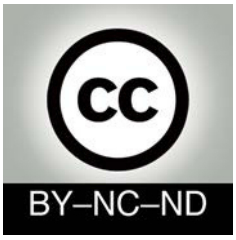
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 **N°345**

La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales : effet de la loi du 30 juillet 2020 sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales par les médecins de la Drôme.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 21 novembre 2023

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine par

MAURY Laura

Née le 17/12/1995 à Compiègne

Sous la direction du Dr PIGACHE Christophe

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

MAURY Laura

La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales : effet de la loi du 30 juillet 2020 sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales par les médecins de la Drôme.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les violences conjugales sont un sujet majeur de santé publique en France, et au cœur du débat publique et politique depuis plusieurs années. A ce titre, la HAS a recommandé en 2019 le dépistage systématique des violences conjugales en consultation, par tous les médecins. Le Grenelle des violences de 2019 a abouti au vote de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020, portant sur la dérogation du secret médical par les médecins, en cas d'emprise et de danger immédiat. Dans les suites, le CDOM a publié un Vade-mecum afin d'en faciliter sa compréhension. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'effet de cette loi sur le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes et spécialistes.
Méthode : Étude quantitative à destination des médecins, généralistes et spécialistes, de la Drôme (26) par questionnaire.
Résultats : Sur les 150 médecins interrogés, 53% avaient connaissance de cette loi et 27% connaissaient le Vade-mecum. 5 médecins avaient déjà utilisé cette nouvelle loi (une à plusieurs fois), dont 4 se disant prêts à le refaire. 95,8% des médecins n'ayant jamais dérogé au secret médical se disaient par ailleurs prêts à le faire si la situation se présentait. Le principal frein rapporté était la peur de mal évaluer l'emprise et le danger immédiat (60% des médecins). Seuls 32% des médecins interrogés affirment que la possibilité de déroger au secret médical dans le cadre de la loi les poussent à plus dépister les violences conjugales en consultation.
Conclusion : Cette étude a mis en lumière le pourcentage encore trop faible de médecins ayant connaissance de cette loi et encore plus du Vade-mecum. De nombreux freins ont été relatés par les médecins à l'utilisation de cette loi. Ainsi, bien qu'étant une aide supplémentaire dans la prise en charge des violences conjugales, cette loi à elle seule ne semble pas suffisante pour améliorer de façon optimale le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, par le dépistage systématique. Il nous apparait primordial d'améliorer la formation des médecins à ce sujet, de promouvoir les outils et aides à leur disposition, de les rassurer sur l'utilisation de cette loi et de renforcer la collaboration entre tous les acteurs de cette prise en charge.

MOTS CLÉS :
Violences conjugales, levée du secret médical, signalement, dépistage systématique

JURY :
Monsieur le Professeur FANTON Laurent
Monsieur le Professeur SAOUD Mohamed
Monsieur le Professeur associé DE FREMINVILLE Humbert
Monsieur le Professeur associé PIGACHE Christophe

DATE DE SOUTENANCE : 21.11.2023

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEURE :
Laura MAURY, 76 rue Maryse Bastié, 69008 – lauramaury17@hotmail.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean-François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LLUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ADRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAVEYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Table des matières

Table des matières……12 à 13

Serment d'Hippocrate……14

Remerciements……15 à 18

Abréviations……19

Introduction……20 à 41
1) Un sujet d'actualité……20 à 21
2) Les conséquences des violences conjugales……21 à 23
    a. Des conséquences sur la santé……21 à 22
    b. Des conséquences sociales……22
    c. Des conséquences familiales……22 à 23
    d. Des conséquences économiques……23
3) La place privilégiée du médecin dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et ses limites……24 à 31
4) Cadre légal……31 à 35
    a. Le secret médical ……31 à 33
    b. Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020……33 à 35
5) La notion d'emprise et de danger immédiat……35 à 40
    a. L'emprise……35 à 40
    b. Le danger immédiat……40
6) Problématique et questions de recherche……40 à 41

Matériel et Méthodes……42 à 45
1) Recherche documentaire……42 à 43
2) Schéma d'étude……43 à 44
    a. Type d'étude……43
    b. Population étudiée……43 à 44
    c. Élaboration du questionnaire……44
    d. Diffusion du questionnaire……44
3) Recueil et analyses des données……44 à 45

Résultats……46 à 60
1) Échantillon de l'étude ……46
2) Caractéristiques des médecins……46 à 51
    a. Selon l'âge……46 à 47
    b. Selon le sexe……47
    c. Selon la spécialité……47 à 49
    d. Selon le secteur d'activité……49
    e. Selon le lieu d'exercice……50
    f. Selon la formation au sujet des violences conjugales……50 à 51

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

g. Selon la possession de diplômes supplémentaires de type DU/DIU/FST/ capacité……51
3) Réponses sur la partie concernant les violences conjugales……51 à 60
a. Question 1 : Nombre de fois où le médecin a été confronté à un cas de violences conjugales au cours de l'année écoulée……51 à 52
b. Question 2 : Situation clinique……52 à 53
c. Question 3 : Connaissance de la loi n°20T936 du 30 juillet 2020……53
d. Question 4 : Connaissance du Vade-mecum intitulé « Secret médical et violences au sein du couple »……54
e. Question 5 : Utilisation de cette nouvelle loi……54 à 56
f. Question 6 : Freins à l'utilisation de la nouvelle loi……56 à 57
g. Question 7 : Dépistage systématique……57
h. Question 8 : Idées d'autres aides permettant aux médecins de mieux dépister les violences conjugales……58 à 60

Discussion……61 à 70
1) Les forces et les limites de cette étude……61
a. Les forces de l'étude……61
b. Les limites et biais de cette étude……61
2) Principaux résultats et comparaison avec la littérature……61 à 69
a. Chiffres des violences conjugales……62
b. Connaissance de la loi et du Vade-mecum……62
c. Utilisation de cette loi en pratique par les médecins interrogés……63
d. Freins à l'utilisation de cette loi……63 à 68
e. Impact de cette nouvelle loi sur le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins……68 à 69
3) Ouverture……69 à 70

Conclusions……71 à 72

Bibliographie……73 à 77

Annexes…… 78 à 89
1) Annexe 1 : Extrait du Vade-mecum – Grilles d'évaluation de l'emprise et du danger immédiat…… 78 à 80
2) Annexe 2 : Questionnaire…… 81 à 84
3) Annexe 3 : Mail associé au questionnaire diffusé par le CDOM de la Drôme……86
4) Annexe 4 : Réponses brutes apportées à la question n°8…… 86 à 89

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Le Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Remerciements

A Monsieur le Professeur Laurent FANTON, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et d'accorder de l'attention à mon travail. Je vous prie de recevoir ma profonde gratitude et considération.

A Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD, je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail en participant à ce jury. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Humbert DE FREMINVILLE, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et d'apporter votre expertise à ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Christophe PIGACHE, je vous remercie d'avoir tout de suite accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre expérience, votre professionnalisme et votre implication auprès des nombreux étudiants que vous encadrez.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude, un grand merci.

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Drôme, je vous remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de diffuser mon travail via votre organisation. Je remercie tout particulièrement le Dr Hélène BARBIER-GRASSOT.

******

Je remercie le **service des urgences du CH de Vienne**, où j'ai réalisé mon premier stage d'interne, que ce soit l'équipe médicale ou paramédicale, pour l'accompagnement, la bienveillance et l'apprentissage durant ces 6 premiers mois. Un merci tout particulier à Margaux, ma super co-interne.

Je remercie mes **praticiens de niveau 1**, les Drs Nadia HASSAOUI, Mélanie MICHEL, Emmanuelle BOLLACHE et Alain MERLIN, pour avoir confirmé mon envie de pratiquer la médecine générale libérale. J'ai énormément appris à vos côtés, tant sur le côté théorique qu'humain.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Je remercie les **services d'endocrinologie et de cardiologie du CH de Bourgoin-Jallieu**, pour leur accueil, leur gentillesse et leur adaptabilité pour orienter au mieux ma formation à ce qui me sera utile pour mon avenir de médecin généraliste.

Je remercie les **services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie du CH de Bourg-en-Bresse** pour leur rigueur et leur adaptabilité. Je me suis vue énormément progresser dans ces 2 domaines grâce à vous. Un grand merci tout particulier à mes co-internes de gynécologie, et notamment à Maria et à Anaïs, pour cette ambiance dans le bureau des internes et leur présence qui a fait que ces 3 mois sont passés beaucoup trop vite.

Un grand merci tout particulier au **service d'Hospitalisation à domicile du CH de Vienne**, assurément le stage où je me suis sentie le plus à ma place parmi l'équipe. Je ne pourrai pas tous vous citer mais je pense à chacun d'entre vous, qui chacun à votre manière, m'a appris énormément, notamment sur le côté humain de ce métier. Je n'oublierai jamais les synthèses du lundi matin. Merci à Soisic pour les nombreux fous rires en voiture, qui ont su donner de la légèreté à certains moments difficiles. Merci d'avoir justement su m'accompagner dans ces moments et de ne m'avoir jamais laissé seule. Merci à Nico pour ta bienveillance et ta bonne humeur permanente. Merci à François pour ta gentillesse et ta sérénité rassurante.

Je remercie **mes maitres de stage SASPAS**, les Drs Émilie Colleony, Loic Barraud et Pierre Romain, pour votre accueil, vos précieux conseils et votre confiance. Un merci tout particulier à Émilie qui m'a rapidement fait confiance et m'a orienté dans la pratique que j'aimerais réaliser.
Je remercie également le **Dr Astrid Baeke**, qui a accepté de m'accueillir tous les lundis pendant 6 mois pour me former à la dermatologie : merci pour ta gentillesse, ton accueil et ton implication dans cette formation nécessaire.

******

A mon père, Laurent, qui a su me donner le goût de la médecine, et plus particulièrement de la médecine générale, sans jamais m'y pousser. Merci de m'avoir soutenu tout au long de ces années et d'avoir tout fait pour que je réussisse. Merci de l'amour que tu portes à tes enfants. Je suis honorée de devenir le deuxième Dr Maury de la famille.
A ma mère, Nathalie, merci d'être toujours là pour moi, dans tous les moments de ma vie. Merci de ne jamais être loin du téléphone, quand j'ai une question, besoin d'un conseil ou tout simplement besoin de me maintenir éveillée en rentrant de garde.
Je vous aime tous les deux.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

À Julia et Nicolas, ma sœur et mon frère. Quand je visionne les multiples vidéos de notre enfance tournées au caméscope par Papa, il est évident que vous avez énormément contribué à la rendre heureuse. Je vous aime.
Je voulais faire une spéciale dédicace à Nicolas, qui au cours de mes nombreuses révisions, a toujours su me faire rire au moment opportun. On se souviendra pour toujours de la « papographie ».

À l'ensemble de ma famille, mes grands-parents, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, mon parrain et ma marraine de cœur, un grand merci pour tous ces moments passés à vos côtés depuis toutes ces années. Je garde un souvenir tout particulier des dimanches en famille « aux Pommerelles » chez Papi et Mamie et des vacances à Cabourg ou à Sainte Florine.
Un merci tout particulier à **Agnès et Michel**, qui ont toujours suivi mon parcours dans ces études, avec intérêt et soutien.
Comment parler de ma famille sans parler de ma cousine, **Hélène**, presque une jumelle ! Merci pour ces nombreux fous rires tout au long de notre enfance et adolescence, et toujours aujourd'hui. La vie serait bien plus fade sans toi à mes côtés.

À Anthony, mon amour, mon meilleur ami, merci pour ton amour, ta bonne humeur, ton humour et ton soutien au quotidien. Je t'ai rencontré peu de temps après mon arrivée à Lyon et tu as largement contribué à faire de ces 3 années les plus belles de ma vie. L'avenir nous appartient et je suis pressée de découvrir ce que la vie nous réserve. Je t'aime.

À Marie, ma meilleure amie, ma sœur, ma colocataire, ma confidente. Ce mois-ci, nous fêtons nos 12 ans d'amitié, 12 ans où nous avons grandi l'une à côté de l'autre. Merci pour ta bienveillance, ton ouverture d'esprit et ta profonde générosité envers tes amis. Je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés et j'ai hâte de ce qui nous attend. Je t'aime.

A Fabiola et Clémence, ma « team BFF », et **à Clarence et Steven**, « mes amiénois lyonnais », à tous ces moments que nous avons partagés, à toutes ces galères à la BU santé, à tous ces fous rires au RU, à toutes ces soirées au Ad'hoc et au living, à tous ces voyages, à toutes ces épreuves de la vie que nous avons surmontées ensemble, merci d'être les amis en or que vous êtes. Je suis chanceuse de vous avoir à mes côtés. Vous êtes de ces amis qui avec le temps deviennent la famille.

A Anaïs, 10 ans après notre rencontre sur les bancs de PCMP, et malgré la distance, nous voilà toujours présentes l'une à côté de l'autre, dans les grands évènements de notre vie.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

A la team « Sup de Com » et « ses pièces rapportées », Lou, Julien, Sandy, JH, Margaux et Quentin, merci pour tous ces moments de rires et de joies partagés. Un grand merci tout particulier à Lou et Julien, ce genre d'amis sur qui, on le sait, on peut toujours compter.

A la team « Ambarroise » et la « team Sup de Pub », merci pour votre générosité et votre bonne humeur. Merci de m'avoir si rapidement intégrée parmi les vôtres.

A Albus, mon bébé poilu, pour ses câlins et ses ronflements qui m'ont bercé pendant l'écriture de cette thèse.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Abréviations

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CMI : Certificat médical initial

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DIU : Diplôme interuniversitaire

DU : Diplôme universitaire

EIGE : Institut Européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes

FMC : Formation médicale continue

FST : Formation Spécialisée Transversale

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute autorité de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IST : Infection sexuellement transmissible

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QCM : Question à choix multiples

SPF : Santé Publique France

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VC : Violences Conjugales

WAST : Woman Abuse Screening Tool

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Introduction

1. Un sujet d'actualité

L'OMS définit les violences conjugales ou violences entre partenaires intimes comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de de domination (notamment la domination économique, administrative ou l'isolement social) ». (1)
Ces violences sont à distinguer des conflits conjugaux dans le sens où elles entraînent un rapport de force asymétrique et figé. Dans les violences, il s'agit d'un rapport de domination et de contrôle de l'auteur sur la victime qui relève d'une véritable emprise. (2)

Ces violences constituent un problème majeur et persistant de santé publique, et une violation des droits fondamentaux des femmes.

Selon les estimations de l'OMS, au niveau mondial, 27% des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont eu des relations de couple indiquent avoir subi, au cours de leur vie, une forme ou une autre de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire. (1)

Il est également important de noter que les violences conjugales, contrairement aux idées reçues, concernent toutes les femmes, quel que soit leur âge, orientation sexuelle, origine, religion, milieu socio-professionnel, handicap, état de santé. (3)
Cependant, il existe un certain nombre de facteurs précipitants de la violence, qui bien souvent, cumulés, entraînent un passage à l'acte. (4)
Bien que les femmes restent les premières victimes de violences conjugales, les hommes peuvent aussi être victimes de violences, surtout psychologiques, mais ce cas de figure ne sera pas étudié dans cette étude. (5)

En France, en 2022, 118 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, ce qui correspond à 1 décès tous les 2 jours et demi. (6)
Hors homicides, en 2020, les forces de sécurité ont recensé 159 400 victimes de violences conjugales, dont 87% étaient des femmes. Il s'agit majoritairement de violences physiques, les autres types de violences, notamment psychologiques, étant largement sous-estimés.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Le Rapport de l'observatoire national des violences faites aux femmes, publié en 2020 retrouve des chiffres plus élevés avec 213 000 femmes victimes de violences conjugales au cours de l'année 2019. (7)

Par ailleurs, depuis 2017, les faits de violences conjugales enregistrés ont augmenté de 42%, témoignant d'une évolution des consciences et comportements des femmes, probablement aidées par les mouvements sociétaux actuels notamment le mouvement #MeToo. (8)

Ces mouvements sont une avancée dans la lutte contre les violences faites aux femmes mais restent encore minoritaires par rapport à l'ancrage dans la société de la misogynie et de la domination masculine, qui sont aux racines de cette violence. L'ONU souligne en 2006 que « la violence à l'égard des femmes n'est pas le résultat d'actes individuels et spontanés d'inconduite, mais elle est profondément enracinée dans la relation structurelle d'inégalité qui existe entre les hommes et les femmes ». (9)

Dans son récent livre, intitulé « Le contrôle coercitif au cœur des violences conjugales », Andreea Gruev-Vintila reprend ceci en ajoutant que la violence conjugale est une sous classe de violence sociale et qu'elle fait plus de morts pan en France que le terrorisme.

Ainsi, ce sujet est également devenu un enjeu politique majeur en France, comme en témoigne le Grenelle des violences conjugales, organisé en 2019, ayant permis d'adopter plusieurs mesures visant à améliorer la prise en charge des femmes victimes, notamment : la levée du secret médical dans certaines conditions, une meilleure connaissance du 3919 (numéro d'aide aux victimes), l'inscription de la notion "d'emprise conjugale" dans le code pénal et civil, le suicide forcé reconnu et bien d'autres mesures. (10)

2. Les conséquences des violences conjugales

a. Des conséquences sur la santé

Les répercussions sur la santé des victimes de violences conjugales sont bien connues et bien décrites : elles sont plus à risque de développer des pathologies médicales immédiates directement en lien avec les violences (fractures, contusions, brûlures, traumatismes divers voir décès), des pathologies médicales chroniques (syndromes douloureux chroniques, troubles somatoformes, retards de diagnostics lié à un défaut de suivi médical …), des pathologies gynéco-obstétriques (grossesses non désirées, IVG, GEU, mort fœtale in utéro, prématurité, IST, infections des voies urinaires, fistules, rapports sexuels douloureux, dysfonctions sexuelles), des pathologies psychiatriques (dépression, trouble du sommeil, stress, anxiété, automutilation, tentative de suicide

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

…) et des conduites à risque (addiction, conduites sexuelles à risque, choix à l'avenir de nouveau de partenaires violents …). (11)

b. Des conséquences sociales

Au-delà des répercussions sur la santé, les violences conjugales affectent également la vie sociale des victimes.

D'abord, ces violences affectent négativement leur réseau social : elle peut être la source de conflits avec ses proches et la victime peut perdre leur confiance et leur estime, voire perdre ses liens avec eux, d'autant plus que l'emprise exercée par son agresseur a tendance à favoriser cet isolement.

Ensuite, ces violences leur coûtent très cher, notamment les frais d'avocat, les frais de déménagement et de réorganisation, les traitements médicaux, les psychothérapies, les congés maladie, l'incapacité de travail prolongée ou permanente. Cette pauvreté est très fréquente pour les victimes, qu'importe leur statut social d'origine ou leur niveau de scolarité et favorise leur isolement. Elles ont souvent été obligées de changer de travail ou d'arrêter de travailler par leurs agresseurs, pour asseoir leurs emprises sur elles. (12)

c. Des conséquences familiales

En France, environ 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré des violences physiques ou sexuelles, ce chiffre étant largement sous-estimé car excluant les femmes victimes de violences psychologiques. (13)

Des études ont montré que, pour une fille, le fait d'être exposée aux violences conjugales dans son enfance augmente son risque d'être victime de violences conjugales à son tour à l'âge adulte, alors que chez le garçon, il augmente le risque d'être agresseur.

Conjugalité et parentalité sont étroitement liées. L'existence de violences au sein du couple a un impact sur la façon d'exercer le rôle de parents : dans une famille sans violence, les parents exercent l'autorité parentale ensemble, de façon égale. En cas de violences conjugales, l'agresseur prend tout le pouvoir, ce qui peut avoir 2 conséquences : soit les enfants refusent l'autorité de leur mère, victime de violence, soit ils se sentent le devoir de protéger leur mère, ce qui peut être très dangereux pour leur propre sécurité.

C'est ainsi qu'un décret, n° 2021-1516, du 23 novembre 2021 publié au journal officiel du 25 novembre 2021, vient modifier la place de l'enfant qui assiste à des violences conjugales. (14) Jusque-là, un mineur assistant aux violences conjugales commises par l'un de ses parents était simplement considéré comme témoin. Dorénavant, avec ce décret, il est considéré comme une

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

victime, ce qui lui permettra de se constituer partie civile lors du jugement. D'autre part, cela permettra de faciliter le signalement des violences conjugales, et d'appuyer l'urgence et le danger de la situation.

