



**HAL**  
open science

# Signalement à la justice de viols conjugaux : le point de vue du médecin généraliste sur le bénéfice procuré au patient

Zacharie Sadek

## ► To cite this version:

Zacharie Sadek. Signalement à la justice de viols conjugaux : le point de vue du médecin généraliste sur le bénéfice procuré au patient. *Ethique*. 2021. dumas-03560684

**HAL Id: dumas-03560684**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03560684v1>**

Submitted on 21 Feb 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.

**UNIVERSITÉ DE PARIS**

Faculté de santé

UFR Santé - Médecine

École Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2020-2021

N° 2021REM09

Mémoire POUR LE DIPLÔME de Master 2 Éthique médicale et bioéthique

Présenté et soutenu publiquement le lundi 21 juin 2021

Par

Zacharie SADEK

**Signalement à la justice de viols conjugaux : le point de vue du  
médecin généraliste sur le bénéfice procuré au patient**

Dirigée par M. le Docteur Bernard ENNUYER

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

M. le Docteur Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme le Docteur Caroline DESPRES, chercheuse

M. le Professeur Jean-Claude K. DUPONT, chercheur

Mme Marie MICHON, PhD & ATER





## Remerciements

---

**À M. le Docteur Bernard ENNUYER, Ingénieur ENSI & Docteur en Sociologie (HDR),**

Pour son soutien permanent et infaillible à la réalisation de cette étude. Son écoute attentive et sa disponibilité ont constitué une aide majeure à l'aboutissement de ce travail, toujours en alliant bienveillance et rigueur.

**À Mme le Professeur Marie-France MAMZER, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, et à l'ensemble des intervenants du Master 2 Éthique médicale et Bioéthique,**

Pour l'organisation de cette année universitaire et la dispensation des cours théoriques. Malgré des conditions sanitaires difficiles, l'équipe pédagogique et enseignante a tâché de conserver autant que possible un enseignement qualitatif et intéressant pour toute pratique professionnelle en santé.

**À Mme le Docteur Anne BECART, Docteur en Chirurgie Dentaire & Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Lille,**

Pour son accompagnement depuis maintenant près de deux ans dans mon apprentissage personnel des bases fondamentales de l'éthique et dans la réalisation de mes travaux de réflexion autour de l'homme et de son interaction avec le système de santé.

**À M. le Docteur Ramy AZZOUZ, Médecin urgentiste & Praticien Hospitalier au CHU de Lille, Chargé de mission à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, Président de GELULES,**

Pour son aide précieuse au recrutement des participants de cette étude, et en reconnaissance à la qualité du travail qu'il fournit chaque jour, au service de ses patients ou des étudiants en médecine de Lille.

**À ma famille, à mes amis proches, à mes partenaires du monde universitaire ou associatif,**

Qui se reconnaîtront et qui me supportent chaque jour !

# Résumé et indexation en français et anglais

---

## Résumé :

Introduction : En France, les viols conjugaux représentent une part importante des violences sexuelles conjugales. Le Gouvernement a pris des dispositions en 2020 pour faire reculer ces faits, notamment en permettant au professionnel de santé de procéder à un signalement auprès du Procureur de la République, y compris sans le consentement du patient. Pour le médecin généraliste, cette disposition met en dualité la nécessité de préserver la relation de confiance et celle de réagir face à un péril imminent. Cette étude cherche à déterminer si, de son point de vue, cette possibilité de signalement est bénéfique pour le patient.

Méthodes : Une étude qualitative, sur la base d'un entretien semi-directif, a été réalisée auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. 3 médecins généralistes, aux profils et lieux d'exercice différents, ont été interrogés. Les entretiens ont été retranscrits, puis analysés de manière transversale.

Résultats : Les médecins généralistes découvrent l'existence des viols suite à un événement, une question, une attitude anormale, ou suite à un dépistage systématique. S'inscrivant dans un réseau pluridisciplinaire essentiel à un accompagnement optimal de leurs patients, ils s'accordent sur le fait d'avoir un rôle d'écoute, de conseil, donnant au patient les clés nécessaires pour effectuer ses propres choix en conscience. Ils sont mitigés sur la reconnaissance de l'emprise et de la contrainte morale définies dans la loi n°2020-936. Tous ont des réticences à l'appliquer, la jugeant dangereuse pour eux et pour le patient.

Conclusion : Chaque médecin généraliste a une approche différente de la relation médecin-patient, et estime le bénéfice apporté par cette mesure, au cas par cas. Le travail en réseau, le consentement, l'identification de signes d'alerte, la formation, sont des clés essentielles pour le praticien afin de répondre au mieux et en conscience aux urgences.

## Discipline ou spécialité :

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

**Mots clés français :** Signalement ; Médecin généraliste ; Viol ; Viol conjugal ; Violences conjugales ; Consentement ; Péril imminent ; Emprise ; Contrainte morale ; Réseau pluridisciplinaire ;

## **Title : Reporting domestic rape to justice: the general practitioner's point of view on the benefit brought to the patient**

### **Abstract :**

**Introduction:** In France, domestic rape represents an important part of domestic sexual violence. The Government took measures in 2020 to reverse these facts, in particular by allowing the health professional to report to the Public Prosecutor, including without the patient's consent. For the general practitioner, this provision creates a duality between the need to preserve the relationship of trust and that of reacting to an imminent danger. This study seeks to determine whether, from his point of view, this possibility of reporting is beneficial for the patient.

**Methods:** A qualitative study, based on a semi-structured interview, was carried out with general practitioners in Nord-Pas-de-Calais. 3 GP, with different profiles and places of practice, were interviewed. The interviews were transcribed, then analyzed in a cross-sectional manner.

**Results:** GP discover the existence of rape following an event, a question, an abnormal attitude, or following a systematic screening. As part of a multidisciplinary network essential to optimal support for their patients, they agree on having a listening and advisory role, giving the patient the necessary keys to make their own choices in conscience. They are reserved on the recognition of the hold and moral constraint defined in Law No. 2020-936. All are reluctant to apply it, deeming it dangerous for them and for the patient.

**Conclusion** Each GP has a different approach to the doctor-patient relationship, and estimates the benefit provided by this measure, on a case-by-case basis. Networking, consent, identification of warning signs, training, are essential keys for the practitioner to respond in the best way and in conscience to emergencies.

**English keywords :** Notification ; General practitioner ; Family physician ; Rape ; Domestic rape ; Domestic violence ; Consent ; Imminent danger ; Hold ; Moral constraint ; Multidisciplinary network

## Liste des abréviations

---

- Loi n°2020-936 : LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1)
- CNTRL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- MeSH : Medical Subject Heading
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
- AVIJ : Aide aux Victimes - Intervention Judiciaire



# Table des matières

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1 - CONTEXTE</b> .....	<b>4</b>
1.1 : DEFINITIONS .....	4
1.1.1 : <i>Violence (n.f.)</i> .....	4
1.1.2 : <i>Conjugalité (n.f.)</i> .....	5
1.1.3 : <i>Violence Conjugale (n.f.)</i> .....	5
1.1.4 : <i>Viol (n.m.)</i> .....	6
1.1.5 : <i>Médecine Générale (n.f.)</i> .....	6
1.2. : ASPECTS HISTORIQUES DU VIOL .....	7
1.2.1. : <i>Antiquité</i> .....	7
1.2.2. : <i>Moyen-Âge &amp; Renaissance</i> .....	8
1.2.3. : <i>Période révolutionnaire, Empire Napoléonien et Restauration de la Monarchie</i> .....	8
1.2.4. : <i>Fin du XIXème au XXIème : les vagues féministes en France</i> .....	9
1.3 : ASPECTS JURIDIQUES .....	11
1.3.1 : <i>Du viol</i> .....	11
1.3.2 : <i>Des violences conjugales</i> .....	11
1.4 : CONSTATS CHIFFRES SUR LE VIOL ET LES VIOLENCES CONJUGALES .....	12
1.4.1 : <i>Violences conjugales</i> .....	12
1.4.2 : <i>Viols</i> .....	13
1.5 : LA REPOSE AUX CHIFFRES : LE GRENELLE DES VIOLENCES CONJUGALES ET LA LOI N°2020-936.....	14
<b>2 - METHODES</b> .....	<b>18</b>
2.1 : UNE ETUDE QUALITATIVE VISANT A ECHANGER AVEC LES MEDECINS GENERALISTES SUR LEUR PRATIQUE .....	18
2.2 : RECRUTEMENT DES MEDECINS GENERALISTES .....	19
2.3 : ORGANISATION ET DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	20
2.4 : ANALYSE DES ENTRETIENS .....	20
2.5 : DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE L'ETUDE.....	21
<b>3 - RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
3.1 : REPERAGE DES SITUATIONS DE VIOLS CONJUGAUX ET DEROULEMENT DE LA CONSULTATION.....	22
3.1.1 : <i>A quelle occasion les médecins généralistes reconnaissent-ils les situations de viols conjugaux ?...</i>	22
3.1.2 : <i>La question du dépistage systématique</i> .....	23
3.1.3 : <i>Interrogatoire et Examen Clinique</i> .....	24

3.2 : LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT .....	25
3.2.1 : <i>Quelles missions et quelles limites ?</i> .....	25
3.2.2 : <i>Le médecin généraliste dans un réseau de professionnels</i> .....	28
3.3 : LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA NOUVELLE LEGISLATION .....	32
3.3.1 : <i>Connaissance de la loi n°2020-936</i> .....	32
3.3.2 : <i>Comprendre les termes "Emprise" et "Contrainte morale"</i> .....	33
3.3.3 : <i>Reconnaître l'emprise et la contrainte morale</i> .....	36
3.3.4 : <i>Le médecin, juge et accompagnant ?</i> .....	37
<b>4 - DISCUSSION</b> .....	<b>40</b>
4.1 : PREVENIR LES VIOLENCES EN ACCOMPAGNANT LEURS AUTEURS .....	40
4.1.1 : <i>Profil psychologique des personnes violentes</i> .....	40
4.1.2 : <i>Prévention primaire : Avant les violences</i> .....	41
4.1.3 : <i>Prévention secondaire : pendant la période de violences</i> .....	41
4.1.4 : <i>Prévention tertiaire : après les violences</i> .....	42
4.2 : UTILISER AVEC PRECAUTION CETTE NOUVELLE DISPOSITION .....	42
4.3 : AMELIORER L'OBSERVANCE ET LE DEPISTAGE DES VIOLS CONJUGAUX : POLICE ET JUSTICE .....	44
4.3.1 : <i>Chaîne judiciaire du signalement : procédure théorique</i> .....	44
4.3.2 : <i>En pratique ?</i> .....	45
4.3.3 : <i>Le consentement en question</i> .....	46
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>49</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>56</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>57</b>
ANNEXE N°1 : GRILLE D'ENTRETIEN UTILISEE POUR L'ETUDE. ....	57
ANNEXE N°2 : AVIS DU CERAPHP-CENTRE EN DATE DU 19 MARS 2021. ....	58
ANNEXE N°3 : NOTE D'INFORMATION TRANSMISE AUX PARTICIPANTS, RELATIVE A L'ORGANISATION DE L'ETUDE. ....	59
ANNEXE N°4 : FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS AU DANGER IMMEDIAT, TEL QUE PREVU PAR L'ARTICLE 12 DE LA LOI N°2020-936. ....	61
ANNEXE N°5 : IMPRIME DE SIGNALEMENT AU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE, EN APPLICATION DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PENAL .....	62

*Sauf indication contraire, les termes utilisés dans ce mémoire ne sont pas genrés.*

# Introduction

---

En France, on estime en moyenne que 295 000 personnes sont victimes chaque année de violences conjugales. Parmi les violences sexuelles conjugales, 53% d'entre elles sont un viol au sein du milieu domestique, et 13% une tentative de viol (2). Face à ces constats, est adoptée en juillet 2020 une loi visant à lutter contre les violences conjugales (1). Son article 12 instaure une nouvelle dérogation au secret médical. Désormais, le professionnel de santé est exempté du secret « s'il estime, en conscience, qu'elles [les violences exercées au sein du couple] 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 professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. »

Cette disposition n'est pas dénuée de conséquences, notamment pour les médecins généralistes, qualifiés dans d'autres pays européens de « médecins de familles », qui se retrouvent souvent au premier plan des violences physiques, psychiques ou sexuelles exercées au sein du cadre familial ou du couple.

*« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. »* (3). Telles sont les missions du médecin dictées par le Serment d'Hippocrate. Elles mettent en lumière la difficulté face à laquelle le médecin généraliste est confronté, médecin qui doit agir en confiance et avec le consentement de son patient, tout en préservant son état de santé, y compris lorsqu'il a conscience d'un péril imminent qui pourrait correspondre à une mise en danger d'autrui. Même si la loi permet au professionnel de santé de réagir de manière plus efficace et plus rapide face à une telle situation, le retrait de la nécessité du consentement risque d'avoir des conséquences sur la volonté du patient à être soigné ou sur son entrain à se confier au médecin généraliste.

De plus, l'article 12 laisse au praticien la charge d'évaluer « la contrainte morale résultant de l'emprise » exercée sur la victime. Or, on peut craindre que ces termes soient flous, que les médecins ne puissent pas appliquer correctement cette possibilité, et que des disparités soient créées entre des territoires, ou sur un même territoire entre des médecins généralistes qui n'auraient pas la même attitude pour porter assistance à un patient victime de viols conjugaux.

L'objet de cet étude est donc de déterminer si, du point de vue du médecin généraliste, le signalement à la justice de suspicions de viols conjugaux qu'il pourrait effectuer est véritablement bénéfique pour le patient.

# 1 - CONTEXTE

---

## 1.1 : Définitions

### 1.1.1 : Violence (n.f.)

Le mot “violence” provient du mot latin “vis” qui signifie la “force” et la “vigueur” (4). Ce terme latin provient lui-même du grec “bia” “βία” (5) qui signifie en grec ancien l’“abus de la force”, la “contrainte”.

Dans le cadre du sujet traité, deux définitions du CNRTL peuvent être retenues (6) :

- On peut la caractériser comme “une force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu’un ou pour obtenir quelque chose”
- Elle désigne également “un ou des actes d’agression, commis volontairement à l’encontre d’autrui, sur son corps ou sur ses biens”

Pour l’OMS, la violence consiste en “l’utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l’encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.” (7)

Du point de vue du système judiciaire français, il faut distinguer la définition civile et la définition pénale :

- La définition de l’article 1140 du Code Civil porte sur les vices de consentement dans la conclusion d’un contrat : “Il y a violence lorsqu’une partie s’engage sous la pression d’une contrainte qui lui inspire la crainte d’exposer sa personne, sa fortune ou celles de ses proches à un mal considérable.” (8)
- Le titre II du livre II du Code Pénal traite exclusivement des atteintes à la personne humaine, que ce soit à la vie de la personne ou à l’intégrité physique et morale de l’individu. Dans ce dernier volet, le terme “violences” est utilisé pour qualifier les faits de violence physique non sexuelle (9). Les faits d’agression sexuelle et de viol font l’objet d’une section séparée.

### **1.1.2 : Conjugalité (n.f.)**

Selon le CNRTL, la conjugalité est la “qualité de ce qui est conjugal”, c’est-à-dire ce qui “relatif aux liens qui unissent les époux au regard de la loi, ou même de la religion” (10).

Le terme “conjugalité” provient du latin “conjugalis” qui signifie “fidèle dans le mariage”. Le verbe “conjugare” correspond au verbe “unir” (4).

Le Code Civil français prévoit trois types d’union entre les individus (11) :

- Le Mariage (titre V) : Les époux se doivent “respect, fidélité, secours, assistance”. Ils assurent la direction morale et matérielle de la famille, pourvoient à l’éducation des enfants et préparent leur avenir. Ils forment une communauté de vie (sauf contrat de mariage), reposant sur une résidence de famille. Il est dissout par la mort d’un des époux ou par le divorce ;
- Le PACS (titre XIII - chapitre 2) : Instauré depuis la loi n°99-944 du 15 novembre 1999 relative au pacte civil de solidarité, il consiste en un “contrat signé entre deux personnes majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune”. Il sert à reconnaître officiellement les engagements réciproques de ses contractants, notamment la vie commune, l’aide matérielle et l’assistance réciproque. En revanche, ses dispositions sont plus souples que celles du mariage, notamment sur la possession de biens ou sur les règles de dissolution de l’union ;
- Le Concubinage (titre XIII - chapitre 2 - art. 515.8) : C’est une union de facto, caractérisée par “une vie commune, présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple”. Aucune obligation ne découle de cet article.

### **1.1.3 : Violence Conjugale (n.f.)**

Une violence conjugale est définie par le MeSH comme une violence volontaire, souvent physique, verbale, ou d’autre type, commise par un ou plusieurs membres d’un couple (12).

Dans la violence conjugale, un rapport de domination s’installe entre les deux partenaires, avec la volonté, consciente ou inconsciente, de contrôler son partenaire. Elle est à différencier du conflit conjugal, où il y a opposition de deux points de vue lors d’interactions où les deux membres du couple sont sur un pied d’égalité (13).

