la loi du 30 juillet 2020. Cette idée est soutenue par trois médecins généralistes :

° Entretien n°4 : « *Si les femmes savent qu'on a l'autorisation de signaler, j'ai peur qu'elles viennent moins* ».

° Entretien n°7 : « *J'ai peur qu'on ne les voient plus* ».

Cette idée est d'autant plus renforcée par le fait que les plupart des médecins évoquent une information de la-dite loi par le médium médiatique, auquel les personnes victimes de violences conjugales ont également accès.

° en lien avec l'intrication médico-judiciaire. En effet, deux médecins généralistes énoncent la réticence à signaler, en raison d'une responsabilité qu'ils ne sont pas certains de devoir endosser :

° Entretien n°4 : « *Juger d'une situation, c'est plutôt le travail d'un juge* ». ° Entretien n°10 : « *C'est compliqué de faire rentrer la justice au sein de la famille (...). Je dirais que c'est tout à fait notre rôle que d'accueillir cette parole. Ça l'est moins d'avertir par la suite la police* ».

Ces deux médecins soulignent l'existence éventuelle d'une troisième responsabilité, qui pourrait être nommée de « judiciaire », leur demandant de « juger une situation », en plus de leurs responsabilités pénale et déontologique.

° en lien avec le qualificatif de « personne vulnérable » utilisé par la loi, dont un médecin généraliste émet un avis réservé à cet égard :

° Entretien n°4 : « *C'est compliqué d'aller contre la volonté de quelqu'un qui est en capacité de décider pour lui ou pour elle-même (...). Ce sont des gens très forts malgré tout.*

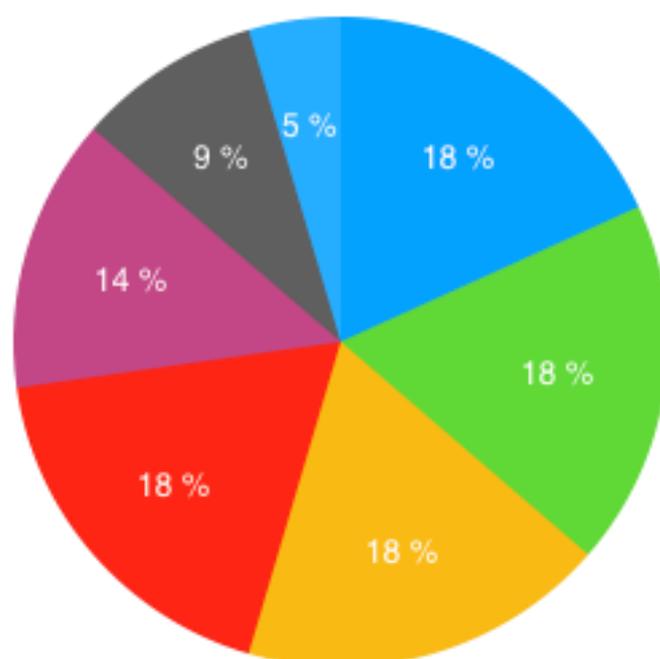
Donc de là à dire qu'ils sont vulnérables je ne sais pas ».

**Tableau récapitulatif des différents avis des médecins généralistes interrogés concernant la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales :**

	Nombre de médecin :	%
<b>Avis tranché en faveur ou défaveur de la loi :</b>	0	0 %
<b>Avis nuancé en faveur de la loi :</b>	1	12,5 %
<b>Avis nuancé en défaveur de la loi :</b>	4	50 %
<b>Avis nuancé et amenant autant de points positifs que d'appréhensions :</b>	3	37,5 %
<b>Total des médecins interrogés :</b>	8	100 %

**Graphique représentant la répartition des principales appréhensions qu'ont les différents médecins généralistes en lien avec l'application de la loi du 30 juillet 2020 :**

- En lien avec le système judiciaire (18%)
- En lien avec la rupture de confiance avec le/ la patient(e)
- En lien avec les potentielles conséquences pour le/ la patient(e)
- En lien avec les répercussions judiciaires à l'encontre des médecins généralistes
- En lien avec le risque de diminuer l'accès aux soins des patient(e)s
- En lien avec une responsabilité non inhérente à la pratique médicale
- En lien avec le qualificatif de "personne vulnérable" employé par la loi (5%)



Cette troisième et dernière sous-partie s'est penchée sur l'éventuel changement de pratique occasionné par la loi du 30 juillet 2020. Ainsi, quatre médecins généralistes s'accordent à dire qu'il

*n'y aura pas de changement radical dans leur prise en charge. D'une part, il existe déjà des lois prévues pour protéger des personnes en situation de danger imminent, pénalement punitive à l'encontre du médecin en cas d'inaction de sa part pour « non assistance à personne en danger ». D'autre part, quatre médecins généralistes évoquent une modification de leur prise en charge en lien avec une pensée supplémentaire à signaler de leur part, en lien avec l'autorisation explicite de la loi.*

- **une augmentation de la pensée à signaler**, soutenue par quatre médecins généralistes : de

° Entretien n°3 : *« C'est intéressant (cette loi), parce qu'on a tendance, lorsqu'on suspecte de la violence conjugale chez une femme (...) de les inciter à porter plainte, mais il n'y a pas de forme d'obligation ».*

° Entretien n°4 : *« Je me poserai plus la question de signaler ».*

° Entretien n°9 : *« Ça mérite d'être (les violences conjugales) plus abordé en consultation ».*

Ce point renforce l'hypothèse de la poursuite de sensibilisation de la population générale mais aussi des médecins aux violences conjugales initiée par la loi du 30 juillet 2020 puisque la moitié des médecins interrogés déclarent qu'ils penseront plus à évoquer ces situations durant la consultation.

- **pas de changement envisagé** dans la pratique professionnelle de médecine générale soutenue par quatre médecins :

° Entretien n°7 : *« Ça ne va pas changer ma prise en charge. On était déjà censé dénoncer quand il y avait un danger immédiat. Donc c'est évident qu'il faut qu'on signale ».* ° Entretien n°8 : *« Je ne suis pas certain que ce soit ce texte de loi qui me fera changer ma façon de prendre en charge ».*

° Entretien n°10 : *« En créant des lois qui n'ont pas valeur à exister car il existe déjà des lois (...). Je ne vois pas ce que ça peut apporter ».*

L'autre moitié des médecins interrogés déclarant qu'il n'y aurait pas de modification de leur pratique justifient ces dires par l'existence de lois antérieures à celle du 30 juillet 2020 autorisant déjà la dérogation au secret médical en cas de danger imminent. Ils évoquent une redondance de la nouvelle loi, en lien avec ce qualificatif de « danger imminent ».

4) Le regard porté sur les violences conjugales, le danger imminent et l'emprise psychologique de la part des médecins généralistes :

*Cette partie s'est attachée à la représentation des médecins généralistes à ce qui caractérise une situation de violences conjugales évoquée par la loi du 30 juillet 2020, à savoir les violences conjugales en elles-même, l'emprise psychologique et le danger immédiat. Plusieurs éléments sont soulignés :*

- **l'évaluation de l'existence des violences conjugales reste délicate**, soutenue par six médecins généralistes et apportée de manière spontanée :

° Entretien n°3 : « *Ce n'est pas évident. Quelque fois, c'est insidieux (...)* ».

° Entretien n°8 : « *La question des violences conjugales peut se voir de différents points de vue* ».

° Entretien n°9 : « *Je me sens mal à l'aise avec ça (les violences conjugales). C'est vraiment quelque-chose de complexe* ».

Les différents médecins généralistes interrogés soulignent la difficulté à évaluer la dimension des violences conjugales, notamment par son caractère peu visible, en raison des plaintes souvent non spontanées des personnes victimes de telles violences, mais aussi sur la base de subjectivité sur laquelle repose les dires des patients. Tous ont nommé l'existence d'une composante physique et psychique aux violences conjugales, mais avec une hiérarchie établie de la part de sept médecin sur huit, qui est établie ci-après.

- **la composante somatique** inhérente aux violences conjugales revient majoritairement de la part de sept médecins généralistes. De plus, deux d'entre-eux évoquent un phénomène de « gradation » avec une « limite franchie » lorsqu'il existe de la violence physique :

° Entretien n°3 : « *Des mots tels que « j'ai été frappé(e) », « j'ai été violenté(e) » mais des fois c'est plus insidieux, comme des problèmes de sommeil (...), des maux de ventre* ». ° Entretien n°5 : « *Il y a les violences physiques, bien évidemment, avant tout (...). Je pense qu'il y a une gradation : les coups, c'est une barrière à ne pas franchir* ».

° Entretien n°9 : « *De la violence physique, comme des coups, des baffes (...). Je dirais que dès qu'il y a une atteinte physique, on franchit une étape aussi* ».

La violence physique relatée par les médecins généralistes souligne son impact réel, tant à travers les dires de la personne qu'à travers les blessures engendrées.

- la **composante psychique** inhérente aux violences conjugales est apportée spontanément par six médecins généralistes :

° Entretien n°3 : « *Des arrêts de travail, une femme ou un homme qui sont effacés, on sent qu'il y'a quelque chose derrière et on a du mal à savoir quoi* »

° Entretien n°5 : « *Il y a d'autres formes de violences, psychologiques. Qui ne sont pas tout à fait dans le même registre (...) C'est moins impressionnant* ». ° Entretien n°8 : « *Il n'y a pas que les coups qui font violence* ».

° Entretien n°9 : « *Après, ça peut être aussi indirect comme des mots ou simplement des négligences, une maltraitance* ».

Concernant la dimension psychique des violences conjugales, un médecin généraliste évoque le caractère « indirect » de cette dernière. De plus, un autre médecin évoque le registre « moins impressionnant » des violences psychiques. Ceci confirme la gravité hiérarchisée entre les violences physiques et psychiques mise en avant de la part de la plupart des médecins interrogés.