Par ailleurs, un arrêté récent de la CEDH a également reconnu que « l'intérêt supérieur de l'enfant l'emporte sur l'intérêt de son père violent à maintenir des contacts avec lui ». (15)
C'est également ce qu'a affirmé, lors du discours d'ouverture du Grenelle des Violences en 2019, le Premier Ministre de l'époque Edouard Philippe : « Un mari violent n'est pas un bon père », venant casser les représentations traditionnelles qui séparaient le conjoint violent du père.

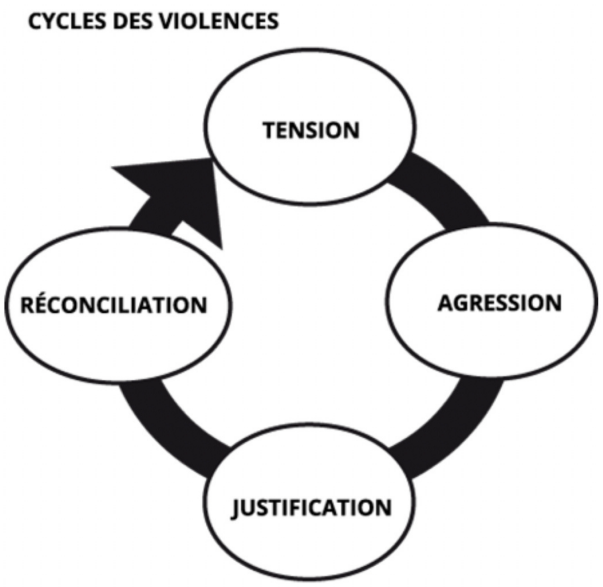
d. Des conséquences économiques

En 2014, une enquête réalisée sur l'année 2012 a été publiée, montrant que le coût des violences conjugales en France sur l'année écoulée est estimé à 3,6 milliards d'euros, dans l'hypothèse la plus basse. La part médicale représentant seulement 21%, on remarque que la majorité des coûts sont entraînés par les « coûts indirects », à savoir : manque à gagner en matière de productivité, valeur du préjudice (années de vie perdues et valeur monétarisée de la douleur). (16)
En effet, les violences conjugales mettent une pression importante sur le système de solidarité sociale, ce qui entraîne d'importants coûts pour les collectivités : sécurité, procédures judiciaires, protection, système de santé, services sociaux, assurances emploi. Les employeurs sont également concernés puisque les violences augmentent l'absentéisme, la baisse de rendement et la perte de talent. (12)
L'EIGE estime quant à lui le coût des violences conjugales en France à 23 milliards d'euros pour l'année 2021.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

3. La place privilégiée du médecin dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et ses limites

On décrit souvent le phénomène des violences conjugales selon des modèles pour mieux comprendre leur complexité. Le plus connu est celui du « cycle de la violence », comme représenté ci-dessous : (17)



En effet dans la majorité des cas, les violences évoluent par cycles :

- D'abord la phase de montée en tension : l'agresseur émet des menaces et présente des accès de colère, qui augmentent progressivement, inquiétant la victime, qui met alors tout en œuvre pour satisfaire son conjoint et éviter les phases suivantes.
- La phase d'agression : l'agresseur lâche la tension et c'est à ce moment-là que les épisodes de violences apparaissent, la victime se sentant alors totalement humiliée et impuissante.
- Puis vient la phase de justification : l'agresseur tente de justifier son comportement en minimisant les faits et souvent en retournant la situation contre la victime, lui faisant croire que c'est de sa faute. La victime doute alors de ses propres perceptions et se sent coupable.
- Enfin, la phase de réconciliation, également appelée la « lune de miel » : l'agresseur met alors tout en œuvre pour se faire pardonner. La victime constate alors ses efforts et fait tout pour lui apporter son aide, faisant renaître l'espoir d'une fin à ses violences.

Malheureusement, les violences finissent toujours par réapparaître, comme un cycle sans fin.

C'est ce que reprend la HAS dans sa recommandation de bonne pratique datant de juin 2019, mise à jour en décembre 2020, à destination des professionnels de santé ; celle-ci a pour but de renforcer

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences conjugales, en favorisant le dépistage systématique, en consultation, par chaque professionnel de santé, surtout les professionnels de santé intervenant en premier recours. (5) Il y est expliqué le cycle de la violence, précisant que, dans la plupart des cas, les faits de violence s'aggravent et s'accélèrent dans le temps, appuyant l'importance d'un repérage précoce pour en limiter ses conséquences.
La HAS fournit une liste des professionnels de santé de premier recours. Tout d'abord, parmi les médecins, elle considère comme « de premier recours » les médecins généralistes, les médecins urgentistes, les pédiatres, les gynécologues (médicaux ou obstétriciens), les psychiatres, les médecins du travail, les médecins exerçant en UMJ et en PMI. Y sont également cités les infirmiers libéraux ou des urgences, les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'état, les sage-femmes et les pharmaciens.

Dans cette publication, la HAS apporte des éléments de réponse, d'abord pour mieux les repérer :
Dans un premier temps, il est recommandé de créer un environnement favorable :

- Mettre des affiches / prospectus dans la salle d'attente ou le cabinet médical, à disposition des patientes, pour créer un climat de confiance, telles que celles ci-dessous :



Ainsi, la femme va remarquer que ce sujet importe au médecin, ce qui lui permettra peut-être de plus facilement aborder le sujet. Même si ce ne sera pas le cas lors de la première consultation, la patiente aura noté son implication à ce sujet et saura que la consultation est un lieu où elle peut se confier, à tout moment, quand elle en ressentira le besoin.
Une thèse, réalisée en 2021 par C.Corbet, après la publication de cette recommandation, a montré que seuls 22% des médecins généralistes du département des Bouches du Rhône interrogés avaient

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

dans leurs cabinets des prospectus/ affiches à ce sujet. Cependant, parmi ceux n'en ayant pas, 85,7% étaient favorables à en recevoir pour les afficher. (18)

Dans les suites du Grenelle des violences conjugales dont nous avons parlé plus haut, une fiche intitulée « réagir face aux violences conjugales » (ci-dessous) a été créé, à destination des victimes, détaillant les moyens à disposition des victimes, « parce qu'il est parfois difficile de savoir comment réagir ». Elle pourrait être mise à disposition notamment dans les salles d'attente. (19)



- <u>Assurer la confidentialité :</u> la salle de consultation doit être configurée à cet objectif. Par ailleurs, l'entretien devrait se tenir avec la femme seule, ou du moins, il devrait y avoir un temps seul avec la femme pour pouvoir échanger en toute confidentialité. Des exemples de phrases sont fournis, telle que « Merci de bien vouloir patienter dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels ».
  Si la présence d'un interprète est nécessaire, il est recommandé qu'il ne soit pas issu de l'entourage de la patiente.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

La HAS fournit également une fiche pratiquer intitulée « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment repérer – évaluer ». On y retrouve une liste des signaux d'alerte devant nous les faire évoquer et y être vigilants. (20)

Ensuite, cette recommandation aborde le dépistage systématique des femmes, au cours de toutes les consultations médicales. En effet, la plupart des femmes ne parlent pas spontanément. Il est donc recommandé "d'intégrer systématiquement le dépistage dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), à fortiori chez la femme enceinte".

Pourtant, dans les faits, très peu de médecins pratiquent en réalité ce dépistage systématique, préférant s'en tenir à un dépistage ciblé ; cette même thèse, réalisée auprès de médecins généralistes des Bouches du Rhône, montre que seuls 8,5% des médecins interrogés pratiquent ce dépistage systématique, contre 81,5% qui dépistent de manière ciblée et 10% environ qui ne dépistent pas du tout. (18)
Pourtant, une grande majorité de ces médecins (85,4%) se sentent légitimes dans ce rôle.
De nombreuses autres thèses ont montré des résultats similaires. (21)(22)

Du côté des médecins urgentistes, le constat est le même : une thèse réalisée en 2020 aux urgences de la Croix Rousse à Lyon a montré que sur les 24 médecins urgentistes interrogés, aucun ne pratiquaient de dépistage systématique et 33.3% d'entre eux ne pratiquaient pas de dépistage ciblé, même si la situation semblait complexe. (23)

Les principaux biais évoqués dans chaque étude sont : le manque de formation, la peur de rompre la relation médecin/ patiente, la peur d'une intrusion dans la vie privée, le manque de temps, le manque de connaissance sur la façon d'aborder le sujet, le manque d'outils de dépistage, la méconnaissance de l'orientation des victimes ou des outils d'aide à la protection des victimes, un sentiment d'impuissance, une peur de briser le secret médical.
Ce malaise face au dépistage systématique n'est pas uniquement limité aux frontières de la France, puisqu'une étude réalisée montre les mêmes limites et biais face à ce dépistage chez la plupart des médecins européens. (24)

Le manque de formation étant l'un des biais les plus évoqués, des études se sont intéressées à la meilleure façon de se former à ce sujet, selon le ressenti des médecins : la plupart souhaiteraient une formation au cours de leur cursus en 2e et 3e cycle, ainsi que l'organisation de FMC une fois installés.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Une thèse réalisée en 2017 à la faculté de Strasbourg par V. Barenton a évalué les connaissances des internes de médecine générale avant puis après leur formation, par questionnaire, pour quantifier l'importance de cette formation dans le cursus : avant la formation, aucun interne ne dépistait de façon systématique les violences en consultation, contre 42% après la formation, ce qui montre bien l'apport d'une formation dans le repérage des femmes victimes de violences conjugales. (22)

Ces études ont également fait ressortir la difficulté d'aborder le sujet ; c'est pourquoi, certaines thèses se sont intéressées à l'apport d'un score pour pallier à cette difficulté. (21)(25)
C'est le cas notamment du score WAST : il s'agit d'un questionnaire regroupant 8 questions portant sur les 12 derniers mois, créé à destination des médecins généralistes canadiens, en anglais, retranscrit et validé en version française par SPF. (26) Chaque réponse est cotée de 0 à 2 points, en sachant qu'un score supérieur ou égal à 5 identifie une femme comme victime potentielle de violences conjugales. L'étude réalisée a montré que près de 91% des médecins interrogés se sentaient à l'aise avec ce questionnaire et le trouvaient facile d'utilisation.

Toujours dans les suites de sa recommandation de 2019, la HAS a fourni une fiche pratique intitulée « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment agir » résumant les éléments à disposition du médecin pour aider la femme victime. (27)

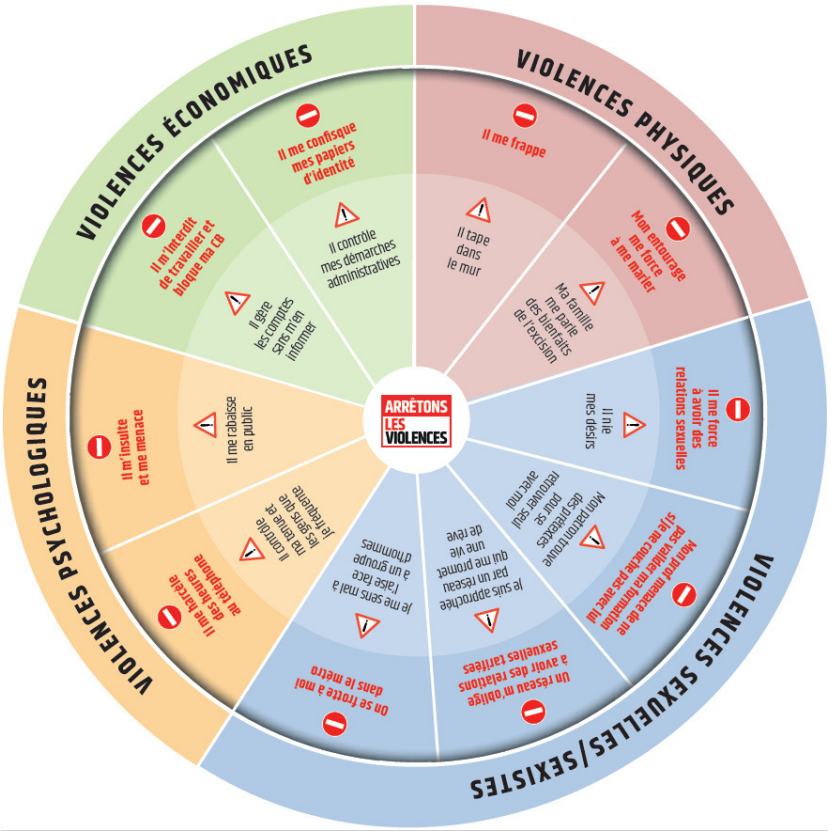
Le gouvernement, via son site arrêtons les violences.gouv.fr, s'est également intéressé à la constitution d'un outil, à destination des professionnels de santé, sous la forme d'une mallette pédagogique, pour se former à ce sujet : il se compose de plusieurs kits de formation comprenant chacun un livret d'accompagnement à la formation et un court-métrage, nommé ANNA, réalisé avec le soutien de la commission européenne, à l'initiative de la MIPROF. D'une durée totale de 15 minutes, il se découpe en 3 parties illustrant successivement, les mécanismes de la violence, le repérage par un(e) professionnel(le) de santé, la prise en charge et l'orientation de la femme victime. (28)
Par ailleurs, ce site présente également une partie pour les victimes, afin de savoir comment s'orienter, comment en parler, de connaître les associations et aides juridiques auxquelles elles ont droit. (29)

Autre outil disponible, le site Déclic Violence est un site internet (gratuit et accessible sans identification) proposant aux médecins généralistes une aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes. Il est reconnu et référencé dans les dernières recommandations de la HAS. Il réunit des informations fiables et utiles à la prise en charge (notamment la rubrique

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

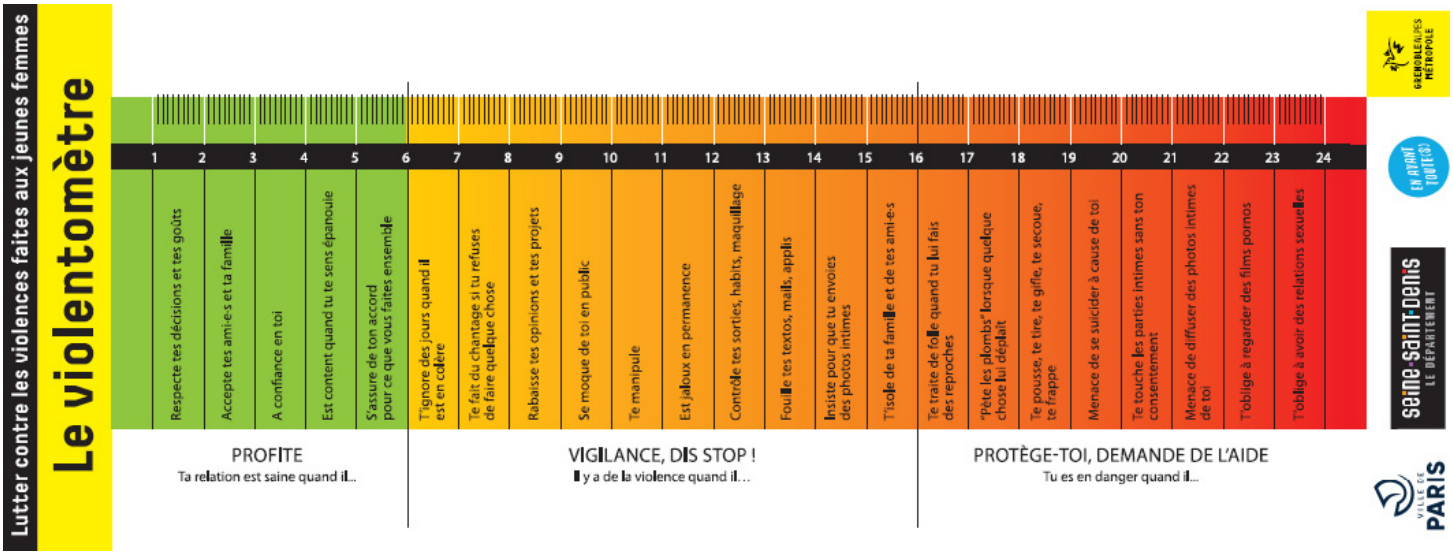
« Intervenir en 1 clic ») et met à disposition des outils informatiques utilisables en consultation (il présente notamment une rubrique pour aider le médecin à rédiger un CMI). Il permet également de plus approfondir ses connaissances sur le sujet, notamment avec les rubriques « L'essentiel à connaître », « Pourquoi intervenir » ou « Comment intervenir en détails ». Il a été créé en 2016 par une jeune médecin, le Dr Pauline Malhanche, dans le cadre de sa thèse d'exercice. (30)(31)
Il présente également une cartographie des différentes structures impliquées dans la prise en charge des VC (associations, accueil de jour, services judiciaires, médico-judiciaires, prise en charge des enfants …). Initialement, cette cartographie concernait uniquement la région Auvergne. Dans les suites de la création du site, devant une forte utilisation, l'équipe DéclicViolence a été créée pour pérenniser et mettre à jour le site. La carte interactive a pu être agrandie à d'autres départements grâce aux travaux de thèses de nombreux internes de médecine générale de chaque département. Ainsi, à l'heure actuelle, 64 départements y sont référencés (ce qui représente ⅔ des départements français). (32)

Un autre outil, intitulé « La roue des violences », créé lors du Grenelle des violences, référence des exemples concrets de violences physiques, psychologiques, sexuelles et économiques. Elle vise à sensibiliser les jeunes et les femmes de manière générale, mais aussi les professionnels (santé, police, justice, éducation) à tous les types de violences auxquels ils peuvent être confrontés dans leur vie. (19)



(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Enfin, il m'a semblé intéressant de présenter un dernier outil : le Violentomètre, créé par l'association "En avant toute" en partenariat avec la mairie de Paris à la demande du conseil régional d'Ile de France. L'objectif était de créer un outil pour une campagne de prévention visant à sensibiliser les jeunes femmes aux violences conjugales. Il a été diffusé de façon massive lors d'évènements comme « Les Solidays » ou dans des lycées franciliens.
Présenté sous la forme d'une règle graduée et colorée, il rappelle ce qui relève ou non des violences :



Il s'est largement répandu dans les bureaux de consultation et les salles d'attente depuis, et semble bien accepté par les professionnels de santé. (33)

Parallèlement à cela, des études ont été réalisées auprès des femmes, qu'elles soient victimes ou non, et dans la très grande majorité des cas, les femmes placent les médecins, et notamment leur médecin généraliste, comme un acteur privilégié de ce repérage. (34)(35)
Dans une étude réalisée, des femmes victimes de violences conjugales dans des centres spécialisés ont été interrogées par questionnaire : 84% des femmes avaient ou auraient apprécié que leur médecin généraliste aborde la question et 94% pensent que le dépistage des violences conjugales fait partie du rôle du médecin. (36)
La thèse réalisée par Ségolène Bracq a eu pour objectif d'interroger les femmes par entretiens sur la façon dont elles souhaitaient que la question soit abordée ; la majorité souhaitaient qu'elle le soit de manière détournée, tel que « Comment ça va à la maison ? » ou « Comment ça va avec votre mari ? », en appuyant bien sûr sur l'importance de l'empathie. Elles souhaitaient qu'on leur laisse du temps pour s'exprimer (plusieurs consultations s'il le faut), et qu'on renouvelle ces questions si le doute persiste. (37)

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Cela fait donc écho à la recommandation de la HAS sur le dépistage systématique, et va à l'encontre des idées reçues de la plupart des médecins qui pensent que les femmes se sentiraient offusquées ou mal à l'aise face à cette question, et donc que cela pourrait rompre la relation de confiance entre le médecin et sa patiente.

4. Cadre légal

a. Le secret médical

La notion de secret médical apparaît avec Hippocrate dans l'Antiquité. Il affirme dans son serment, traduit par Littré :

« Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et par Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenants à témoin que (…) quoi que je voie ou entende dans la société, pendant l'exercice ou même hors l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas ».