#### **1.1.4 : Viol (n.m.)**

“Viol” provient également de la racine latine “vis”. Le CNRTL définit un viol comme un rapport sexuel imposé à quelqu’un par la violence, obtenu par la contrainte, qui constitue pénalement un crime. Dans le même esprit, le MeSH le définit comme un rapport sexuel sans le consentement de la victime (14).

En France, l’article 222-23 du Code Pénal donne la définition juridique du viol : “Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu’il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d’autrui ou sur la personne de l’auteur, par violence, contrainte, menace ou surprise” (15). Sans pénétration, il s’agit d’une agression sexuelle.

#### **1.1.5 : Médecine Générale (n.f.)**

La médecine générale, ou médecine de famille, est définie par la Société Européenne de Médecine générale (16) comme une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C’est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires<sup>1</sup>. Elle est notamment caractérisée :

- par le premier contact avec le système de soins (...);
- par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités (...);
- par une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires;
- par un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin/patient basée sur une communication appropriée;
- (...) par une réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

---

<sup>1</sup> L’OMS définit dans sa Déclaration d’Alma-Ata du 12 septembre 1978 les soins primaires comme “les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d’autoresponsabilité et d’autodétermination”.

## 1.2. : Aspects Historiques du Viol

Pour comprendre la réglementation actuelle, il convient de replacer la notion de violences sexuelles dans son contexte historique, à travers les époques et les civilisations. Leur prise en compte a fortement évolué, et reste différente en fonction des aspects culturels, sociétaux, religieux et moraux propres à chaque région du monde.

### 1.2.1. : Antiquité

Dès l'Antiquité et l'apparition des textes juridiques, le viol fait l'objet de dispositions spécifiques. Le Code d'Hammurabi, roi de Babylone aux alentours de 1760 avant J-C, constitue l'un des documents les plus complets de la production juridique mésopotamienne. Son article 130 confère que si un homme viole la femme d'un autre homme alors qu'elle est vierge et qu'elle vit toujours chez son père et s'il est surpris, il est mis à mort et la femme n'est pas coupable (17).

Au sein des populations hébraïques, le Deutéronome (18) prévoit l'exécution des hommes violant les jeunes fiancées. Cependant, une femme violée qui n'est pas encore fiancée doit épouser l'homme en question, qui doit verser 50 pièces d'argent pour compenser l'abus sexuel. La Répétition de la Torah (*Mishné Torah*) comporte un traité dédié au viol et à la séduction de la jeune fille non mariée (Na'ara bétoula), où la jeune fille ou son père peuvent refuser le dit mariage. Seuls les cas spécifiques de viols sont donc condamnés, du fait d'une atteinte aux mœurs en vigueur qui rejettent vigoureusement l'adultère.

En Grèce Antique, est pratiqué le mariage par rapt, où les jeunes femmes sont enlevées de leur famille contre leur gré. De nombreuses divinités ont été impliquées dans ces enlèvements, comme l'enlèvement de Koré par Hadès. Dans ce dernier, la violence est particulièrement euphémisée afin de démontrer l'utilité du rapt et de sa violence : pouvoir disposer d'une femme sans consentement, au sens sexuel du terme (19).

Sous l'empire romain, on opposait "le fait de sabrer et celui d'être sabré(e)", donc les actifs et les passifs. L'historien Paul Veyne estime qu'à Rome (20), le viol tient une grande place dans la société car le citoyen est perçu, en tant que partenaire sexuel qui se fait servir, comme une personne louable. Les autres sont blâmables. On distingue donc le maître et ses subordonnés (dont sa femme et ses esclaves). La Lex Iulia de vi publica sanctionne officiellement le viol vers 40 avant J-C, mais uniquement entre les personnes de naissance libre (21).

La loi des Burgondes, adoptée vers l'an 500, prévoit une amende en cas de viol d'une femme esclave, voire des coups de bâton si ce dernier a été commis par un esclave.

Dans la religion musulmane, le verset n°223 de la Sourate 2 du Coran souligne que les épouses sont “un champ de labour” et que les époux peuvent procéder à l’acte sexuel “comme et quand vous le voulez”.

### **1.2.2. : Moyen-Âge & Renaissance**

Au sein des sociétés médiévales, la femme est en permanence sous tutelle d’un homme, que ce soit son père (ou un autre homme de la famille) puis son mari. Aux XII et XIIIèmes siècles, le traitement des infractions en rapport avec la sexualité est laissé aux autorités ecclésiastiques. Sont notamment condamnés l’adultère, la fornication, la sodomie et l’inceste. La femme est également punie, car ce n’est pas l’absence de consentement sur la personne qui est sanctionné, mais l’acte en lui-même, qui va à l’encontre des principes de bonnes mœurs et de la chasteté prônés par l’Église, tout comme les relations homosexuelles.

A la fin du Moyen-Âge et durant la Renaissance, la considération pour les personnes violées ne s’améliore pas. Maurice Daumas (22) rapporte qu’à l’occasion de fêtes et de rites populaires, les cocueurs qui incarnent les rôles de “bons compagnons” sont réputés pratiquer le viol collectif, notamment sur les femmes des autres et installent une forme de compagnonnage et de fraternité qui s’installerait par le mélange des spermatozoïdes au sein d’une femme.

### **1.2.3. : Période révolutionnaire, Empire Napoléonien et Restauration de la Monarchie**

La Révolution française constitue les prémices des vagues féministes en France et de la lutte pour le développement des droits des femmes : Olympe de Gouge publie en 1791 la *Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne* où l’article premier dispose : “la femme naît libre et demeure égale à l’homme en droits” (23). La première condamnation du viol en France apparaît au sein du Code Pénal révolutionnaire de la même année (24). Il est passible de 6 ans de prison. Dans la pratique, l’application de cet article s’est révélée très difficile (25) car cette seule disposition ne saurait changer les pratiques et conceptions ancrées depuis plusieurs siècles. Le sentiment de honte ressenti par la femme reste ainsi présent, et la dissuade de porter plainte. De plus, la définition du terme “viol” n’est pas précisée dans le Code Pénal et est donc sujette à libre interprétation, ce qui crée des disparités entre les jugements prononcés.

Sous le Premier Empire, la sanction des “attentats aux mœurs” fait son apparition dans le Code pénal napoléonien, et son article 331 condamne d’une peine de prison le viol ou tout autre attentat à la pudeur (26). Les archives démontrent cependant que peu de femmes osent déposer plainte et que le taux d’acquittement est fort au début du XIXe siècle (42%). Beaucoup de femmes ressentent une forme de honte de raconter, d’être victime, d’être citée dans une affaire de viol (27).



Une forte pression sociale règne et contrevient à l'application impartiale de la justice. De plus, à cette époque, la médecine légale est peu soutenante, le Dr. BROUARDEL estimant par exemple que "les magistrats sont généralement fort peu au courant des habitudes mentales de certaines catégories d'accusateurs". En effet, les médecins légistes sont réputés se baser uniquement sur l'état de l'hymen de la victime. Les actes sur les populations homosexuelles, ou les viols non vaginaux (anal, buccal, digital), ne sont donc pas qualifiés de viol, mais d'atteinte à la pudeur (28).

Sur le plan conjugal, le crime de viol ne s'applique pas, l'autorité du mari et sa supériorité par rapport à sa femme étant affirmée dans l'article 213 du Code Civil de 1804 (29). Cependant, son article 231 prévoit les "excès, sévices, injures et graves" de l'un des époux sur l'autre comme motif de divorce, mais ce dernier est abrogé dès la restauration de la monarchie. Quant aux actes sur les populations homosexuelles, ou les viols non vaginaux, ils ne sont pas qualifiés de viol.

Les aspects de "violence morale", initialement niés, font l'objet d'une reconnaissance légale en 1832. L'arrêt du 21 novembre 1839, puis l'arrêt DUBAS de la Cour de Cassation de 1857 fait apparaître dans la jurisprudence les éléments de contrainte et de surprise et reconnaît l'exercice de violences morales sur une victime (30).

#### **1.2.4. : Fin du XIXème au XXIème : les vagues féministes en France**

Le féminisme est défini par le Larousse comme un "mouvement militant pour l'amélioration et l'extension du rôle et des droits des femmes dans la société" (31).

##### **1.2.4.1 : Première vague (1860-1945)**

Le mouvement féministe apparaît en France par le développement d'associations féministes dès les années 1860 (32), la première d'entre elle étant l'Association pour l'amélioration de l'enseignement des femmes, fondée en 1866 par la journaliste André Léo. Des journaux féministes émergent également, comme Le Droit des femmes ou La Suffragiste. Les mouvements associatifs se réunissent en une "Fédération Française des Sociétés Féministes" en 1891 (33). D'autres fédérations sont ensuite créées comme le Conseil National des Femmes Françaises en 1901, puis l'Union française pour le suffrage des femmes (34) en 1909. Ces structures ont souvent des objectifs et des moyens d'actions qui diffèrent, mais militent toutes pour l'acquisition de nouveaux droits pour les femmes.

La Première Guerre Mondiale constitue un tournant dans le milieu féministe : Pendant les combats, les femmes tiennent le foyer et sont amenées à travailler pour soutenir l'économie et participer à l'effort national, ce qui leur accorde des responsabilités importantes en arrière-front. Pourtant, les mouvements féministes sortent affaiblis de cette période et n'empêchent pas

l'interdiction de la publicité pour la contraception et l'avortement en 1920, et la pénalisation de ce dernier en 1923. Alors que d'autres pays européens décident d'élargir le suffrage universel aux femmes à la fin des années 1910, le Sénat français rejette deux fois cette proposition, en 1919 et en 1936. La condition des femmes recule, notamment par la crise économique de 1929, l'augmentation du chômage entraînant un retour des femmes à la maison, position consolidée sous le Régime de Vichy. Néanmoins, des mesures sont prises progressivement, comme la loi sur les droits civils de la femme en 1938, qui abroge l'obéissance à l'époux et qui lui accorde une capacité juridique. En 1945, elles finissent par obtenir le droit de vote, sous le Gouvernement Provisoire de la République Française.

#### 1.2.4.2 : Deuxième et troisième vagues (1945-2012)

En 1949, l'ouvrage de Simone DE BEAUVOIR, *Le Deuxième Sexe*, marque le début de la deuxième vague féministe. La loi de 1920 est abrogée en 1967 et la contraception redevient légale. Suite aux événements de mai 1968, de nouvelles organisations féministes voient le jour comme le Mouvement de libération des femmes fondé le 26 août 1970, alors que des femmes tentent de déposer une gerbe sur la tombe de la femme inconnue, sous l'Arc de Triomphe à Paris. Sur l'avortement, le "manifeste des 343" paraît dans le *Nouvel Observateur* le 5 avril 1971 afin de réclamer la légalisation de l'avortement, accordée par la loi de Simone VEIL en 1975. D'autres droits sont accordés durant cette décennie, comme le divorce par consentement mutuel, abrogé en 1816 puis réinstauré en 1975.

La troisième vague se résume principalement en Europe à la création d'organisations féministes dédiées à la défense des femmes issues des minorités sexuelles ou ethniques (35).

#### 1.2.4.3 : Quatrième vague (2012 à aujourd'hui)

La quatrième vague féministe est celle que nous vivons toujours aujourd'hui. Elle est caractérisée par l'avènement des réseaux sociaux, notamment Twitter, qui contribuent à la révélation de faits de harcèlement sexuel, d'agressions sexuelles et de viols. L'Affaire Harvey WEINSTEIN marque le début d'un grand mouvement de libération de la parole, à travers le #MeToo partout dans le monde, et #BalanceTon Porc en France. De nombreuses personnes manifestent à la fin de l'année 2017 dans les grandes villes françaises pour protester contre les violences sexistes et sexuelles. Durant ce même trimestre, les services de police et de gendarmerie enregistrent un brutal accroissement des plaintes pour agression sexuelle, 31% en plus par rapport à 2016, ce qui souligne la force de cette vague (36).

Ces mouvements continuent de prendre de nouvelles formes en 2021, comme au sein de l'enseignement supérieur (#SciencesPorcs), contre les incestes (#MeTooInceste) ou les violences entre hommes (#MeTooGay).

### **1.3 : Aspects juridiques**

#### **1.3.1 : Du viol**

En France, la loi n°80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs constitue la première définition légale du viol, qui reste celle figurant dans le Code Pénal aujourd'hui, la menace ayant été rajoutée lors de la réforme de 1994 (37). Il est puni de quinze ans d'emprisonnement, 20 ans en cas de circonstances aggravantes. Pour les cas de viols conjugaux, la Cour de Cassation reconnaît officiellement, et pour la première fois en 1990 (38), le viol conjugal comme une atteinte couverte au même titre que les autres contextes par l'article 222-23 du Code Pénal.

#### **1.3.2 : Des violences conjugales**

La pénalisation des violences conjugales en France a été renforcée progressivement depuis le début des années 1990 :

- Par la réforme du Code Pénal de 1994 (37), sont qualifiées de circonstances aggravantes les violences commises par le conjoint telles que les crimes de torture et les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Les peines des délits ayant entraîné une infirmité, une mutilation permanente, ou une Incapacité Totale de Travail (ITT) de plus ou de moins de 8 jours sont également aggravées si ces derniers se tiennent dans un cadre conjugal.
- Au sein d'un mariage, depuis la réforme du divorce de 2004 (39), les conjoints peuvent être séparés sur décision du magistrat si des violences sont exercées par l'un des deux époux, en amont d'une procédure de divorce. Ces mesures sont confirmées dans le Code Pénal et le Code de Procédure Pénale l'année suivante (40).
- En 2006, ces dispositions sont élargies aux couples concubins ou pacsés, et à d'autres crimes comme le fait de donner à autrui volontairement la mort, de commettre un viol ou une agression sexuelle (41). Dans le cas du viol, est cependant maintenue une présomption de

consentement des époux à l'acte sexuel, la victime devant donc prouver qu'elle n'était pas en accord avec le rapport.

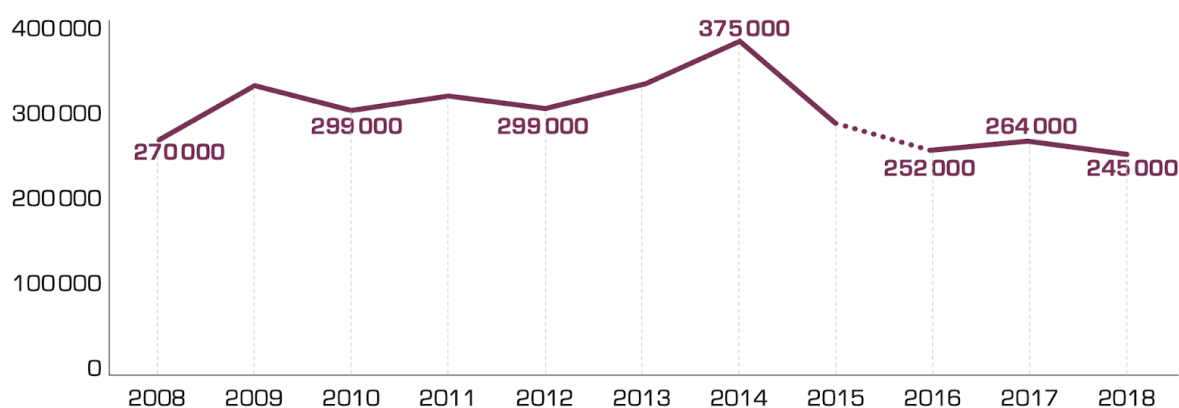
- Cette dernière disposition est retirée en 2010 (42). Est également instaurée l'ordonnance de protection, qui permet aux juge aux affaires familiales de prononcer diverses mesures d'éloignement, en fonction de la gravité des violences. Ces mesures sont prises pour au maximum 6 mois, sauf lancement d'une procédure de divorce ou de séparation de corps. Les violences conjugales, quelles qu'elles soient, doivent être prises en compte dans les décisions d'attribution de l'autorité parentale, qui peut être totalement retirée en cas de crime sur l'époux. Depuis 2014, un délit commis sur l'autre époux permet au juge de se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale (43). Par la loi de 2016, elle peut être retirée si l'enfant est témoin de violences, en dehors de toute condamnation pénale (44).

## 1.4 : Constats chiffrés sur le viol et les violences conjugales

### 1.4.1 : Violences conjugales

Dans le monde, l'OMS estime que près d'un tiers des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime (45). En France, sur les dix dernières années, on constate que le nombre officiellement connu de violences commises par le conjoint ou l'ex-conjoint est resté assez stable, s'élevant en moyenne à 295 000 victimes par an sur la période 2011-2018, soit 0,7% de la population de 18 à 76 ans. 7 victimes sur 10 sont des femmes (46).