*Concernant la représentation de l'emprise psychologique de la part des différents médecins généralistes interrogés, les avis s'accordent sur deux points. Le premier est qu'il s'agit d'un processus inhérent à part entière aux violences conjugales. Le second, est qu'il s'agit d'une entité difficilement évaluable. Cependant, les avis divergent concernant l'impact de l'emprise psychologique sur la capacité de la personne victime de violences conjugales à décider pour elle-même :*

- **l'emprise psychologique est un processus psychologique inhérent à part entière aux mécanismes des violences conjugales**, soutenu par l'entière des différents médecins généralistes interrogés. Voici deux citations en appui :

° Entretien n°3 : « *Ce sont des femmes qui reviennent pour les mêmes problématiques, et souvent, c'est comme une dépendance, une mauvaise dépendance* »

° Entretien n°6 : « *L'emprise psychologique, est une violence (...)* ».

- la totalité des médecins généralistes interrogés relèvent une **difficulté à évaluer l'existence ou non de l'emprise psychologique** chez leur patient(e) :

° Entretien n°4 : « *Des patientes qui sont peut-être vulnérables. Mais ça reste un point de vue subjectif* ».

° Entretien n°6 : « *Quelque chose d'un peu mystérieux pour moi, de rester avec quelqu'un qui est maltraitant (...). Il doit y avoir un dysfonctionnement qui fait que l'on accepte, une faille chez ces personnes là, qui pensent que c'est mieux d'être maltraité que d'être rien du tout* ».

° Entretien n°7 : « *C'est compliqué d'évaluer l'emprise psychologique* ».

° Entretien n°8 : « *C'est très précis et en même temps c'est extrêmement vaste* ». ° Entretien n°9 : « *Emprise psychologique, je ne pense pas capable de juger au mieux de ce versant là* ».

La difficulté d'évaluation de l'emprise psychologique est une réalité clinique, et ce malgré les questionnaires rendus disponibles par le ministère de la santé.

- l'emprise psychologique est un processus psychologique **rendant la personne victime de violences conjugales inapte à se protéger**. Cette hypothèse est soutenue par six médecins généralistes différents :

° Entretien n°3 : « *Elles ne le voient pas (...) comme elles sont sous une emprise* ». ° Entretien n°5 : « *Il y a vraiment cette redondance, la difficulté des femmes à prendre leur situation en main (...). Ces femmes qui sont incapables de s'aider elles-même* ». ° Entretien n°7 : « *Si on voit qu'il y a une emprise psychologique, bien évidemment il faut qu'on le fasse (le signalement) (...). Des personnes pour lesquelles il y a un péril imminent et qui ne veulent pas porter plainte* ».

° Entretien n°10 : « *Une personne en fragilité, ne pouvant faire appel elle-même aux secours* ».

- l'emprise psychologique est un processus **n'entravant pas la personne victime de violences conjugales à décider par elle-même**. Cette hypothèse est soutenue par deux médecins généralistes différents :

° Entretien n°4 : « *Ce sont des personnes qui ont toutes leurs capacités de compréhension, je n'ai pas à décider pour les gens (...). Qui se rendent compte de la situation mais qui malheureusement n'ont pas d'autres solutions de secours à l'heure actuelle, à part la rue (...). Elles ont conscience que ce n'est pas normal, mais pour l'instant, elles n'ont pas le choix* ».

° Entretien n°6 : « *Je pense que les patientes auraient été capables de dire oui ou non (pour signaler ou non). Et je pense que j'aurais respecté cela* ».

Ces deux médecins généralistes, et en particulier dans l'entretien n°4, soulignent que le refus d'émancipation du climat violent de la part de personnes victimes de ces violences relèvent de critères autres que l'emprise psychologique, qui n'altère pas la capacité de discernement de la personne.

Graphique représentant l'avis des différents médecins généralistes interrogés concernant l'impact de l'emprise psychologique dans la capacité d'une personne victime de violences conjugales à décider pour elle-même :



*La question du danger imminent est abordée de plusieurs manières par les différents médecins généralistes interrogés, explicitées sous deux dimensions ci-après :*

- **une difficulté à évaluer le danger immédiat** est relevée de la part de cinq médecins généralistes. Deux sous parties émergent, concernant la délicate évaluation d'une temporalité qui n'est pas encore (rapporté par un médecin généraliste), mais aussi la difficulté reposant sur la dimension subjective de deux personnes : la parole du patient et l'écoute du médecin la recevant (rapporté par quatre médecins généralistes) :

° Entretien n°3 : « *Quand on entend un danger, peut-être que des fois, on trouve trop vite qu'il y a un danger. Mais je pense que c'est plutôt l'inverse, on a tendance à minimiser. Je pense que dès qu'il y a un danger, il ne faut pas faire fi de cela* ».

° Entretien n°6 : « *Ça me gêne un peu. Il y a toute cette notion de ce que vous dit le patient, et de ce qui se passe en vrai. Peut-être que je ne sais pas tout* ».

° Entretien n°7 : « *C'est relatif, d'après ce que les femmes nous déclarent* ».

° Entretien n°8 : « *Ça ramène encore une fois à cette impuissance là, on ne peut pas prévenir ce qui va se passer* ».

- **la certitude de devoir signaler** en cas de constatation de danger immédiat de la part des professionnels de santé est relevée par cinq médecins généralistes :

° Entretien n°3 : « *Le secret médical à un moment, il doit être levé. C'est pour protéger la personne. Ce qu'on entend, c'est quelque chose qui n'est pas normal* ».

° Entretien n°6 : « *Ça me paraît primordial que les choses soient faites avec l'avis du patient, sauf si en effet il y a un danger imminent* ».

° Entretien n°7 : « *S'il y a bien évidemment un danger imminent vis-à-vis de la personne, il faut qu'on le fasse (le signalement)* ».

La certitude de devoir signaler en cas de danger imminent, même sans l'accord de la personne, est partagée par cinq professionnels de santé. De plus, plusieurs d'entre eux utilisent spontanément des termes forts tels que « bien évidemment », soulignant cette certitude. La subjectivité des dires de la personne victime de violences conjugales ne rentre donc plus en compte en cas de doute sur un danger imminent. Pour les trois professionnels restants, ils s'accordent à dire que le signalement doit aussi être réalisé dans ce cas précis, mais émettent des réticences qu'ils ne nomment pas :

° Entretien n°6 : « *Donc vraiment en cas de dernier recours (le signalement) (...). S'il y a mise en danger (...) ça me paraît justifié, et encore* ».

5) Concernant les alternatives évoquées par les différents médecins généralistes pour améliorer les prises en charge de violences conjugales :

***Les différents médecins généralistes ont rapportés plusieurs directives qui, selon eux, seraient favorables à une meilleure prise en charge des violences conjugales, en terme d'accompagnement***

*des personnes victimes de telles violences mais aussi en vue de diminuer la prévalence des violences conjugales. Ces suggestions ont été apportées de manière spontanée de la part de sept médecins généralistes. Le total est supérieur à sept car plusieurs idées ont été apportées au cours d'un même entretien. Elles sont citées par ordre de fréquence décroissant :*

- **une amélioration de la prise en charge des auteur(e)s de violences conjugales** est citée par quatre médecins généralistes. De plus, trois d'entre-eux évoquent une nécessaire poursuite de « l'éducation » des auteur(e)s de violences conjugales, et un médecin généraliste penche en faveur d'un alourdissement des peines pénales pour les auteur(e)s de telles violences :

° Entretien n°3 : « *Comment aider cette personne qui est responsable de violences ? Ce sont des personnes à traiter, pas forcément par l'enfermement* ».

° Entretien n°4 : « *Des mesures plus fortes, avec des peines encourues pour les agresseurs plus importantes* ».

° Entretien n°5 : « *C'est quand même aussi là qu'il faut intervenir. D'une part, ça peut contenir un petit peu la violence masculine et d'autre part, autoriser les femmes à dénoncer beaucoup plus vite* ».

° Entretien n°10 : « *On ne peut pas tout régler par le principe de la loi punitive. Il y a besoin d'éduquer les populations. Pourquoi certaines personnes sont violentes?* ».

- **la difficulté du système juridique à répondre aux besoins de protection des personnes victimes de violences conjugales** en raison de son engorgement est nommée par quatre médecins généralistes :

° Entretien n°4 : « *J'ai peur que le système juridique soit comme le système de santé, débordé. Le système juridique n'est pas à la hauteur du problème des violences conjugales à l'heure actuelle* ».

° Entretien n°8 : « *Les déficiences qui suivent la dénonciation des faits* ».

° Entretien n°10 : « *J'ai souvenir d'un dossier (...) pour délit, ça prend des années à chaque fois* ».

- **la poursuite des campagnes de sensibilisation et de médiatisation** est souhaitée de manière spontanée par quatre médecins généralistes :

° Entretien n°5 : « *Maintenant, le fait que ce soit plus médiatisé fait que la donne change, et c'est très bien* ».

° Entretien n°8 : « *C'est quelque-chose (les violences conjugales) qui est politisé dans les temps qui courent, ce que je partage* ».

° Entretien n°10 : « *Le mouvement de libération de la parole de la femme (...), je pense que ces changements sociétaux, ça risque d'éduquer* ».

Au cours de l'entretien n°5, est souligné l'existence d'une temporalité dans la médiatisation des violences conjugales, à travers le terme « maintenant », sous-entendant le fait que ce n'était pas le cas antérieurement. Cette personne évoque l'impact bénéfique de la médiatisation dans la sensibilisation de la population.

- un regret inhérent à **un manque de formation** spécifiquement dédiée aux violences conjugales est spontanément rapportée par quatre médecins généralistes :

° Entretien n°4 : « *On n'a pas un regard assez psychologique sur cette souffrance qui est quelque chose de très important à aborder. Je n'ai pas les mots* ».

° Entretien n°7 : « *Qu'on soit plus formé à cette question (...). On est un peu lâché avec ces problèmes là* ».

° Entretien n°9 : « *Je n'ai pas énormément d'expérience, de vécu dans la matière (...). Intéressant d'avoir une formation sur le sujet* ».