Ce serment, remis au goût du jour, est toujours récité à l'occasion de la soutenance de thèse de tous les médecins et comprend toujours un passage incluant le secret médical : « admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers ». (38)

C'est en 1810 avec la promulgation du code pénal, sous Napoléon, que le secret médical devient une notion législative, via l'article 378, mentionnant que « les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, (…), par état ou par profession, ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs ».

Il devient une obligation déontologique lors de la création du code de déontologie en 1947 suite à la création de l'Ordre des médecins en 1945. « Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi ». (39)

Aujourd'hui, le secret médical est représenté par plusieurs dimensions : déontologique (via le code de déontologie) et législative (via le code pénal et code de santé publique).

Le secret médical est le secret professionnel du médecin : c'est un devoir du médecin et un droit du patient. Il est un élément fondamental de la relation médecin-malade. Il est défini par l'article R4127 du code de Santé Publique comme : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du*

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (40)

Il existe cependant certaines dérogations législatives obligatoires face au secret médical :

- Déclaration des naissances (article 56 du code civil)
- Déclaration des décès (article L.2223-42 du code général des collectivités territoriales)
- Déclaration des maladies contagieuses (article L.3113-1 du code de la santé publique)
- Admission en soins psychiatriques (article L.3212-1 à L3213-10 du code de la santé publique) à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État
- Sauvegarde de justice (article 434 du code civil)
- Accident du travail et maladies professionnelles (articles L.441-6 et L.461-5 du code de la sécurité sociale)
- Pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité (article L.31 du code des pensions civiles et militaires de retraite)
- Procédure d'indemnisation en cas de dommage : VIH, amiante, essais nucléaires, en lien avec les soins.
- Protection de la santé des sportifs et lutte contre le dopage (article L.232-3 du code du sport)
- Communication avec l'institut de veille sanitaire (article L.1413-4 et L.1413-5 du code de santé publique)

D'autres sont permises par la loi :

- Sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger (article 226-14 du code pénal)
- Protection des mineurs en danger ou risquant de l'être (loi n°2007-293)
- Sévices permettant de présumer de la commission de violences sur une personne majeur (article 226-14 du code pénal)
- Dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme à feu ou ayant manifesté leur intention d'en acquérir une (article 226-14 du code pénal)
- Évaluation et plan personnalisé de compensation du handicap (article L.241-10 du code de l'action sociale et des familles)
- Évaluation de l'activité des établissements de santé
- Recherches dans le domaine de la santé
- Évaluation ou analyse des activités de soins et de prévention

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Récemment, une nouvelle dérogation au secret médical a été inscrite au code pénal concernant les violences exercées au sein du couple, que nous allons voir ci-dessous.

b. Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020

Comme nous venons de le voir, avant juillet 2020, selon l'article 226-14 du code pénal, un médecin ne pouvait déroger au secret médical et réaliser un signalement au Procureur de la République sans l'accord de la victime, dans le cadre de violences conjugales, uniquement si la patiente était mineure ou considérée comme « vulnérable » au sens de la loi. (41)
Si l'on regarde la définition d'un point de vue juridique, une personne vulnérable s'entend comme « un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, ou d'un état de grossesse » (code pénal, article 434-3). (42)
Cependant, certains professionnels de santé se questionnaient quant à la possible vulnérabilité d'une femme victime de violences conjugales en raison de l'emprise exercée par l'auteur des faits.

Étant un sujet important de santé publique, très présent ces dernières années dans le débat public, le Gouvernement a lancé le 3 septembre 2019, sous l'égide du Premier ministre Édouard Philippe, le Grenelle des violences conjugales. Onze groupes de travail thématiques réunissant les associations, les acteurs de terrain, les familles de victimes ainsi que l'ensemble des administrations concernées furent mises en place. A l'issue de ces 3 mois d'auditions et de consultations des experts, et à l'occasion de la journée internationale contre les violences faites aux femmes le 25 novembre 2019, 46 mesures ont été annoncées autour de 3 grands axes : la prévention, la protection et la sanction. Parmi elles, la proposition de permettre, dans un cadre précis encadré par la loi, de déroger au secret médical lorsque l'emprise empêche les femmes de révéler les faits à leur entourage et aux autorités publiques, et ainsi de se protéger. (43)

Ainsi, l'article 12 de la loi n°2020-936, paru le 30 juillet 2020 a modifié l'article 226T14 du code pénal en précisant que le secret médical ne s'applique pas « (…) 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 132T80 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 ». (41)

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Il est donc désormais possible, depuis le 31 juillet 2020, de déroger au secret médical dans ce cadre précis si et seulement si ces 3 conditions sont remplies :

- Il existe un danger immédiat pour la vie de la victime.
- La victime 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 s'est efforcé d'obtenir l'accord de la victime, en vain. S'il ne l'a pas obtenu, il doit l'informer de ce signalement.

Il est important de noter que selon la loi, cette dérogation est une possibilité pour le professionnel de santé, mais en aucun cas une obligation. Aucune sanction civile, pénale ou disciplinaire ne pourra être engagée contre le médecin si les conditions précédentes sont remplies, tout comme il ne pourra pas lui être reproché de ne pas avoir fait ce signalement.

A la parution de cette nouvelle loi, les réactions ont été contrastées. C'est pourquoi, le ministère de la justice, en partenariat avec le CNOM et la HAS, a rédigé un Vade-mecum intitulé « Secret médical et violences au sein du couple », publié en octobre 2020, afin « d'accompagner les soignants dans la mise en place de cette nouvelle loi. » (44)

Il comprend :

- Un modèle de fiche de signalement
- Une notice explicative du signalement
- Les critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise
- Le circuit juridictionnel du signalement
- La pédagogie de la loi du 30 juillet 2020
- Les recommandations de la Haute Autorité de santé.

Concernant les grilles d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise rédigées par le groupe du travail du ministère de la Justice, il est bien précisé dans ce document que la liste est donnée à titre indicatif et d'aide pour le professionnel, mais qu'elle n'est pas exhaustive et que le médecin peut estimer qu'il y a danger immédiat et emprise, sans que ces critères soient remplis.
Par ailleurs, il est recommandé au médecin de conserver une copie de la grille dans le dossier du patient avec la situation cochée (si on s'est appuyé dessus), pour preuve de son utilisation.

Je ne détaille pas ici la procédure complète de signalement, qui est expliquée dans le Vade-mecum précédemment cité. Il me paraît cependant pertinent de préciser que ce signalement doit être envoyé, par mail, au Procureur de la République de la juridiction concernée, sans attendre. Comme

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

tout certificat, il faut noter les déclarations de la personne entre guillemets, ne faire aucun jugement ni interprétation, et décrire précisément les lésions physiques constatées, sans omettre l'état psychologique. Il faudra bien sûr mentionner dans ce cas que l'accord de la patiente n'a pas été obtenu.

Un accusé de réception est ensuite envoyé au médecin et le suivi est marqué comme prioritaire à la permanence du Procureur.

La victime est ensuite prise en charge en urgence : le Procureur saisit l'association d'aide aux victimes agréée du secteur, qui lui fait un retour.

S'ensuivent l'enquête et l'évaluation du danger, avec notamment la présence d'enfants, les investigations sur la personnalité et les antécédents judiciaires du mis en cause.

A l'issue, il y a 2 possibilités :

- Soit l'affaire est classée sans suite et la victime en est informée.
- Soit les faits sont constitués : dans ce cas, la justice décide du mode de poursuites judiciaires, des mesures de sûreté, réalise des audiences et transmet, s'il y a présence d'enfants dans le couple, un signalement au juge des enfants.

Bien évidemment, le professionnel de santé ayant signalé sera informé des suites données au signalement.

5. La notion d'emprise et de danger immédiat

Après avoir vu les modalités de cette nouvelle loi, il me semble important de définir ce qu'est l'emprise et le danger immédiat.

a. L'emprise

D'un point de vue psychanalytique, l'emprise est définie « comme une relation de soumission de l'autre qui est considéré comme un objet, associé à l'impossibilité d'accepter l'autre dans sa différence et à la satisfaction de ses propres désirs au détriment du désir de l'autre, qui est nié ». (45)

Comme l'explique le site déclic violence (30), cette emprise se met en place par étapes et s'articule en 3 dimensions : l'appropriation, la domination et l'empreinte sur l'autre (marque à la fois physique mais également psychique).

Elle commence par une étape de séduction : la rencontre est alors vécue comme fusionnelle, la femme rencontre un homme qui correspond exactement à ses attentes, comme un « amour idéal ». Ce phénomène peut être facilité par des facteurs de vulnérabilité chez la femme (sociaux ou psychologiques) mais ce n'est pas toujours le cas. Cette première étape vient préparer la victime à

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

la soumission.

S'en suivent alors la manipulation et la domination. L'agresseur crée un climat de confusion et d'isolement, via plusieurs moyens :

- Des moyens comportementaux : surveillance de l'autre, isolement familial, amical ou professionnel, création d'une dépendance financière ou administrative.
- Des moyens émotionnels : manipulation verbale, chantage, utilisation de mécanisme de langage et de communication pour créer une confusion chez l'autre en envoyant des messages contradictoires, gestes hostiles, intimidation.

Comme nous l'avions évoqué précédemment avec « le cycle de la violence », tous ces comportements sont entrecoupés de phases de clémence qui vont d'autant plus mener la victime a une incertitude et une confusion.

C'est ainsi que la victime perd toute conscience des choses : perte de confiance, déstabilisation, confusion, effondrement de la capacité critique, doute sur le propre ressenti, sentiment de vide, ce qui aboutit à un épuisement psychique et physique. La victime n'a alors plus aucun discernement et se retrouve emprisonnée psychiquement par son agresseur.

Elle va alors mettre en en place des processus d'adaptation pour survivre :

- La dissociation traumatique
- La mémoire traumatique
- L'impuissance apprise qui fait disparaître chez la victime le désir de s'en sortir
- L'inversion de la culpabilité
- La protection de son agresseur
- L'augmentation du seuil de tolérance, qui tend à normaliser les violences.

Le livre « Violences conjugales : le droit d'être protégée », (46) coécrit par Ernestine Ronai et Edouard Durand, à destination des professionnels de santé, explique ces mécanismes de défense :

Les violences ont un pouvoir de sidération, qui place le corps dans un état de stress dépassé, par la production de grandes quantités d'hormones du stress (adrénaline et cortisol), entraînant un risque vital cardio-vasculaire et neurologique. Le cerveau, pour s'en protéger, met en place un mécanisme de sauvegarde neurobiologique, en faisant disjoncter le circuit émotionnel et le circuit de la mémoire, par l'arrêt brutal de la production des hormones du stress, et en produisant des

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

substances ayant un effet « morphine-kétamine like ». Il crée alors une anesthésie émotionnelle et physique.

Ceci est responsable de 2 grands symptômes :

- La **DISSOCIATION TRAUMATIQUE** ou « comment devenir étranger à soi-même »

La victime ressent un sentiment d'étrangeté, d'irréalité et de dépersonnalisation, elle est comme spectatrice de sa vie et perd tous ses repères temporo-spatiaux.
Cela déconnecte la victime de ses émotions et l'empêche de se défendre et de prendre conscience de ce qu'elle subit : c'est ce qu'on appelle « l'amnésie dissociative ». Elle est comme un pantin, ne se reconnaît plus. Il lui paraît alors très difficile de se projeter dans un autre espace et dans une autre vie, facilitant encore plus l'emprise pour son agresseur.
C'est cet apparent détachement qui rend le repérage de la femme victime d'autant plus difficile, et c'est pourquoi l'entourage et la plupart des professionnels ne vont pas ressentir sa détresse, amplifiant encore plus son isolement.

- La **MÉMOIRE TRAUMATIQUE** ou « comment la vie devient un enfer »

Pendant les violences, la disjonction du circuit de la mémoire empêche la mémoire émotionnelle d'être encodée au niveau de l'hippocampe en mémoire épisodique ; elle reste donc bloquée au niveau de l'amygdale cérébrale, qui gère la réponse émotionnelle. Elle y est donc perdue, hors du temps et hors de toute possibilité de tri.
Cette mémoire traumatique se remplit de plus en plus au fur et à mesure que la victime subit des violences. Telle une « bombe à retardement » prête à exploser, elle va se déclencher au moindre lien lui rappelant les violences, sous forme de flashback lui faisant revivre à l'identique les pires moments de façon incontrôlée et envahissante, avec la même terreur, la même douleur, les mêmes ressentis sensoriels, mais également les mêmes paroles culpabilisantes de son agresseur.
Se crée alors un cercle vicieux puisque, tant que la victime est exposée à la violence et à son agresseur, elle reste dissociée, et ne vit donc pas ses flashbacks. Par contre, dès que son agresseur est absent temporairement ou qu'elle est « protégée », la victime n'est plus en état de dissociation et c'est là qu'elle ressent ces flashbacks qui la paralysent encore plus. Ainsi, pour ne plus ressentir cette douleur, certaines victimes retournent vers leur agresseur ou adoptent des conduites dangereuses, pour ressentir un état de stress semblable, et se remettre dans un état de dissociation : conduites phobiques, addictions pour s'anesthésier (drogues, alcool, tabac ou troubles alimentaires), automutilations, mises en danger.
Cela est d'autant plus déroutant pour l'entourage, s'il ne connait pas ce phénomène.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Ainsi, ces états de dissociations vont empêcher la victime de comprendre ses réactions et ses émotions, ce qui permet à l'auteur de consolider son emprise.
Elle est sans cesse sous son contrôle, même quand il n'est pas là. Et même si elle réussit à se sauver et à trouver refuge, elle sortira de sa dissociation, et sera envahie par sa mémoire traumatique, ce qui sera tellement douloureux pour elle qu'elle préférera retourner vers son agresseur. Elle aura alors l'impression « de l'avoir dans la peau, d'être dépendante de lui ».
Les violences vont devenir une arme afin de placer la victime au service du confort physique, sexuel, psychique, financier de son conjoint, la transformant en « esclave », en « médicament-drogue » pour s'anesthésier, en « figurante » pour jouer un rôle dans sa mise en scène. (47)

Malheureusement, les professionnels, et notamment les médecins, amenés à prendre en charge les victimes, sont rarement formés aux conséquences psychotraumatiques, et donc à ce phénomène d'emprise, même si de plus en plus de formations sont organisées pour sensibiliser à ce sujet. Ils éprouvent donc de grandes difficultés à l'identifier, et à aider les victimes à s'en libérer.

Venant appuyer cela, C. Iles a récemment mené une thèse par questionnaire visant à mesurer le repérage de l'emprise dans le cadre des violences conjugales en médecine générale. Ces travaux appuient ce que nous venons de voir : une grande majorité des médecins interrogés étaient d'accord avec la phrase suivante : « Lors de la prise en charge de certaines victimes de violences conjugales, il m'arrive de ressentir de l'ambivalence dans leur discours et leur attitude ». Parmi eux, seuls 20% font le rapprochement entre ces comportements et les conséquences psychotraumatiques des violences. (48)

Dans la thèse de C. Halary et C. Designolle, les médecins rapportent des difficultés au repérage et à la prise en charge des patientes sous emprise, que ce soit par manque de temps, manque de formation, ou par difficulté de ce phénomène. Ils proposent la mise en place de formations, afin d'être plus à l'aise. (49)

Pourtant, ce comportement en apparence paradoxal, est un processus psychotraumatique habituel, qu'il est impératif que les professionnels connaissent pour prendre en charge au mieux les victimes. Beaucoup de femmes victimes rapportent que le simple fait d'entendre qu'elles ne sont « pas folles », « que ce n'est pas de leur faute » et qu'il s'agit d'un mécanisme neurologique connu, les aident énormément.
Cette compréhension leur permet de renouer avec leur estime de soi et leur sentiment de

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

dignité. Elle leur permet de démonter le système agresseur, d'identifier l'incohérence, et ainsi de déjouer leur pouvoir sidérant et dissociant, pour pouvoir se défendre, dénoncer les violences et ainsi sortir de l'emprise. Tout ceci passe par une psychothérapie spécifique, centrée sur la mémoire traumatique des violences, par des professionnels de santé spécialement formés à cela. Le but du travail sera de décortiquer chaque situation, chaque épisode traumatique, pour comprendre que ce n'était pas normal, et l'encoder en mémoire autobiographique (et non plus en mémoire traumatique), au niveau de l'hippocampe.

Encore aujourd'hui, de nombreuses personnes pensent qu'une femme victime de violences conjugales doit s'opposer, partir, et porter plainte dès le premier épisode de violence. Et si elle ne l'a pas fait, si elle est restée de nombreuses années à subir tout ça, des questions se posent : Est-ce la vérité ? Ne ment-elle pas ? N'est-elle pas elle aussi en tort de ne pas avoir réagi plus tôt ?
On lui demande de s'expliquer sur les phénomènes d'emprise qu'elle subit, alors que c'est elle qui aurait besoin d'être informée sur les mécanismes qui en sont à l'origine pour qu'elle puisse comprendre ce qu'elle vit et y échapper.

Pour terminer, il me semblait important de citer le travail d'H. Riflart, qui fait état de la manière dont le phénomène est décrit dans la littérature : le terme d'emprise est spécifique à la littérature francophone et se rapproche de celui de « contrôle coercitif » utilisé par les anglo-saxons. (50)
Très récemment, en septembre 2023, la psychologue française Andreea Gruev-Vintila a publié un livre intitulé « Le contrôle coercitif au cœur de la violence conjugale ». Il s'agit du premier livre français introduisant ce concept et qui pourrait révolutionner la traduction juridique des violences conjugales en France. Allant plus loin que la notion d'emprise, le concept de contrôle coercitif « traduit la définition contemporaine des violences faites aux femmes, dont la violence conjugale est la forme la plus fréquente, comme violation des droits humains des femmes ». Il met en évidence le schéma par lequel les agresseurs piègent les femmes victimes pour les contrôler, en les empêchant de fuir, les faisant revenir voir leur ôtant la vie ou celle de leur proche si elles résistent. Il révèle le caractère « constant, cumulatif et non épisodique » des comportements de l'agresseur. Il montre également ce que les violences conjugales retirent aux femmes et à leurs enfants, au-delà de ce qu'elles leurs font subir.
Ce concept a conduit de nombreux pays à considérer le contrôle coercitif comme une

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

meilleure définition des violences conjugales. Ce livre a pour objectif notamment d'expliquer aux professionnels ce concept afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des femmes victimes mais également de leurs enfants, co-victimes.

b. Danger immédiat

Cette notion de danger immédiat est synonyme d'urgence, qui est définie en droit comme « un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'est pas porté remède à bref délai ». (51)

Ces deux phénomènes (emprise et danger immédiat) peuvent donc paraître difficile à évaluer par les médecins. C'est pourtant tout l'enjeu de cette nouvelle loi, exposée plus haut : savoir évaluer l'emprise et le danger immédiat pour juger de la nécessité ou non de réaliser ce signalement. C'est ainsi que la Vade-mecum, cité plus haut, propose des grilles pour chacune de ces 2 notions afin d'aider le médecin, même si cette grille n'est bien sûr pas exhaustive. (44)

6. Problématique et questions de recherche

A ma connaissance, après avoir fait une revue de la littérature exhaustive, il n'existe pas à ce jour de travaux ayant évalué la connaissance des médecins de cette loi, leur application en pratique et l'éventuelle modification que cela a pu avoir sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.
C'est ainsi l'objectif de mon travail.

Ainsi, plusieurs questions se posent :

- Cette loi est-elle connue des médecins ?
- Quel impact (positif ou négatif) a-t-elle eu sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, notamment sur le repérage ?
- Le fait de signaler les violences au Procureur sans l'accord de la patiente entrave-t-elle la relation de confiance entre le médecin et sa patiente ?
- Cette loi a-t-elle amélioré le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins ?

Ce travail va donc évaluer de façon quantitative par questionnaire la connaissance, l'utilisation et l'effet de cette loi sur les pratiques des médecins (généralistes et spécialistes) du département de la Drôme.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

L’objectif de cette étude est de mesurer comment cette nouvelle loi a modifié la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins (généralistes comme spécialistes) du département de la Drôme.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Matériel et méthodes

1. Recherche documentaire

Le document à l'origine de cette étude a été le Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal, diffusé par le Ministère de la Justice en partenariat avec la Haute autorité de santé et le conseil national de l'ordre des médecins, intitulé « Secret médical et violences au sein du couple », paru en octobre 2020.
Je me suis également appuyée sur les recommandations de bonne pratique de la HAS intitulées « Repérage des femmes victimes de violence au sein d'un couple », paru en juin 2019, qui, par l'intermédiaire d'un groupe d'expert, a élaboré un référentiel pour tous les professionnels de recours sur les recommandations concernant le repérage et la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales.