**Figure 1** : Nombre de personnes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint



Source : Enquêtes « Cadre de vie et sécurité », Insee-ONDRP-SSMSI, 2009-2019

Parmi ces victimes, 29% des femmes ont subi des violences sexuelles, soit 4 fois plus que les hommes. 21% des victimes subissent à la fois des violences sexuelles et physiques. Les victimes de violences sexuelles conjugales subissent dans 68% des cas un viol ou une tentative de viol.

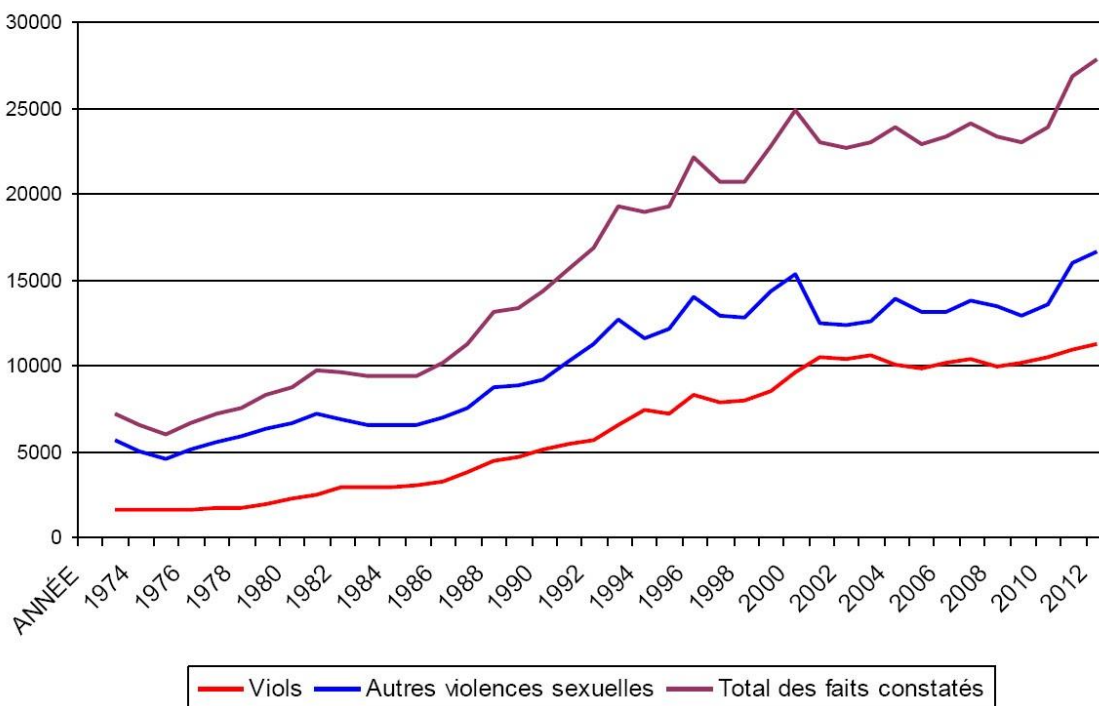
1 victime de violences conjugales sur 5 déclare les faits à la justice ou à la gendarmerie. Parmi celles qui ne déclarent pas, plus de la moitié estime que “cela n’aurait servi à rien”, plus d’un quart craint d’éventuelles représailles. Au total, 13% des victimes déposent plainte.

Un chiffre retient également notre attention sur le retentissement qu’ont ces violences sur la vie des victimes : 45% des personnes concernées évoquent des perturbations dans leur vie quotidienne, dans leur travail ou leurs études.

### 1.4.2 : Viols

Les faits de viol font l’objet d’un nombre important et croissant de plaintes, passant de 7000 en 1974 à 28000 en 2013. Cela s’explique par la facilitation du dépôt de plainte, une meilleure prise en considération des victimes, mais aussi par les différentes vagues féministes et par la médiatisation des questions de violences sexistes et sexuelles (47).

**Figure 2** : Nombre annuel de plaintes pour viols et agressions sexuelles de 1974 à 2013



Source : Ministère de l’Intérieur et Observatoire National de la Délinquance et des réponses pénales

De 2011 à 2018, le Ministère de l'Intérieur enregistre en moyenne chaque année 112 000 viols ou tentatives de viols, dont 84% sur des femmes. 43% des viols ou tentatives de viol se déroulent dans un contexte conjugal (conjoint ou ex-conjoint). Seulement 17% des victimes de viol déposent plainte (46).

## **1.5 : La réponse aux chiffres : le Grenelle des Violences Conjugales et la loi n°2020-936**

Face à ces constats sur les violences conjugales, M. Édouard PHILIPPE, Premier Ministre et Mme Marlène SCHIAPPA, Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes et de la Lutte contre les Discriminations, annoncent en juillet 2019 la tenue d'un Grenelle des Violences Conjugales, du 3 septembre 2019 au 25 novembre 2019, afin de réunir les acteurs impliqués dans l'accompagnement des victimes pour formuler des propositions concrètes. Le groupe justice du Grenelle (animé par le Ministère de la Justice) propose la modification de l'article 226-14 du Code Pénal, afin de permettre au professionnel de santé de porter à la connaissance des autorités, sans l'accord de la victime, des faits de violences conjugales, en cas de risque sérieux de renouvellement de celles-ci (48).

Lors de cette annonce, les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal sont alors formulés ainsi (49) :

### **Article 226-13**

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 punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

### **Article 226-14**

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

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à

un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

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

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

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

Cette annonce débouche sur un article de la proposition de loi déposée le 3 décembre 2019 par le groupe *La République en Marche* à l'Assemblée Nationale (50).

#### Chapitre V

#### **Dispositions relatives au secret professionnel**

#### **Article 8**

Après le 2° de l'article 226-14 du code pénal, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information préoccupante relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il a l'intime conviction que la victime majeure est en danger immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de leur auteur. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. »

Du côté des professionnels de santé, le Conseil National de l'Ordre des Médecins prend position pour cet article, avançant qu'il ne remet pas en cause le secret médical comme "base de la relation de confiance entre un patient et son médecin", pour peu qu'il soit réduit aux situations

d'urgences vitales immédiates, et qu'un Procureur de la République spécialisé dans les violences conjugales puisse être nommé. Le Dr. Anne TRARIEUX, présidente de la section "éthique et déontologie" du CNOM, déclare que cette disposition ne changerait pas fondamentalement les choses pour l'exercice du médecin (51). Néanmoins, d'autres voix s'élèvent pour remettre en cause cette proposition : le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes émet des réserves à travers une lettre ouverte adressée aux députés, où il estime que l'article complexifie la chaîne pénale sans répondre au besoin de clarification de l'article 226-14 du Code Pénal (52). Il affirme également que le professionnel n'a pas forcément les compétences médicales spécifiques pour évaluer l'emprise, et que la distinction entre un "péril imminent" et un "danger immédiat" sera difficile à effectuer pour le praticien.

Le Rapport de la Commission des Lois de l'Assemblée Nationale (53) rappelle bien qu'il s'agit d'une possibilité laissée au praticien et non une obligation. Il souligne également l'importance de recueillir le plus possible l'accord du patient, car cela concourrait à "briser l'emprise" sous laquelle il se trouve. La Commission a émis un avis favorable, après avoir considéré que le CNOM avait été associé et avait soutenu cet article. Les députés amendent le texte, supprimant la notion d'information "préoccupante" afin d'éviter une confusion avec le champ de protection de l'enfance, et précisent que le signalement n'est possible que si les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat. En séance publique, les groupes politiques sont particulièrement divisés : certains soulignent la mise en péril du lien de confiance et que cette mesure ne pourrait fonctionner que s'il y a "un fonctionnement parfait de la chaîne coordonnée de protection", ce qui est impossible par manque de moyens engagés. D'autres établissent que c'est le résultat d'un juste équilibre entre le secret médical et la protection des objectifs de l'intérêt général (54).

Quant au Sénat, son avis converge avec celui de la Commission des Lois de l'Assemblée Nationale. Il remplace néanmoins l'expression "à l'intime conviction" par "estime en conscience", afin de souligner que cette décision doit être l'objet d'un véritable questionnement éthique. Il précise également les contours de l'emprise (55). La version définitive de l'article, approuvée par la Commission Mixte Paritaire, et promulguée par le Président de la République le 30 juillet 2020 après renumérotation, est la suivante :



**CHAPITRE VI**  
**DISPOSITIONS RELATIVES AU SECRET PROFESSIONNEL**

**Article 12**

L'article 226-14 du code pénal est ainsi modifié :

1° Le 3° devient un 4° ;

2° Le 3° est ainsi rétabli :

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

Suite à la loi du 5 novembre 2015, la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire d'un professionnel de santé ne peut être engagée pour un signalement découlant de l'article 226-14 du Code Pénal, s'il a été effectué de bonne foi (56).

## 2 - METHODES

---

### 2.1 : Une étude qualitative visant à échanger avec les médecins généralistes sur leur pratique

Afin d'explorer au mieux la problématique, il apparaissait comme nécessaire de rencontrer les médecins généralistes afin de les interroger sur leur pratique face à des cas de viols conjugaux. J'ai fait le choix de consulter les praticiens issus de mes territoires d'origine : les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Outre l'attachement personnel, ce sont des territoires confrontés à des difficultés d'accès aux soins notoires, 60% des habitants des Hauts-de-France ayant renoncé ou reporté des soins du fait de délais d'attente trop longs ou d'un reste à charge trop important. Les autorités enregistrent également sur les dernières années une augmentation plus forte des faits de violences sexuelles et de violences faites aux femmes au sein de ces départements.

La recherche qualitative a été conduite sur la base d'un entretien semi-directif structuré en quatre axes :

- Un axe introductif dédié à la prise de contact entre l'animateur de l'entretien et la personne questionnée. Cette dernière a notamment été invitée à présenter de manière libre une prise en charge d'un patient victime de viols conjugaux et à renseigner la fréquence de rencontre de ces patients,
- Un axe relatif à la prise en charge du patient, tant sur le plan du déroulement de la consultation en cabinet (interrogatoire, examen clinique, difficultés particulières) que sur le plan de la communication avec d'autres professionnels de santé ou organismes,
- Un axe portant sur l'article 12 de la loi n°2020-936. Il a pour objectif d'évaluer les connaissances que le médecin généraliste a et son approche vis-à-vis de cet article, particulièrement sur l'incidence que cette disposition peut avoir sur la relation entre le praticien et son patient victime de viol conjugal,
- Un axe conclusif, réduit à une question ouverte sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients.

La grille d'entretien comportant l'ensemble des questions figure en annexe n°1.

Une demande d'avis a été formulée au Comité d'Éthique de la Recherche de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) - Centre. Lors de sa session du 19 février 2021, il a émis des demandes de précision portant sur le titre de l'étude, les hypothèses et le circuit de données. Ces dernières ayant été satisfaites, le Comité a émis un avis éthique favorable (annexe n°2), lors de sa session du 19 mars 2021.

## **2.2 : Recrutement des médecins généralistes**

L'étude s'est déroulée du 19 mars au 30 avril 2021.

Les deux critères d'inclusion retenus étaient :

- Exercer en tant que médecin généraliste dans le département du Nord ou le département du Pas-de-Calais
- Avoir ou avoir eu des patients victimes de viols dans un contexte conjugal

Le recrutement des participants a été effectué par le contact de différentes instances universitaires ou professionnelles, par voie électronique ou téléphonique :

- Le Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille
- Le Bureau des Stages et des Gardes de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille
- L'Ordre Départemental des Médecins du Nord
- L'Ordre Départemental des Médecins du Pas-de-Calais
- L'Ordre Régional des Médecins des Hauts-de-France
- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) - Médecins Libéraux des Hauts-de-France

A ce titre, un courrier électronique type a été rédigé, afin que ces instances puissent le transférer aux praticiens du territoire d'étude. Ce dernier comportait le type d'étude, son objectif et les hypothèses de recherche. En toute transparence, l'article 12 de la loi n°2020-936 a été cité, afin de permettre aux participants de débiter l'entretien avec un niveau d'informations équivalent et d'éviter les réponses émotives, irréfléchies ou peu construites du fait de la transmission de cette donnée durant l'entretien. Les coordonnées téléphoniques et électroniques ont été indiquées, afin de permettre à chaque praticien intéressé de convenir d'un rendez-vous en présentiel ou, du fait de

l'épidémie de Sars-CoV-2 et des restrictions de déplacement en vigueur, en visioconférence via le logiciel Zoom.us.

Trois médecins généralistes ont été recrutés :

- Un médecin généraliste, femme, de 50 ans, exerçant en ville (intervenant n°1)
- Un médecin généraliste, femme, de 61 ans, exerçant en milieu rural (intervenant n°2)
- Un médecin généraliste, homme, de 31 ans, exerçant en ville (intervenant n°3)

## **2.3 : Organisation et déroulement des entretiens**

Préalablement à l'entretien, ces trois médecins ont reçu une note d'information (annexe n°3) sur l'objectif de la recherche, ainsi que sur le recueil des données, leur utilisation, leur conservation et les droits qu'ils exercent sur ces dernières.

Le premier entretien a été réalisé en visioconférence. Le second a été réalisé au domicile du médecin, en congé durant cette période. Le troisième a été réalisé sur le lieu de l'exercice professionnel du médecin.

Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 63 minutes. Ils étaient suivis en moyenne d'une demi-heure de dialogue, afin de débriefer l'entretien et de continuer à échanger sur la thématique. Les trois ont consenti oralement au recueil des données et à leur utilisation de manière anonymisée. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone Olympus WS-852. Ils ont ensuite été stockés sur un disque dur iStorage Diskashur M2 avec chiffrement matériel AES-XTS 256 bits débloqué par code PIN de 7 à 11 chiffres. Chacun des entretiens a fait l'objet d'une retranscription écrite, à l'aide du logiciel Microsoft Word. A l'issue de cette dernière, les enregistrements sonores ont été supprimés.

## **2.4 : Analyse des entretiens**

Les thèmes principaux ont été listés après une première lecture attentive de la retranscription des entretiens. Ces derniers ont ensuite fait l'objet d'une lecture transversale et d'une mise en perspective des différentes réponses aux questions, dans un tableau à trois colonnes. Sur cette base, la liste initiale a été affinée et structurée par thématiques.

## 2.5 : Difficultés rencontrées lors de l'étude

Plusieurs difficultés de recrutements des médecins généralistes ont été rencontrées :

- Du fait de l'absence de réponse de certains organismes contactés : L'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, l'Ordre Régional et l'Ordre Départemental du Pas-de-Calais n'ont pas répondu à la sollicitation. L'Ordre Départemental du Nord a répondu en proposant l'envoi d'un questionnaire en ligne, ce qui ne correspondait pas au protocole de recherche ;
- Du fait que beaucoup de médecins généralistes n'ont pas été confrontés à des patients victimes de viols conjugaux, du moins à leur connaissance. Quelques médecins ont fait part de ceci par retour de mail ;
- Du fait du sujet qui reste assez tabou au sein de notre société : il est probable que certains médecins n'aient pas voulu participer à l'étude, de peur de se sentir gênés sur cette problématique ou par rapport à leur pratique professionnelle, notamment du fait de la nouvelle législation ;
- Du fait de la recrudescence épidémique de Covid-19 au courant du mois de mars 2021, qui a entraîné une pression supplémentaire sur les professionnels de santé, qui n'ont donc probablement pas désiré participer par manque de temps ou parce qu'ils n'ont pris connaissance de l'information à temps ;

Le nombre de médecins généralistes recrutés est donc assez réduit. Néanmoins, les profils recrutés, tant sur le sexe, l'âge ou le lieu d'exercice, permettent de mettre en avant des expériences et points de vue différents, même si des convergences d'idées peuvent apparaître. Les entretiens effectués étaient assez riches pour pouvoir extraire beaucoup d'éléments que nous pouvons juger identifiables chez d'autres praticiens.

## 3 - RESULTATS

---

### 3.1 : Repérage des situations de viols conjugaux et déroulement de la consultation

#### 3.1.1 : A quelle occasion les médecins généralistes reconnaissent-ils les situations de viols conjugaux ?

Parmi les personnes interrogées, on constate que les profils de patients rencontrés entre les praticiens sont différents, tout comme les circonstances de découverte. Néanmoins, on remarque que chacun s'appuie sur un événement préalable, nécessaire à la libération de la parole.

Chez le médecin n°1, les langues se délient lors de l'interrogatoire, sur le fait d'être victime de "violences" au sens large du terme. Selon ses dires, quand il y a un "bug", un "temps d'attente", le patient demande des précisions sur les formes de violence. Les langues se délient à ce moment-là, et les patients dévoilent ce qu'il s'est passé, notamment les viols conjugaux.

Les annonces sont parfois plus brutales. Le médecin n°2 souligne le caractère soudain et inattendu de l'annonce : *"ils vous déposent comme un paquet sur la table et ça vous fait l'effet d'une espèce d'un coup de poing dans la figure, d'uppercut, on est un peu sonnés par l'annonce"*. Cette dernière se produit après des gestes impliquant une certaine proximité, comme des palpations d'abdomen ou des examens gynécologiques. Par ces derniers, le médecin n°2 pense montrer qu'elle se soucie de son patient, ce qui suscite une forme d'étonnement, car le patient ne s'attend pas à rencontrer une personne à l'écoute de ses préoccupations.