- **un souhait d'amélioration de la continuité des soins** est rapportée de manière spontanée de la part de trois médecins généralistes :

° Entretien n°3 : « *Le problème de ne pas savoir qui appeler. Un interlocuteur privilégié ça serait plus simple (...), un numéro fixe de « suspicion de violences conjugales ».* ° Entretien n°9 : « *En discuter en équipe, avec d'autres médecins ou d'autres professionnels* ».

° Entretien n°10 : « *Je trouverais génial qu'on ait un petit livret avec tous les numéros utiles pour les femmes battues, où est-ce qu'elles peuvent aller se réfugier, vers quelle association se tourner* ».

À travers ces dires, deux médecins généralistes évoquent leur souhait d'avoir un outil pratique d'utilisation répertoriant les différents acteurs ayant un rôle à jouer dans les prises en charge de violences conjugales.

- **l'amélioration des systèmes sociaux d'hébergement** en terme de capacité d'accueil humain est citée par trois médecins généralistes :

° Entretien n°4 : « *On n'a pas d'hébergement d'urgence disponible* »

° Entretien n°8 : « *J'aurais dit qu'il y a quelque chose d'intéressant à faire (...) en matière d'accompagnement (...) pas médical mais presque sociale, (...)* ».

En effet, l'engorgement des hébergements d'urgence sociaux est une réalité problématique. Certains médecins généralistes soulignent le fait que les personnes victimes de violences conjugales restent en cohabitation avec le/ la conjoint(e) violent(e) en raison de l'indisponibilité de ces logements, comme dans l'entretien n°4 : « *Elles ne savent pas où aller. Pour la plupart, elles sont conscientes que ce n'est pas normal, mais elles n'ont pas le choix (...), à part la rue* ».

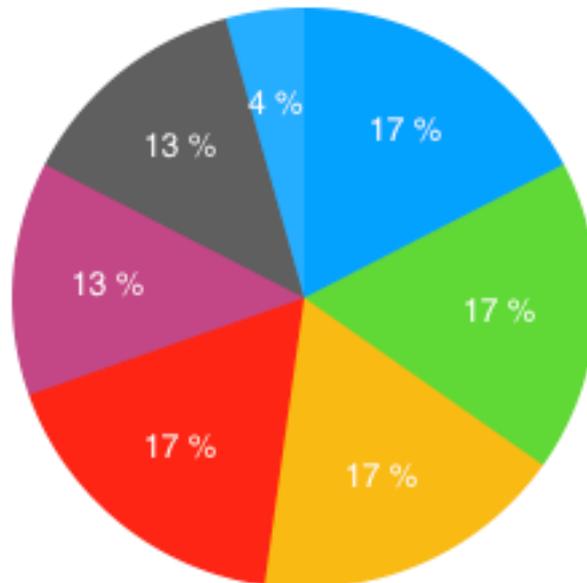
- **la poursuite du développement du milieu associatif** est citée par un médecin généraliste :

° Entretien n°8 : « *Quelque chose d'accessible, pas stigmatisant, associatif (...). Un type de relation (...) qui peut s'établir entre des personnes qui sont finalement dans des situations qui se ressemblent* ».

De plus, au cours de cet entretien, le personne relève le caractère potentiellement « stigmatisant » d'un milieu associatif dont le domaine privilégié serait les violences conjugales pour la personne s'y rendant.

Graphique représentant les différentes pistes d'amélioration envisageables concernant les prises en charge de violences conjugales selon les médecins généralistes interrogés :

- Renforcement de la prise en charge des auteur(e)s de violences conjugales (17%)
- Amélioration de la fluidité du système juridique
- Poursuite de la médiatisation
- Formation dédiée aux violences conjugales
- Amélioration de la continuité des soins
- Augmentation des capacités d'accueil dans les foyers d'urgence
- Développement du milieu associatif (4%)



## Discussion :

### **I) À propos des caractéristiques générales des médecins ayant accepté de participer à l'étude :**

Si le nombre de médecins ayant accepté de répondre à l'étude a permis de dégager de premiers résultats intéressants qui seront explicités au cours de cette discussion, il est à noter que beaucoup de propositions de participation sont restées sans réponse. Deux explications sont envisageables : d'une part, il est admis que les médecins généralistes sont très chargés de travail et manquent de temps, mais d'autre part, il est possible d'imaginer que ce soit le sujet de notre travail qui les pousse à ne pas donner suite à notre proposition d'entretien. En effet, les violences conjugales restent une thématique difficilement abordable, confirmant la complexité à appréhender de telles violences de la part des médecins.

De plus, nous remarquons une différence liée au sexe concernant l'ensemble des réponses apportées. Les médecins généralistes de sexe féminin ont accepté de répondre aux questions de manière plus importante que les médecins généralistes de sexe masculin (26% contre 19%). La durée moyenne des entretiens est également différente en fonction des sexes, plus longue chez les médecins généralistes de sexe féminin que pour les médecins généralistes de sexe masculin (22 minutes contre 16 minutes). Il est donc possible d'envisager que les médecins généralistes de sexe féminin sont moins réticents - ou plus à l'aise - d'évoquer la thématique des violences conjugales.

## **II) À propos de l'estimation de la prévalence des violences conjugales au cours de la pratique de médecine générale de ville :**

Les médecins généralistes interrogés rapportent tous que les violences conjugales concernent avant tout, et de manière indiscutable, les femmes. Ceci est en accord avec les éléments épidémiologiques recensés dans la littérature. De plus, il est intéressant de relever qu'au cours de la narration libre des médecins, tous les adjectifs et qualificatifs employés pour évoquer les violences conjugales sont utilisés au féminin.

La narration libre traduisant le libre cours de la pensée, il est manifestement admis dans les esprits de chacun que les violences conjugales sont dirigées à l'encontre des femmes. Enfin, tous ont signifié l'existence de violences conjugales mais dans une moindre mesure, à l'encontre des hommes.

Les données de la littérature rapportent une forte prévalence des violences conjugales dans la population générale (10% des femmes en France sont concernées) (49), et les médecins généralistes sont les premiers professionnels de santé auxquels les personnes victimes de violences conjugales ont recours (1,6,8,17,45,50). Cependant, dans ce travail de recherche, l'estimation de la fréquence des situations de violences conjugales diverge selon les médecins interrogés. Certains relatent une situation fréquente ou au moins régulière, quand d'autres évoquent une situation rare en pratique professionnelle. Cette différence peut s'expliquer de plusieurs manières :

- une fréquence qui varie selon le sexe du médecin interrogé : en effet, les hommes relatent qu'il s'agit de situations relativement rares dans leur pratique professionnelle, alors que les femmes évoquent une situation fréquente ou au moins régulière, et probablement sous

diagnostiquée. A quoi tient cette différence ? Est-ce une question que les médecins de sexe féminin évoquent plus spontanément l'existence de violences conjugales ? Ou encore est ce que les personnes victimes de violences conjugales, étant plus souvent des femmes, s'identifient plus facilement à un médecin de sexe féminin, facilitant ainsi la discussion ? En effet, les personnes victimes de violences conjugales sont la plupart du temps sujette à un silence difficile à rompre demandant un climat de confiance indéfectible dont une des clés peut-être un processus d'identification sécuritaire.

- le temps d'installation du médecin généraliste, où les médecins généralistes remplaçants sont moins sujets aux déclarations de violences conjugales. Ceci s'explique de nouveau par la nécessité d'un lien de confiance pour que la personne victime de telles violences amorcent la discussion, ou accepte de répondre par l'affirmatif si la question lui est posée. Ce lien, difficile à créer, relève d'une relation professionnelle continue pouvant mettre plusieurs années à apparaître.

- une difficulté à évaluer l'existence des violences conjugales qui reste en partie tributaire de la subjectivité du médecin.

### **III) À propos de la complexité de la définition des violences conjugales :**

Les avis différents concernant la prévalence des violences conjugales au cours des consultations de médecine générale amorcent la délicate question de l'évaluation de ces violences. Aucun médecin n'a déclaré être à l'aise sur ce point. Ceci s'explique de plusieurs façons :

- tout d'abord, qu'appelle-t-on précisément « violences conjugales » ? À partir de quand peut-on en parler ? La littérature et les médecins interrogés s'accordent à décrire les composantes physiques et psychiques de telles violences. Certains évoquent un phénomène de « gradation », voire de « limite franchie » à partir du moment où il existe des coups et blessures physiques. Mais dans ce cas, est-on dans une situation de violences conjugales, ou de danger immédiat ? De plus, réfléchir en terme de gravité signifie instaurer une hiérarchie au sein même de la violence. Si l'une l'est, cela peut signifier qu'une autre ne l'est pas, ou moins. La mesure des violences conjugales basée sur la séparation des types de violences

(verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles) reste peu significative. En effet, et bien plus que la nature, c'est leur répétition et leur cumul qui déterminent la gravité des situations de violence (3). De plus, la tendance à évaluer la sévérité de la violence conjugale à travers des violences physiques graves entraîne une lecture atemporelle du problème, minimise la sévérité de la violence non apparente (33) et aveugle une grande partie des violences subites par la personne, reçues de façon continue.

- de plus, peut-on attendre de la part d'un médecin qu'il ait la certitude d'appréhender justement la situation de la personne victime de violences conjugales ? En effet, leur évaluation est rendue en partie tributaire d'une double analyse subjective. Là où la blessure physique se voit et fait peur, la blessure psychique, elle, est plus difficile d'approche. En effet, elle ne se « voit pas », et repose sur les dires de la personne subissant de telles violences, ainsi que sur l'interprétation du professionnel de santé recevant les paroles de son/ sa patient(e). Pour autant, on attend de la part du professionnel de santé qu'il fasse un choix, lourd de conséquences, à savoir, signaler ou non.