Le travail préparatoire de cette étude a été réalisé à partir d'une bibliographie sur le sujet des violences conjugales au sens large dans un premier temps, puis affiné avec la notion de secret médical.

En premier lieu, les sites internet https://declicviolence.fr/, https://arretonslesviolences.gouv.fr/, https://www.legifrance.gouv.fr/, https://www.who.int/fr, https://www.memoiretraumatique.org/ créé par le Dr SALMONA, ont été consultés, pour servir de base à mes connaissances.

J'ai également participé à plusieurs conférences en ligne, notamment le webinaire « Violences conjugales : en parler pour mieux les repérer » organisé par la HAS en collaboration avec Le Quotidien du Médecin.

La recherche bibliographique systématique a été réalisé sur les bases de données suivantes :

- SUDOC, catalogue des bibliothèques universitaires de France, a été consulté dans un premier temps avec les mots clés suivant : violence* (et) conjugale* (et) médecine* (et) dépistage* puis avec les mots clés : violence* (et) conjugale* (et) médecine* (et) secret*
- PUBMED, principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et de la médecine, a été consulté avec les mots clés suivants : (Intimate Partner Violence OR Intimate Partner Abuse OR spouse abuse) AND (Confidentiality OR privileged communication OR patient data privacy OR confidential information or secrecy).

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

- EMBASE, base de données bibliographiques spécialisée en santé et en médecine, a été interrogé avec les mots clés suivants : (‘partner violence’ OR ‘spous*abuse’) AND (‘confidentiality’ OR ‘mandatory reporting’).
- CAIRN, base de données ayant en charge la publication et la diffusion de revues de sciences humaines et sociales, a été interrogé avec les mots clés suivants : (violence* conjugale*) ET (déclaration obligatoire OU confidentialité)

Au moment de ma recherche bibliographique initiale, en février 2022, avant la rédaction de mon questionnaire, aucune autre thèse n’avait encore été publiée sur le sujet, la loi étant récente.

Enfin, les livres *Violences conjugales en famille*, des Drs Murielle Salmona et Roland Coutanceau et *Violences conjugales : le droit d’être protégée*, de Ernestine Ronai et Edouard Durand, a permis d’affiner mes connaissances sur le sujet.

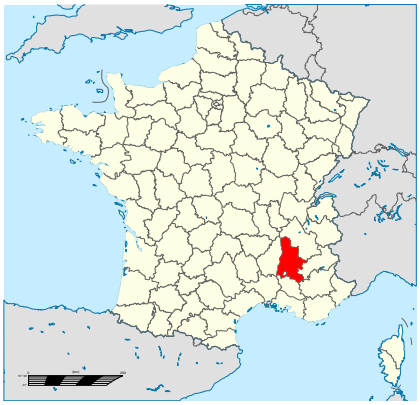
2. Schéma d’étude

a. Type d’étude

Il s’agit d’une étude quantitative, observationnelle et descriptive, transversale, menée auprès des médecins en activité du département de la Drôme, concernant leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales vues en consultation depuis la parution de cette nouvelle loi.

b. Population étudiée

La population cible de cette étude regroupe l’ensemble des médecins de France. Pour des raisons d’accessibilité, la population étudiée est finalement constituée de l’ensemble des médecins actifs du département de la Drôme (à savoir médecins libéraux, salariés, hospitaliers, remplaçants et bénévoles).



(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Pour remplir les critères d'inclusion, il suffit de faire partie de la population étudiée et d'avoir rempli en entier le questionnaire communiqué.

Certains questionnaires ont été exclus : ceux qui n'avaient pas été remplis en intégralité.
Il n'y a pas eu de critères d'exclusion d'âge, de sexe, de spécialités ou de milieu d'installation.

c. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) a été réalisé à l'aide du logiciel de sondage en ligne LimeSurvey®.
Il est composé de 15 questions réparties en 2 parties :

- La **première partie (questions 1 à 8)** interroge les participants sur leurs connaissances et leurs pratiques au sujet de la prise en charge des violences conjugales.
- La **deuxième partie (questions 9 à 15)** vise à connaître les caractéristiques des personnes sondées telles que leur âge, leur sexe, leur spécialité, leur milieu d'exercice, leur lieu d'exercice et les formations auxquelles ils ont participé.

Il a été soumis à la relecture du directeur de thèse avant sa diffusion. Afin de maximiser le nombre de participants, le nombre de questions est volontairement peu important.
La thèse ne relevant pas de la loi Jardé, elle n'a pas nécessité l'accord du CPP.

d. La diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est faite avec l'aide du CDOM de la Drôme, qui a diffusé le questionnaire, via ses bases de données, par mail, à tous les médecins en exercice du département, toutes spécialités confondues et qu'importe leur milieu d'exercice (libéral, hospitalier, exercice partagé, médecins remplaçants). Dans le mail (annexe 2) se trouvait un lien renvoyant au questionnaire en ligne. Les participants ne pouvaient y répondre qu'une fois et les réponses étaient anonymes.

Elle a été menée du 18/04/2023 au 10/07/2023 avec une première diffusion le 18/04/2023 puis une relance le 20/06/2023.

3. Recueil et analyses des données

Les données ont ensuite été recueillies et exportées sur un document Excel®.
Concernant les questions 1 à 7 et 9 à 15, les données ont été recueillies et exportées sur un document Excell. Ce logiciel a également été utilisé pour l'analyse statistique, sous forme de pourcentage et pour la réalisation des diagrammes et figures de la partie « résultats ».

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

L’analyse finale de l’objectif principal est quantitative descriptive.

Concernant la question 8, celle-ci étant une question ouverte où chaque participant pouvait s’exprimer librement, ses réponses ont été traitées à la méthode quantitative : elles ont été exportées au format Word® de manière brute puis analysées pour être regroupées sous forme de catégories (à la manière des verbatims).

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Résultats

1. Échantillon de l'étude

La base de données du conseil départemental de la Drôme regroupe 1450 médecins, toutes spécialités et modes d'exercice confondus.

Sur les 1450 médecins sollicités par mail pour répondre au questionnaire, 301 réponses ont été enregistrées sur Limesurvey®. Parmi elles, seules 150 réponses étaient complètes, soit un taux de réponse de 10,34%.

Parmi les 151 réponses incomplètes, 6 avaient été remplies en partie et 145 n'avaient pas du tout été remplies.

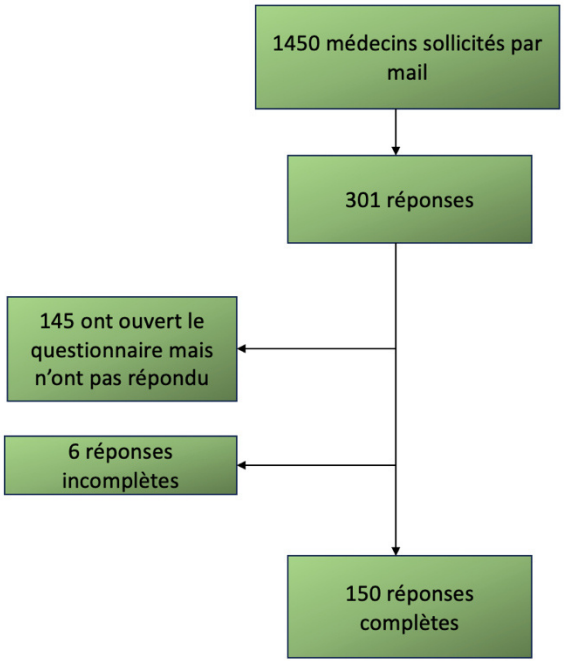


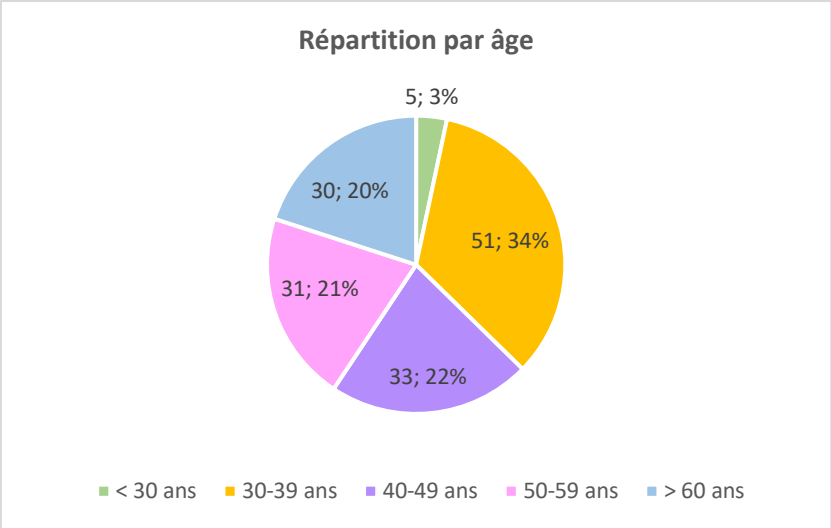
Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques des médecins

a. Selon l'âge :

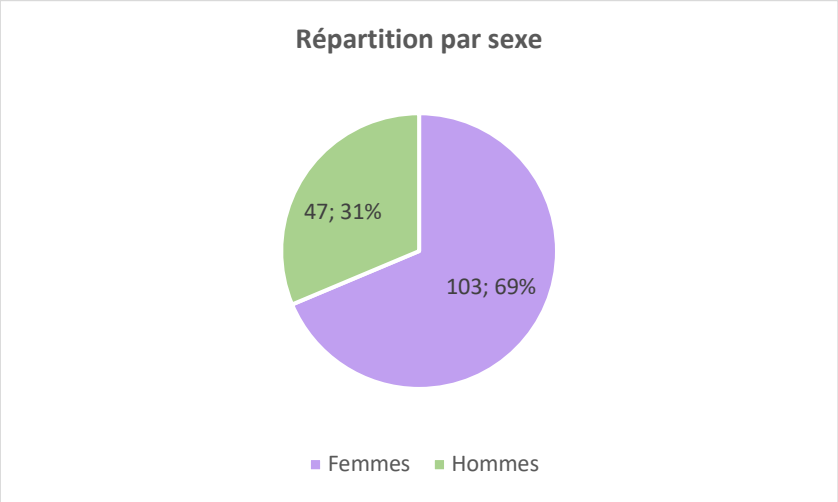
Sur les 150 médecins ayant participé à l'étude, ils sont **3%** (n=5) à être âgés de moins de 30 ans, **34%** (n=51) à être âgés de 30 à 39 ans, **22%** (n=33) à être âgés de 40 à 49 ans, **21%** (n=31) à être âgé de 50 à 59 ans, **20%** (n=30) à être âgés de plus de 60 ans.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY



b. <u>Selon le sexe :</u>

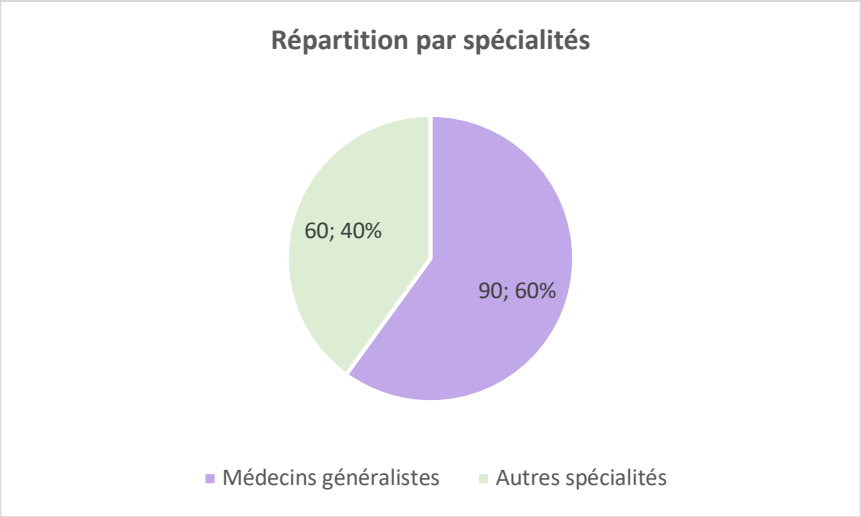
Sur les 150 médecins ayant participé à l'étude, **69%** (n=103) sont des femmes et **31%** (n=47) sont des hommes.



c. <u>Selon la spécialité :</u>

Sur les 150 médecins ayant participés, **60%** (n=90) sont des médecins généralistes et **40%** (n=60) pratiquent une autre spécialité.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

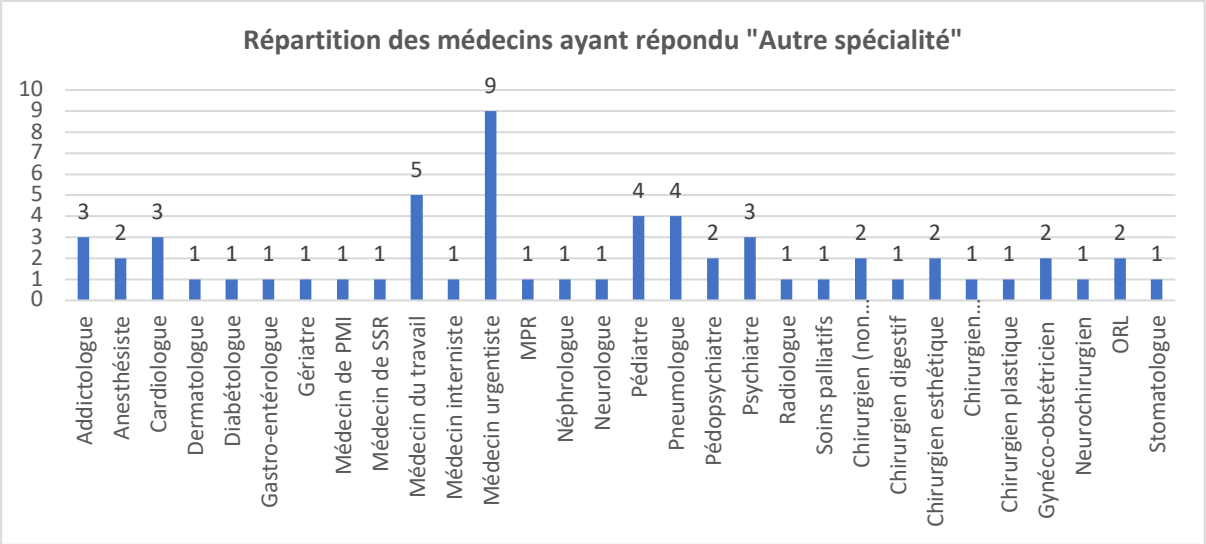


Parmi ces spécialités, on retrouve :

- Addictologue : 3 (5%)
- Anesthésiste : 2 (3.33%)
- Cardiologue : 3 (5%)
- Chirurgien (sans précision) : 2 (3.33%)
- Chirurgien digestif : (1.66%)
- Chirurgien esthétique : 2 (3.33%)
- Chirurgien orthopédique : 1 (1.66%)
- Chirurgien plastique : 1 (1.66%)
- Dermatologue : 1 (1.66%)
- Diabétologue : 1 (1.66%)
- Gastro-entérologue : 1 (1.66%)
- Gériatre : 1 (1.66%)
- Gynéco-obstétricien : 2 (3.33%)
- Médecin de MPR : 1 (1.66%)
- Médecin de PMI : 1 (1.66%)
- Médecin de soins palliatifs : 1 (1.66%)
- Médecin de SSR : 1 (1.66%)
- Médecin du travail : 5 (8.33%)
- Médecin interniste : 1 (1.66%)
- Médecin urgentiste : 9 (15%)
- Néphrologue : 1 (1.66%)
- Neurochirurgien : 1 (1.66%)
- Neurologue : 1 (1.66%)

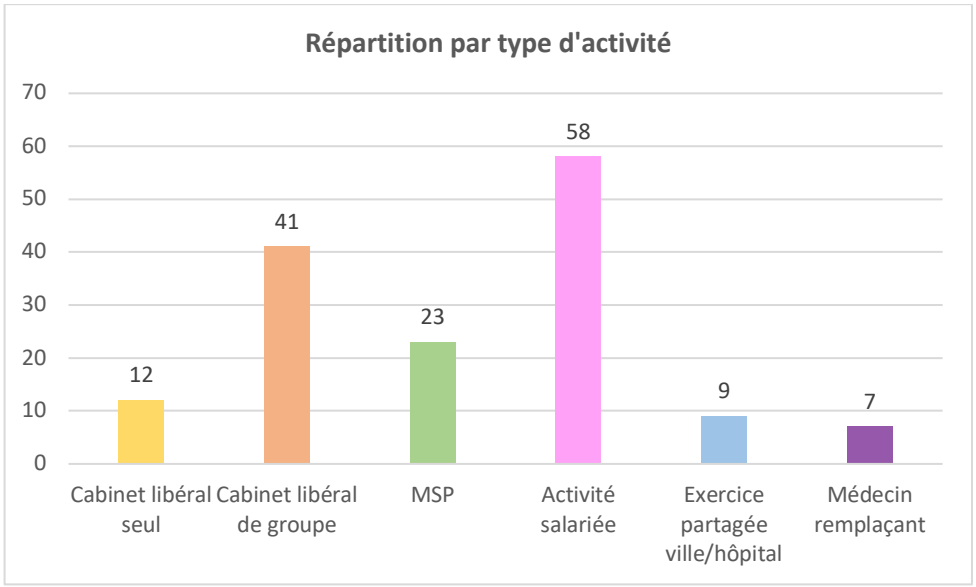
(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

- ORL : 2 (3.33%)
- Pédiatre : 4 (6.66%)
- Pneumologue : 4 (6.66%)
- Pédopsychiatre : 2 (3.33%)
- Psychiatre : 3 (5%)
- Radiologue : 1 (1.66%)
- Stomatologue : 1 (1.66%)



d. <u>Selon le secteur d'activité :</u>

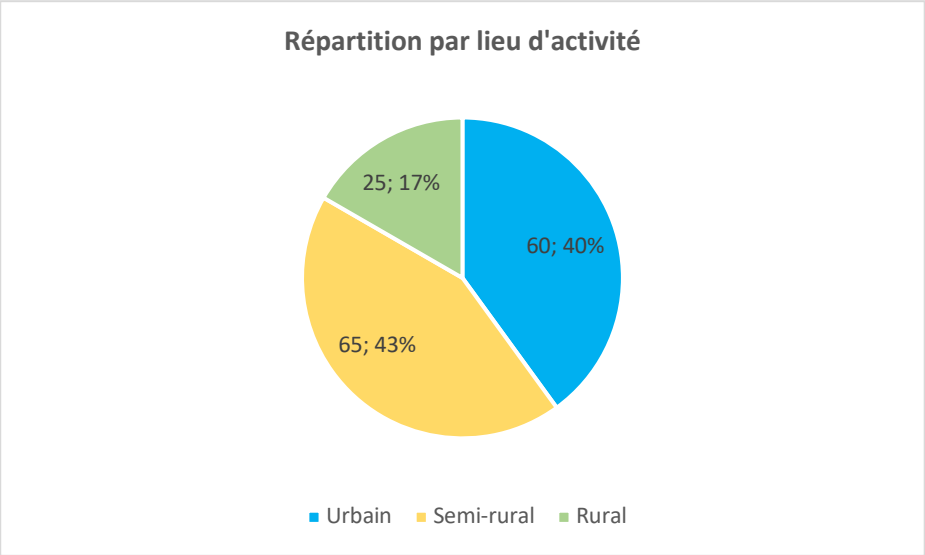
Parmi les 150 médecins, **8%** (n=12) exercent en cabinet libéral seul, **27.34%** (n=41) exercent en cabinet libéral de groupe, **15.33%** (n=23) exercent en MSP, **38.67%** (n=58) sont salariés, **6%** (n=9) exercent une activité mixte ville/ hôpital et **4.66%** (n=7) sont des médecins remplaçants.