Pour le médecin n°3, la révélation intervient sur des patients "qui n'ont pas l'air d'aller très bien psychologiquement", et où il demande s'il y a eu des violences morales, physiques ou sexuelles. Il pense à un profil de "consultation-catastrophe", une patiente qui a tendance à appeler en dernière minute, en fin de journée pour un rendez-vous, pour des urgences de son point de vue, mais pas forcément du point de vue du professionnel de santé. Le médecin la trouve énervante car ses propos sont décousus et ses demandes injustifiées (comme des ajouts manuscrits de produits sur une ordonnance), mais pense que ce n'est pas intentionnel de sa part. Même si sa réaction primaire est de se dire "elle me fait chier cette conne", il se rend néanmoins compte que quelque chose cloche d'un point de vue psychologique, du fait d'une dépression ou de traumatismes de vie.

La fréquence de dépistage des viols conjugaux est très variable entre les praticiens et entre les territoires. Le médecin n°3 affirme n'en avoir vu qu'un ou deux, et de ne pas en voir régulièrement, contrairement aux violences conjugales physiques qui sont plus récurrentes. Sa pratique est donc rare, mais, en tant que jeune professionnel, il se demande s'il cherche assez. Chez le médecin n°1, elle estime en voir un tous les deux mois, mais elle possède également un DU de gynécologie, ce qui fait que des patients victimes de telles violences lui sont régulièrement adressés. Le médecin n°2, pour rappel praticienne en milieu rural, ne donne pas d'estimation chiffrée, s'estimant assez mauvaise en la matière, mais rapporte les propos d'un de ses remplaçants : "je n'avais jamais vu autant de viols et d'incestes dans un cabinet médical".

### **3.1.2 : La question du dépistage systématique**

La remarque du médecin n°3 sur le fait qu'il "ne cherche peut-être pas assez les personnes victimes de viols conjugaux" pose la question du dépistage systématique.

Le dépistage systématique est une technique consistant à rechercher des faits (anciens ou actuels) de violences physiques, psychologiques, verbales ou sexuelles, sans qu'il n'y ait de signe apparent faisant suspecter de telles violences (à la différence du repérage) (57). Cette méthode est énoncée par la HAS dans ses recommandations (58), tout comme par la MIPROF. Cette dernière en fait notamment la promotion dans une vidéo tournée en 2013 (59) et mettant en scène une femme subissant des violences conjugales (dont des viols conjugaux) en primo-consultation chez un médecin généraliste. En France, le questionnaire WAST (*Woman Abuse Screening Tool*) a été officiellement reconnu comme une première étape dans la prise en charge et dans l'identification des violences conjugales (60).

Le médecin n°1 fait le choix de poser systématiquement une question assez ouverte : "Est-ce que vous avez déjà été victime d'une forme de violence au cours de votre vie ?". Cela permet de couvrir l'ensemble des situations : "dans la rue, au travail, au cours d'une activité quotidienne, mais aussi à la maison, au sein du couple, dans l'enfance...". Une de ses patientes est revenue la voir deux ans après cette question, car cette dernière l'avait marquée et qu'elle se sentait enfin prête à témoigner.

Le médecin n°3 est assez mitigé. Il comprend le fait de laisser "une porte ouverte", de "planter une graine", afin de montrer au patient que le cabinet médical est un espace de discussion, où ce sujet peut être abordé quand la personne se sentira suffisamment en confiance. En revanche, il se questionne sur l'aspect systématique, qu'il trouve un peu "bête et con". De la même manière qu'un médecin généraliste ne procède pas à un examen clinique de A à Z à chaque consultation, il lui semble

plus pertinent d'interroger uniquement s'il y a présence de "points d'appel" ou de "faisceaux d'arguments". Au début de son exercice médical, il pratiquait le dépistage systématique, mais il a estimé "que ça ne rapportait pas grand-chose la plupart du temps" et que ça perturbait sa pratique car le sujet initial de consultation était occulté. Il s'est donc mis à moins le faire, sauf présence de ces fameux "points d'appel", ces indices qui lui font penser qu'il y a potentiellement eu des violences (problèmes de vie, tristesse, patients qui ont un conjoint qui vient tout le temps en consultation et qui est envahissant...).

Le médecin n°2 a une approche similaire et ne pose la question de violences en général uniquement quand il y a un tableau clinique qui s'y prête, notamment les dépressions et les angoisses. Elle ne souhaite pas forcer la révélation et demander en permanence, de peur de brusquer la personne : "Y a des gens à qui vous sentez qu'il y a un espèce de fardeau, une espèce de baluchon qui est lourd à porter, mais tant que la personne ne dépose pas le baluchon, vous ne pouvez pas lui enlever de force, sinon c'est aussi un viol".

Du côté des patients, notamment des femmes, ils sont nombreux à rappeler qu'un motif de consultation pouvait en cacher un autre, et que le médecin se devait de rechercher les véritables raisons de la venue du patient. "Je me suis souvent sentie traitée à la légère en fait. Parce que tous mes symptômes cachaient quelque chose de plus profond, donc c'était toujours la surface qui était prise en charge" témoigne une de ces patientes (61). Les médecins généralistes ont donc pour mission de pallier à la vulnérabilité langagière, où le patient n'a pas les capacités de se faire comprendre et/ou de se faire entendre.

### **3.1.3 : Interrogatoire et Examen Clinique**

Le médecin n°2 ne procède à aucun examen gynécologique ou de l'anus sans l'accord explicite du patient, y compris lorsqu'il y a des risques inquiétants, afin de respecter l'intimité de ce dernier. Dans ces situations et si elle essuie un refus malgré ses explications, elle renvoie chez un spécialiste. Quand elle procède à ces examens, elle prend plus de précautions et explique en détail le geste, même si elle n'a pas l'impression d'être une brute en temps normal. Pendant ces consultations, elle perçoit que ces personnes ont l'impression de ne pas être comprises, à travers l'intonation de leurs phrases ou des petites expressions comme : "ça n'a l'air de rien mais (...)".

Le médecin n°3 prend moins de pincettes lors de l'interrogatoire si la relation de confiance avec le patient est déjà installée. Dans le cas contraire, il passe par des chemins plus détournés et des questions moins directes : "Comment ça se passe à la maison ?". Comme évoqué par le médecin n°1



au 3.1.1., le médecin n°3 avance que cette question décontenance : “il y a toujours un double dialogue en médecine, entre ce qu’on verbalise de manière formelle et tout le tacite qu’on comprend ensemble”. Lors de l’examen clinique, il affirme être plus précautionneux sur l’examen gynécologique, du fait de la violence sexuelle exercée, mais aussi parce qu’il est un homme, “qu’il fait partie potentiellement de cette caste qui a été violente dans l’histoire de cette femme”, et qu’il doit donc faire plus attention. Le fait d’être jeune et d’avoir peu d’expérience constitue également une difficulté dans sa prise en charge.

Quant au médecin n°1, elle vise l’instauration d’un climat de confiance pour procéder à l’examen clinique. “Souvent, je les remercie de leur confiance, j’essaie de les valoriser”. En fonction de la personne, elle poursuit ou pas la discussion un peu plus profondément afin de comprendre la situation et de lui donner des clés pour s’en sortir (notamment en donnant à regarder la vidéo d’Anna (59), afin que le patient se rende compte qu’il n’est pas le seul à traverser un viol conjugal). Il lui arrive de proposer de commencer par l’examen clinique (gynécologique ou anal), car elle sent que c’est une étape qui risque d’embarrasser ses patients. Elle ne force pas durant cet examen : “j’essaie toujours de positiver, ou alors j’utilise des spéculums de vierge, et avec je fais un frottis certes pas dans les règles, mais au moins, on a franchi le premier pas, pour qu’elle ait une petite victoire.” Les stratégies sont aussi plurielles que les patients.

## **3.2 : La place du médecin généraliste dans l’accompagnement du patient**

### **3.2.1 : Quelles missions et quelles limites ?**

48% des femmes victimes de viols conjugaux ont effectué une démarche auprès d’un médecin, d’une association d’aide aux victimes, de services sociaux ou de psychiatres (46). Ce nombre reflète l’importance pour le médecin généraliste d’être formé et apte à accompagner ces patients quand ils se présentent à lui.

#### **3.2.1.1 : Comprendre la situation personnelle du patient**

Il est nécessaire de retenir que l’impact des abus sexuels diffère en fonction des personnalités et des histoires personnelles (62). Les médecins ont pris du temps lors des entretiens pour raconter la situation des patients et la complexité dans laquelle ils se trouvent :

- Les femmes victimes de viol conjugal craignent de ne pas pouvoir s’en sortir économiquement, parce qu’elles ont été des femmes au foyer et que c’est leur mari qui ramène l’argent à la

maison : “Je n’ai pas travaillé depuis 15 ans, qu’est-ce que je vais trouver comme travail ? On me propose que femme de ménage.” (rapporté par le médecin n°2)

- Au-delà de ça, elles cherchent à protéger leurs enfants. En plus d’être corroboré par la littérature (63), cela est rapporté par les médecins n°1 et n°2. Les femmes ne souhaitent pas que leur descendance grandisse avec de graves difficultés financières et de mauvaises conditions de logement ou d’études : “je vais me retrouver dans un 3 pièces avec mes enfants, dans une petite chambre avec des lits superposés, alors que j’ai une magnifique maison” (rapporté par le médecin n°2). La victime préfère donc se taire plutôt que de devoir gérer les conséquences de révélations qui rompent un silence qu’elle juge confortable (62).
- On distingue également des stratégies personnelles, comme cette femme mise en avant par le médecin n°1, qui a conscience du danger mais qui cherche à s’assurer une sécurité financière avant de partir définitivement.
- Dans les territoires ruraux, les informations circulent rapidement et il existe une forte préoccupation du “qu’en dira-t-on”. Une dame qui subissait violemment des viols conjugaux a été victime d’hémiplégie et a été hospitalisée. Quand le médecin n°2 lui a demandé si elle souhaitait rentrer à la maison, elle lui a répondu : “je suis mariée pour le meilleur et pour le pire.”.
- D’autres femmes pensent pouvoir “sauver leur époux” (médecin n°1). Le médecin n°3 met également cela en avant et parle d’un syndrome d’influence : “j’ai l’impression qu’il y a de la sincérité quand elles me disent qu’elles sont toujours amoureuses du mec qui la bat ou qui la viole”. L’attachement émotionnel de ces patientes a l’air sincère, et signale donc l’installation d’une forme d’ambivalence entre le danger et l’espoir de changements du côté du mari. Le risque est que cet espoir s’installe dans la durée, et soit en réalité vain : le médecin le remarque lorsque le patient revient de consultation en consultation.

### 3.2.1.2 : “Être un accompagnant et un maillon”

Ces mots sont tirés du médecin n°1. Elle n’aime pas le terme de “prise en charge”, car elle ne possède qu’une boîte à outils, et le patient reste confronté à cette problématique en rentrant chez lui, s’il n’y a aucune action de sa propre volonté.

Les trois médecins interrogés rejettent la conception de médecin “super-héros”, qui est tantôt qualifié de “Superman”, tantôt qualifié de “Zorro”. Selon le médecin n°3, qui en a beaucoup parlé avec d’autres collègues, il s’agirait d’une forme de volonté primaire et humaine de porter coûte que coûte assistance à l’autre, entretenue par le système de santé et par la profession qu’ils exercent, qui

consiste justement à aider son prochain quand sa santé est défaillante. Ce sentiment serait d'ailleurs entretenu par les recommandations et nouvelles réglementations, qui inciteraient à adopter cette posture. Même s'ils évoluent dans un "environnement juridique, social, des lois" et que "la médecine doit forcément se préoccuper d'autres rapports" (médecin n°3), les médecins généralistes doivent faire preuve d'une certaine humilité, car ils ne restent "qu'un maillon" de l'ensemble des acteurs impliqués.

En revanche, selon les participants, le médecin doit assurer au patient "un espace de discussion, des clairières de calme et de réconfort" (médecin n°3) et a un rôle majeur d'écoute, d'accompagnement et de conseil. Par exemple, les trois médecins interrogés conseillent à leurs patients de cacher une copie des documents médicaux, au-cas-où ils souhaiteraient tenter une action ultérieurement. Certains gardent une copie dans leurs archives professionnelles durant plusieurs années.

Leur rôle est aussi de rester empathique. Pour rappel, l'empathie est la capacité de s'identifier à autrui, de percevoir ce qu'il ressent, sans pour autant ressentir les mêmes choses que lui. Le médecin n°2 dit : "je pense que c'est des gens qui ont besoin qu'on fasse attention à eux, fondamentalement, c'est surtout ça, et cela passe par du cas par cas". Aussi, les pratiques protocolaires ou mécaniques sont proscrites, car "chaque situation est différente" (médecin n°3).

Cependant, il faut rester vigilant, car rompre avec l'empathie au profit de la sympathie peut causer des dérives individuelles pour les professionnels de santé : le médecin n°1 fait état d'une infirmière libérale qui avait voulu faire cesser des situations de violences conjugales (dont des viols conjugaux), et qui s'est retrouvée en burn-out. Ils doivent ainsi "cadrer", pour certes protéger leur patient, mais aussi pour se préserver eux-mêmes : "Je m'efforce d'accompagner les gens. Mais pour autant, quand je finis ma journée, je rentre chez moi." (médecin n°1)

Le but du médecin est également que le patient prenne conscience de la situation qu'il traverse, et qu'il décide lui-même des choix à adopter : "c'est ce que fait un psychiatre qui va faire parler le patient, pour qu'il prenne conscience et qu'il trouve quelles solutions apporter" rapporte le médecin n°1. Ce dernier pense également qu'un patient risque de redevenir une victime, si ce n'est pas lui qui développe les armes et s'il n'est pas persuadé que ce qu'il subit est anormal. Ainsi, le médecin n°2 pose une question claire à ses patients : "à votre avis, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que ça s'arrête ?". Le médecin généraliste est donc dans une optique d'autonomisation (64), ou d'*empowerment*, où le patient acquiert les outils qui lui permettent de conscientiser la situation qu'il traverse et se transformer dans une perspective d'amélioration de

ses conditions de vie, à son rythme et sans brûler d'étapes : "inciter une personne à parler sans respecter son intimité et sa temporalité peut forcer sa pudeur et faire violence au silence"

Avant la loi n°2020-936, aucun des médecins interrogés n'a procédé à un signalement judiciaire au Procureur de la République avec le consentement de la victime, comme cela était permis dans les limites de l'article 226-14 du Code Pénal.

Sur le fait de sensibiliser le patient à la présumée nature de l'acte et aux suites judiciaires, le médecin homme et les médecins femmes ne sont pas d'accord. Le médecin n°3 est assez réservé sur le fait de mettre le nom "viol" sur des faits rapportés par un patient ou sur une constatation clinique. Même s'il note que ces patients sont ancrés dans une situation qui leur semble normale et que la verbalisation du fait présumé pourrait être un déclencheur, il rappelle néanmoins que c'est la personne qui doit pouvoir caractériser ce qu'il s'est passé : "c'est important pour moi que ce soit elle qui mette le mot, et peut-être que d'ailleurs ce mot ne sera pas celui que j'ai dans la tête"

Au contraire, les médecins n°1 et 2 n'hésitent pas à "remettre des mots sur des maux". Le médecin n°1 dit à ses patients : "Cela s'appelle un viol. C'est peut-être un peu brutal ce que je vous dis, mais je pense que c'est important de mettre des mots. La loi, même quand c'est au niveau conjugal, sanctionne ça, donc vous êtes une victime". Le médecin n°2 est encore plus clair : "On doit dire que ce que le patient subit est passible de sanctions. On doit le dire et savoir le redire, car des fois, elles baissent la garde (...)".