#### **IV) À propos des difficultés rencontrées en médecine générale de ville inhérentes aux prises en charge des violences conjugales :**

Ce travail de recherche a soulevé quatre points majeurs à discuter :

- d'une part, les violences conjugales s'intègrent au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire, impliquant tout autant les professionnels de santé que ceux de la police, de la gendarmerie, du domaine judiciaire et du domaine social. Ceci impose un travail en réseau à la hauteur de cette diversité, composé de plusieurs maillons devant fonctionner ensemble afin de proposer un accompagnement de qualité aux personnes victimes de violences conjugales. Pour autant, la plupart des médecins interrogés évoquent un sentiment de « cloisonnement ». Ce rouage est compromis par la difficulté des personnes victimes de violences conjugales à se raconter à travers un récit, et à accepter la poursuite de la prise en charge (que ce soit au niveau judiciaire avec un dépôt de plainte, médical avec un accompagnement psychologique ou social notamment avec les hébergements d'urgence), par un soucis de temporalité (horaires d'ouverture et de fermeture, difficulté à trouver les bons

numéros de téléphone) mais aussi de la nécessité d'articuler une prise en charge avec des acteurs n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble, ni amenés à se rencontrer. Serait-il envisageable de programmer des réunions pluridisciplinaires regroupant un acteur du domaine médical, social et judiciaire en cas de confrontation à une situation de violences conjugales ? Ces violences doivent relever d'une analyse globale, intégrant les facteurs individuels de la personne mais aussi sociaux et culturels d'où la nécessité de convoquer les connaissances de tous les acteurs concernés. S'il en est autrement, les considérations réelles et diversifiées des violences conjugales ne sauraient être entendues, et les médecins généralistes se verront endossés d'une responsabilité à triple : médicale, juridique et sociale.

- le manque de temps en raison de la forte demande de recours aux soins à laquelle les médecins généralistes sont sujets. Comme dit précédemment, la nécessité d'un lien de confiance est nécessaire à l'accompagnement des personnes victimes de violences conjugales, et demande une démarche active de la part du professionnel de santé, souvent l'objet de consultations répétées, et de durée plus importante que pour des consultations d'un tout autre motif.

- le suivi souvent conjoint de la personne victime de violences conjugales et de l'auteur(e) des faits. La problématique est triple. D'une part, les deux partenaires peuvent consulter en même temps, rendant difficile l'approche du contexte des violences conjugales. D'autre part, l'impartialité et l'objectivité du médecin généraliste peut être compromise, en raison de la connaissance des deux protagonistes. Il paraît difficile de laisser au médecin la liberté de décider au nom d'une personne dont il ne saurait connaître l'entièreté de la dynamique familiale à laquelle les violences conjugales sont si dépendantes. Enfin, la dérogation au secret professionnel concerne systématiquement trois acteurs : de manière directe, la personne victime de violences conjugales et le médecin responsable du signalement, et de manière indirecte, l'auteur(e) de telles violences. Mais qu'en est-il quand une personne est à la fois auteur(e) des faits et patient(e) ? La loi stipule clairement qu'en cas de dérogation au secret professionnel sans l'accord de la personne victime de violences conjugales, cette dernière doit obligatoirement être mise au courant de la lever du secret médical. Mais si l'auteur est aussi patient, faut-il le prévenir lui aussi ?

- un sentiment d'impuissance est ressenti par la quasi-totalité des médecins interrogés dans les contextes de prises en charge de violences conjugales. En effet, il est difficile de recevoir des aveux de violence, car cette dernière fait peur, met en difficulté le personne qui en est dépositaire pour la penser et l'imaginer. La moitié des médecins généralistes interrogés estiment que les situations de violences conjugales sont fréquentes au cours de leurs prises en charge, d'autant plus qu'ils restent les principaux interlocuteurs en cas de recours aux soins. Si l'existence de la violence est connue de la part des médecins, elle n'en reste pas moins difficile à accepter. Jusqu'à quelle mesure un médecin peut-il accueillir la parole de quelqu'un qui souffre ? **V) À propos de la visée de la loi du 30 juillet 2020 :**

La grande majorité des médecins interrogés avaient connaissance de la loi du 30 juillet 2020, mettant en avant une campagne d'information efficace et notamment de la part des médias qui est le médium le plus cité. Les médecins généralistes ont donc été informés de la même façon que la population générale, sans bénéficier d'une information spécifique compte tenu de leur statut de médecins. En ce sens, deux personnes interrogées ont souligné le manque d'information de la part des revues médicales malgré leur lecture régulière. Cette nouveauté législative, concernant pourtant les médecins, a plus été divulguée par le biais du corps public que médical.

Concernant la connaissance des différents volets inhérents à la loi du 30 juillet 2020, la disposition relative à l'autorisation de la dérogation du secret médical est très largement citée. L'hypothèse principale de cette étude réside dans la volonté d'augmenter le taux de signalement de la part des médecins constatant des violences conjugales. Au cours de ce travail, il devient possible d'évoquer d'autres hypothèses qui n'avaient pas été envisagées, et que les médecins généralistes ont souligné :

- la première consiste à envisager une volonté politique, plus que judiciaire, de poursuivre la médiatisation concernant les violences conjugales, afin de satisfaire l'opinion publique qui avait manifesté son mécontentement en lien avec la forte recrudescence des violences conjugales durant la période covid-19. Cette loi serait ainsi un outil signifiant à la population générale que les violences conjugales restent une priorité d'ordre étatique.

- la seconde réside dans la visée dissuasive de la-dite loi, à l'intention des auteur(e)s de violences conjugales. En effet, les violences conjugales sont bien souvent comorbides d'une privation de liberté de la part des personnes qui en sont victimes, compromettant leur pouvoir décisionnel d'alerter les autorités compétentes. L'auteur(e) des violences peut estimer que son/ sa partenaire, quand bien-même serait dévoilée l'existence de telles violences, refusera catégoriquement de porter plainte. En revanche, le médecin, lui, est doué d'une neutralité extérieure à la situation, ayant une possibilité supplémentaire de signaler aux autorités judiciaires l'existence de violences. L'auteur(e) des violences ne saurait avoir un poids décisionnel sur le médecin.

## **VI) À propos des ressentis exprimés par les médecins généralistes interrogés concernant l'application de la loi du 30 juillet 2020 :**

La moitié des médecins généralistes interrogés saluent le caractère systématique de la loi, permettant de répondre à une situation où l'hésitation semble être le maître mot. Il est vrai que les violences conjugales induisent une incertitude chez la personne quant à la démarche à suivre, tiraillée entre une vie conjugale violente et un espoir déchu d'une vie de couple stable. Cette incertitude est partagée de la part des médecins généralistes, en raison de la subjectivité inhérente à la situation et leur volonté de respecter l'autonomie de leurs patients.

La loi du 30 juillet 2020 peut donc être utilisée comme un outil d'aide à la décision, point de repères appuyant les décisions difficiles de signalement, tout en appuyant l'éventuel dépôt de plainte de la personne victime de violences conjugales auprès des autorités judiciaires.

Néanmoins, tous les médecins interrogés s'accordent à dire que la démarche de signaler contre l'accord de la personne n'est pas un acte anodin. Ceci est confirmé par le dernier rapport du Grenelle des violences conjugales, puisque moins de 5% des signalements proviennent des professionnels de santé (51). Sur les huit médecins interrogés, un médecin généraliste s'est positionné favorable à cette loi, un autre défavorable. Les six restants ont émis des nuances, expliquées par les raisons ci-après :

- il est difficile d'imaginer que le signalement de la part d'un médecin puisse répondre à lui seul à une prise en charge convenable des personnes victimes de violences conjugales.

Ceci reviendrait à dire que ces violences n'appartiennent qu'au registre médical, alors que le milieu judiciaire et social sont tout aussi importants. Il est possible d'imaginer que, plus qu'un défaut de signalement, c'est la prise en charge et la protection des victimes de violences conjugales qui portent ses limites. En effet, bien que le rôle premier de la justice soit de protéger, sa capacité à pouvoir répondre adéquatement à une augmentation du taux de signalements en terme de moyens concrets de protection, mais aussi de délais adaptés entre le dépôt de plainte et le début de la procédure judiciaire est à interroger. L'engorgement judiciaire est bien présent, à l'origine de 80% de plaintes classées sans suite selon une étude de l'Inspection générale de la Justice, entre 2015 et 2016 (22). Le système juridique est-il en mesure d'accueillir de nouvelles plaintes ? N'existe-t-il pas là un risque pour les personnes victimes de violences conjugales, si le/la conjoint(e) violent(e) apprend que ce/cette dernier(e) a déposé plainte sans protection mise en place rapidement ? Et par analogie, un effet dissuasif au dépôt de plainte ? N'existe-t-il pas une injustice au sein de la justice ? En effet, un des vécus les plus affligeant et sans nul doute le refus d'entendre la plainte, ne laissant place qu'à une main courante ou alors un classement sans suite de l'affaire. Ceci peut signifier pour la personne victime de violences conjugales que « rien ne s'est passé ». L'ordonnance de protection est une mesure importante mais elle répond également à un court temps de latence administratif et relève d'une responsabilité judiciaire.

- de plus, l'aide précieuse apportée par les associations et hébergements sociaux témoignés par les médecins interrogés en terme d'accompagnement et d'écoute est elle aussi sujette à une limite manifeste du service public de santé en France, se retrouvant dans l'incapacité d'organiser un accueil et une prise en charge cohérente pour toutes les victimes de violences conjugales (9).

- par ailleurs, signaler contre la volonté de la personne risque d'entraîner une rupture définitive du lien de confiance avec cette dernière, alors même que le médecin généraliste reste le premier recours aux soins des personnes victimes de violences conjugales. De plus, la population générale étant informée de la même façon que les médecins, la médiatisation dont fait l'objet cette loi ne risque-t-elle pas, à terme, de dissuader les personnes victimes de violences conjugales à consulter, si ces dernières apprennent que leur consentement n'est plus systématiquement obligatoire pour décider de la suite de la prise en charge ? La loi est en

application pratique depuis environ un an, et les médecins généralistes n'ont pas signifié cette hypothèse de manière spontanée, n'ayant manifestement pas constaté une baisse du nombre de consultations pour violences conjugales. Ce travail réfute donc en partie cette hypothèse, mais il n'a pas été élaboré afin de répondre à cette question. Il serait donc intéressant de réaliser une enquête spécifique à la prévalence des consultations ayant pour motif des violences conjugales avant et après l'application de la loi du 30 juillet 2020 auprès de médecins spécialisés en médecine générale, mais aussi d'urgence, avec un recul temporel plus important.