(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

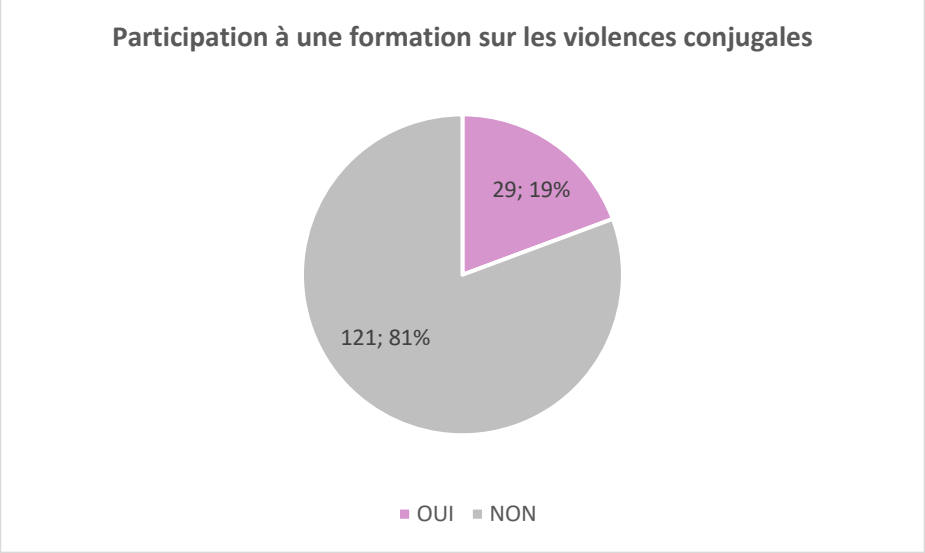
e. Selon le lieu d'exercice :

Parmi les 150 médecins, **40%** (n=60) exercent en milieu urbain, **43%** (n=65) exercent en milieu semi-rural et **17%** (n=25) exercent en milieu rural.



f. Selon la formation au sujet des violences conjugales :

Parmi les 150 médecins ayant répondu au questionnaire, seul **19%** (n=29) ont déjà participé à une formation sur les violences conjugales.



Ces formations sont diverses :

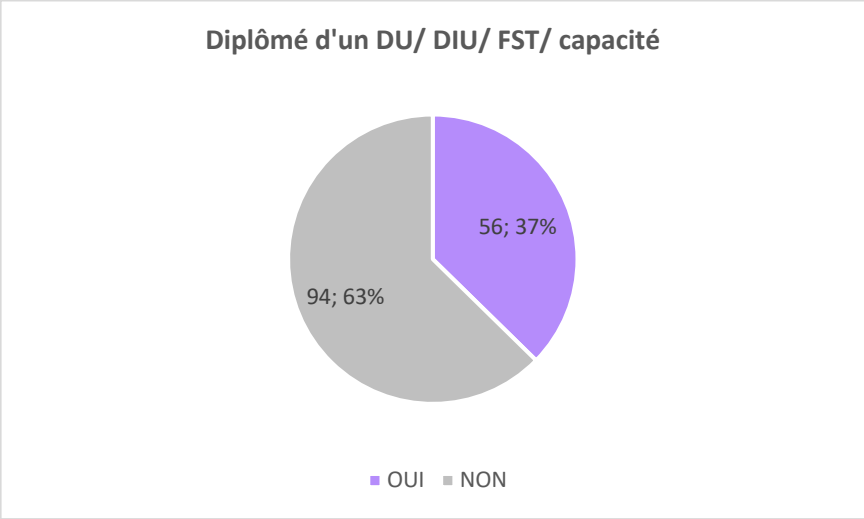
- **8** ont participé à une formation dispensée par la faculté. Tous sont médecins généralistes et ils font partis, en moyenne, de la catégorie « 30-39 ans ».

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

- **6** sont diplômés d'un DU/ DIU où le sujet a été abordé (dont 4 ayant participé à un DU/DIU sur les violences faites aux femmes).
- **19** ont participé à un autre type de formation : FMC, formations internes par l'employeur, congrès, webinaire …

g. Selon la possession de diplômes supplémentaires de type DU/DIU/FST/ capacité :

Parmi les 150 médecins, 37% (n=56) sont diplômés d'un diplôme supplémentaire de type DU/ DIU/ FST ou capacité.



Parmi ces diplômes, certains comportent une sensibilisation aux violences faites aux femmes :

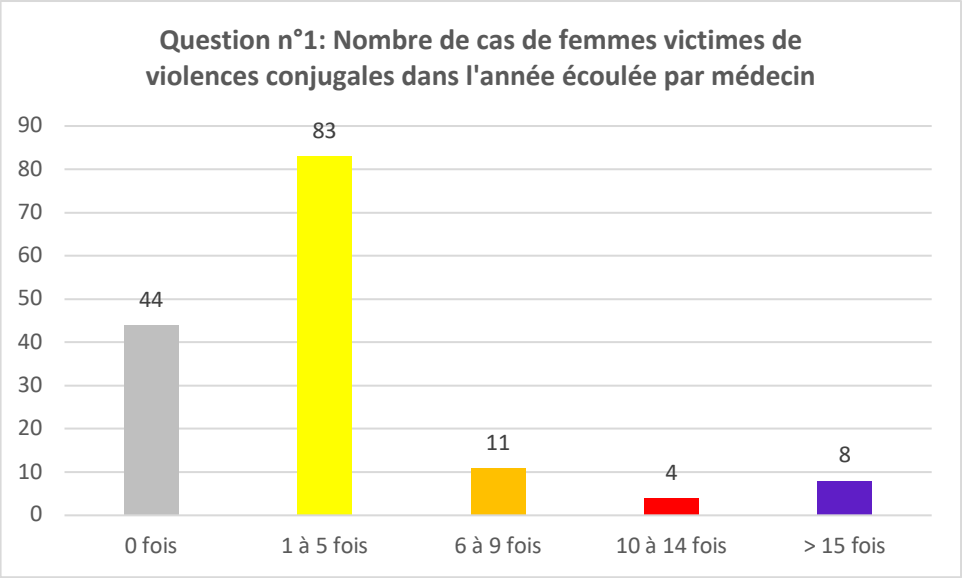
- **4** ont un DIU sur les violences faites aux femmes.
- **10** ont un DIU de gynécologie à destination des médecins généralistes.
- **4** ont un DIU de sexologie.
- **1** a un DIU IVG.
- **1** a un DIU de victimologie
- **1** a un DIU d'expertise médicale.

3. Réponses sur la partie concernant les violences conjugales

a. Question 1 : Nombre de fois où le médecin a été confronté à un cas de violences conjugales au cours de l'année écoulée

Parmi les 150 médecins ayant répondu au questionnaire, **29%** (n=44) n'ont été confronté aucune fois à un cas de femme victime de violences conjugales au cours de l'année écoulée, **56%** (n=83) 1 à 5 fois, **7%** (n=11) 6 à 9 fois, **3%** (n=4) 10 à 14 fois et **5%** (n=8) plus de 15 fois.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY



b. <u>Question 2 :</u> Situation clinique

Pour cette question, nous avions soumis une situation clinique fictive d'une patiente venant en consultation voir le médecin pour des douleurs abdominales chroniques. Au cours de celle-ci, elle exprime clairement qu'elle est victime de violences conjugales, à la fois verbales mais également physiques. Si l'on reprend le Vademecum « Secret médical et violences au sein du couple » rédigé par le Conseil de l'ordre des médecins et de la HAS, (44) et plus précisément les grilles pour juger de l'emprise et du danger immédiat, elle montre :

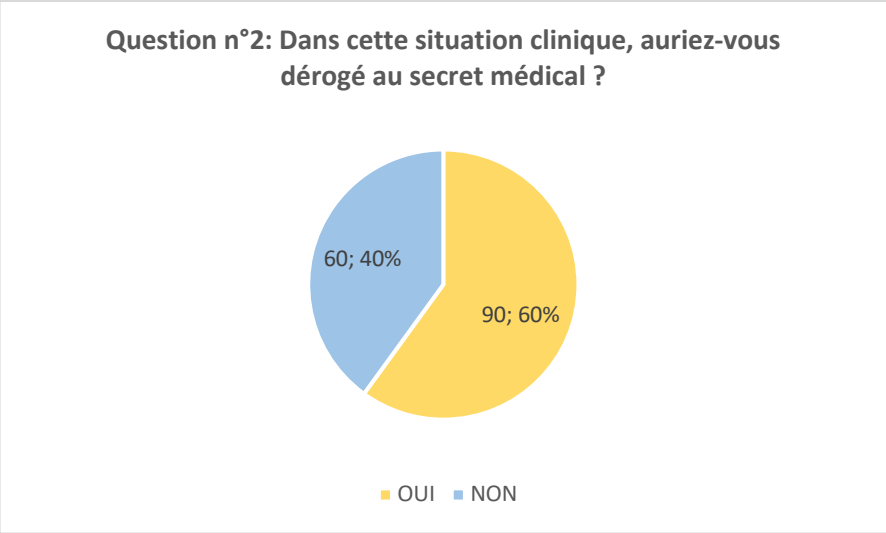
- Des signes évoquant qu'elle est sous <u>l'emprise</u> de son conjoint : elle reçoit des propos humiliants et dégradants de la part de celui-ci, elle est restreinte d'entrer en contact avec sa famille ou ses amis, elle s'estime responsable de la dégradation de la situation, elle est sous la dépendance financière de son conjoint, elle est sous contrôle de ses comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc).
- Des critères de <u>danger immédiat</u> : présence d'un enfant de moins de 2 ans, présence d'une arme au domicile.

Le médecin l'a incité à porter plainte mais elle a refusé.

Ainsi, si l'on se réfère à la nouvelle loi n°2020-936, datant du 30 juillet 2020 vue précédemment, dans cette situation, le médecin aurait pu déroger au secret médical et faire un signalement au procureur de la République.

Ainsi, parmi les 150 médecins ayant répondu au questionnaire, **60%** (n=90) répondent qu'ils auraient dérogé au secret médical dans cette situation, et mis en application cette nouvelle loi.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

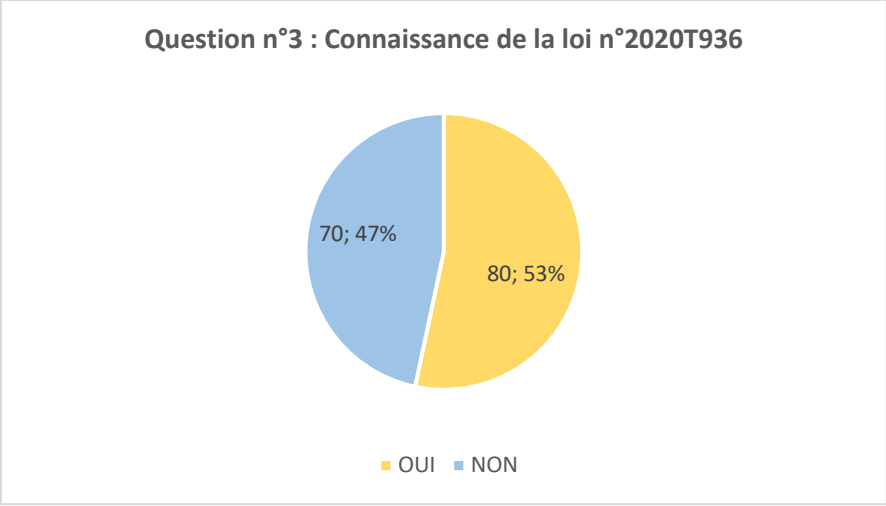


c. <u>Question 3 :</u> Connaissance de la loi n°20T936 du 30 juillet 2020

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le 30 juillet 2020, la nouvelle loi n°2020T936 a été votée, permettant au médecin de déroger au secret médical dans le cadre de violences conjugales, en cas de notion d'emprise et de danger immédiat, après avoir essayé d'obtenir l'accord de la victime. (41)

Dans cette question, nous avons interrogé les médecins sur leur connaissance de cette nouvelle loi.

Parmi les 150 médecins ayant répondu au questionnaire, **53%** (n=80) avaient connaissance de cette nouvelle loi.



Si l'on prend uniquement la population des médecins généralistes, sur 90 ayant répondu au questionnaire, **54,4%** (n=49) avaient connaissance de la loi.

Ainsi, la connaissance est globalement la même entre les médecins généralistes et les autres spécialités.

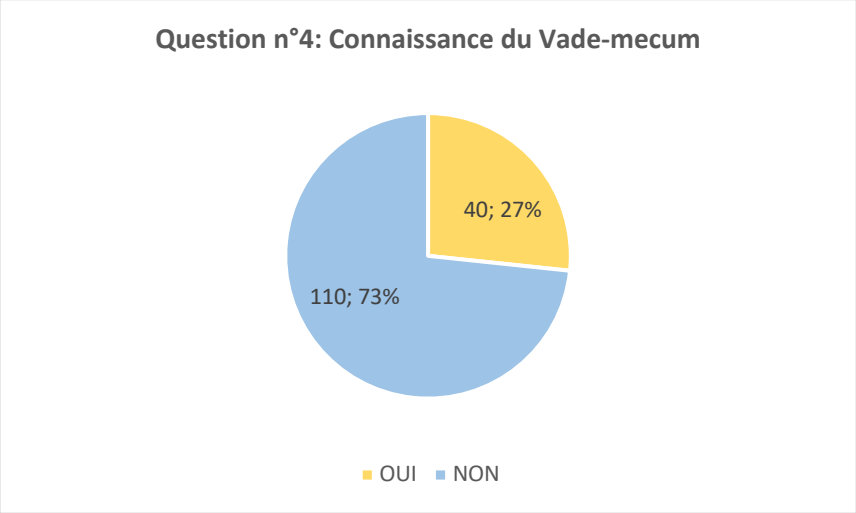
(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

d. <u>Question 4 :</u> Connaissance du Vade-mecum intitulé « Secret médical et violences au sein du couple ».

Pour rappel, ce Vade-mecum, publié en octobre 2020, a été rédigé par le ministère de la justice, en partenariat avec le CNOM et la HAS, afin d'accompagner les soignants dans la mise en place de cette nouvelle loi. (44)

Ce voulant comme un outil permettant de mieux comprendre cette nouvelle loi, et étant l'outil à la base de ce travail, nous avons voulu évaluer la connaissance que les médecins avaient de cet outil à leur disposition.

Parmi les 150 médecins ayant répondu, seuls **27%** (n=40) avaient connaissance de ce Vade-mecum.



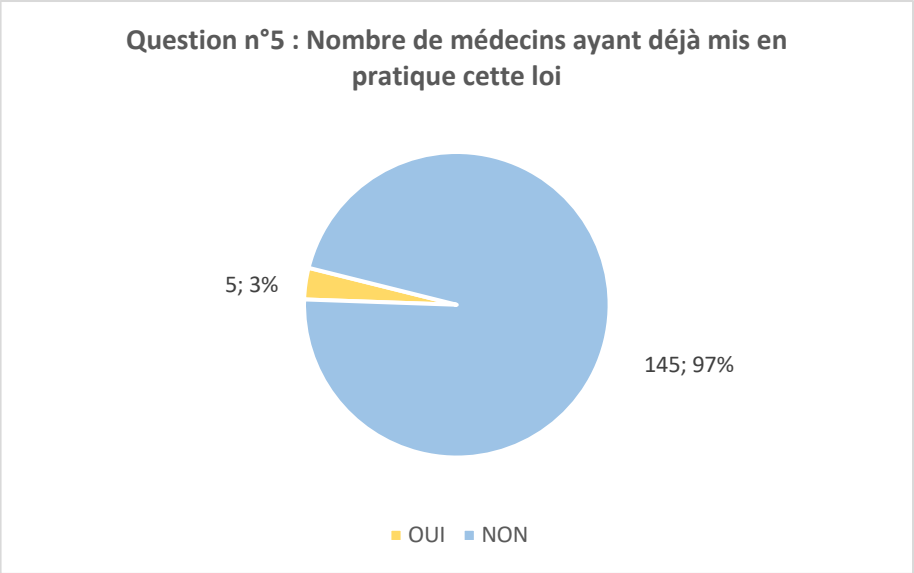
e. <u>Question 5 :</u> Utilisation de cette nouvelle loi

Dans cette question, nous avons voulu évaluer le nombre d'utilisation de cette nouvelle loi depuis sa sortie parmi les médecins interrogés.

C'était une question conditionnelle puisque, si le médecin répondait qu'il l'avait déjà utilisé, 2 questions lui étaient posées : « Combien de fois l'avez-vous utilisé ? » et « Seriez-vous prêt à l'utiliser de nouveau ? ». Par contre, si le médecin répondait qu'il ne l'avait jamais utilisé, une question lui était posée : « Seriez-vous prêt à l'utiliser si une situation répondant aux critères se présentait ? »

Parmi les 150 médecins interrogés, seul **5** médecins (**3,3%**) l'ont déjà mis en application.

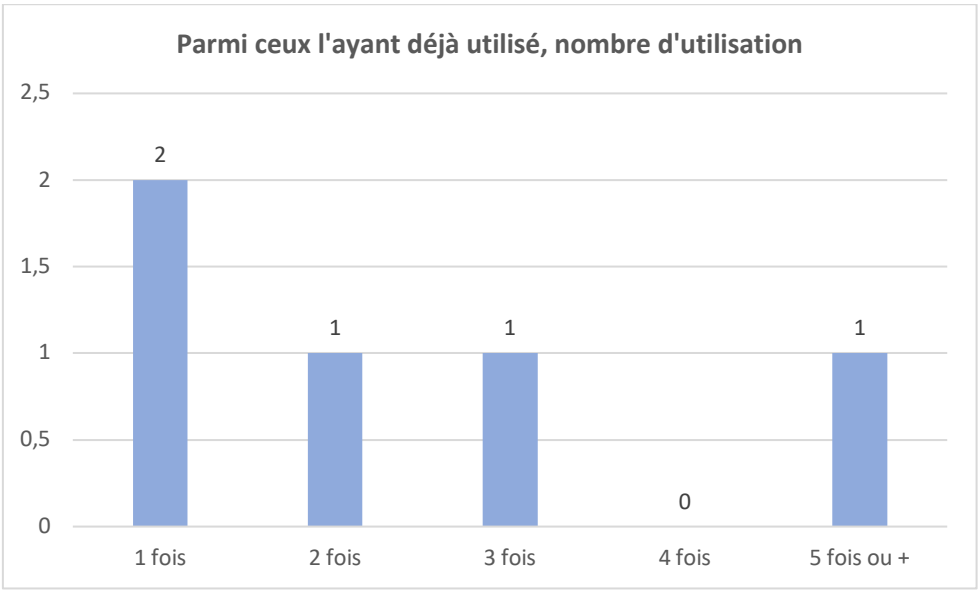
(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY



Parmi eux, on retrouve 2 médecins urgentistes, 2 addictologues et 1 pédopsychiatre.

Comme l'illustre le diagramme ci-dessous :

- 2 l'ont utilisé 1 fois
- 1 l'a utilisé 2 fois
- 1 l'a utilisé 3 fois
- 1 l'a utilisé 5 fois ou plus.



Ils sont **80%** (n=4) à répondre qu'ils l'utiliseraient de nouveau si une situation répondant aux critères se présentait.