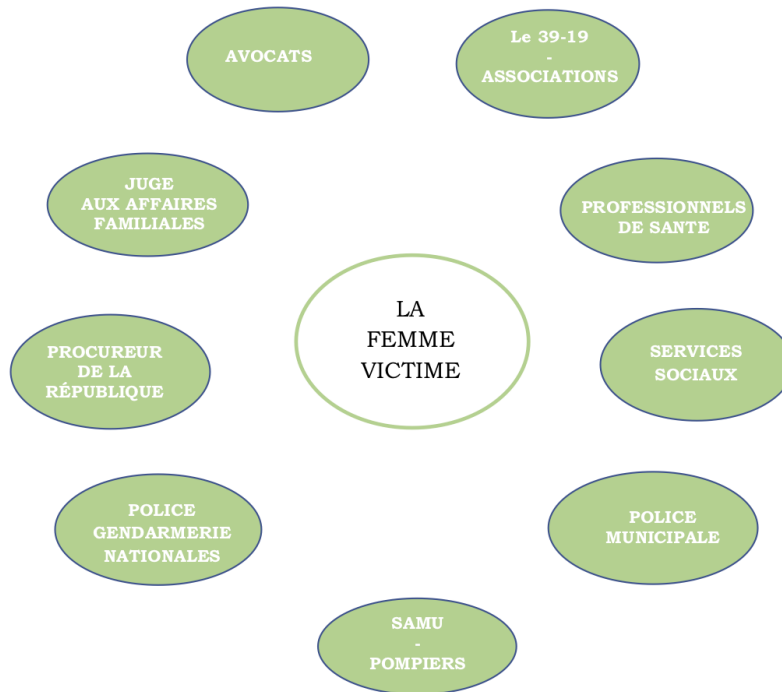
### **3.2.2 : Le médecin généraliste dans un réseau de professionnels**

La HAS préconise dans sa recommandation de bonne pratique la constitution d'un réseau sanitaire pluridisciplinaire (58), constitué

- d'autres professionnels de santé : des hospitaliers référents, des praticiens en unité médico-judiciaire, des sages-femmes, des psychiatres et psychologues....,
- de personnalités non soignantes : les acteurs du système judiciaire (avec un officier de police judiciaire référent violences, le Juge aux Affaires Familiales), du monde associatif...

Cette dimension est appuyée par le Gouvernement, qui publie la figure suivante sur son site de sensibilisation "Arrêtons les Violences". Cette figure prête néanmoins à débat et sera soumise à discussion ultérieurement.

**Figure 3** : Schéma du dispositif partenarial de repérage, d'accompagnement et de prise en charge des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles



Source : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel> (consulté le 30/05/2021)

Pour les médecins recrutés, cette notion de réseau revient fréquemment. Le médecin n°1, au début de son exercice, s'était retrouvée en difficulté face à une patiente violée, car elle estimait ne pas avoir à l'époque les "outils" et le réseau pour orienter cette personne. Elle a notamment le souvenir d'un médecin légiste qui ne se préoccupait pas de l'état de la patiente, mais plus de ses plaintes. A l'issue de ce cas, elle a justement décidé de construire des relations :

- Elle cite plusieurs fois durant l'entretien le CIDFF, qui lui adresse des patients qui ont des difficultés d'ordre gynécologique, et à qui elle en adresse d'autres qu'elle découvre en consultation.

#### ***FOCUS SUR LES CIDFF***

En France, on dénombre 106 CIDFF répartis sur l'ensemble du territoire et adhérents à la Fédération Nationale des CIDFF. Ils s'inscrivent dans la politique publique de lutte contre les violences faites

aux femmes. En 2018, ils ont accueilli et informé 71156 femmes victimes de violences sexistes, dont 51667 avec une demande concernant des violences au sein du couple. Ils proposent une information juridique aux femmes victimes de VSS, 28 ont développé des services spécialisés. La moitié de l'aide apportée est d'ordre juridique, avec une information sur les droits des victimes et les démarches judiciaires qu'elles peuvent débiter. Le reste des services apportés sont des accompagnements personnalisés (comme des entretiens individuels) ou de l'aide administrative (pour trouver un emploi ou un hébergement d'urgence) (65).

- Elle travaille avec plusieurs associations locales, dont certaines montées par ses patients.
- Elle connaît des psychologues et des médecins légistes de confiance, vers qui elle n'hésite pas à orienter ses patients. Elle propose un accompagnement juridique, notamment via l'AVIJ.

Pour elle, le réseau est fondamental : "Un médecin généraliste, je pense que c'est quelqu'un qui doit avoir des réseaux (...) parce que la confiance que nous accorde le patient, il va l'accorder aussi aux gens avec qui on a créé le réseau". Le médecin n°3 n'a pas de réseau développé en tant que jeune médecin et ne peut donc pas orienter vers des professionnels qu'il connaît. Face à des viols conjugaux, il donne donc aux patients le numéro 3919, en expliquant que ce sont "des gens bénévoles qui s'y connaissent et qui peuvent offrir un espace de discussion, qui donnent des ressources (...), qui peuvent orienter vers des associations potentielles". Ils peuvent aussi prévoir "un accompagnement psychique ou des adressages vers des psychologues spécifiques"

#### **FOCUS SUR LE 3919**

Le 3919 Violences Femmes Info est un numéro d'écoute national gratuit et anonyme destiné aux femmes victimes de violences. Sa gestion est assurée par la Fédération Nationale Solidarité Femmes, avec l'appui du Gouvernement. Ce numéro assure un premier accueil et permet l'information sur des démarches ou l'orientation vers des associations locales d'aide aux victimes. Entre 1992 et 2014, il était dédié spécifiquement à l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales, avant d'être élargi aux autres types d'atteintes. Le 116 006 est son équivalent international. Il ne se substitue cependant pas aux numéros d'urgence, que sont le 15 (SAMU), le 17 (Police), le 18 (Pompiers) et le 112 (Numéro d'urgence européen). (66)

Le médecin n°2, qui à l'inverse possède une certaine ancienneté dans sa profession, est beaucoup plus réticente et prudente sur l'adressage de patients à d'autres professionnels :

- La psychologie et la psychiatrie sont particulièrement mal vues dans les territoires ruraux, où il y aurait à la fois une « acceptation de la folie », et à la fois une méfiance par rapport à ces métiers : “Si vous l’envoyez chez le psychiatre, elle aura une triple peine (*en plus du viol et du fait de souffrir psychologiquement*). Parce que dans sa famille, on va vraiment dire qu’elle est folle”. Elle témoigne d’une évolution des consciences depuis les trente dernières années, mais qui ne suffit toujours pas à changer pleinement ces visions. Néanmoins, elle fait du cas par cas, tâtonne du terrain et regarde si la personne est assez ouverte à cela. Un travail de fond sur l’attractivité de la psychiatrie est donc à engager afin de permettre au grand public d’appréhender les questions liées à la santé mentale et psychologique de manière saine et dénuée de clichés.

#### **POURQUOI LES STRUCTURES D’ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE SONT CONSEILLÉES PAR LES AUTORITÉS OFFICIELLES ?**

En complément du sentiment d’emprise retrouvé dans les violences conjugales et détaillé ci-après, les agressions sexuelles peuvent affecter le développement psychosexuel de la victime, ce qui entrave son avenir relationnel, émotionnel et sexuel. Cela s’explique d’un point de vue biologique pendant l’abus, où le stress intense entraîne une surproduction de cortisol par stimulation de l’axe hypothalamo-hypophysaire, et une suractivation du système limbique et des amygdales (62). Dans le cas spécifique des viols conjugaux, on parle a posteriori de l’acte “d’État de Stress Post-Traumatique Complexe”, avec parfois les signes suivants : reviviscences anxieuses, cauchemars de répétition, état d’alerte, hypervigilance, réaction d’évitement, émoussement de la réactivité générale... (67) Cet état est ainsi retrouvé chez 65% des hommes et 45,9% des femmes victimes de viol (68). La prise en charge psychologique permet ainsi de soutenir la personne, d’assurer un suivi afin que les signes cités ci-dessus s’atténuent et de limiter le risque d’autolyse (63).

- Elle a eu des mauvaises expériences avec les unités médico-judiciaires durant son parcours : elle a reçu un jour une jeune fille qui lui a avoué se faire violer par son père. Elle l’oriente vers une UMJ, qui la renvoie chez elle le lendemain, alors qu’elle avait tenté de se suicider. Peu de temps après, elle mit fin à ses jours, et son frère confirma qu’elle se faisait abuser. “Une unité où vous envoyez quelqu’un mais il faut montrer patte blanche (...)”. De plus, elle questionne

la pertinence de l'examen, étant donné que la plupart de ces viols conjugaux ne laissent que peu de traces physiques : "De toute manière, la plus grave des lésions, c'est dans la tête."

### **COMMENT SONT ORGANISÉES LES UNITÉS MÉDICO-JUDICIAIRES ?**

Les examens de violences sexuelles en UMJ peuvent être réalisés sur réquisition d'un officier de police judiciaire après dépôt de plainte de la victime, ou sans réquisition. Le rôle du médecin légiste est notamment d'accueillir la victime, de décrire d'éventuelles lésions traumatiques et de procéder à des examens ou prélèvements biologiques nécessaires. L'ensemble de ces constatations font l'objet d'un certificat médical. Des recommandations spécifiques sont éditées afin que le praticien puisse correctement accompagner la victime (69). Au-delà des médecins légistes, elles peuvent également disposer de psychologues afin de constater les blessures psychiques et assurer un suivi. Des groupes de parole peuvent également être organisés pour permettre aux victimes d'échanger entre elles (70).

- En revanche, elle donne des contacts de structures associatives et d'accompagnement. Cependant, des retours qu'elle a et selon ses dires, aucun des patients n'appelle, pour toutes les raisons listées au 3.2.1.1.

De ces réponses ressortent ainsi la nécessité de bien connaître les professionnels du réseau, de s'assurer que le relai qu'ils prennent se passe correctement, et que les patients soient correctement aiguillés et conseillés.

## **3.3 : Le médecin généraliste face à la nouvelle législation**

### **3.3.1 : Connaissance de la loi n°2020-936**

En termes d'information, la loi a fait l'objet d'une mise à jour des recommandations de la HAS en décembre 2020 (58), pour l'ensemble des professionnels de santé. Le public visé est cependant celui qualifié de "premier secours", le médecin généraliste apparaissant en première position dans cette liste (58). Le Ministère de la Justice publie également fin 2020 un vade-mecum spécifique à l'application de cette réforme de l'article 226-14 du Code Pénal, afin de pouvoir préciser les conséquences du signalement sur le versant judiciaire, et les circonstances où cette disposition s'applique (71).



La connaissance de cette loi est particulièrement disparate. Là où le médecin n°1 dit avoir reçu l'information d'une façon ou d'une autre, le médecin n°3 pense que l'information est "passée à la trappe" au sein d'un bulletin de veille juridique perdu dans une pile de mails (Il faut souligner que la loi a été promulguée au milieu de l'été, pendant des périodes de vacances et d'inactivité où les professionnels ne lisent pas leurs mails). Il a malgré tout pris connaissance du texte de loi avant l'étude, mais l'avait lu de manière transversale, percevant cela comme une obligation de signalement incombant au professionnel de santé. Quant au médecin n°2, elle n'avait tout bonnement pas connaissance de la loi et l'a découverte dans le cadre de la présente étude.

### 3.3.2 : Comprendre les termes "Emprise" et "Contrainte morale"

#### 3.3.2.1 : Emprise

De manière théorique, l'emprise est définie par le CNRTL comme l'ascendant intellectuel ou moral exercé par quelqu'un ou quelque chose sur un individu. Elle se caractérise par une forme de domination qui peut aller jusqu'à l'asservissement.

Les médecins interrogés ont été invités à livrer leur définition de l'emprise, avec leurs propres mots.

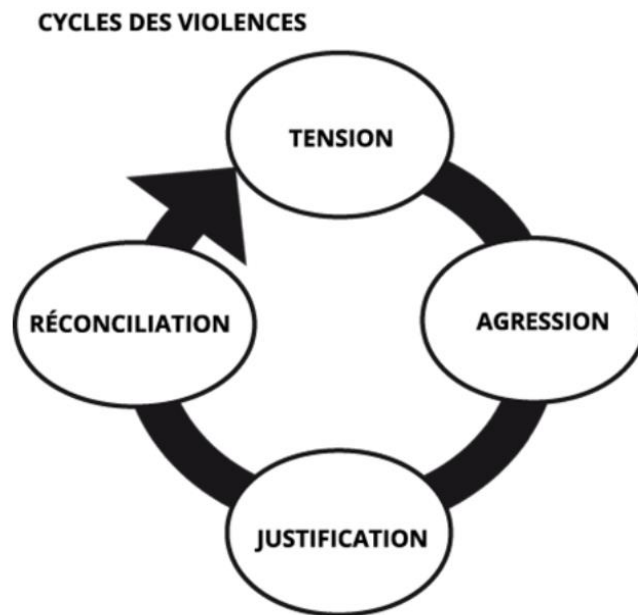
	<i>Définitions de l'emprise, rapportées lors des entretiens</i>
<b>Médecin n°1</b>	"L'emprise, c'est se laisser dominer par quelqu'un (...). Son cerveau, il a été un peu formaté par l'environnement. Elle va avoir l'impression de faire des choix (...)"
<b>Médecin n°2</b>	"C'est quand la personne, quoi qu'il arrive, elle ne veut rien changer. Dans ces cas-là, vous pouvez faire tout ce que vous voulez, vous pouvez même aller le dire au Procureur de la République, rien ne se fera parce ce qu'elle est sous emprise, que ceci, parce que cela. Jusqu'au trognon. Même si jamais elle meurt avant. (...)"
<b>Médecin n°3</b>	"C'est ce que j'ai appelé de manière un peu vulgaire et pas très construite le syndrome de Stockholm tout à l'heure, qui à mon avis est bien à côté de la plaque, mais qui à mon avis fait l'analogie avec quelque chose qu'on connaît médiatiquement (...). Elles se mettent dans la problématique de "ça vient de moi", elles se mettent à légitimer, elles font vraiment l'avocat de la défense, devant nous, en consultation. (...) Il y a une dévalorisation d'elles-mêmes, une justification

	du comportement de l'autre." (...) C'est très intuitif en fait (...) emprise, je comprends émotionnellement"
--	--

Pour comprendre l'installation de cette emprise, il convient de traiter du cycle des violences au sein du couple : une tension prend de l'ampleur, et finit par exploser sous la forme d'une agression, justifiée par une culpabilisation de la victime. La dernière phase de la réconciliation se solde généralement par la promesse que l'agression ne se reproduira pas. Au fur et à mesure, ce cercle devient vicieux et de plus en plus dangereux pour les victimes, qui sont soumises à un risque de plus en plus important, et à une emprise qui s'installe petit à petit, caractérisée notamment par les sentiments de culpabilité et de honte :

- La culpabilité est "un état affectif consécutif à un acte que le sujet tient pour répréhensible, la raison invoquée pouvant d'ailleurs être plus ou moins adéquate (...) ou encore un sentiment diffus d'indignité personnelle sans relation avec un acte précis dont le sujet s'accuserait" (72). Elle est présente lors des phases de réconciliation, où le conjoint exerce des violences psychologiques de manière répétée. Elle revient lorsque l'individu se rend compte de l'emprise dans laquelle elle se trouvait, particulièrement quand il faut rassembler des preuves dans le cadre de poursuites judiciaires, et qu'il est trop tard pour établir des lésions génitales ou physiques (63).
- La honte est un sentiment d'abaissement, d'humiliation qui résulte d'une atteinte à l'honneur, à la dignité. La personne abusée sexuellement se voit comme souillée. Ce sentiment est peu verbalisé, car constitue une forme de désintégration psychique. La honte est qualifiée de mélange de peur du rejet et de colère envers l'agresseur, qui n'est pas exprimée. La colère est l'outil nécessaire pour sortir de la honte, car elle correspond au moment où la victime parvient à exprimer son indignation. Pour cela, le regard qu'elle porte sur elle-même et sur son agresseur doit évoluer (62).

**Figure 4** : Cycle des violences



Source : <https://de clic violence.fr/p/la-mecanique-des-violences-conjugales> (consulté le 30/05/2021)

### 3.3.2.2 : Contrainte Morale

Le verbe “contraindre” signifie “obliger, forcer quelqu’un à agir contre sa volonté” alors que le terme “moral” fait référence à l’état de l’esprit, aux phénomènes de la vie psychique (73) (74). Contraindre moralement évoque donc une force exercée sur le psychisme de l’individu, l’empêchant par conséquent de répliquer ou d’avoir pleinement conscience des actes qu’il effectue ou subit.

D’un point de vue juridique, la contrainte morale est définie par l’article 122-2 du Code Pénal (75) : “N’est pénalement responsable la personne qui a agi sous l’empire d’une force ou d’une contrainte à laquelle elle n’a pas pu résister.” A nouveau, les médecins ont été invités à s’exprimer librement sur ces termes.

	<i>Définitions de la contrainte morale, rapportées lors des entretiens</i>
<b><u>Médecin n°1</u></b>	“Contrainte, c’est ne pas avoir le choix, donc c’est une moralité progressivement sur laquelle on n’a plus le choix. Or, le choix, c’est la vie (...). La contrainte, je vois ça dans une boîte et qui ne peut pas faire autrement.”
<b><u>Médecin n°2</u></b>	“Mes enfants sont là et je dois m’occuper de mes enfants. Si je m’en vais, mes enfants auront une drôle de vie, alors là ils peuvent encore avoir une belle vie.”
<b><u>Médecin n°3</u></b>	“Wow contrainte morale euuuuh (4 secondes de silence). ben j’ai du mal. J’ai du mal à expliquer ce mot là (...). J’arrive pas à comprendre l’association entre ces deux mots (...). J’ai du mal à comprendre ce que vient foutre la morale dedans (...). Il n’est pas en train de la contraindre en mobilisant la morale dans ses actions, en disant ça c’est bien et ça c’est mal. Mais en l’occurrence, ce n’est pas ce qui est en train de se passer, vu que c’est lui qui est en train d’exercer une action qui serait jugée socialement comme immorale (...). Contrainte morale, ni sur le versant affectif, ni sur le versant intellectuel, j’arrive à la comprendre.”