- enfin, à quelles conséquences juridiques les médecins signalant contre l'accord de la personne sont-ils exposés ? Il est possible d'imaginer que la personne victime de violences conjugales démente les faits, niant toute agression subie. Cette dernière peut envisager de déposer plainte contre le médecin. Bien que ce dernier soit protégé d'une sanction pénale de la dérogation du secret professionnel par l'application depuis le 31 juillet 2020 de la loi, et que la personne dépositaire de la plainte risque une poursuite pour plainte abusive, le professionnel de santé devra tout de même comparaître au tribunal pour justifier de sa bonne foi. Est-ce bien le rôle d'un médecin que de signaler auprès des autorités judiciaires une situation de violences conjugales ?

## **VII) À propos de la qualification légale des personnes victimes de violences conjugales de personnes « vulnérables » :**

L'intégration des personnes victimes de violences conjugales dans la qualification juridique de personnes « vulnérables », au même titre que les personnes mineures ou présentant un handicap mental et physique, justifie la possibilité de déroger au secret médical. Ceci sous-tend le fait que ces personnes ne sont pas ou plus aptes à décider pour elles-mêmes de leurs propres besoins. Une personne vulnérable, est une personne pouvant être blessée de manière physique, morale, psychique ou sociale (52). La vulnérabilité est une notion dynamique, n'étant définie qu'à travers une interaction entre un individu et son environnement à un instant donné, souvent en lien avec un rapport de domination. Elle fait écho à une temporalité incertaine, au risque « de » (au sens de la probabilité), plutôt que « d'être » (au sens définitif).

Toute situation peut amener un être humain à se sentir vulnérable, pourvu qu'elle soit à l'origine d'un état d'affect entraînant la perte de certains repères, et la création de nouveaux. Cette possibilité de transformation est indissociable de l'existence de chacun, rendant la vulnérabilité universelle et l'intégrant dans un « fond commun d'humanité » (53). Paul Ricoeur, cité dans un article rédigé par Bernard Ennuyer, aborde la notion de vulnérabilité langagière, « *à propos des personnes que l'on considère comme incapable de dire quelque chose de leur vie en leur propre nom* » (52). Cette notion « d'identité narrative » renvoie au principe même de pouvoir se raconter à travers un récit et implique que, bien plus que d'être écouté, chacun à besoin d'être entendu de ses semblables afin d'être reconnu. Cette reconnaissance peut-être annihilée dans un contexte de violence conjugale, en raison de l'emprise psychologique exercée par l'auteur(e), induisant un silence concernant les violences subies ou encore un discours erroné quant à la cause des blessures physiques (justifiées par une chute dans les escaliers par exemple). Mais est-ce suffisant pour qualifier une personne victime de telles violences de personne vulnérable ? De plus, autoriser un médecin à signaler contre l'accord de son/sa patient(e), n'est-il pas un moyen supplémentaire d'entraver la capacité de la personne victime de violences conjugales à parler et décider en son propre nom ? N'est-ce pas un moyen de renforcer cette vulnérabilité ?

Dans une société toujours plus sécuritaire, il n'existe que peu de place aux populations considérées par analogie « vulnérables ». Ceci est associé à une notion culpabilisante et moralisatrice de ne pas être capable de rentrer dans la norme, et d'être responsable de son destin (52). En effet, n'est-ce pas aller trop vite que de considérer les personnes victimes de violences conjugales en « incapacité » à dire, là ou beaucoup d'autres critères rentrent en jeu ? Entre le « vouloir dire » et « l'impuissance à dire », la relation offre l'écoute (53). Si le « vouloir dire » est en lien avec une capacité à choisir pour soi, le « pouvoir dire » est compromis par la nécessité d'avoir confiance en la personne qui recevra ces dires.

Il s'agit là d'une lourde responsabilité endossée par le médecin, que d'évaluer cette dimension de vulnérabilité. Si nous devons définir ce qu'est cette responsabilité médicale, il s'agirait d'être en mesure de protéger les plus faibles, avec bienveillance en reconnaissant les valeurs singulières de chaque patient. Il devra évaluer les capacités de la personne victime de violences conjugales à prendre des décisions pour elle-même, à marquer son opposition et à affirmer ses choix. En d'autres mots, être responsable renvoie à la capacité de s'engager en tant que sujet à part entière, riche de son autonomie, de sa différence et de sa singularité (12).

Le principe d'autonomie est relaté dans la loi Kouchner de 2002, énonçant que toute personne est à tout moment en droit de refuser un traitement et une intervention par un médecin. Donner au médecin la possibilité de dénoncer une situation de violence conjugale s'oppose au principe d'autonomie, pourtant inhérent à toute relation de soins et considéré comme droit fondamental du patient. Si un médecin est autorisé à dénoncer une personne suspectée d'être auteur(e) de violences, qu'est ce qui l'empêcherait de dénoncer une personne séropositive au VIH à son/ sa conjoint(e) ? La frontière entre respect de l'autonomie et non assistance à personne en danger est très fine. Cette limite est définie par l'existence d'un « danger imminent », auquel cas le médecin se doit de porter secours à la personne en danger avec les moyens dont il dispose (ici le signalement). Il convient de répondre à trois questions principales : existe-t-il une abolition de discernement rendant irresponsable, quels sont les dommages occasionnés et qu'en est-il du risque de récurrence et de dangerosité future (54). Engendrer des soins à l'encontre de l'avis d'une personne, c'est prendre le risque d'imposer un regard personnel aux soins. Comment savoir si une intervention médicale contre la volonté d'une personne serait plus bénéfique que délétère ?

Enfin, si la loi prévoit une dérogation au secret professionnel par le biais de la qualification de personne « vulnérable », que dire de ces personnes qui déposent plainte sans aide d'une tierce personne ? Ceci montre bien que le refus de dépôt de plainte de certaines personnes n'est pas entièrement expliqué par l'existence d'une emprise psychologique, et possède également un attrait sociologique prédominant (17).

### **VIII) À propos des éventuels changements de pratique chez les médecins généralistes interrogés en réponse à l'application de la loi du 30 juillet 2020 :**

Les différents médecins généralistes interrogés s'accordent à dire qu'il n'y aura pas de changement radical dans leur prise en charge. Cependant, et il s'agit d'un point fort de la loi, la moitié des médecins évoque une augmentation de la pensée à signaler ou du moins à dépister les violences conjugales au cours des consultations de médecine générale.

La non modification des pratiques tient principalement au principe du « danger immédiat », répondant au devoir de tout médecin de protéger les patients exposés à un tel risque. La question du signalement dans ces conditions ne se pose alors pas.

En revanche, la démarche se complexifie notamment au niveau de l'évaluation de l'emprise psychologique, rendue dépendante d'une vision relative et subjective du professionnel de santé :

- d'une part, bien qu'il existe des questionnaires spécifiques à la reconnaissance de l'emprise psychologique mis à disposition par le ministère de la santé, les situations de violences conjugales sont tellement diverses, reflet de la singularité propre à tout un chacun, qu'il semble compromis d'approcher l'emprise psychologique à travers un travail purement protocolaire. Par ailleurs, tous les médecins interrogés décrivent une difficulté à évaluer l'existence ou non d'une emprise psychologique.
- d'autre part, et il s'agit là d'un point crucial car il est déterminant dans la décision de signaler ou non, se pose la question de l'impact de l'emprise psychologique sur la capacité décisionnaire de la personne victime de violences conjugales. Ce questionnement diverge les

opinions des différents médecins généralistes interrogés. Certains justifient le signalement par l'incapacité de la personne à décider pour elle-même en raison de l'emprise psychologique, alors que d'autres considèrent que malgré l'emprise psychologique les personnes victimes de violences conjugales sont tout à fait à même de choisir pour elles-mêmes.

Ainsi, le médecin est confronté à une double responsabilité. D'abord d'ordre pénal, jonglant entre le respect des critères imposant le secret médical (dans le cas contraire, une peine d'emprisonnement d'un an et une amende de 15 000 euros est encourue) ou au contraire sa dérogation (dans le cas contraire, il s'agit d'une non assistance à personne en danger, avec une peine d'emprisonnement de 5 ans et 75 000 d'amende encourue). Cette responsabilité pénale peut entrer en contradiction avec la responsabilité déontologique du médecin, d'ordre disciplinaire, qui doit s'assurer de prodiguer les meilleurs soins pour les patient(e)s pris en charge. Ce réel questionnement renvoie aux notions d'emprise psychologique et de personne vulnérable, dont il appartient au médecin de trancher, car il n'existe pas de définition juridique stricte de ces termes.

Les psychiatres et psychologues sont les acteurs de santé sollicités par la majorité des médecins généraliste interrogés au cours de cette étude. Ceci laisse la porte ouverte à une discussion, à savoir quelle place doit prendre la dimension psychiatrique dans l'existence des violences conjugales au sein du couple ? En effet, si l'emprise psychologique fait référence au domaine psychiatrique, que dire d'une personne victime de telles violences, voyant son image dégradée, et dont la prise en charge devrait être psychiatisée ? Comment ceci peut-être reçu de la part du/ de la patient(e) ?

Il en va de même avec le qualificatif « victime de », faisant référence à un cadre légal (3). N'est-il pas également important de souligner l'existence d'une « personne », avant « d'être victime » en terme de reconnaissance identitaire ? Les questionnaires adressés aux personnes victimes de violences conjugales peuvent avoir un impact stigmatisant sur ces personnes subissant de telles violences, tout comme les hébergements d'urgences, risquant de déshonorer une personne qui a déjà été déshonorée par le non respect de son intégrité.