Seul un des médecins a répondu qu'il ne le réutiliserait pas. Il s'agit d'un médecin urgentiste qui l'a mis en application 3 fois. Pour justifier sa réponse, il écrit « La prise en charge médicale et associative

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

doit faire conscientiser la victime sur les violences qu'elle subit et la faire se réapproprier sa vie. Les mesures proposées pour les mises à l'abri sont souvent inappropriées et conduisent souvent au retour au domicile des victimes. Un signalement sans accompagnement, sans anticipation de la suite et sans accord de la victime est à haut risque d'échec. »

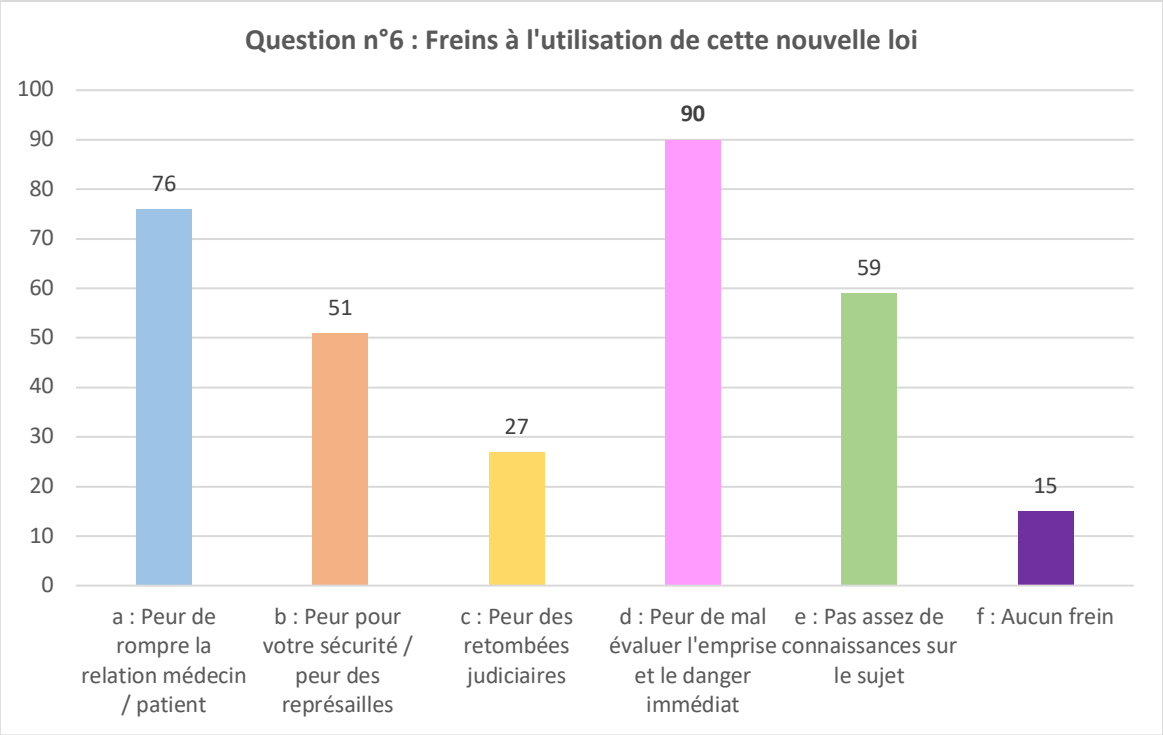
Parmi ceux ayant répondu qu'ils ne l'ont jamais mis en application, **95,8%** (n=139) se disent prêts à l'utiliser si une situation répondant aux critères se présentait. 6 médecins ont donc répondu qu'il ne l'utiliserait pas : on retrouve 4 médecins généralistes, 1 pneumologue et 1 psychiatre.

f. Question 6 : Freins à l'utilisation de la nouvelle loi

Dans cette question, nous avons voulu évaluer quels pourraient être les potentiels freins à l'utilisation de cette nouvelle loi pour les médecins. Cette question à choix multiples comportait 6 propositions, basées sur les recherches bibliographiques.

A la proposition **a « Peur de rompre la relation médecin / patient »**, 76 médecins y répondent favorablement (soit **50,66%** des personnes interrogées).
A la proposition **b « Peur pour votre sécurité / peur des représailles »**, 51 médecins y répondent favorablement (soit **34%** des personnes interrogées).
A la proposition **c « Peur des retombées judiciaires »**, 27 médecins y répondent favorablement (soit **18%** des personnes interrogées).
A la proposition **d « Peur de mal évaluer l'emprise et le danger immédiat »**, 90 médecins y répondent favorablement (soit **60%** des personnes interrogées).
A la proposition **e « Pas assez de connaissances sur le sujet »**, 59 médecins y répondent favorablement (soit **39,33%** des personnes interrogées).
15 médecins (soit **10%** des personnes interrogées) répondent **f « Aucun frein »**.

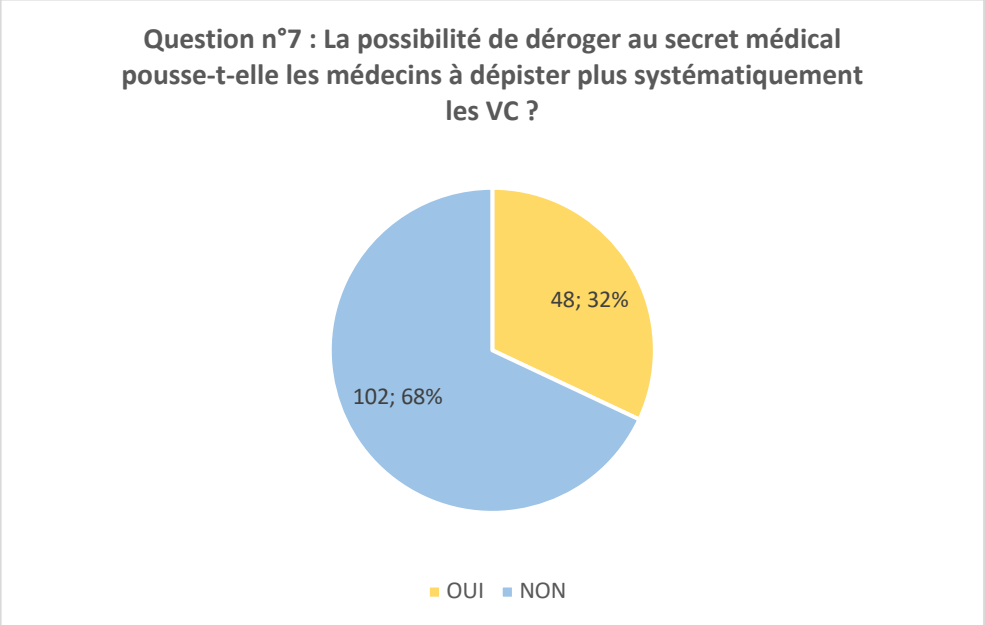
(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY



g. <u>Question 7 :</u> Dépistage systématique

Dans cette question, nous souhaitions déterminer si le fait d'avoir cette nouvelle loi à disposition poussait les médecins à dépister de façon plus systématique les violences conjugales en consultation.

Parmi les médecins interrogés, seuls **32%** (n=48) répondent qu'ils dépistent plus systématiquement les violences conjugales en consultation grâce à cette nouvelle loi. Si l'on s'intéresse spécifiquement aux médecins généralistes, ce chiffre tombe à **25,5%** (n=23).



(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

h. <u>Question 8 :</u> Idées d'autres aides permettant aux médecins de mieux dépister les violences conjugales

Pour la dernière question, nous avons souhaité laisser les médecins s'exprimer via une question non obligatoire et libre sur d'autres pistes pour améliorer encore plus le dépistage systématique des violences conjugales.

Parmi les 150 médecins interrogés, **58%** (n=87) ont répondu à cette question.

Afin de traiter cette question, nous avons décidé de regrouper les réponses en sous-catégories :

Une catégorie **« formation »** : **28** réponses rapportaient un besoin de formation constant, notamment sur le dépistage, les signes d'alerte, la prise en charge. *« Continuer à en parler régulièrement pour y penser plus souvent ».*

Certains demandent également des retours d'expérience de collègues ayant utilisés cette dérogation au secret médical dans le cadre de cette nouvelle loi pour être « rassurés » sur son utilisation et son intérêt. *« Des retours d'expérience anonymisés dans le cadre de formation avec les partenaires du terrain ».*

Enfin, d'autres demandent une formation à la fac au cours des études de médecine. *« Apprendre à la fac à le rechercher comme n'importe quel antécédent ».*

Une catégorie **« juridique »** : **13** réponses concernaient cette catégorie. Certains demandaient la constitution d'une aide juridique, en cas de doute sur ce signalement, notamment par le COM. *« Un accompagnement juridique pour ne pas se fourvoyer et nous mettre en situation de risque en dénonçant les faits ».*

D'autres souhaiteraient être informées des suites concrètes pour la victime, et avoir l'assurance que celle-ci sera bien prise en charge, notamment concernant le phénomène d'emprise qui conduit souvent les femmes à retourner vers leur agresseur, si elles ne sont pas correctement accompagnées. *« Avoir l'assurance qu'après l'information judiciaire, il y ait une prise en charge adaptée aux problématiques des mécanismes d'emprise ».*

Enfin, certains s'inquiètent des retombées pour la victime ou pour eux même, et souhaitent une assurance d'anonymat et de non danger en cas d'utilisation de cette loi. *« L'assurance qu'il n'y aura pas de conséquences dans l'exercice de mes fonctions (juridiques, représailles, etc.) ».*

Une catégorie **« ressource / réseau »** : **14** réponses concernaient le besoin de connaitre le réseau local, notamment en regroupant tous les acteurs pouvant être utiles, comme les associations d'aide aux victimes, les hébergements d'urgence, les avocats, etc. *« Meilleure connaissance du réseau (hébergement d'urgence, avocats spécialisés, etc.) ».*

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

D'autres proposent des staffs ou des réunions pour pouvoir en discuter à plusieurs et ne pas prendre la décision seul (notamment dans les Centres Hospitaliers). *« Staff hebdomadaire ».*

Beaucoup demandent des réponses concrètes à apporter aux victimes. *« Avoir plus de solutions pour orienter les victimes ».*

Enfin, un médecin propose de pouvoir orienter les femmes victimes de violences conjugales dépistées vers une consultation dédiée dans une structure indépendante. *« Consultation orientée dans une structure indépendante ».*

Une catégorie **« outil de dépistage »** : **21** réponses vont dans le sens de cette catégorie. La majorité recommandent le questionnement systématique : 4 le réalisent de façon systématique, à chaque consultation, 2 le demandent lors des consultations axées gynécologie/ contraception et un recommande de le demander lors de la première consultation. *« La question des violences conjugales fait partie de mon interrogatoire systématique pour tous les nouveaux patients ».*

Certains demandent la réalisation d'un questionnaire standardisé, avec niveau de preuve, permettant de poser correctement la question et de bien dépister les violences conjugales. *« Questionnaire efficace avec preuve ».*

3 médecins recommandent d'intégrer une case dans le logiciel médical pour y penser, au même titre que les cases « antécédents médicaux », « antécédents chirurgicaux » ou encore « toxiques ». *« Intégrer une case dans les logiciels médicaux ».*

D'autres recommandent de chercher les signes d'alerte tels que des troubles du sommeil, des troubles dépressifs, des changements de comportement, une perte d'appétit ou des traces de coup et donc de ne réaliser qu'un dépistage orienté, en cas de présence de ces signes. *« Poser des questions précises sur sommeil, état dépressif ou non, perte d'appétit, traces de coups sur le corps, changement de comportement … ».*

Un des médecins dit qu'il a déjà essayé de pratiquer le dépistage systématique, mais qu'à chaque fois, la question était perçue comme intrusive. *« Je faisais déjà un dépistage fréquent des violences conjugales. Le frein est toujours le même, la question est parfois vécue comme intrusive par certaines ».*

Certains demandent des campagnes d'information grand public via des affiches, des brochures ou encore en affichant le violentomètre en salle d'attente, par exemple, pour montrer aux patientes que le sujet intéresse le médecin et qu'elles peuvent en parler. *« De la documentation pour les patients pour porter à la connaissance du public cette réalité ».*

Enfin, un médecin propose la création d'un site internet de type « violence.clic » alors qu'un autre propose la création d'une ligne téléphonique anonymisée comme pour la CRIP.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Une catégorie **« temps »** : **9** médecins notent le manque de temps en consultation pour aborder ce sujet. Certains demandent une cotation spécifique pour une consultation mieux rémunérée et donc pour avoir plus de temps pour en parler, ou alors moins de travail administratif pour dégager du temps médical. Il est intéressant de noter que l'ensemble des médecins ayant abordé la thématique du temps sont des médecins libéraux, 8 étant des médecins généralistes et 1 étant un pédiatre.
« Avoir plus de temps de consultation avec une consultation mieux rémunérée et/ ou moins de travail administratif ».

Une catégorie **« enfants »** : **2** médecins remarquent que les enfants sont souvent une aide pour faire prendre conscience à la femme des violences qu'elle subit et pour la convaincre de quitter son agresseur. Reprenant le cas de la question 2, un des médecins déclare *« aussi dans ce cas, il est facile de faire un signalement sans utiliser cette procédure. J'aurai réalisé le signalement pour l'enfant : un enfant face à des violences conjugales est considéré comme un enfant mal traité. J'aurai pu expliquer cela à la maman. Les enfants sont souvent des clés pour débloquer des situations sans aller à l'encontre de l'avis de la maman. ».*

Une catégorie **« autre »** : **3** médecins répondent *« je ne sais pas »* à cette question et un médecin répond qu'il n'est pas médecin généraliste et donc qu'il n'est pas confronté à cette question. *« Je ne suis pas généraliste donc peu confrontée a ce genre de situations ».* Enfin, un médecin rappelle qu'il ne faut pas oublier les violences des femmes envers les hommes, notamment dans le cadre de séparations d'enfants volontaires.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Discussion

1. Les forces et les limites de cette étude

a. Les forces de l'étude

Depuis le lancement de ce travail de thèse et notamment la campagne de diffusion du questionnaire, plusieurs thèses ont été soutenues à ce jour portant sur ce même sujet, alors qu'à l'origine de ce travail, aucune thèse n'avait encore été réalisée. Cela montre bien l'impact qu'a eu la parution de cette nouvelle loi et les nombreuses interrogations qui en découlent. Cela montre également à quel point les violences conjugales sont un sujet d'actualité et un sujet majeur de santé publique actuellement dans notre pays. Il est intéressant de souligner que l'ensemble des travaux réalisés à ce jour n'interrogent que les médecins généralistes et ne se sont pas intéressés à l'ensemble des spécialités, médicales et chirurgicales, à l'inverse de notre travail.
Par ailleurs, la majorité des thèses réalisées sont des études qualitatives.

b. Les limites et biais de cette étude

Seuls 10% des médecins ayant été contacté pour cette étude y ont répondu, Il existe donc un biais de sélection, celle-ci n'étant pas représentative de la population cible. Également, on remarque que 69% des répondants sont des femmes, ce qui contraste avec la réalité du terrain et peut indiquer une plus grande attention des femmes vis-à-vis de ce sujet.
On pourrait imaginer que nos chiffres sont surestimés, les médecins ayant répondu ayant peut-être plus d'appétences pour le sujet. En effet, plusieurs médecins ont répondu au mail de diffusion du questionnaire qu'ils ne participaient pas à l'étude car ils ne se sentaient pas concernés par ce sujet, au vu de leur spécialité.
Par ailleurs, le caractère récent et encore trop méconnu de cette nouvelle loi et de ces modalités peut représenter un biais dans les sens où nous manquons de recul pour l'évaluer, étant donné le faible nombre de médecins l'ayant utilisé.
Enfin, on peut noter un biais d'interprétation, puisqu'une seule personne a interprété les résultats de l'étude.

2. Principaux résultats et comparaison avec la littérature

Dans cette partie, nous allons discuter des résultats de notre étude et les comparer aux travaux publiés récemment sur le même sujet.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

a. Chiffres des violences conjugales

Tout d'abord, en moyenne, dans notre étude, les médecins interrogés déclaraient être confrontés à 1 à 5 cas de femmes victimes de violences conjugales par an (56% des médecins), ce qui coïncident avec la littérature, avec une moyenne de 2 patientes par an par médecin généraliste. (52) C. Illes retrouve des chiffres similaires dans son travail de thèse avec une moyenne inférieure à 5 cas dépistés par an et par médecin. (48) Il en est de même pour la thèse réalisée par L. Vanoni, retrouvant moins de 5 femmes dépistées par an et par médecin. (53) Pourtant, des études ont montré qu'en vérité, en moyenne, 1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois. Ceci montre bien la sous-estimation des violences conjugales dans notre pays.

b. Connaissance de la loi et du Vade-mecum

Avant d'aborder cette nouvelle loi, nous avons voulu exposer un cas clinique aux médecins interrogés afin de déterminer leur connaissance des modalités de cette loi. Nous avons exposé le cas d'une jeune femme victime de violences conjugales depuis plusieurs années, montrant des signes évidents d'emprise (tels qu'ils sont présentés dans le Vade-mecum du conseil de l'ordre) (44) et des critères de danger immédiat (accélération des épisodes de violences, présence d'un enfant, présence d'une arme au domicile). Il était demandé aux médecins si dans ce cas, ils dérogeraient au secret médical et réaliseraient un signalement au Procureur de la République. 60% répondent favorablement à cette question. Pourtant, si l'on regarde les résultats de la question suivante, à savoir le nombre de médecins ayant connaissance de cette nouvelle loi, ils sont 53%. Ce qui veut dire que certains médecins auraient dérogés au secret médical sans avoir connaissance de cette nouvelle loi ?

Justement, au sujet de la connaissance de cette nouvelle loi, nous venons de voir que seule la moitié (53% des médecins) avaient connaissance de cette loi, à 2 ans de sa parution au journal officiel. Cela montre la nécessité de poursuivre la promotion de cette loi via des campagnes d'information à destination des médecins.

Et seul un quart des médecins (27%) avaient connaissance du Vade-mecum publié par le Conseil de l'ordre des médecins, en partenariat avec la HAS et le ministère de la justice.

Dans sa thèse, C. Trollé retrouve un nombre plus élevé de connaissance de ce Vademecum, avec 41% des médecins généralistes qui en ont connaissance.(54) Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre étude a également interrogé des médecins d'autres spécialités, qui ont pu être moins ciblés par les campagnes d'information à ce sujet.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

c. Utilisation de cette loi en pratique par les médecins interrogés

Nous avons ensuite souhaité évaluer l'utilisation de cette loi : parmi les médecins interrogés, seuls 5 médecins ont déjà utilisé cette loi, certains plusieurs fois. Parmi eux, il est intéressant de constater qu'ils sont 4 à déclarer qu'ils seraient prêts à la réutiliser si une situation semblable se présentait. Celui ayant répondu qu'il ne la réutiliserait pas l'a justifié par l'absence d'une prise en charge adaptée en aval de ce signalement. Selon ce médecin, l'accompagnement n'était pas suffisant pour permettre à la victime de se soustraire de l'emprise de son partenaire, ce qui représente un échec. Il nous semble donc primordial d'améliorer cet accompagnement et surtout d'expliquer les démarches une fois le signalement fait aux médecins, afin de renforcer l'adhésion à cette loi. C'est ce que retrouve L. Vanoni dans son travail de thèse, les médecins soulevant « la nécessité d'améliorer la prise en charge des femmes victimes après le signalement ». (53)

Par ailleurs, il est intéressant de souligner qu'aucun des 5 médecins de notre étude ayant dérogé au secret médical n'est un médecin généraliste, ce qui explique la différence de chiffres avec les autres thèses menées pour le moment. Étant toutes restreintes aux médecins généralistes, seule la thèse de J. Cotro et M. Aublet-Cuvelier retrouvait un médecin généraliste ayant déjà dérogé au secret médical dans le cadre de cette loi (55).

Cela pourrait s'expliquer par la crainte de prendre une décision de manière isolée, relatée dans la question 8 de notre étude, où plusieurs médecins avaient émis l'idée de prendre cette décision de façon collégiale, afin de diminuer le risque de se tromper ou le risque d'être poursuivis au niveau juridique.

Après discussion avec le Procureur de la République, Maître Laurent DE CAIGNY, peu de signalements ont été enregistrés. Bien qu'il n'ait pas pu me fournir le nombre exact de signalements effectués dans la Drôme depuis la sortie de la loi, il a affirmé que le nombre relevé dans ma thèse semblait représentatif.