Les réponses des médecins n°2 et n°3 raisonnent avec l’étymologie du terme “morale” (74). Ce dernier provient du latin “moralis” et désigne ce qui a trait aux mœurs, au caractère, aux attitudes humaines en général, en particulier aux règles de conduite et à leur justification. Dans le premier cas, on peut penser que la personne est contrainte moralement parce que si elle ne se soumet pas, elle risque de créer une situation difficile pour ses enfants, ce qui d’un point de vue moral est difficile à cautionner. Le second rencontre des difficultés à allier les deux termes, car en l’occurrence, c’est l’action du violant qui est “immorale” et c’est lui qui devrait subir le jugement de la société. Cela rejoint les effets de culpabilisation et de honte résultant de l’emprise, qui incitent la victime à s’enfermer dans le silence, dans une forme de souffrance où le viol reste toujours présent (62).

### **3.3.3 : Reconnaître l’emprise et la contrainte morale**

La capacité à reconnaître ces situations, et donc à faire appliquer la loi n°2020-936, est très variable d’un médecin à un autre.

Le premier médecin est assez déconcerté à ce sujet, sa réponse étant coupée par plusieurs silences. Elle souligne la difficulté, l’impossibilité de se mettre à la place d’un patient victime : “mon

cerveau ne réagit pas comme un cerveau de femme victime”. Ce ne sont pas des choses qu’elle arrive à repérer instinctivement, mais qui demandent plusieurs consultations. En fin de compte, elle ne veut pas vraiment chercher à comprendre la distinction entre les deux : “je m’en tape de savoir distinguer l’un ou l’autre. Il faut surtout que la patiente prenne conscience de sa situation, c’est ça mon travail !”

Le second pense être “à peu près capable” d’identifier ces situations. Elle revient à la charge quand elle a des doutes sur l’état de certains patients. “Je sais quand sa défense est un peu moins forte, mais c’est difficile”.

### **3.3.4 : Le médecin, juge et accompagnant ?**

Pour rappel, cette loi est applicable uniquement s’il y a danger immédiat. Le Ministère de la Justice s’est fondé sur la jurisprudence pour déterminer les “faisceaux d’indices concordants à cette situation”, qui figurent en annexe n°4 (71). Parmi ces derniers, 4 portent directement sur l’état du patient qui se rend en consultation, les 9 autres s’intéressant au partenaire ou à la vie conjugale.

Les professionnels ont tous de fortes réticences à appliquer la loi : le premier médecin annonce d’emblée qu’elle ne fera pas de signalement. Le second, en fin de carrière, atteste que sa pratique personnelle ne changera pas, tout comme la relation avec ses patients.

Le dernier pense qu’elle est difficile à appliquer d’un point de vue pratique, car il faudrait pour cela repérer les situations à risques, où il y a un “danger immédiat”. Dans les situations de suicide ou de dépressions, le médecin constate la situation qui est face à lui en consultation, et s’il pense que son patient n’est pas en état de repartir de son cabinet, il appelle une ambulance et l’hospitalise sous contrainte. Or, dans le cas des viols conjugaux en situation d’emprise, le patient aura automatiquement tendance à réduire la gravité de la situation, ce qui biaise énormément le bien-fondé du jugement du médecin.

Tous les médecins interrogés se prononcent contre un élargissement de cette disposition à d’autres populations, notamment aux victimes de violences sexuelles hors du cadre conjugal.

La confiance semble fondatrice de leur relation avec le patient, et pour la garantir, ils appliquent des principes éthiques fondamentaux, que sont le secret médical et le respect du consentement pour les actes portant sur sa personne. La confiance signifie qu’un individu peut se fier à sa bienveillance et à sa bonne foi, et lui remettre des éléments précieux, afin de bâtir avec autrui un projet commun (ici une relation de soins). C’est un rapport qui n’est cependant ni absolu, ni aveugle (76). « La victime

garde le choix de ce qu'elle veut dire, (...) dans le cadre d'un contrat qui prend sens pour elle, qui lui assure la sécurité. C'est comme cela qu'elle arrivera à parler, à dénoncer, à dire ce qu'elle a subi. » (62)

Or, pour les médecins, cette loi risque d'attenter à la relation de confiance qu'ils entretiennent. Ils alertent sur le risque d'avoir une double casquette de soin et de gendarme. Le médecin n°1 cite la médecine du travail : "quand on demande à un médecin du travail de faire un constat d'alcoolisme, ce n'est pas son rôle. Moi je suis là pour accompagner, et des gens sanctionnent derrière. On ne peut pas avoir les deux rôles, ça me paraît inconcevable, ou forcément je vais perdre la relation de confiance". "Il n'y aura plus de confiance" plussoie le médecin n°2. Quant au médecin n°3, il évoque un potentiel scénario : "Si j'ai pris ce risque de trahir sa confiance, que ma rationalité n'est pas en congruence avec la sienne car elle est sous emprise (...), et qu'au final l'État ne peut plus la loger, bah elle est toujours sous emprise, elle va revivre avec son mari qui est toujours dangereux, voire encore plus vénère car elle s'est barrée". Aussi, il appuie sa réponse sur le fait de permettre au patient de conscientiser ce qu'il vit et l'inciter à faire ses propres choix : "je maintiens la confiance, c'est là que je peux essayer de déconstruire ce mécanisme (...), avancer vers une porte de sortie, vers la verbalisation et la capacité à mettre le mot "viol", même si ça prend 15 consultations".

Le risque serait la perte du consentement, associée à un nouveau viol selon le médecin n°2 car ce crime se base justement sur l'absence de consentement. Elle l'associe également à une forme d'infantilisation, le processus de signalement étant le même que celui pour les enfants victimes de violences. Enfin, elle souligne une certaine culpabilisation : "le patient n'est plus capable de, donc elle est coupable et on doit agir à sa place. C'est nier la victime"

De plus, ils jugent la disposition dangereuse à plusieurs niveaux :

- Dangereux pour le praticien. Les médecins interrogés estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires pour appliquer cette loi, qui demande des constatations qui relèveraient du domaine médico-légal. Le médecin n°1 dit de manière désabusée : "Je ne suis pas juge (...), moi j'ai pas fait droit quoi. Y a un moment faut arrêter (...) Chacun son boulot (...) j'aurais fait médecine légale hein !". Un médecin généraliste, "humain comme les autres", n'est également pas à l'abri d'être face à une personne qui délire. Or, le médecin n°2 remarque qu'une personne dans une réelle situation de délire est tellement persuasive qu'elle pourrait pousser le médecin à effectuer de faux signalements. Le praticien n°3 tente d'expliquer cela par la proximité entre un médecin généraliste et son patient, qui fait qu'il se ferait piéger par les mêmes mécanismes psychiques. De plus, ils évoquent un péril pour les jeunes professionnels, car ils se retrouveraient "avec de fortes responsabilités", devant "porter de plus en plus le chapeau du gendarme" (médecin n°2). Or, ce "risque de surmédicalisation de la société" évoqué par le médecin n°3 risque d'altérer la relation de confiance. A terme, les conséquences

personnelles pourraient être visibles : “je suis pas étonné que les jeunes médecins finissent en burn-out en peu de temps hein, on leur demande tout, sans parler de l’administratif, de ceci, de cela...” (médecin n°1).

- Dangereux pour le patient, car on risquerait de créer des “nomades médicaux”. Les médecins n°1 et 2 formulent que la relation médecin-patient risque d’être beaucoup plus difficile à construire, les patients craignant de faire l’objet d’un signalement judiciaire sans leur approbation. Pour le médecin n°3, il y a donc un risque de perdre le contact médical, qu’il annonçait comme fondamental pour faire en sorte que le patient chemine personnellement vers cette “porte de sortie” qui lui permettra de prendre les décisions qu’il estimera bonne pour lui, en dehors de toute emprise. Ainsi, la proximité avec le médecin généraliste risquerait d’être atteinte, et les patients pourraient être amenés à changer régulièrement de médecin traitant, ce qui au-delà du viol conjugal, risque d’entraîner une mauvaise observance et un mauvais suivi des pathologies

## 4 - DISCUSSION

---

### 4.1 : Prévenir les violences en accompagnant leurs auteurs

Il s'agit d'un axe mis en avant par le médecin n°1, et sur lequel le médecin n°3 se questionne également, car ils s'estiment en incapacité d'évaluer pleinement la gravité de la situation sans rencontrer l'auteur de cette dernière : « j'évalue l'autre dans son individualité, mais en médecine, surtout en médecine générale, on chemine avec l'autre, avec ce qu'il nous apporte, mais ce qu'il m'apporte est atténué ».

Le but d'un professionnel de santé est d'apporter un traitement symptomatique d'une pathologie, mais également un traitement de fond, afin que les syndromes liés à la maladie disparaissent définitivement. Or, ici, la pathologie est causée par un autre individu, par un tiers que le médecin ne fréquente pas. Il n'a donc aucune visibilité sur les actes qui sont commis, leur véracité, leur intensité, mais donc aussi sur le caractère immédiat du danger, pourtant nécessaire à l'application de la loi. Aussi, le traitement de la cause passe impérativement par une action sur l'auteur des violences.

#### 4.1.1 : Profil psychologique des personnes violentes

Il est difficile de tirer des généralités sur les processus rendant les individus violents, tant chaque situation est particulière. Des études ont néanmoins tenté de faire état des mécanismes psychologiques chez l'homme et chez la femme.

Chez les hommes, il est rapporté que nombre d'hommes violents auraient souffert de maltraitance durant leur enfance, notamment à travers de coups ou d'actes sexuels. Ces actes constituant des traumatismes, ils ne seraient donc plus en capacité de pouvoir contrôler leurs émotions face à des situations de fortes tensions. D'autres comportements seraient transmis de génération en génération de par leur valorisation sociale, au sein d'une société ou au sein d'une famille (77). D'autres ressentent un sentiment d'impuissance intérieure face à un idéal masculin de force et de personne imposante. Ainsi, une femme qui réussit trop bien peut susciter un sentiment de perte de pouvoir, la violence peut débuter (78).

Au sujet des femmes, le fait qu'elles soient coupables de violences est souvent occulté, en raison de l'histoire de la condition des femmes qui rend difficile de concevoir qu'une femme puisse être soit victime, soit coupable de violences conjugales. Lors des deuxième et troisième vagues



féministes, cette question est restée tabou, considérée comme une nouvelle stigmatisation des femmes (79). De même que pour les hommes, les femmes peuvent avoir été exposées à des violences sexuelles ou physiques durant leur enfance. Différents rapports peuvent s'installer comme des relations d'emprise ou des situations de mise au défi personnelle ou de l'autre, où la victime est apparentée à un objet "persécutoire". Le rapport peut prendre une dimension malsaine ou perverse, où la femme alterne des phases "possessives/dépossessives" (80).

#### **4.1.2 : Prévention primaire : Avant les violences**

"La violence, certes est une affaire d'hommes, mais c'est une question d'éducation, pas de complexe d'Œdipe, ni de testostérone" rapporte le psychiatre Dr. Gérard LOPEZ (81). Même si comme indiqué précédemment les viols conjugaux ne sont pas qu'un rapport entre une femme victime et un homme violeur, l'éducation reste un axe important à développer pour anticiper ces situations. Les faits de viols conjugaux ne sont reconnus comme des viols que depuis récemment, et il est donc nécessaire de faire évoluer, dès le plus jeune âge, les mentalités sur les rapports entretenus au sein d'un couple. Le Ministère de l'Éducation Nationale a entrepris dans sa campagne d'éducation à la sexualité, une sensibilisation à l'égalité entre les femmes et les hommes, aux violences et au consentement. L'association "En avant toute(s)" intervient dans les collèges de Seine-Saint-Denis pour discuter de ces sujets auprès des jeunes. Les deux animatrices séparent les filles et les garçons, qui réfléchissent séparément avant de faire une mise en commun des idées. Les garçons voient les filles comme des personnes qui mentent ou qui trompent. Les filles réfutent le fait d'assurer seules les tâches ménagères et rejettent l'image des femmes renvoyée par la télé-réalité. Ces séances sont véritablement des espaces d'échange où tous les sujets peuvent être abordés, y compris la pornographie et sa signification (82).

Il est également important, que ce soit à l'école ou au cabinet médical, de repérer les enfants confrontés à des violences au sein de leur environnement familial. Les profils psychologiques ont pour point commun une perte de repères en termes de tensions, et une intervention préalable pourrait aider ces jeunes à retrouver des instruments de résistance à la pression.

#### **4.1.3 : Prévention secondaire : pendant la période de violences**

La Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge de Violences conjugales et familiales (FNACAV) a développé (83), pendant le premier confinement dû à l'épidémie

de Covid-19, une ligne d'écoute : "Ne frappez pas" (08 019 019 11) (84). Ce dispositif aurait permis d'éviter des cas de violences ou de récidives, par des stratégies d'isolement dans des hébergements d'urgence, mais il se base sur un acte volontaire de la personne qui commet les faits. Le parallèle peut être fait avec la notion d'autonomisation évoquée précédemment, et la nécessité de donner à la personne les clés pour se rendre compte de sa situation. Le médecin généraliste qui suit ces personnes a donc un rôle à jouer en la matière. Celui qui suit les victimes en a un également, mais doit agir en veillant à ne pas rompre le secret médical qui rend la confession secrète.

#### **4.1.4 : Prévention tertiaire : après les violences**

En octobre 2020, dans la suite du Grenelle, le Gouvernement acte le déploiement de centres de prise en charge des auteurs de violences conjugales (85). Ces derniers font état d'un accompagnement médical, psychiatrique et socioprofessionnel afin d'extraire les violents de leur environnement. Deux appels à projets sont lancés pour le déploiement de ces centres, en juillet 2020 et avril 2021. Dans les Hauts-de-France, la ville d'Arras développe un tel centre depuis 2008 : le Home des Rosati (86). Développé en collaboration avec les associations d'aide aux victimes, la Communauté Urbaine et le Parquet, huit hommes peuvent être hébergés. Des entretiens individuels sont organisés, comme des stages de responsabilisation. Plus de 850 hommes ont été admis au sein de ce centre jusqu'en 2020, le taux de récidive a ainsi chuté à 13,18%, contre 40% sans ce dispositif (87).

## **4.2 : Utiliser avec précaution cette nouvelle disposition**

Quelques lignes directrices importantes ressortent des discussions avec les praticiens

- L'importance des signes d'alerte : ils peuvent être de très bons points d'appui pour repérer les situations à risque, caractérisées par des comportements inhabituels en consultation, par une forte présence du conjoint durant l'échange. Face à ces derniers, il apparaît comme nécessaire d'interroger le patient sur son environnement et s'il a traversé des périodes de violence.
- Le dépistage systématique constitue un choix individuel de chaque praticien, en fonction de sa patientèle et de son approche clinique. D'autres moyens existent pour faire comprendre que le cabinet médical est un espace de discussion, comme le fait d'accrocher des affiches incitant à la lutte contre les violences conjugales et/ou sexuelles dans une salle d'attente.
- Le travail en réseau, sur une problématique liant à la fois des aspects juridiques, sociaux ou psychologiques, est à privilégier. Sa constitution est progressive, et le professionnel doit systématiquement avoir des retours de ses patients, afin de l'affiner pour assurer une bonne

orientation des victimes. Aussi, la communication entre les membres du réseau est capitale, mais n'apparaît pas sur la figure n°3, où aucun lien entre les 10 bulles n'est matérialisé, et où la « femme victime » est mise au centre, alors que nous avons démontré que ce phénomène ne concernait pas qu'elle. Comme chaque situation est unique, la réponse doit être coordonnée et réfléchie en collégialité, afin que le patient puisse s'en sortir. Pour cela, on pourrait penser à l'organisation de réunions globales périodiques, organisées par exemple par les URPS en lien avec les différents Parquets sur un territoire donné, réunissant l'ensemble des acteurs concernés. Cela constituerait un premier contact, et permettrait d'échanger sur les prérogatives respectives des uns et des autres, afin que chacun identifie quand commencent ses missions et quand il doit passer le relai à un autre.

- La formation est également fondamentale. Un item (n°12) sur les violences sexuelles est au programme des Épreuves Classantes Nationales permettant d'accéder à l'internat en médecine (88), mais le médecin n°1 confie que ces apports n'étaient pas suffisants, notamment sur les aspects pratiques de repérage des situations de violences. La formation continue ou par la simulation est donc un aspect à valoriser pour améliorer le repérage. Il est nécessaire de cibler spécifiquement les jeunes médecins, comme le médecin n°3, qui ayant rencontré peu de patients dans cette situation, peuvent se retrouver totalement désarmés pour accompagner les victimes.