## **IX) À propos des différentes pistes à investiguer en réponse à la complexité dynamique des violences conjugales :**

Plusieurs pistes de réflexions seront abordées par la suite, élaborées au cours du travail de recherche, superposées aux avis des différents médecins généralistes interrogés à ce sujet :

- tout d'abord, la lutte contre les violences conjugales s'initie en amont même des violences induites, avec la poursuite des prises en charge des auteur(e)s de violences conjugales pouvant être abordée de plusieurs manières :

- la poursuite de la sensibilisation médiatique concernant l'indignité publique à l'encontre des violences sur autrui, ne pouvant être justifiée par aucune raison. En effet, de nombreuses études ont montré que les violences conjugales s'inscrivent dans un schéma de vie répété, où les auteur(e)s ont bien souvent été eux-mêmes témoins de violences conjugales entre leurs parents, et que les victimes ont assimilé ce schéma à quelque chose de l'ordre banal (7).

- la prise en charge médicalisée des auteur(e)s de violences conjugales, notamment par le biais des injonctions de soins

- un alourdissement des peines judiciaire, soutenu par un médecin généraliste interrogé au cours de l'étude.

- d'autre part, la moitié des médecins déplorent spontanément un manque de formation aux violences conjugales. Il est vrai que les violences conjugales ne font pas partie d'une pratique théorique enseignée au cours des années d'études de médecine, alors que la confrontation pratique est fréquente (17). Intégrer une formation spécifique au cours du deuxième ou troisième cycle des années d'étude serait intéressant. Ceci va dans le sens du Ministère de la Santé qui a décidé de rendre obligatoire un module de formation initiale et continue sur les violences conjugales destinée aux personnels de l'éducation nationale (51). De plus, un livret référent regroupant tous les acteurs pouvant être contactés dans ces cas serait utile, afin de faciliter le travail en réseau nécessaire à ces prises en charge spécifiques.

En revanche, bien qu'une formation spécifique soit plus que souhaitable, il convient de ne pas oublier l'importance d'une prise en charge basée sur l'empathie, prévalant sur un discours médicalisé. Est-il nécessaire d'avoir une formation pour agir avec empathie, et accueillir la parole de l'autre ? La capacité d'écoute renvoie peut-être plus à une question de générosité que de formation. Une parole a le pouvoir de produire quelque chose par le fait de dire (55). Il s'agit d'un moyen de reconnaître

l'autre au sein de son existence, en identifiant la difficulté singulière que la personne rencontre, pouvant être bien différente de celles établies par la société. La formation spécifique aux violences conjugales est donc à intégrer des manière complémentaire à un discours emphatique et humanisé.

- enfin, plusieurs médecins évoquent un bénéfice impactant de la médiatisation des violences conjugales, dont le but est triple : poursuivre la sensibilisation envers la population générale, augmenter la reconnaissance de telles violences chez les personnes qui en sont victimes et induire une réflexion chez les auteur(e)s de violences conjugales. En effet, si l'émancipation de la personne victime de violences conjugales est compromise par divers facteurs retenus dans la littérature et cités par les différents médecins interrogés (la peur des représailles, une situation économique défavorable, l'isolement socio-affectif etc...), elle tient d'abord en la non reconnaissance de l'existence de telles violences (16). Bien que la sensibilisation médiatique soit présente, il convient de rester critique envers ce recours d'information, afin de ne pas tomber dans l'interprétation et la banalisation de ce phénomène complexe mais pour autant très fréquent. **X) À propos du travail de recherche :**

Ce travail met en avant une partie des caractéristiques complexes des violences conjugales, situées au croisement des domaines médicaux, judiciaires et sociaux. Elles impliquent une multitude d'acteurs gravitant autour de l'auteur(e) des victimes des violences conjugales et de la personne subissant les violences. Cette étude souligne la triple hypothèse de la création de loi du 30 juillet 2020, ainsi que la dimension centrale de l'emprise psychologique au sein de la décision de signalement ou non, avec toute les complexités d'évaluations qui lui sont attribuées. Elle met également en avant un aspect positif de la loi, à savoir une augmentation de la pensée à signaler et/ou dépister les violences conjugales de la part des médecins généralistes.

L'échantillon étudié des médecins généralistes reste faible, et mériterait d'être étoffé afin d'apporter un poids supplémentaire aux résultats suivants :

- une différence inhérente au sexe du médecin interrogé concernant l'estimation de la prévalence des violences conjugales au sein des consultations en médecine de ville. Il n'est

pas possible de mettre en avant une différence significative liée au sexe des médecins, car la grille de questions n'a pas été élaborée en ce sens.

- la question d'un éventuel changement pratique engendré par la création de la loi du 30 juillet 2020, de ses limites et apports. En effet, tous les médecins généralistes ont affirmé n'avoir été confronté à aucune situation de violence conjugale répondant aux critères nécessaires pour déroger au secret professionnel. Même s'il est nécessaire d'avoir plus de recul car la loi n'est voté que depuis un an, il est vrai que les médecins généralistes sont peu confronté à des situations d'urgence avec un danger imminent pour la personne. Il serait intéressant d'effectuer une étude auprès de professionnels de santé confronté à des situations d'urgence telles que les urgences psychiatriques ou somatique mais aussi des acteurs du domaine social. Afin de voir si cette nouvelle loi entraîne un changement de pratiques.

L'analyse des ressentis des différents médecins généralistes restent de l'ordre théorique, puisqu'aucun n'a été confronté à une situation de violence conjugale avec emprise psychologique et danger immédiat depuis la date d'application de la loi. De plus, ce travail n'a recueilli que les avis de médecins généralistes, alors que la problématique des violences conjugales reste de l'ordre pluridisciplinaire.

Enfin, il est possible que l'enquêteur principal ait entraîné une suggestibilité dans la nomination des psychiatres et psychologues comme acteurs sollicités, s'étant lui-même présenté comme interne en psychiatrie.

## **Conclusion :**

---

En raison de la faible prévalence des dépôts de plainte en cas de violences conjugales subies, l'hypothèse de départ de ce travail concernant la visée de la loi du 30 juillet 2020 résidait dans la volonté publique d'augmenter le taux de signalements de la part des professionnels de santé en raison de la recrudescence des violences conjugales durant la pandémie de covid19. A son issue, il a permis de mettre en lumière deux autres hypothèses, à savoir une volonté de poursuivre la médiatisation des

violences conjugales dans le but de sensibiliser la population, ainsi que la visée dissuasive de la loi à l'encontre des auteur(e)s de violences conjugales.

Les différents médecins généralistes interrogés s'accordent à dire qu'il n'y aura pas de changement radical engendré par la loi du 30 juillet 2020 concernant leurs prises en charge contextualisées aux violences conjugales. Cependant, plusieurs d'entre eux admettent qu'ils penseront plus fréquemment à dépister les violences conjugales au cours de leur pratique, soulignant l'apport bénéfique de la loi dans sa campagne de sensibilisation.

Tous les médecins ont émis un avis nuancé et mitigé concernant la loi du 30 juillet 2020, apportant des points positifs et des appréhensions.

Plusieurs d'entre eux saluent le caractère systématique que la loi apporte. Elle peut être utilisée comme un outil d'aide à la décision dans ces situations complexes à l'origine d'une incertitude partagée entre le médecin et la personne victime de violences conjugales. Elle permet aussi d'appuyer un éventuel dépôt de plainte auprès des autorités judiciaires.

Les différents médecins interrogés émettent cependant plusieurs appréhensions, principalement en rapport avec le risque de rompre le lien de confiance si précieux avec les patients, et soulignent les limites du système judiciaire à accueillir avec cohérence les démarches de signalement et de dépôt de plainte. De plus, ils évoquent une difficulté à évaluer l'existence ou non d'une emprise psychologique, élément pourtant crucial dans la décision de signalement comme l'indique la loi.

Il reste indispensable de considérer que le traitement judiciaire du délit ou du crime, ainsi que des conséquences engendrées, est indissociable de la prise en charge médicale des personnes victimes de violences conjugales, tout comme la poursuite du combat social envers les inégalités entre les hommes et les femmes. La démarche préventive nécessite un regard global sur la situation.

Afin de développer d'avantage les connaissances sur les dimensions structurelles de la violence, il serait intéressant de réaliser plusieurs études complémentaires :

- en interrogeant les psychiatres sur leur représentation de l'emprise psychologique et de son impact sur les capacités décisionnaires de la personne emprisee.

- en réalisant une enquête de genre afin de voir si le sexe du médecin est un frein ou au contraire un facteur favorisant la communication avec son/ sa patient(e) dans le cadre des violences conjugales.
- en questionnant les spécialistes du domaine judiciaire et social afin de souligner le caractère dynamique et pluridisciplinaire des violences conjugales.

Enfin, il semble que le débat ne concerne pas l'éradication de la violence (au sens large). En effet, cette dernière est présente sur l'itinéraire de chacun, retrouvée au sein de la culture, de la société et de l'éducation. Cependant, il est urgent qu'ensemble soit rendu possible d'apprendre à mieux gérer cette violence, en poursuivant la sensibilisation des victimes à l'intolérance de cette situation exceptionnelle.