Parmi les médecins n'ayant jamais utilisé ce signalement, ils sont une écrasante majorité (95,8%) à déclarer se sentir prêts à déroger au secret médical et à réaliser ce signalement si une situation répondant aux critères se présentait. Ce chiffre est encourageant et il semblerait qu'une meilleure formation sur le sujet permettrait aux médecins de mieux repérer les situations répondant aux critères du signalement, augmentant l'utilisation réelle de cette dérogation.

d. Freins à l'utilisation de cette loi

Comme les autres travaux de thèse réalisés sur ce sujet, nous avons souhaité mettre en évidence les principaux freins des médecins à l'utilisation de cette loi, afin de chercher des solutions pour les diminuer.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

La principale crainte retrouvait dans notre étude était celle de mal évaluer l'emprise et le danger immédiat. Ils étaient en effet 60% à répondre positivement à cette proposition.
Cette principale crainte est retrouvée dans les études similaires réalisés au cours des 2 dernières années. Dans la thèse réalisée par C. Trollé, les médecins expriment surtout des difficultés à l'évaluation de l'emprise (54). C'est ce que montre également la thèse réalisée par C. Illes sur le repérage de l'emprise, dans le cadre des violences conjugales, en médecine générale. Si 78% des médecins interrogés ont déjà entendu parler de l'emprise, la majorité répond que « les conséquences psychotraumatiques et l'ambivalence des victimes résultant de l'emprise sont un frein à leur prise en charge ».(48)
Pour rappel, le Vade-mecum cité précédemment reprend ces notions en les définissant et en citant des exemples. Ainsi, on pourrait se dire qu'une meilleure connaissance de ce Vade-mecum permettrait aux médecins de mieux évaluer ces 2 notions et donc de plus utiliser cette loi. Il nous semble donc important de promouvoir cet outil. Cependant, cet outil ne semble pas suffisant à lui seul pour maitriser cette notion difficile qu'est l'emprise. Des formations dédiées pourraient également être organisées.
Il apparait que le diagnostic d'emprise (autrement appelé contrôle coercitif) nécessite un suivi et ne puisse pas être un diagnostic transversal, à un instant t, lors d'une consultation médicale. Dans ce contexte, il semble que ce diagnostic soit plus adapté à la médecine générale, où le médecin est amené à revoir régulièrement sa patiente, pouvant juger avec le temps de ce concept. Il semble difficile de faire ce diagnostic pour un spécialiste qui ne verrait qu'occasionnellement la patiente. Cependant, comme on vient de le voir précédemment, cette loi nécessite une prise de décision difficile, qui apparait plus adaptée à une médecine hospitalière, puisque le médecin peut prendre cette décision de manière collégiale.
L'application en pratique de cette loi peut donc être questionnée et cela peut expliquer le faible recours à cette dérogation par les médecins, que ce soit dans notre étude ou dans les autres portant sur ce même sujet.

La deuxième crainte relatée par les médecins (50% des médecins interrogés) est la peur de rompre la relation entre le médecin et sa patiente.
Encore une fois, cette crainte est retrouvée dans les autres études. Dans la thèse réalisée par L. Vanoni, un médecin interrogé a évoqué la notion de sauveur et celle du triangle de Larpman, avec la crainte que le « sauveur » devienne en fait le « persécuteur ». (53) Dans la thèse qualitative menée par M. Aublet-Cuvelier et J. Cotro afin d'évaluer le point de vue des médecins généralistes de l'Isère au sujet de cette loi, un médecin interrogé qui avait dérogé au secret médical une fois, témoignait

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

qu'il n'avait pas revu la patiente et qu'il avait essayé plusieurs fois de la rappeler pour prendre de ses nouvelles, sans succès. (55)

Pourtant, si l'on s'intéresse au point de vue des femmes victimes ou ayant été victimes, on s'aperçoit qu'elles sont majoritairement favorables à cette dérogation, dans le cadre précis de la loi, si la situation le nécessite. C'est ce que montre la thèse de D. Javelot-Duval, qui s'est intéressée à l'avis des femmes victimes concernant cette nouvelle loi, via la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Bien que certaines évoquent le risque d'altérer cette relation et de diminuer le recours aux soins des victimes, la grande majorité des femmes interrogées estiment « qu'un signalement effectué dans le cadre de la loi serait vu comme une aide et un soutien ». (56) Les études de Sachs et al, et de Houry et al, réalisées aux États-Unis dans certains états où le signalement est obligatoire, concluent que cette loi ne dissuade pas les victimes de recourir aux soins. (57)(58)

Il semble donc important de rassurer les médecins à ce sujet. Cela montre également à quel point la notion de « secret médical » est ancré dans les esprits des médecins.

Ensuite, 39,33% des médecins interrogés déclaraient un manque de connaissance sur le sujet, ce que l'on peut traduire également par un manque de formation.

Ce sentiment est partagé dans les autres études qui ont été réalisées, notamment dans la thèse de C. Poitoux, où plusieurs médecins ont relaté un manque de formation initiale, lors des études, que certains tentent de compenser en participant à des FMC. D'autres médecins affirment ne pas se former car ils ne pensent pas avoir de cas de violences conjugales dans leur patientèle, méconnaissant l'ampleur des violences conjugales en France. (59)

Dans la thèse menée par C. Trollé, ils sont 32% des médecins interrogés à relater un manque de formation comme frein à ce dépistage, ce qui rejoint nos résultats. (54)

Ce manque de connaissance est également retrouvé dans les réponses de la question 8 de notre étude où les médecins relatent un besoin constant de formation, pour toujours y penser. Ils proposent la participation à des FMC, des campagnes d'information, la création d'outils de dépistage. Un médecin propose la création d'un site type « violence.clic » qui regrouperait des informations sur les violences conjugales, semblant méconnaitre le site « déclicviolence » (31). Un autre médecin propose la création d'un numéro pour les victimes, semblant méconnaitre le numéro 3919. (60)

Il nous semble donc primordial de promouvoir tous ces outils de manière nationale et à toutes les spécialités, afin d'améliorer la connaissance des médecins à ce sujet, et de favoriser leur adhésion au dépistage.

La question d'une meilleure formation au cours des études de médecine est également évoquée, tout comme dans la thèse de C. Trollé (54): en effet, le cycle des violences et notamment le phénomène d'emprise sont complexes et nécessitent d'être enseignés pour mieux comprendre les

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

victimes et ainsi créer une alliance thérapeutique. Concernant ce sujet, de plus en plus de cours sont proposés aux internes de médecine générale, comme à Lyon avec un atelier de 4h non obligatoire, ce qui représente une amélioration. Néanmoins, les internes des autres spécialités ne sont pas concernés et au cours du deuxième cycle, ce sujet n'est que très peu abordé dans les cours et les livres destinés aux étudiants en médecine. Certaines facultés proposent néanmoins des ateliers, cependant qui sont également facultatifs.

34% des médecins interrogés relatent une peur pour leur sécurité et la crainte de représailles. Cette crainte n'est pas développée dans les autres études mais nous semble primordiale à évoquer. Beaucoup relatent des craintes pour la sécurité de la victime évidemment, mais il est en effet vital de s'intéresser également au risque encouru par le médecin, si l'agresseur venait à être au courant de l'origine de ce signalement. Dans la question 8 de notre étude, un médecin demandait à être assuré d'anonymat en cas de réalisation de ce signalement. Cette question devrait être approfondie avec les autorités compétentes.

18% des médecins relatent une crainte des retombées judiciaires. Ce chiffre est encore plus important dans l'étude de C. Trollé, où 30,1% affirment que « le risque de procès au niveau de l'ordre des médecins » est un frein à ce signalement. En effet, la loi étant récente, il y a encore peu de recul sur la possibilité de jurisprudence de la part de l'auteur des faits de violences conjugales envers le médecin, si la victime réfute finalement ses dires, du fait de l'emprise exercée (54). Pourtant, dans son Vade-mecum, le conseil de l'ordre des médecins se veut rassurant, affirmant « que la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin qui effectue le signalement dans les conditions indiquées ne peut pas être engagée ». (44) C'est également ce qu'a affirmé le Procureur de la République de la Drôme, invitant les médecins à être vigilant et rigoureux lors de la rédaction du certificat médical initial et à consigner l'échange de façon détaillée dans le dossier médical de la femme victime.

Aussi, beaucoup de médecins relatent dans la question 8 un besoin d'être accompagnés d'un point de vue juridique pour cette prise de décision. Un certain nombre demande à ce que cette décision soit prise de façon collégiale, soit par une aide fournit par le conseil de l'ordre, soit via des réunions de concertation pluridisciplinaires. C'est ce que retrouve L. Vanoni dans son étude, beaucoup de médecins demandant de pouvoir prendre un avis extérieur. (53)
Dans ce sens, le conseil de l'ordre des médecins a créé, à l'échelle départementale, des commissions « Vigilances-violence-sécurité » (VVS) dont l'objectif est d'apporter une assistance juridique et décisionnelle aux médecins, ainsi qu'une boite à outils, pour leur permettre d'agir contre tous les

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

types de violences, notamment les violences conjugales. A ce jour, 101 départements bénéficient de ce type de commissions, dont le département de la Drôme. L'existence de ces commissions est donc un outil très important et une demande des médecins, mais qui semble peu connue de ces derniers. Il nous parait alors primordial que l'Ordre des médecins amplifie la diffusion de cette information. Par exemple, le conseil de l'ordre de la Drôme a organisé une rencontre entre les médecins et le Procureur de la République au mois d'octobre 2023, afin de promouvoir ces commissions et d'expliquer la loi. A cette occasion, les résultats de cette thèse ont été présenté. Il a été reconnu le besoin d'informer les médecins sur ces commissions, mais également sur les outils à leur disposition, tel que le Vade-mecum.

Autre point important, plusieurs médecins (tous médecins libéraux) ont relaté un frein auquel nous n'avions pas pensé initialement lors de la rédaction de notre questionnaire : le manque de temps. Celui-ci est beaucoup revenu dans la question 8 de ce questionnaire, mais également dans la littérature, notamment dans la thèse de C. Trollé, où 45,6% des médecins généralistes interrogés l'affirmaient (54). Pour pallier à ce manque de temps, certains médecins de notre étude suggèrent de dégager du temps médical en diminuant le temps administratif ou de pouvoir prendre plus de temps avec des consultations plus longues via une cotation spécifique, ce qui semble une option à envisager pour favoriser ce dépistage, surtout en médecine libérale.

Autre point sur lequel nous n'avions pas interrogés les médecins, mais qui a été abordé par un certain nombre dans la question 8, celui de la crainte d'un défaut de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en aval du signalement.
En effet, beaucoup de médecins trouvent que ce signalement n'est pas une solution si, dans les suites, la femme n'est pas correctement prise en charge, principalement d'un point de vue psychologique, pour se soustraire de l'emprise et d'un point de vue sécuritaire. C'est ce que relatait un des médecins de notre étude qui avait dérogé au secret médical et affirmait ne pas vouloir réitérer l'expérience, car la prise en charge en aval avait été insuffisante.
Ce sentiment est retrouvé dans la plupart des thèses réalisées à ce sujet, notamment celle de C. Poitoux, où les médecins relatent « un sentiment d'inaction de la justice » (59) ou encore dans la thèse de C. Trollé où il est pointé du doigt le fait que « le système judiciaire actuel ne permet pas de traiter avec rapidité les affaires et d'apporter une aide rapide, particulièrement dans ces situations d'urgence » (54). Venant appuyer ce sentiment, un rapport de l'inspection générale de la justice sur les homicides et tentatives d'homicides conjugaux sorti en 2019 montre une prise en charge jugée non satisfaisante de la part du système judiciaire. Cette étude s'est intéressée à 88 dossiers jugés définitivement portant sur des faits d'homicides ou de tentatives d'homicides liés à des violences

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

conjugales entre 2015 et 2016. On retrouve que 80% des plaintes antérieures des victimes avaient été classées sans suite. 15% des auteurs avaient déjà été condamnés pour des faits de violences conjugales, dont 77% pour des faits commis sur la même victime, montrant des dispositifs de protection insuffisants. Par ailleurs, 65% des victimes avaient dénoncé les faits aux forces de l'ordre, mais la majorité avaient été traité en mains courantes, donc non transmises au Parquet. (61)
C'est ainsi qu'un projet de loi est en cours afin de créer une « juridiction spécialisée aux violences intrafamiliales », afin d'accélérer les procédures, s'inspirant du modèle espagnol, référence dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Ce projet est toujours en cours de débat actuellement (62).
Il nous semble donc, au vu de tous ces éléments, primordial de renforcer les liens entre les médecins et le monde judiciaire, policier et associatif, afin d'améliorer la prise en charge des femmes victimes. Premièrement, beaucoup de médecins ne connaissent pas les suites du signalement, il serait donc intéressant d'organiser des réunions ou formations en partenariat avec tous ces acteurs, afin d'expliquer les suites prévues pour la victime. Ensuite, il pourrait être intéressant d'organiser des retours d'expérience de médecins ayant dérogé au secret médical dans ce cadre : c'est ce qu'ont proposé certains médecins de notre étude. On pourrait même envisager un retour d'expérience plus large, pourquoi pas de la part de victimes à qui cette dérogation au secret médical aurait bénéficié. Enfin, de nombreux points restent à améliorer d'un point de vue judiciaire pour fluidifier les démarches en aval du signalement.

Pour finir sur les freins à ce signalement, nous pouvons noter que 10% des médecins de notre étude ne relatent aucun frein.

Ainsi, nous pouvons en conclure qu'il existe encore de nombreux freins et craintes à l'utilisation de cette loi par les médecins. Une des solutions proposées est l'information et la formation, afin de rassurer les médecins, de leur fournir des outils et des aides à la réalisation de ce signalement, afin qu'ils repèrent les situations répondant à cette loi et qu'ils osent la mettre en pratique.

e. Impact de cette nouvelle loi sur le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'effet de cette nouvelle loi sur le dépistage systématique des violences conjugales, recommandé par la HAS, en supposant que l'apport de cette nouvelle loi pouvait être vu par les médecins comme une aide supplémentaire à la prise en charge des violences conjugales, et donc diminuer leur crainte de ne pas savoir quoi faire pour la victime si celle-ci ne veut pas porter plainte.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Nous avons donc interrogé les médecins à ce sujet : seuls 32% des médecins de notre étude affirment que la possibilité de déroger au secret médical dans le cadre de la loi les poussent à plus dépister les violences conjugales en consultation.
Alors que la HAS recommande de les dépister de façon systématique, à chaque consultation, depuis 2019, très peu de médecins pratiquent en réalité ce dépistage systématique. Pourtant, l'étude de L. O'Doherty et al a montré l'efficacité du dépistage systématique, affirmant que l'on a 3 fois plus de chances de dépister les violences en posant directement la question. (63)
Cependant, il me semble important de préciser que, récemment, bien après le début de cette étude, la HAS a nuancé ce propos lors du Webinaire organisé le 22/06/2023 cité précédemment. En effet, il a été reconnu qu'un dépistage systématique à chaque consultation pouvait être difficile pour les médecins, au vu du nombre de sujets à aborder. Il est cependant recommandé de poser la question à chaque première consultation, lors des consultations de dépistage, lors des consultations axées santé de la femme ou en cas de points d'appels, et de renouveler régulièrement cette question dans le temps.

Il nous semble également important de rappeler que, bien que les médecins généralistes soient considérés comme des médecins de premiers recours sur le sujet des violences conjugales, ce dépistage systématique est recommandé pour l'ensemble des médecins, quelle que soit leur spécialité. En effet, plusieurs médecins n'ont pas répondu à notre étude, affirmant ne pas se sentir concernés « car ils ne sont pas médecins généralistes ». Le repérage et la prise en charge des violences conjugales est un problème majeur de santé publique, et à ce titre, tous les professionnels de santé sont concernés.
Ainsi, bien qu'étant une aide supplémentaire dans la prise en charge des violences conjugales, cette loi à elle seule ne semble pas suffisante pour améliorer de façon optimale le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, par le dépistage systématique.

3. Ouverture

Au vu des résultats de notre étude, il nous parait intéressant de réaliser une étude interrogeant spécifiquement les médecins ayant utilisés cette loi, afin d'avoir leurs retours. Plus encore, une étude pourrait être menées auprès des femmes victimes qui ont bénéficié de cette dérogation afin de déterminer si cela a permis de les soustraire de leurs agresseurs et de les sortir de cette situation de violences, de façon pérenne.
Il pourrait également être intéressant de comparer les prises en charge en ville et en campagne, dans le sens où, dans les petits villages, les patientes ont peut-être plus de craintes à se confier à leur

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

médecin traitant puisque celui-ci suit l'ensemble du village. C'est ce qu'a relaté le capitaine de gendarmerie que j'ai pu rencontrer lors de la réunion avec le CDOM de la Drôme.
Enfin, il parait intéressant de renouveler ce type d'étude dans quelques années, avec plus de recul sur cette nouvelle loi.
La notion de « contrôle coercitif », récemment introduite en France, pourrait révolutionner la traduction juridique des violences conjugales dans notre pays, et pourra faire l'objet de travaux ultérieurs.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Faculté de Médecine Lyon Est
8 avenue Rockefeller
69373 LYON Cedex 08

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

CONCLUSIONS

Les violences conjugales sont un sujet majeur de santé publique en France, et au cœur du débat publique et politique depuis plusieurs années. A ce titre, la HAS a publié en 2019 des recommandations à destination des professionnels de santé, préconisant notamment le dépistage systématique des violences conjugales en consultation, par tous les médecins. Dans les suites du Grenelle sur les violences de 2019, de nombreuses mesures ont été prises afin d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. L'une d'elle est la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020, portant sur la dérogation du secret médical par les médecins, en cas d'emprise et de danger immédiat. Le CDOM a, à cet effet, publié un Vade-mecum afin de faciliter la compréhension de cette loi. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'effet de cette nouvelle loi sur le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins, généralistes et spécialistes, de la Drome.
Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la connaissance de cette loi par ces médecins et de déterminer les freins à son utilisation.

Nous avons mené une étude quantitative observationnelle du 18 avril au 10 juillet 2023, à destination des médecins, généralistes et spécialistes, de la Drôme (26). Un questionnaire est adressé par mail sous forme de QCM à cocher. L'analyse est quantitative descriptive.

Sur les 150 médecins interrogés (90 médecins généralistes et 60 médecins d'autres spécialités), 53% avaient connaissance de cette loi et 27% connaissaient le Vade-mecum censé être une aide à son utilisation. 5 médecins avaient déjà utilisé cette nouvelle loi (une à plusieurs fois), dont 4 se disant prêts à le refaire si nécessaire. 95,8% des médecins n'ayant jamais dérogé au secret médical se disaient par ailleurs prêts à le faire si la situation se présentait. Le principal frein rapporté par les médecins est la peur de mal évaluer l'emprise et le danger immédiat (60%) suivi de la crainte de rompre la relation médecin/ patiente (50,66%). Les autres freins relatés sont le manque de formation, la crainte de représailles ou de poursuites judiciaires, le manque de temps et un défaut de prise en charge des femmes en aval du signalement.
Seuls 32% des médecins interrogés affirment que la possibilité de déroger au secret médical dans le cadre de la loi les poussent à plus dépister les violences conjugales en consultation.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Cette étude a mis en lumière le pourcentage encore trop faible de médecins ayant connaissance de cette loi et encore plus du Vade-mecum à leur disposition, censés être une aide à son utilisation. De nombreux freins ont été relatés par les médecins à l'utilisation de cette loi : la crainte de mal évaluer

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Faculté de Médecine Lyon Est
8 avenue Rockefeller
69373 LYON Cedex 08

l'emprise et le danger immédiat, la crainte de rompre la relation entre le médecin et sa patiente, le manque de formation sur le sujet, la crainte pour leur sécurité ou de poursuites judiciaires, le manque de temps, l'accompagnement insuffisant des victimes en aval du signalement. Seuls 32% des médecins interrogés affirment que la possibilité de déroger au secret médical dans le cadre de la loi les poussent à plus dépister les violences conjugales en consultation.

Ainsi, bien qu'étant une aide supplémentaire dans la prise en charge des violences conjugales, cette loi à elle seule ne semble pas suffisante pour améliorer de façon optimale le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, par le dépistage systématique. Il nous apparait primordial d'améliorer la formation des médecins à ce sujet, de promouvoir les outils et aides à leur disposition pour prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales, de les rassurer sur l'utilisation de cette loi, notamment par des retours d'expériences de médecins ou de femmes victimes ayant bénéficié de cette loi et en renforçant la collaboration entre les médecins, la justice, la police et les associations d'aide aux victimes. Il nous apparait également important de rappeler que le repérage des femmes victimes de violences conjugales concernent l'ensemble des professionnels de santé, et donc l'ensemble des médecins, quel que soit leur spécialité.