Comme cela a été affirmé précédemment, chaque situation est du cas par cas. Pour le médecin n°3, la nouvelle loi peut être utile dans certains cadres, comme par exemple face à des situations extrêmes en unité médico-judiciaire, où la prévalence de ces situations est beaucoup plus importante et où le viol conjugal peut être couplé à des violences physiques graves, avec un danger mortel potentiel et imminent. Le praticien doit alors bien avoir conscience de la situation, des conséquences de son action, et doit s'efforcer d'impliquer au maximum le patient dans la procédure et de rechercher son consentement.

Dans le cas du médecin généraliste, il faut garder en tête que ce n'est pas une spécialité homogène et que chaque praticien a une approche différente, plus ou moins directive avec son patient :

- le “médecin de famille - pivot” qui encadre ses patients, et possède un rôle d'entrepreneur moral. Il possède une connaissance approfondie des patients, avant le geste technique.
- le “médecin de famille - coordinateur” qui construit une relation humaine, mais qui respecte l'autonomie du patient qu'il accompagne. Il a un rôle de conseil et de coordinateur entre professionnels et thérapeutiques

- l' "orienteur", qui assure les premiers soins mais passe la main à d'autres dès qu'il atteint les limites de ses compétences techniques.

En l'occurrence, les trois médecins rencontrés s'inscrivent dans des démarches d'accompagnement, donc dans la deuxième catégorie. Chaque patient choisit son médecin en fonction de ce qu'il recherche dans une relation de soin. Ainsi, ceux qui choisissent un médecin pivot seront peut-être plus enclins à accepter qu'il effectue des signalements sans leur approbation.

Le médecin doit cependant faire preuve de vigilance. Même s'il est irresponsable de son signalement d'un point de vue légal, c'est un fort engagement d'un point de vue déontologique et il doit se baser sur un faisceau d'arguments solide et veiller notamment aux personnes délirantes. C'est un point de vigilance mis en avant par le médecin n°2 : "J'ai des patients délirants, et à chaque fois, ils étaient tellement délirants, je me suis demandé mais c'est moi ou c'est lui/elle ? (...) Quelqu'un qui délire est tellement persuadé de ce qu'il dit qu'il vous communique sa persuasion." Ce sont des situations de paranoïa ou de délire cohérent, où le fonctionnement psychique de l'individu est normal, si ce n'est sur leur domaine d'obsession. Son raisonnement est parfois plausible, au point qu'il arrive à convaincre son conjoint ou son entourage (89). Le médecin doit donc veiller à ne pas se faire instrumentaliser à des fins personnelles, et doit rester prudent face aux révélations effectuées, sans rompre la confiance avec le patient.

### **4.3 : Améliorer l'observance et le dépistage des viols conjugaux : police et justice**

#### **4.3.1 : Chaîne judiciaire du signalement : procédure théorique**

Quand un professionnel de santé décide d'effectuer le signalement au Procureur de la République, il doit envoyer l'imprimé (en annexe n°5) par courrier électronique à la permanence du Parquet. Ce dernier renvoie un accusé de réception au professionnel et instruit en interne. Le Procureur saisit une association d'aide agréée du réseau France Victimes pour porter assistance à la victime dans les meilleurs délais. Cette dernière informe l'autorité judiciaire de ses actions. L'enquête débute, la victime et ses enfants mineurs sont interrogés et l'hypothèse de l'éviction est évaluée. L'ensemble découle sur une procédure judiciaire si les faits sont constatés. Pendant toute cette chaîne, des mesures de protection peuvent être mises en place (une ordonnance de protection, la mise à disposition d'un téléphone grave danger ou un bracelet anti-rapprochement). Le professionnel signalant pourra être informé des décisions prises et des suites données à son acte a posteriori (71).

### 4.3.2 : En pratique ?

En pratique, les dispositifs cités sont peu utilisés. Sur les ordonnances de protection, 40% des demandes sont rejetées par le juge en 2016, alors que les victimes ont insuffisamment recours à ce dispositif (sur 70000 plaintes en 2017, 3100 demandes formulées) et que celles qui font la démarche ressentent ce refus comme “une forme d’humiliation” (90). Les “téléphones grave danger” se développent progressivement, avec 1171 téléphones distribués en septembre 2020, mais restent encore peu déployés par rapport au nombre de violences conjugales enregistrées.

De plus, le médecin n°2 témoigne d’une forme d’impunité pour les viols, ce qui dissuaderait les patients d’engager des poursuites pénales. Au-delà du dilemme entre une force qui veut dire la vérité et une autre qui veut la taire, le choix de la justice apparaît au fur et à mesure que la personne sort de sa situation d’emprise psychologique. En France, en 2017, sur 14 268 plaintes de femmes déposées, seulement 1266 font l’objet d’une condamnation, soit près de 10%. Cela peut être imputé aux acteurs de la justice, frappés d’une potentielle méconnaissance des réelles conséquences de ces faits, ou d’un immobilisme par crainte d’accorder de manière démesurée des mesures de protection. Le récent féminicide de Douai reflète bien cela, avec une personne « relaxée des violences conjugales au bénéfice du doute », qui a fini par assassiner sa femme après des plaintes classées sans suite, alors qu’il avait 12 condamnations à son actif (91).

En outre, une procédure judiciaire prend du temps, peut engendrer des frais notamment d’avocat pour les personnes non bénéficiaires de l’aide juridictionnelle. Elle engendre aussi beaucoup de rencontres où la victime subit plusieurs examens et raconte plusieurs fois son histoire, soit autant d’occasions où la réaction des autres peut l’amener à douter, ce qui peut constituer ainsi une expérience négative supplémentaire (92). Des perspectives d’amélioration de la chaîne pénale sont donc à explorer, tant sur le plan du financement (et du nombre de professionnels formés) que sur les aspects de sensibilisation et de formation des magistrats aux nouvelles dispositions et à l’importance de prendre les mesures nécessaires pour protéger les individus. Le personnel policier ou de gendarmerie doit également être sensibilisé sur la manière d’accueillir des victimes de viols conjugaux. Cela peut passer par l’emploi de formules précautionneuses : « est-ce que je peux vous poser des questions plus personnelles » ou « est-ce que vous m’autorisez à parler de la relation que vous avez avec votre conjoint », y compris quand le patient est auteur de la démarche. N’étant pas juge, mais personnel de premier recours, il doit veiller à ne pas remettre en cause les versions des victimes. Il se doit d’assurer en permanence la transmission des informations à la justice, ce qui a probablement failli lors du féminicide d’Hayange. Une inspection demandée par le Gouvernement doit faire la lumière sur ce sujet (93).

### 4.3.3 : Le consentement en question

Ce sujet du consentement est présent au sein des procédures judiciaires et des inspections de police, car contrairement à d'autres formes de violences physiques, les viols conjugaux laissent très peu de traces, que ce soit physiques ou sexuelles, ce qui fait que certains acteurs peuvent conclure à la présence du consentement. Or, dans beaucoup de situations, les femmes cèdent à l'insistance ou aux crises de leurs compagnons désireux de rapports sexuels. On peut citer le cas d'une femme de 20 ans, qui a fini par accepter une relation sexuelle avec son copain après une crise d'angoisse, alors qu'elle n'avait pas eu connaissance des notions de consentement à l'école. Une forme d'ascendant psychologique s'est installée et la jeune femme s'est coupée de son entourage (82). Céder et consentir n'ont pas la même signification. Une personne qui cède fait mine de dire "oui" mais en réalité dit "non" à soi-même. D'une certaine façon, l'individu se "laisse faire", ce qui crée une forme de confusion. La notion de consentement n'exclut d'ailleurs pas l'existence de violences, tant sur les aspects de relations sexuelles que sur la relation entre un médecin et son patient. En effet, quand un acte est effectué, l'individu fait confiance au professionnel ou à son conjoint, et son déroulement peut être différent de l'attendu, malgré un éclairage préalable. Ainsi, la violence d'un acte et son retentissement sur l'individu est particulièrement subjectif et n'est pas à négliger (94).

## Conclusion

---

Cette étude a permis de mieux comprendre de quelle manière les médecins généralistes construisent leur relation avec des patients victimes de viols conjugaux, basée sur la confiance et le dialogue. Les participants considèrent que le signalement ne procure pas de bénéfice particulier au patient, qui se retrouverait passif face à toute une cascade de procédures judiciaires et médico-légales. Ils soulignent ainsi la nécessité de rendre la victime capable de prendre conscience de sa situation et de faire les choix qui pourront la sortir de manière pérenne de ce cadre de vie.

La loi n°2020-936 apporte un outil supplémentaire au professionnel de santé, face à des situations de mise en danger d'autrui qui nécessitent une réponse ferme et coordonnée de l'ensemble des acteurs du réseau décrit dans la figure n°3. La disposition confie également de fortes responsabilités. Chaque médecin est en droit d'appliquer cette disposition ou non, selon sa conception des missions du praticien, et selon chaque situation rencontrée. L'emprise et la contrainte morale peuvent se manifester de différentes manières, et non de manière binaire. Elles peuvent suivre plusieurs gradations, avec des phases où elles s'estompent ou resurgissent. C'est en cela que la médecine n'est pas une science fondamentale qu'il suffit d'exécuter. Ses méthodes s'appliquent par rapport à un être humain, dans sa globalité psychique et physique. De ce fait, la notion de protocole face à ces situations doit être proscrite.

La problématique des viols conjugaux est assez nouvelle et peu étudiée, qui reste taboue du fait de la toute jeune reconnaissance, juridique et sociétale, de l'existence des viols conjugaux. Elle reste encore particulièrement peu connue pour les couples homosexuels ou pour les hommes victimes de leurs femmes, alors que certaines statistiques montrent que ce ne sont pas des minorités, mais de véritables zones d'ombre. Dans le cas des femmes, qui sont majoritairement les personnes les plus identifiées en tant que victimes de ce fait, se pose la question de l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur indépendance sociale et financière, qui fera que beaucoup de femmes n'auront plus peur des conséquences d'une séparation pour elles et pour leurs enfants. La chaîne pénale se doit d'être exemplaire, car elle dispose, suite aux dernières réformes listées, de moyens contraignants pour assurer la protection de la victime, pour peu que les professionnels de la police et de la justice soient suffisamment sensibilisés à ces faits, et réagissent amplement face à la gravité des situations. La communication avec les autres acteurs du schéma est fondamentale et des pistes existent pour l'améliorer.

A titre personnel, mon opinion sur la question a beaucoup évolué. Initialement, de par des représentations personnelles, j'avais une vision très juridique des choses, pensant que la mise en danger d'autrui constituait une raison fondamentale pour procéder à un signalement. Au fur et à mesure de mes lectures, les aspects de confiance et de consentement m'ont fait douter de cette attitude quasi-automatique qui consistait à signaler à tout prix.

Je ressors, de ces réflexions et des discussions avec les médecins, beaucoup plus attentif sur les aspects de confiance, d'écoute, d'accompagnement du malade. Également, je retiens une vision beaucoup moins caricaturale à la fois des viols conjugaux (qui arrive après que la personne ait cédé, ou sans rejet violent particulier), des violences conjugales physiques (qui ne sont pas que des femmes dans une robe de mariée ensanglantée, ou rouée de bleus sur l'ensemble du corps), mais aussi de l'emprise, qui est un concept assez insidieux, moins marquant qu'on ne le croit, et qui s'installe d'une manière spécifique dans le couple.

Aussi, je ressors de cette étude avec une vision moins « médecine-centrée ». A l'Université, l'enseignement très théorique conforte la vision du médecin super-héros, capable de régler l'ensemble des soucis et de régler l'ensemble des situations du patient. Or, ce mémoire cherche justement à démontrer que, sur une problématique précise, le travail collectif est inéluctable, et que chacun doit prendre ses responsabilités.



## Bibliographie

---

1. LOI n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042176652>
2. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Victimation 2018 et perceptions de la sécurité : Résultats de l'enquête Cadre de vie et sécurité 2019 [Internet]. Disponible sur: [https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2019-12/RA\\_ONDRP\\_2019.pdf](https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2019-12/RA_ONDRP_2019.pdf)
3. Le Serment d'Hippocrate, revu par l'Ordre des Médecins [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins\\_ns\\_-\\_serment.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_-_serment.pdf)
4. Gaffiot F. Dictionnaire Gaffiot. 1934.
5. Alexandre C, Planche J., Defauconpret C-A. Dictionnaire français-grec : composé sur le plan des meilleurs dictionnaires français-latins et enrichi d'une table des noms irréguliers, d'une table très complète des verbes irréguliers ou difficiles et d'un vocabulaire des noms propres, p. 983, colonne I. 1885.
6. CNRTL. Définition de la violence [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/violence>
7. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé, p.5. Geneva; 2002.
8. Code Civil, art. 1140 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032040977/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040977/)
9. Code Pénal, Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33) [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006136041/#LEGISCTA000006136041](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006136041/#LEGISCTA000006136041)
10. CNRTL. Définition de conjugal [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/conjugal>
11. Code Civil, Livre Ier : Des personnes [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089697/#LEGISCTA000006089697](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089697/#LEGISCTA000006089697)
12. National Library of Medicine. Domestic Violence - MeSH Descriptor Data 2021 (Unique ID : D017579) [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D017579>
13. Paradis L. L'enfant, une éponge: l'enfant exposé à la violence conjugale : son vécu, son rôle, p.20. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique; 2012.
14. National Library of Medicine. Rape - MeSH Descriptor Data 2021 (Unique ID : D011902) [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D011902>

15. Code Pénal, Livre II, Titre II, Chapitre II, Section 3, paragraphe 1 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006181753/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006181753/)
  
16. WONCA Europe. LES DEFINITIONS EUROPEENNES des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille, p.7. In 2002. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_files/file\\_manager/congres\\_clermont\\_2013/Definition\\_Europeenne\\_de\\_la\\_Medecine\\_Generale\\_Wonca\\_Europe\\_2002.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf)
  
17. Scheil V. Loi de Hammourabi [Internet]. 1904. Disponible sur: [https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00766666/file/Loi\\_Hammourabi.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00766666/file/Loi_Hammourabi.pdf)
  
18. Livre du Deutéronome, Chapitre 22, 25:29. In: AELF [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://aelf.org/bible/Dt/22>
  
19. Bodiou L, Briand M. Rapt, viol et mariage dans l'Antiquité gréco-romaine: L'exemple de Déméter et Korê. Dialogue. 2015;208(2):17.
  
20. Veyne P. La famille et l'amour sous le haut-empire romain. In: Annales Économies, Sociétés, Civilisations, 33e année. Persée. 1978. p. 35-63.
  
21. Mommsen T. Lex lulia de vi publica et privata. In 17 avant J-C. Disponible sur: [https://droitromain.univ-grenoble-alpes.fr/Leges/lulia\\_vi.html](https://droitromain.univ-grenoble-alpes.fr/Leges/lulia_vi.html)
  
22. Daumas M. Les rites festifs du mythe du cocuage à la Renaissance. Cah Méditerranée. 15 déc 2008;(77):111-20.
  
23. De Gouges O. Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne [Internet]. 1791. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/essentiels/anthologie/declaration-droits-femme-citoyenne-0>
  
24. Code pénal du 25 septembre 1791, Deuxième Partie (Des crimes et de leur punition), titre 2, article 29 [Internet]. Disponible sur: [https://ledroitcriminel.fr/la\\_legislation\\_criminelle/anciens\\_textes/code\\_penal\\_25\\_09\\_1791.htm](https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_25_09_1791.htm)
  
25. Leriche A. Petite histoire du viol conjugal et de la honte. Le sociographe. 2008;n° 27(3):85.
  
26. Code Pénal de 1810, Titre II [Internet]. Disponible sur: [https://ledroitcriminel.fr/la\\_legislation\\_criminelle/anciens\\_textes/code\\_penal\\_1810/code\\_penal\\_1810\\_3.htm](https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm)
  
27. Ferron L. Le témoignage des femmes victimes de viols au xixe siècle. In: Bard C, Chauvaud F, Perrot M, Petit J-G, éditeurs. Femmes et justice pénale [Internet]. Presses universitaires de Rennes; 2002 [cité 5 juin 2021]. p. 129-38. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/16173>
  
28. Vanneau V. « La justice au bord du lit conjugal ! » Approche historique et juridique du viol conjugal, XIXe-XXe siècles. In: Le Viol Conjugal. 2019. p. 94-112.
  