## Annexes :

**Annexe 1** : Recommandations et messages clés destinés à tous professionnels de santé concernant les violences conjugales, selon la Haute Autorité Sanitaire et actualisées en 2020 :

<b>Messages clés :</b>
1. Montrer son implication : mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente
2. Questionner systématiquement, même en l'absence de signes d'alerte : un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accroissent avec le temps. La violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux et culturels
3. Y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum. Adopter une attitude empathique et bienveillante sans porter de jugement
4. Considérer l'impact sur les enfants du foyer pour les protéger : toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés
5. Expliquer les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir : différents types de violences (psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques), le plus souvent récurrents et cumulatifs, entre partenaires intimes. Évolution par cycles successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps.
6. Évaluer les signes de gravité et si besoin, mettre en place une mesure de protection
7. Établir un certificat médical ou une attestation professionnelle, pouvant être utilisés pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une meilleure protection

8. Si besoin, faire un signalement. Avec l'accord de la victime, pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privation constatés, sans nommer l'auteur des faits. Mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur, une personne vulnérable ou un majeur en danger immédiat et placé dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences

9. Informer et orienter la victime en fonction de la situation : qu'elle est en droit de déposer plainte, que les faits de violence sont interdits et punis par la loi, orienter vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider

10. S'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire

**Annexe 2** : Exemple d'un questionnaire de dépistage de violences conjugales mis en place en médecine générale de ville :

### Questionnaire « Woman Abuse Screening Tool » WAST

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple? (très tendue, quelque peu tendue, aucune tension)

2. Quand il y a dispute dans votre couple, réglez-vous le conflit avec ... (beaucoup de difficulté, une certaine difficulté, aucune difficulté)

3. Vos disputes vous font-elles parfois vous sentir rabaissée ou vous bouleversent-elles? (souvent, quelquefois, jamais)

4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade? (souvent, quelquefois, jamais)

5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire? (souvent, quelquefois, jamais)

6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement? (souvent, quelquefois, jamais)

7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement? (souvent, quelquefois, jamais)

8. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement? (souvent, quelquefois, jamais)

**Annexe 3** : Questionnaire d'évaluation du danger au cours des violences conjugales, destinés à tous les professionnels de santé pouvant être concernés par de telles prises en charge, selon les directives du Ministère de la Justice en 2020 suite à la loi du 30 juillet 2020 :

### Le danger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Le danger

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

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

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

À la connaissance de la victime, le partenaire ou l'ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?

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

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

**Annexe 4** : Questionnaire d'évaluation de l'emprise psychologique au cours des violences conjugales, destinés à tous les professionnels de santé pouvant être concernés par de telles prises en charge, selon les directives du Ministère de la Justice en 2020 suite à la loi du 30 juillet 2020 :

## L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisant, humiliant, dégradant ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Annexe 5** : Fiche d'information destinée aux médecins généralistes ayant accepté de réaliser les entretiens :

**INFORMATION AUX SUJETS CONCERNANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE :****Impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans le cadre de l'exercice professionnel en médecine générale de ville**

Madame, Monsieur,

Cette recherche est menée par Nathan Lambert, interne en psychiatrie et dirigée par Madame Marie Michon dans le cadre d'un Master 2 en éthique médicale au sein de l'équipe ETREs (Ethique, Recherche, Translations) , Université de Paris, 15 rue de l'Ecole de médecine – 75006 PARIS, qui est responsable du traitement.

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet de recherche précité.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant Nathan Lambert au 06 20 98 10 49 ou par mail à l'adresse suivante: [lambertnathan25255@gmail.com](mailto:lambertnathan25255@gmail.com). En cas de retraite de consentement, l'ensemble de vos données collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

**Objectif de la recherche :**

Cette recherche a pour objectif d'interroger les différents médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de patientes victimes de violences conjugales afin de collecter les différents ressentis, et d'y articuler les avis concernant l'application récente de la loi du 30 juillet 2020.

**Méthodologie de la recherche :**

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, enregistrer des entretiens semi-directifs et les retranscrire par écrit.

### **Protection des données à caractère personnel :**

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre projet de recherche seront collectées et traitées :

- Données sensibles :

- Enregistrement de la voix pour la retranscription
- Nom, Prénom dans le cadre de la signature du formulaire de consentement et pour la table de correspondance - Les données de l'entretien qui portent sur le sujet de recherche

La base légale du traitement de vos données personnelles repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement. Votre participation à la recherche est entièrement libre et volontaire. Il est rappelé que le participant est libre de retirer ou cesser sa participation à ce projet à tout moment. Ce retrait n'aura aucune conséquence.

Votre identité sera dissimulée à l'aide du numéro de code dans tous les écrits produits sur la base de vos propos (comptes rendus d'entretien, notes d'observation, notes d'analyse échangées entre les chercheurs, publications...). Seul le responsable de la recherche détient la table de correspondance qui permet de faire le lien entre votre identité et le numéro de code attribué dans les différents documents issus de la recherche.

Toutes les données personnelles collectées sont conservées en France.

### **Les destinataires des données :**

Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Nathan Lambert et Marie Michon.

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche, fasse l'objet, dans un second temps, d'une publication sous forme d'article dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Si tel est le cas, les résultats de la recherche seront diffusés de façon anonyme dans des colloques professionnels et scientifiques, dans des rapports destinés aux autorités, dans des revues professionnelles et académiques et dans des médias destinés au grand public.

### **Durée de conservation des données :**

Vos données personnelles sont conservées en base active jusqu'à la dernière publication des résultats, ou en l'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles font ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée de 5 ans après la fin de la recherche.

L'enregistrement vocal des entretiens sera supprimé une fois la retranscription sur un logiciel de traitement de texte réalisée.

### **Mesures de sécurité techniques et organisationnelles :**

Afin de garantir la confidentialité de vos données et éviter leur divulgation, le responsable de la recherche prend toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données traitées, en particulier leur confidentialité, leur intégrité et leur disponibilité. Pour ce faire, les dispositifs suivants ont été mis en place :

- Seules les personnes collaborant à la recherche, désignées par le responsable de la recherche ou par un représentant des autorités administratives compétentes sont autorisés à accéder aux données.
- Les mesures de sécurité, tant physique que logique, suivantes sont prises : la retranscription se fera sur un ordinateur protégé par un mot de passe et sera placée dans un dossier chiffré par un logiciel approuvé par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'informations conformément aux bonnes pratiques recommandées par la CNIL.

### **Vos droits :**

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et ses décrets d'application, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

En cas d'exercice de votre droit d'opposition au traitement, vous pourrez demander l'effacement des données vous concernant déjà collectées. Cependant, vous êtes informé que certaines données préalablement collectées ne pourront être effacées, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès du responsable de la recherche en vous adressant à Madame Marie Michon, à l'adresse suivante : [mmarie.michon@gmail.com](mailto:mmarie.michon@gmail.com). Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Paris à l'adresse postale suivante : DPD, 18 rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS – ou à [dpd@u-paris.fr](mailto:dpd@u-paris.fr).

Après nous avoir contactés, si vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal. CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ( <https://www.cnil.fr> ).

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche en contactant Nathan Lambert par mail à l'adresse suivante : [lambertnathan25255@gmail.com](mailto:lambertnathan25255@gmail.com).

Fait à Brest, le 19/02/2021

### **Annexe 6 :**

#### **Tableau récapitulatif des différentes questions posées au cours des entretiens avec les différents médecins généralistes interrogés :**

<b>Question n°1 :</b>	« Avez-vous entendu parler de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales? Si oui, par quel biais? »
<b>Question n°2 :</b>	« Quels en sont vos ressentis? »

<b>Question n°3 :</b>	« Pourriez-vous me décrire une situation de violence conjugale à laquelle vous avez-été confronté(e) dans votre pratique professionnelle antérieure à la date d'application de ladite loi? »
<b>Question n°4 :</b>	« Quel avait-été votre ressenti? »
<b>Question n°5 :</b>	« Depuis la mise en vigueur de la loi, avez-vous été confronté(e) à une situation de violence conjugale dans le cadre de votre exercice professionnel? Cela a-t-il/ ou pensez-vous que des modifications vont avoir lieu durant votre prise en charge? »
<b>Question n°6 :</b>	« Qu'entendez-vous par violences conjugales, emprise psychologique et danger immédiat? »
<b>Question n°7 :</b>	« Souhaitez-vous ajouter quelque chose? »

**Annexe 7** : Certificat de validation de la grille de questions par le Comité des Recherches non CPP  
(CERAPHP) :

Comité d'éthique de la recherche AP-HP Centre

IRB registration : #00011928

## CERAPHP Centre

**Réf. 2021-03-08**

Le Comité a été saisi de la demande du Professeur **Marie-France MAMZER**, et de son co-investigateur Monsieur **Nathan LAMBERT**, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans le cadre de l'exercice professionnel en médecine générale de ville »

Investigateur principal : **Professeur Marie-France MAMZER, Université de Paris,**

**Laboratoire ETREs,  
15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris**

**E-mail : [mariefrance.mamzer@gmail.com](mailto:mariefrance.mamzer@gmail.com)**

Ce projet a obtenu un **avis éthique favorable** de la part des membres du CERAPHP Centre lors de la réunion de l'IRB du 29 mars. Le comité a estimé que la recherche n'est pas une recherche impliquant la personne humaine au sens de la loi française n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Le comité précise par ailleurs que son avis est purement consultatif et ne dispense pas des formalités réglementaires en vigueur dans le cadre du périmètre de cette recherche.

Dr Anne-Sophie JANNOT *Vice-présidente du CERAPHP Centre*

Paris, le 30 mars 2021



**Bibliographie :**

- 
- 1) Haute Autorité Sanitaire (HAS). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, méthodes et recommandations pour la pratique clinique. Texte des recommandations, Juin 2019, mise à jour Décembre 2020, version actualisée suite à la publication de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales, recommandations de Bonne pratique
  - 2) Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, Préface, édition 2021
  - 3) Fougeyrollas-Schwebel D, Gaspard M. Représentations de la violence envers les femmes dans le couple : mesure du phénomène - Le cas français. In : Santé, Société et Solidarité, n°1, 2008. De l'égalité de droit à l'égalité de fait : françaises et québécoises entre législation et réalité. Pp. 109 - 116 ; doi : 10.3406/oss.2008.1263 , [http://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2008num\\_7\\_1\\_1263](http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2008num_7_1_1263)
  - 4) Lessard G, Montminy L, Lesieux E and al. Les violences conjugales, familiales et structurelles : vers une perspective intégrative des savoirs. Des violences conjugales aux violences intra familiales : quelles définitions pour quelles compréhensions du problème? Numéro 22, printemps 2015. URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1031116ar>
  - 5) Daligand L. Violences conjugales, Martin Média, « le Journal des psychologues », 2008/2 n°255, pages 49 à 53, ISSN 0752-501X, <https://www.cairn.info/revue-le-journal-despsychologues-2008-2-page-49.htm>
  - 6) D'Hauve P. Janvier 2008. Le médecin généraliste face à la violence conjugale. La Revue de Médecine Générale n°237, Santé Conjuguée.
  - 7) Frémiot L, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 4 « Violences conjugales et violences judiciaires » pages 33 à 42 édition 2021
  - 8) Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, n°12-Novembre 2017, Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes
  - 9) Delage M, Sanchez A, Bruno JL and al. Les violences conjugales, phénomène social, problème systémique. Médecine & Hygiène, « Thérapie familiale », 2012/2 volume 33 pages 105-121, ISSN 0250-4952, <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2012-2-page-105.htm>

- 10) Bonnet F. Violences conjugales, genre et criminalisation : synthèse des débats américains. HAL ID : halshs-01175727, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01175727>, 17 juillet 2015
- 11) Eisikovits Z, Winstok Z, Fishman G. 2004, « The First Israeli National Survey on Domestic Violence », *Violence Against Women*, 10,7, p. 729-748
- 12) Laloum A, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 8 « Groupe de parole destiné aux femmes victimes de violences conjugales » pages 77 à 93 édition 2021
- 13) Guyot F, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 2 « Violences conjugales, aspect législatifs » pages 15 à 23 édition 2021
- 14) Vanneau V. L'invention juridique des violences conjugales au XIX<sup>ème</sup> siècle. Dalloz, « Les Cahiers de la Justice », 2016/2, n°2, pages 305 à 318, ISSN 1958-3702 ISBN 9782996216023, <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2016-2-page-305.htm>
- 15) Soullez C, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 1 « Violences conjugales » pages 2 à 15 édition 2021
- 16) Bolot A.L, Dumel F. Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions. Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Besançon, 05/10/2011
- 17) Lazimi G, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 6 « Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences » pages 52 à 62 édition 2021
- 18) Ansara D, Hindin M. 2010. « Exploring Gender Differences in the Patterns of Intimate Partner Violence in Canada : A Latent Class Approach », *Journal of Epidemiology and Community Health*, volume 64, pages 849-854
- 19) Damant D, Lapierre S, Lebossé C and al. 2010. « Women's Abuse of Their Children in the Context on Domestic Violence : Reflection from Women's Accounts », *Child and Family Social Work*, volume 15, n°1, pages 12-21
- 20) Kimmel MS. 2002, « Gender Symmetry » in *Domestic Violence : A Substantive and Methodological Research Review*, *Violence Against Women*, 8,11,p.1332-1363
- 21) Martinent E. 2020. Pédagogie de la loi du 30 juillet 2020 en matière de signalement de violence au sein du couple. Site officiel du Ministère de la Justice

- 22) Laloum A, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 8 « Groupe de parole destiné aux femmes victimes de violences conjugales » pages 77 à 93 édition 2021
- 23) Giberti E. Violence conjugale : un modèle d'intervention sur le terrain. ERES « Clinique Méditerranéenne » 2013/2n°88 pages 79 à 92. ISSN 0762-7491 ISBN 9782749239189, <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2013-2-page-79.htm>
- 24) Ministère de la Justice. « Secret médical et violences au sein du couple ». Vade-mecum de la réforme de l'article 226-4 du code pénal. 2020. En partenariat avec la Haute Autorité de Santé et le Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 25) Daligand L. Les violences conjugales. Épidémiologie pages 16 à 22. Que sais-je? Presses Universitaires de France. ISBN 978-2-7154-0214-0, ISSN 078-0066 1ère édition : 2016 novembre, 2ème édition mise à jour : 2019 novembre.
- 26) Bair-Merritt MH, Holmes WC, Holmes JH and al. 2008, « Does Intimate Partner Violence Epidemiology Differ Between Homes With and Without Children? A Population-Based Study of Annual Prevalence and Associated Risk Factors », Journal of Family Violence, 23,5,p.325-332
- 27) Montminy L. 2008. « Les enjeux associés à l'intervention sociale auprès des aînées victimes de violences conjugales », Genre et travail social, volume 41, pages 179-200
- 28) Montminy L. 2011. « Formes, manifestations et conséquences de la violence conjugale vécue par des aînées », Journal international de victimologie, volume 9, n°1, pages 281-293
- 29) Draouin ME, Germain AS, Alvarez-Lizotte P and al. 2014. Guide d'implantation pour une pratique concertée en violence conjugale et maltraitance. Agir ensemble pour le bien-être des enfants. Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
- 30) Benson ML, Fox GL, 2004. Concentrated Disadvantage, Economic Distress and Violence Against Women in Intimate Relationships, Washington (DC), National Institute of Justice
- 31) Johnson MP, Rinfret-Raynor M, Lesieux E and al. 2013. « Les types de violence familiale », dans Violences envers les femmes : réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation. Québec, Presses de l'Université de Québec, pages 15-32
- 32) Laing L, Humphreys C, Kavanah K and al. 2013. Social Work and Domestic Violence : developing Critical and Reflexion Practice, Thousand Oaks, Sage Publications

- 33) Stark E. 2013. « Une re-présentation des femmes battues. Contrôle coercitif et défense de la liberté », *Violences envers les femmes : réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation*. Québec, Presses de l'Université de Québec, pages 33-52
- 34) Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. *Violences conjugales et famille*, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 11 « Les difficultés à dire honte et culpabilité » pages 108 à 110 édition 2021
- 35) Daligand L. *Les violences conjugales. Chapitre III : Le cycle de la violence*, pages 62 à 71. *Que sais-je?* Presses Universitaires de France. ISBN 978-2-7154-0214-0, ISSN 078-0066 1ère édition : 2016 novembre, 2ème édition mise à jour : 2019 novembre.
- 36) Couturier M. *Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. De la préservation de l'institution familiale à la protection des membres de la famille*. *Érès*, « Dialogue », 2011/1 n°191, pages 67 à 78, ISSN 0242-8962, ISBN 9782749213668, <https://www.cairn.info/revuedialogue-2011-1-page-67.htm>
- 37) Journal officiel de la république française, « Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violence conjugale » texte 2 sur 173, date du 31 juillet 2020, NOR : JUSX1935275L
- 38) Hincker L, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. *Violences conjugales et famille*, Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 3 « Violences conjugales et harcèlement moral en France et en Europe » pages 23 à 33 édition 2021
- 39) Devris KM, Mak JY, Bacchus JC and al. « Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts : A systemic Review of Longitudinal Studies », *PLoS Medicine/ Public Library of Science*, volume 10, n°5, 2013
- 40) Adkins KS, Kamp-Dush CM and al. 2010. « The Mental Health of Mothers in and After Violent and Controlling Unions », *Social Science Research*, volume 39, n°6, pages 925-937
- 41) Lawrence E, Orengo-Aguayo R, Langer A and al. « The Impact and Consequences of Partner Abuse on Partner », *Partner Abuse*, volume 3, n°4, pages 406-428
- 42) Lazimi G, Piet E, Casalis MF. *Violences faites aux femmes en France et le rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques, études de repérage systématique*. *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, Fondation Gabriel Péri. 2011;9-18.
- 43) Hardinh HG, Morelen K, Thomassin K and al. 2013. « Exposure to Maternal and PaternalPerpetrated Intimate Partner Violence, Emotion Regulation, and Child Outcomes », *Journal of*



- 44) Kelly RJ, El-Sheikh M and al. 2013. « Longitudinal Relations Between Marital Aggression and Children's Sleep : The Role of Emotional Insecurity », *Journal of Family Psychology*, volume 27, n°2, pages 282-292
- 45) Haute Autorité Sanitaire. Octobre 2019. La recommandation de bonne pratique de la haute autorité sanitaire concernant le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple. Nouvelle actualisation. Site officiel du Ministère de la Justice
- 46) Grilhot-Besnard MO. Le secret professionnel et les violences conjugales, interview du 28 novembre 2014. Conseil Général des Pyrénées-Orientales lors de la rencontre consacrée aux violences faites aux femmes
- 47) Vanneau V. L'invention juridique des violences conjugales au XIXème siècle. Dalloz, « Les Cahiers de la Justice », 2016/2, n°2, pages 305 à 318, ISSN 1958-3702 ISBN 9782996216023, <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2016-2-page-305.htm>
- 48) Bolot A.L, Dumel F. Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions. Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Besançon, 05/10/2011
- 49) Daligand L. Les violences conjugales. Introduction pages 3 à 6. Que sais-je? Presses Universitaires de France. ISBN 978-2-7154-0214-0, ISSN 078-0066 1ère édition : 2016 novembre, 2ème édition mise à jour : 2019 novembre.
- 50) Daligand L. Les violences conjugales. Chapitre IV : Les prises en charge des victimes, pages 86 à 100 à 22. Que sais-je? Presses Universitaires de France. ISBN 978-2-7154-0214-0, ISSN 078-0066 1ère édition : 2016 novembre, 2ème édition mise à jour : 2019 novembre.
- 51) Clôture du Grenelle contre les violences conjugales. 30 mesures pour combattre le fléau des violences faites aux femmes, prévenir les violences et protéger les femmes et leurs enfants, partout et à tout moment. Dossier de Presse 25 novembre 2019. [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_cloture\\_du\\_grenelle\\_contre\\_les\\_violences\\_conjugales\\_-\\_25.11.2019.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf)
- 52) Ennuyer B. La vulnérabilité en question ? Pratiques et Concepts. 2352-5525/ 10 juin 2017. Elsevier Masson. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.06.002>
- 53) Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin « Fonds communs d'humanité ». Réseau Canopé/ « Cahiers Philosophiques », 2011/2 n°125 pages 89 à 106, ISSN 0241-2799; <https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-89.htm>

54) Zagury D. La dangerosité, notion à manier avec prudence, Dossier Quelle Justice Pénale?,  
Hommes et Libertés n°149, janvier, février, mars 2010

121

55) Pervanchon M, Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M.F. Violences conjugales et famille,  
Psychothérapies, DUNOD éditeur, chapitre 18 « Quand dire, c'est être » pages 198 à 206 édition  
2021