29. Code Civil de 1804, art. 213 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020558811/1942-11-03/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020558811/1942-11-03/)

30. Ferron L. Georges VIGARELLO, Histoire du viol XVIe-XXe siècle, Paris, Seuil, 1998, 357 p. Clio [Internet]. 1 avr 1999 [cité 5 juin 2021];(9). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/cli/303>
31. Larousse. Définition du féminisme [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/feminisme/33213>
32. Briatte A-L. Féminismes et mouvements féministes en Europe : xixe-xxie siècles. In: Encyclopédie d'Histoire Numérique de l'Europe [Internet]. 2020 [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://ehne.fr/fr/node/12314>
33. Laurence Klejman. Les Congrès féministes internationaux. Mil Neuf Cent Rev Hist Intellect Cah Georges Sorel. 1989;7:71-86.
34. Tartakowsky D. Les suffragettes. Histoire par l'image [Internet]. avr 2016 [cité 6 juin 2021]; Disponible sur: <https://histoire-image.org/fr/etudes/suffragettes>
35. Bideaux C. Du féminisme de la 3ème vague [Internet]. Comité de Solidarité Trois-Rivières. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: [http://www.cs3r.org/4355-du\\_feminisme\\_de\\_la\\_3eme\\_vague](http://www.cs3r.org/4355-du_feminisme_de_la_3eme_vague)
36. Interstats - Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.interieur.gouv.fr/content/download/107454/853331/file/Bilan\\_statistiques\\_2017.pdf](https://www.interieur.gouv.fr/content/download/107454/853331/file/Bilan_statistiques_2017.pdf)
37. LOI n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000540288>
38. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 5 septembre 1990, 90-83.786 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007064540/>
39. LOI n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000439268/>
40. LOI n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000786845/>
41. LOI n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000422042>
42. LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022454032/>
43. LOI n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029330832>
44. LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1) [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000032205886/2016-03-16#LEGIARTI000032205886>

45. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
46. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 : Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité [Internet]. 2019 déc [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/120051/962866/file/RapportCVS2019.pdf>
47. Chariot P. Introduction : Le viol conjugal, violence invisible. In: Le viol conjugal. 2019. p. 17-32.
48. Ministère de la Justice. Grenelle contre les violences conjugales : Restitution des groupes de travail nationaux [Internet]. 2019. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/PPT-Grenelle-V2.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PPT-Grenelle-V2.pdf)
49. Code Pénal, Livre II, Titre II, Chapitre VI, Section 4 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165312/#LEGISCTA000006165312](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165312/#LEGISCTA000006165312)
50. Proposition de loi visant à protéger les victimes de violences conjugales [Internet]. n° 2478 2019. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2478\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2478_proposition-loi)
51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Violences Conjugales et Signalement [Internet]. 2019 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
52. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Lettre ouverte aux parlementaires concernant la proposition de loi relative aux violences conjugales et à la possibilité de déroger au secret médical [Internet]. 2020. Disponible sur: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/01/Lettre-ouverte-aux-députés\\_.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/01/Lettre-ouverte-aux-députés_.pdf)
53. Couillard B. RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES LOIS CONSTITUTIONNELLES, DE LA LÉGISLATION ET DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE LA RÉPUBLIQUE SUR LA PROPOSITION DE LOI, APRÈS ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, visant à protéger les victimes de violences conjugales (n° 2478) [Internet]. Assemblée Nationale; 2020 janv [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion\\_lois/l15b2587\\_rapport-fond.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_lois/l15b2587_rapport-fond.pdf)
54. Assemblée Nationale - Session ordinaire de 2019-2020 - Séance du mercredi 29 janvier 2020 [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2019-2020/seance-du-mercredi-29-janvier-2020>
55. Mercier M. RAPPORT FAIT au nom de la commission des lois (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à protéger les victimes de violences conjugales,. 2020 juin.
56. LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031424650/>

57. Dhuny D-N. Violences conjugales: vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains [Internet]. Université de Lorraine; 2012. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732853/document>
58. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Recommandations. 2020;58.
59. Bedeau J. & Benaïm L. Anna [Internet]. Paris: MIPROF; 2013. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x2aqqe9>
60. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse screening Tool). Bull Epidémiol Hebd. 2021;(2):32-40.
61. Freyens A, Monti M, Vignocan L, Mesthe P. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. Sexologies. oct 2019;28(4):183-90.
62. Poujol J. Les abus sexuels: comprendre et accompagner les victimes. 2014.
63. Colder C. Viol conjugal : les mots pour le dire. In: Le Viol Conjugal. 2019. p. 60-79.
64. Office québécois de la langue française. Définition de l'autonomisation [Internet]. 2003 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=1298948](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948)
65. Fédération Nationale des CIDFF. L'action des CIDFF en matière de lutte contre les violences sexistes et sexuelles [Internet]. 2019 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://media.fncidff.info/Documents/Plaquettes%20FNCIDFF/Action%20cidff%20violences.pdf>
66. Solidarité Femmes. Appeler le 3919 [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/appeler-le-3919>
67. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. janv 1991;148(1):10-20.
68. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1 déc 1995;52(12):1048.
69. Chariot P. Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale. In: Urgences 2011. 2011. p. 31-42.
70. Hospices Civils de Lyon. Médecine légale : des missions terriblement humaines [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/medecine-legale-des-missions-terriblement-humaines-0>
71. Ministère de la Justice. Secret médical et violences au sein du couple : Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum\\_secret\\_violences\\_conjugales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf)
72. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5. ed. Paris: Pr. Univ. de France; 2009.

523 p. (Bibliothèque de psychoanalyse).

73. CNRTL. Définition de contraindre [Internet]. Disponible sur: <https://cnrtl.fr/definition/contrainte>

74. CNRTL. Définition de la morale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/morale>

75. Code Pénal, Livre Ier, Titre II, Chapitre II, art. 122-2 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417214/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417214/)

76. Marzano M. Qu'est-ce que la confiance ? Études. 2010;412(1):53-63.

77. Péronnet V. J'étais un mari violent et je ne le savais pas. Psychologies [Internet]. 11 août 2020 [cité 6 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.psychologies.com/Planete/Vivre-Ensemble/Articles-et-Dossiers/Comment-peut-on-frapper-une-femme/J-etais-un-mari-violent-et-je-ne-le-savais-pas>

78. Nasr R. Les violences conjugales: étude comparative entre Liban, France et Canada [Internet]. Université Lumière - Lyon II; 2009. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01540263/document>

79. Cardi C, Pruvost G. La violence des femmes : occultations et mises en récit. Champ Pénal [Internet]. 6 févr 2010 [cité 6 juin 2021];(Vol. VIII). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/8039>

80. Sonia H, David V. Les femmes auteures de violences sexuelles : étude clinique du parcours de vie et de la dynamique de l'agir sexuel violent. Bull Psychol. 2015;Numéro538(4):319.

81. Helfter C. Quelle prise en charge pour les auteurs de violences conjugales ? : D'un arsenal répressif à un accompagnement dans la durée. Inf Soc. 2007;n° 144(8):74.

82. Maudet E. A l'adolescence, tuer le sexisme dans l'œuf. Libération [Internet]. 21 mai 2021 [cité 6 juin 2021]; Disponible sur: [https://www.liberation.fr/societe/education/a-ladolescence-tuer-le-sexisme-dans-loeuf-20210521\\_7WT7XCTEWBE7VCDMDZDKGWD2NA/](https://www.liberation.fr/societe/education/a-ladolescence-tuer-le-sexisme-dans-loeuf-20210521_7WT7XCTEWBE7VCDMDZDKGWD2NA/)

83. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Document de présentation des lignes directrices de l'appel à projets Centres de suivi et de prise en charge des auteurs de violences conjugales (CPCA) [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.haute-garonne.gouv.fr/content/download/35149/228689/file/CPCA\\_lignes\\_directrices.pdf](https://www.haute-garonne.gouv.fr/content/download/35149/228689/file/CPCA_lignes_directrices.pdf)

84. « Ne frappez pas » : lancement d'un numéro national pour les auteurs de violences conjugales. La Dépêche du Midi [Internet]. 6 avr 2020 [cité 6 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/2020/04/06/ne-frappez-pas-lancement-dun-numero-national-pour-les-auteurs-de-violences-conjugales,8835315.php>

85. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Communiqué de Presse : Création de 16 centres de prise en charge des auteurs de violences conjugales en 2020 [Internet]. 2020 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/cp-n14-creation-des-cpca/>

86. Le Home des Rosati : une nouvelle porte de sortie pour les auteurs de violences conjugales. Nord

Eclair / La Voix du Nord [Internet]. 13 déc 2008 [cité 6 juin 2021]; Disponible sur: [https://arras.maville.com/actu/forum\\_-\\_771453\\_actu.Htm](https://arras.maville.com/actu/forum_-_771453_actu.Htm)

87. Communauté Urbaine d'Arras. Le Home des Rosati, exemple suivi dans la lutte contre les violences conjugales [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cu-arras.fr/le-home-des-rosati-exemple-dans-la-lutte-contre-les-violences-conjugales/>

88. Arrêté du 2 septembre 2020 portant modification de diverses dispositions relatives au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales et à l'organisation des épreuves classantes nationales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042320018>

89. Bert C. La paranoïa ou le délire cohérent. In: Troubles mentaux et psychothérapies [Internet]. Editions Sciences Humaines; 2016 [cité 6 juin 2021]. p. 81. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917-page-81.htm>

90. Dubreuil M. Violences conjugales : pourquoi la justice attribue-t-elle si peu d'ordonnances de protection ? Europe1.fr [Internet]. 25 nov 2019; Disponible sur: <https://www.europe1.fr/societe/ordonnance-de-protection-pres-dune-demande-sur-deux-refusees-lan-dernier-3933285>

91. La rédaction de LCI. Féminicide de Douai : le compagnon de la victime mis en examen. LCI.fr [Internet]. 2 juin 2021 [cité 7 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.lci.fr/justice-faits-divers/feminicide-de-douai-nord-le-compagnon-de-la-victime-mis-en-examen-2187675.html>

92. Ahrens CE. Being silenced: the impact of negative social reactions on the disclosure of rape. Am J Community Psychol. déc 2006;38(3-4):263-74.

93. Gonzalès P. Après le meurtre d'Hayange, une nouvelle inspection. Le Figaro [Internet]. 26 mai 2021; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/meurtre-conjugal-a-hayange-gerald-darmanin-eric-dupond-moretti-et-marlene-schiappa-annoncent-une-mission-d-inspection-20210526>

94. Leguil C. Céder n'est pas consentir: une approche clinique et politique du consentement. 2021.

## Table des figures

---

<b>Figure 1</b> : Nombre de personnes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint.....	12
<b>Figure 2</b> : Nombre annuel de plaintes pour viols et agressions sexuelles de 1974 à 2013.....	13
<b>Figure 3</b> : Schéma du dispositif partenarial de repérage, d'accompagnement et de prise en charge des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles .....	29
<b>Figure 4</b> : Cycle des violences.....	35



## Annexes

---

### Annexe n°1 : Grille d'entretien utilisée pour l'étude.

Thématiques	Questions
<b>Introduction</b>	Présentation Est-ce que vous pouvez raconter une situation de consultation avec un(e) patient(e) qui était victime de violences sexuelles ? A quelle fréquence rencontrez-vous des personnes affirmant avoir été victimes de viol ? Parmi elles, combien l'affirment dans un cadre conjugal ?
<b>Prise en charge de la victime</b>	Comment procédez-vous au repérage des victimes ? Quelles précautions prenez-vous lors de l'interrogatoire ? Lors de l'examen clinique ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors de ces consultations ? Avez-vous conseillé à la victime une prise en charge psychologique ? En unité médico-judiciaire ? Avez-vous connaissance d'associations de victimes de violences sexuelles ? Si oui, est-ce que vous transmettez leurs coordonnées aux victimes ? Avez-vous abordé le sujet des suites judiciaires avec la victime ? Si oui, quel fut la réponse de la victime ? Avez-vous procédé à des signalements à la demande d'une victime et/ou avec son consentement ?
<b>Connaissances à propos de la loi du 30 juillet 2020</b>	Connaissiez-vous la loi du 30 juillet 2020 avant le début de cette étude ? Si oui, par quel moyen ? Comment définissez-vous l'expression « contrainte morale » et le terme « emprise » ? Estimez-vous être en capacité d'évaluer ces deux facteurs ? Selon vous, quelle incidence cette disposition pourrait-elle avoir sur la relation que vous entretenez avec votre patient ? Est-ce que, selon vous, cette disposition doit faire l'objet d'un élargissement à d'autres populations ?
<b>Conclusion</b>	Pensez-vous jouer un véritable rôle dans la prise en charge de ces victimes ? Des choses à ajouter ou des points sur lesquels revenir ?

## Annexe n°2 : Avis du CERAPHP-Centre en date du 19 mars 2021.

# CERAPHP Centre

Comité d'éthique de la recherche AP-HP Centre

---

**IRB registration : #00011928**

**Présidente :** Marie-France MAMZER-BRUNEEL

**Vice-présidente :** Anne-Sophie JANNOT

**Secrétariat général :** Marie-Caroline LAÏ

**Membres :** Christian BALLOUARD, Flore-Anne DE BAUDINIÈRE, Stéphane DONNADIEU, Jean-Claude K. DUPONT, Anne-Laure FERAL-PIERSSENS, Nicolas GARCELON, Cécile HANON, Nicole KARAM, Magalie LADOUCEUR, Tristan MIRAULT, Antoine NEURAZ, Nicolas PALLET, Alex J. PARK, Olivier PELLERIN, Brigitte SABATIER, Éric THERVET, Arthur TRON, David VEYER, Maxime WACK, Aziz ZAAANAN

Paris, le 23 mars 2021

**Réf. 2021-02-M11**

Le Comité a été saisi de la demande de Monsieur **Bernard ENNUYER**, et de son co-investigateur Monsieur Zacharie SADEK, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« Du point de vue du médecin généraliste, son signalement à la justice de viol conjugaux par le médecin généraliste est-il bénéfique pour la victime ? »

Investigateur principal : **Bernard ENNUYER,**  
**Université de Paris,**  
**Laboratoire ETRES,**  
**15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris**  
**E-mail : bernardennuyer@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 19 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



15 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris  
Courriel : [contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr](mailto:contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr)

**Annexe n°3 : Note d'Information transmise aux participants, relative à l'organisation de l'étude.**

**« INFORMATION AUX SUJETS CONCERNANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE :**

**Du point de vue du médecin généraliste, son signalement à la justice de viols conjugaux est-il bénéfique pour son patient ?**

Madame, Monsieur,

Cette recherche est menée par Zacharie SADEK et dirigée par le Dr. Bernard ENNUYER dans le cadre d'un Master 2 en éthique médicale au sein de l'équipe ETREs (Éthique, Recherche, Translations), Université de Paris, 15 rue de l'École 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 Zacharie SADEK au [REDACTED] ou par mail à [REDACTED]. En cas de retrait 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 de déterminer, du point de vue du médecin généraliste et dans le cadre de sa prise en charge globale, si le signalement judiciaire est véritablement bénéfique pour son patient victime de viol conjugal, sur le plan physique et psychique.

**Méthodologie de la recherche :**

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, procéder à l'enregistrement de votre voix pour la retranscription et utiliser les données de l'entretien pour la réalisation du mémoire de recherche après pseudo-anonymisation.

**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 Zacharie SADEK.

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.

Dans tous les cas, une copie du mémoire contenant les résultats anonymisés et globaux du travail de recherche, et le cas échéant, une copie de cette publication, vous sera transmise à l'issue du traitement des données.

**Durée de conservation des données :**

Vos données personnelles sont conservées en base active jusqu'à la dernière publication des résultats, ou en cas d'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 36 mois après la fin de la recherche.

**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 : stockage des données sur un disque dur externe chiffré (iStorage Diskashur M2 avec chiffrement matériel AES-XTS 256 bits débloqué par code PIN de 7 à 11 chiffres), rangé dans une armoire fermée à clé.

**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 Zacharie SADEK, à l'adresse suivante : [REDACTED] 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'École de Médecine 75006 PARIS – ou à [REDACTED]

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 Zacharie SADEK, à l'adresse suivante : [REDACTED]

Fait à Paris, le 03/02/2021 »

**Annexe n°4 : Faisceaux d'Indices concordants au danger immédiat, tel que prévu par l'article 12 de la loi n°2020-936.**

LES FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS ISSUS DE LA JURISPRUDENCE  
CONCERNANT LE DANGER IMMÉDIAT OU IMMINENT



**Annexe n°5 : Imprimé de signalement au Procureur de la République, en application du 3° de l'article 226-14 du Code Pénal.**

**SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE  
CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS  
LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL**

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République »

**1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE**

Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E.mail	

**2. PERSONNE CONCERNEE**

NOM et Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Adresse			
Téléphone		E-mail	
Présence d'enfants à charge	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nombre : .....	Agés	

**3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE**

a) **Faits ou commémoratifs :**

La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps) \_\_\_\_\_ à (lieu)  
\_\_\_\_\_

de :  
« \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**b) Doléances exprimées par la personne :**

Elle dit se plaindre de :

« \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

**c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques)**

- Sur le plan physique

- sur le plan psychique

**Accord donné au signalement par la personne**

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

Oui

Non

*Délivrance de l'information du signalement à la personne.*

Date et signature

- Signalement à transmettre au Procureur de la République selon circuit joint à la présente.