Le Président de la thèse,

Professeur Laurent FANTON

Vu :

Pour le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine
Lyon Est

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer Lyon, le

18 OCT. 2023

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Bibliographie

1. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
2. L'impact des violences conjugales sur les enfants [Internet]. [cité 3 déc 2022]. La différence entre violences conjugales et conflits conjugaux/parentaux. Disponible sur: https://www.violencesconjugales-enfants.fr/comprendre/
3. Vasseur P. [The profile of female victims of conjugal violence]. Presse Medicale Paris Fr 1983. 18 déc 2004;33(22):1566-8.
4. Femmes victimes de violences au sein du couple : repérage [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ebmfrance.net/fr/Pages/fra/ebm/ebm0035f.aspx
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
6. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2021 | Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actu-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021
7. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes
8. Les femmes, premières victimes des violences conjugales | Insee [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047799
9. French Study.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: https://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/French%20Study.pdf
10. Gouvernement.fr [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Un Grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/actualite/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales
11. World Health Organization, Organization PAH. Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence [Internet]. World Health Organization; 2012 [cité 3 déc 2022]. Report No.: WHO/RHR/12.36. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432
12. SOS violence conjugale [Internet]. [cité 3 déc 2022]. 9 conséquences de la violence conjugale. Disponible sur: https://sosviolenceconjugale.ca/fr/outils/sos-infos/9-consequences-de-la-violence-conjugale
13. L'impact des violences conjugales sur les enfants [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Violences conjugales. Disponible sur: https://www.violencesconjugales-enfants.fr/
14. Décret n° 2021-1516 du 23 novembre 2021 tendant à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille. 2021-1516 nov 23, 2021.
15. CEDH, AFFAIRE I.M. ET AUTRES c. ITALIE, 2022, 001-220989 [Internet]. AHJUCAF; 2022 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: https://juricaf.org/arret/CONSEILDELEUROPE-COUREUROPEENNEDESDROITSDELHOMME-20221110-001220989
16. Cavalin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. :9.
17. Le cycle des violences| Déclic Violence [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://declicviolence.fr/p/une-spirale-infernale
18. Corbet C. Dépistage des violences conjugales et utilisation des outils d'aide à la protection des femmes victimes chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. 13 oct

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

2021;92.
19. De nouveaux outils à disposition pour lutter contre les violences conjugales | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/focus/de-nouveaux-outils-disposition-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales
20. fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
21. Janeiro OJ. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes. 21 juin 2018;64.
22. Barenton V. Formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales: Impact sur la pratique des internes de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_BARENTON_Valentine.pdf
23. Aime M, Saint-Martin P, Telmon N, Rerolle C. Evaluation à l'unité médico-judiciaire du CHU de Tours du critère « danger immédiat » chez les femmes victimes de violences conjugales qui ne déposent pas plainte [Internet]. France; 2020 [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2020_Medecine_AimeMelanie.pdf
24. Bugday D. Dépistage des violences conjugales: points de vue et pratiques de médecins généralistes européens [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2011.
25. Peiffer T, Ismail F, Marcotte O. Que modifie l'apport du score diagnostic HITS de dépistage des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins généralistes: une étude qualitative. France; 2019.
26. SPF. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool
27. fs_femmes_violence_agir_092019.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf
28. Je suis professionnel | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel#outils_par_besoin
29. Violences au sein du couple | Arrêtons les violences POUR LES PATIENTES [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple
30. Déclic Violence [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: https://declicviolence.fr/
31. Malhanche P. Déclicviolence: site internet d'aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand ; 1976-2016, France]: Université de Clermont I; 2016.
32. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/search?s=Violences+sexuelles
33. seinesaintdenis.fr. seinesaintdenis.fr. 2023 [cité 1 juin 2023]. Le violentomètre : un outil pour aider à mesurer la violence dans le couple. Disponible sur: https://seinesaintdenis.fr/violentometre
34. Boize J. Adhésion des femmes au dépistage systématique des violences conjugales par leur médecin traitant [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

2019). UFR de médecine; 2019.
35. Pouliquen M. Dépistage des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale: attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste en Charente et Charente-Maritime [Internet] [Thèse d'exercice]. [1970-..., France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/5ef2c2e2-b8fa-4c2c-9ee4-0afdc23a76b5
36. Grignou M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: étude AVIC-MG en région Centre-Val de Loire [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2021 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2021_Medecine_GrignouManon.pdf
37. Bracq S, Ozanne S, Hermil JL, Tournel G, Pellerin L, Brousse B. Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecins généralistes [Internet]. 1966-...., France; 2021 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/3127599
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2023]. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate
39. Crouzil B. Secret professionnel. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 3 sept 2023]. p. 273-6. (Hors collection). Disponible sur: https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-273.htm
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2023]. Article 4 - Secret professionnel. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel
41. Secret médical et violences conjugales : comprendre et appliquer la loi du 30 juillet 2020 [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://www.editions-legislatives.fr/actualite/secret-medical-et-violences-conjugales-comprendre-et-appliquer-la-loi-du-30-juillet-2020/
42. Lebrun PB. La vulnérabilité. Empan. 2015;98(2):112-6.
43. Trois ans après le lancement du Grenelle des violences conjugales, le Gouvernement renforce encore son engagement pour lutter contre les violences faites aux femmes | Égalité-femmes-hommes [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/trois-ans-apres-le-lancement-du-grenelle-des-violences-conjugales-le-gouvernement-renforce-encore
44. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2020 [cité 1 juin 2023]. Secret médical et violences au sein du couple. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/secret-medical-violences-couple
45. L'emprise : mise en place et stratégie des auteurs | Déclic Violence [Internet]. [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: https://declicviolence.fr/p/lemprise-mise-en-place-et-strategie-des-auteurs
46. Ronai E, Durand É. Avant-propos. Le droit d'être protégée. Un devoir de protection. In: Violences conjugales [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 6 juin 2023]. p. III-IX. (Santé Social). Disponible sur: https://www.cairn.info/violences-conjugales--9782100769575-p-III.htm
47. Salmona M. Chapitre 10. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. In: Violences conjugales et famille [Internet]. Paris: Dunod; 2016 [cité 6 juin 2023]. p. 98-107. (Psychothérapies). Disponible sur: https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-p-98.htm

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

48. Illes C. Repérage de l'emprise, dans le cadre des violences conjugales, en médecine générale: enquête de pratique auprès des médecins généralistes d'Auvergne Rhône-Alpes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-...., France]: Université Claude Bernard; 2022 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: https://n2t.net/ark:/47881/m62v2fx6
49. Halary C, Designolle C. Repérage de l'emprise, dans le cadre des violences conjugales, en médecine générale: repérage et prise en charge de l'emprise par les médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-...., France]: Université Claude Bernard; 2021 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: https://n2t.net/ark:/47881/m6028r84
50. Riflart H. Les mécanismes d'emprise et le contrôle coercitif subis dans les violences conjugales: une méta-synthèse [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: https://n2t.net/ark:/47881/m6kw5fhz
51. Robert J. Les situations d'urgence en droit constitutionnel. Rev Int Droit Comparé. 1990;42(2):751-64.
52. Un problème de santé publique sous estimé | Déclic Violence [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://declicviolence.fr/p/un-probleme-de-sante-publique-sous-estime
53. Vanoni L. Violences conjugales et secret médical: impact de la loi du 30 juillet 20220 visant à protéger les victimes de violences conjugales sur la pratique médicale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Université de Lorraine; 2022 [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2022_1123_VANONI_LAURA.pdf
54. Trollé C. Les freins à l'application du Vademecum du 30 juillet 2020 sur la levée du secret médical dans les violences conjugales en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-...., France]: Université de Lille; 2023 [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM052.pdf
55. Aublet-Cuvelier M, Cotro J. La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales, le point de vue des médecins généralistes en Isère [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2022 [cité 29 août 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03839833/document
56. Javelot-Duval D, Alejos Alonso M, Barrière P, Bouton C, Rousseau R, Barrios L. La levée du secret médical: enquête auprès de femmes victimes de violences conjugales [Internet]. Nantes, France; 2022 [cité 29 août 2023]. Disponible sur: https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=b3f9fd57-7d34-4337-aeea-9af0f63d7f6a
57. Sachs CJ, Koziol-McLain J, Glass N, Webster D, Campbell J. A population-based survey assessing support for mandatory domestic violence reporting by health care personnel. Women Health. 2002;35(2-3):121-33.
58. Houry D, Feldhaus K, Thorson AC, Abbott J. Mandatory reporting laws do not deter patients from seeking medical care. Ann Emerg Med. sept 1999;34(3):336-41.
59. Signalement des violences entre partenaires intimes : opinions et considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes, enquête qualitative - Université de Bordeaux - Mémoires [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-BORDEAUX/dumas-03371924
60. J'ai besoin d'aide | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide
61. Rapport de l'IGJ sur les homicides conjugaux | Ministère de la justice [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2023]. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/rapport-ligj-homicides-conjugaux
62. Sénat [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Création d'une juridiction spécialisée aux violences intrafamiliales. Disponible sur: https://www.senat.fr/leg/ppl22-173.html
63. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 22 juill

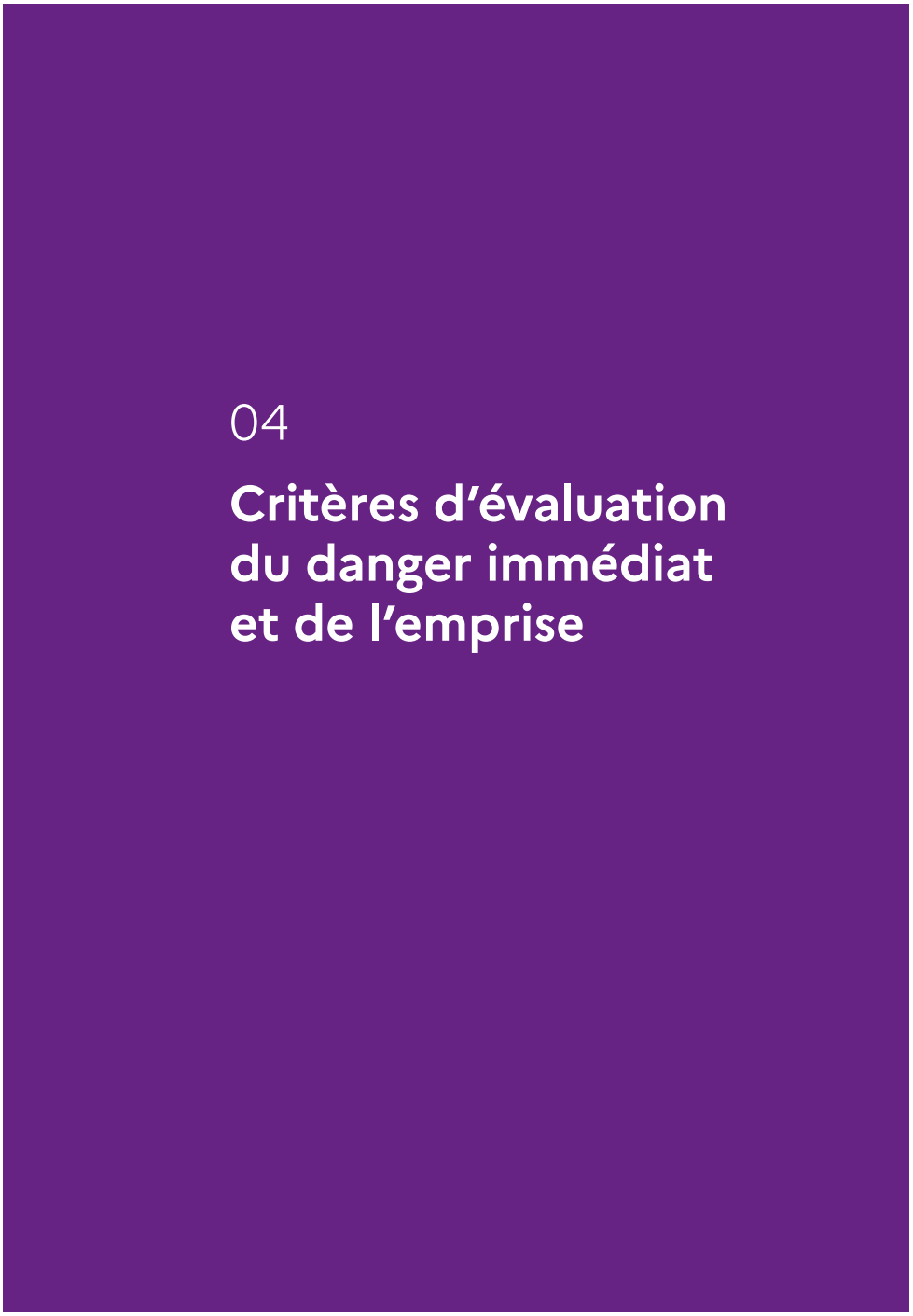
(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

2015;2015(7):CD007007.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Annexes

Annexe n°1 : Extrait du Vade-mecum – grilles d'évaluation de l'emprise et du danger immédiat



11

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Questions

Le danger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?

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

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

13

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Questions
L'emprise
La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?
La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?
La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?
La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?
La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?
La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?
La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ? Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?
La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?
La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ? Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?
La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

14

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Annexe n°2 : Questionnaire

Objectif :
Mesurer comment la loi n°2020-936, datant du 30 juillet 2020, concernant l'élargissement de la dérogation au secret médical dans le cadre des violences conjugales, a modifié la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins du département.
Il y a 21 questions dans ce questionnaire.

VIOLENCES CONJUGALES :

1) Combien de fois avez-vous été confronté, au cours de l'année écoulée, à des cas de femmes victimes de violences conjugales ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 à 5 fois
- 6 à 9 fois
- 10 à 14 fois
- 15 fois ou +

2) Vous recevez en consultation Mme B, 32 ans, que vous connaissez depuis 20 ans. Elle est mariée depuis 9 ans et elle a un enfant de 6 mois. Vous la suivez actuellement pour des troubles du sommeil et des douleurs abdominales, plutôt étiquetées troubles somatoformes. Elle revient régulièrement vous voir et vous ne trouvez jamais de solutions à ses douleurs ; vous avez essayé plusieurs régimes (éviction des laitages, éviction du gluten ...), qui ont fonctionné un temps, mais les douleurs finissent toujours par réapparaître. Vous suivez aussi sa mère, qui vous décrit que depuis son mariage, elle a de moins en moins de contact avec sa fille. Au début de son mariage, elle travaillait comme employé de bureau et aimait son travail, mais petit à petit, devant l'insistance de son mari, elle a abandonné son travail pour se consacrer à sa vie de famille et notamment aux tâches ménagères. Vous la connaissez bien, c'était une jeune fille qui avait l'habitude de se maquiller et de s'apprêter, mais depuis quelque temps, vous avez remarqué qu'elle néglige de plus en plus son apparence. Son mari est policier, il possède donc une arme de service. Il y a 1 mois, vous l'aviez reçu en consultation : elle était arrivée en pleurs à cause de ses douleurs abdominales. Elle vous avait expliqué "qu'elle l'avait bien mérité", "qu'elle avait poussé à bout son mari" et "qu'il n'avait pas eu d'autres solutions que de la frapper à plusieurs reprises, notamment au niveau du ventre". Cliniquement, il n'y avait plus de trace des coups, vous aviez uniquement retrouvé une raideur de nuque en lien avec une contracture musculaire. Vous la revoyez un mois plus tard pour son renouvellement d'hypnotique : elle vous déclare que son mari "s'est encore énervé hier" et qu'il lui a dit "qu'il serait mieux si elle n'était plus là". Malgré votre énième encouragement, elle refuse de porter plainte car elle sait qu'il l'aime et que c'est sa faute, car en ce moment, "ça ne va pas bien dans son travail", "qu'elle est nulle et qu'elle ne sait pas comment l'aider". De plus, "c'est un très bon père pour son enfant".
Dans cette situation clinique, auriez-vous dérogé au secret médical et réalisé un signalement au Procureur de la République ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

3) Avez-vous connaissance de la loi n°2020-936, datant du 30 juillet 2020, concernant l'élargissement de la dérogation au secret médical dans le cadre des violences conjugales ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

4) Avez-vous connaissance du Vademecum élaboré par le Conseil National de l'ordre des médecins à destination des professionnels de santé, pour les aider dans la compréhension et l'exécution de cette dérogation ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

5) Avez-vous déjà utilisé cette dérogation au cours de votre activité depuis sa sortie ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui :
Combien de fois l'avez-vous utilisé depuis sa mise en application ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois ou +

Seriez-vous prêt à le renouveler si une situation semblable se reproduit ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si non :
Seriez-vous prêt à l'utiliser si une situation répondant aux critères de dérogation se présentait ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

6) Quels seraient les freins à l'utilisation de cette dérogation ?
Cochez la ou les réponses qui vous semblent justes (plusieurs réponses sont possibles) :

a. Peur de rompre la relation médecin/ patient
b. Peur pour votre sécurité/ peur des représailles
c. Peur des retombées judiciaires
d. Peur de mal évaluer l'emprise et le danger immédiat
e. Pas assez de connaissances sur le sujet
f. Aucun

7) La possibilité de déroger au secret médical vous pousse-t-elle à dépister plus systématiquement les violences conjugales en consultation ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

8) Qu'est ce qui pourrait vous aider encore plus pour réaliser ce dépistage systématique ?
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nous attendons ici des pistes pour améliorer encore plus le dépistage systématique des violences conjugales. Réponse non obligatoire.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

IDENTITÉ DES PERSONNES SONDÉES :

9) Vous avez :
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- Plus de 60 ans

10) Vous êtes :
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Un homme
- Une femme

11) Vous êtes :
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Médecin généraliste
- Autre spécialité
  Laquelle ?
  Veuillez écrire votre réponse ici :

12) Votre type d'activité :
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- En cabinet libéral seul
- En cabinet libéral de groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire (MSP)
- Activité salariée
- Exercice partagé ville/ hôpital
- Médecin remplaçant

13) Votre lieu d'activité :
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Rural
- Semi-rural
- Urbain

14) Avez-vous suivi une formation sur les violences conjugales (faculté, FMC, DU ...) ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Oui
- Non

Si oui, laquelle/ lesquelles ?
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

15) Possédez-vous un DU, une FST ou une capacité ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Oui
- Non

Si oui, laquelle/ lesquelles ?
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Merci de votre participation.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

Dans les suites du Grenelle de 2019 contre les violences faites aux femmes, l'article 226-14 du code pénal s'est enrichi de l'alinéa :
« 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 »

Les CDOM (Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins) sont dotés d'une **commission Vigilance-Violences-Sécurité** dont les membres peuvent être un soutien pour le médecin signalant dans le cadre de cette démarche souvent difficile.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous référer au site Déclic Violence (lien ci- dessous) :
http://declicviolence.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

<u>Annexe n°3 :</u> Mail associé au questionnaire diffusé par le CDOM de la Drôme

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Dans le cadre de mon travail de directeur de thèse, membre du Conseil de l'Ordre et de la commission VVS (Vigilances-Violences-Sécurité), nous réalisons avec une interne en médecine générale une étude quantitative sur le sujet des violences intra-familiales.

Nous nous sommes aperçus que la communication des informations entre ce qui est disponible et ce qui est connu n'est pas optimale.

De manière **exceptionnelle** nous vous demandons de participer, cela a un intérêt et pour la thésarde et pour la commission VVS du Conseil départemental de l'Ordre et peut-être un peu pour vous.

Je vous remercie de participer à ce questionnaire concernant votre pratique.
>>> Lien du questionnaire :
https://violencesconjugalessecretmedical.limesurvey.net/439249?lang=fr

Il s'agit d'un travail de recherche réalisé au sein de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Toutes les réponses sont évidemment anonymes.
Merci d'avance de votre participation !

Docteur Christophe PIGACHE, professeur de médecine générale, Conseiller ordinal, membre de la commission VVS
Laura MAURY, interne de médecine générale à la faculté de Lyon Est.

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

<u>Annexe n°4 :</u> Réponses brutes apportées à la question n°8

Les réponses à la question 8 telles qu'elles ont été soumises par les participants sont réunies ci-dessous :

« Une aide juridique du CD »

« Meilleure connaissances des suites du signalement »

« Un questionnaire efficace avec preuve »

« Formation supplémentaire à la communication pour amener les patientes à parler »

« Questionnement systématique »

« Je ne sais pas » « ? »

« Une meilleure connaissance des interlocuteurs éventuels pour les patientes victimes"

« Connaitre les situations les plus à risque, les signes d'alerte »

« Une formation par le conseil de l'ordre »

« Dépistage des violences sur les enfants »

« Formation sur le dépistage et sur les ressources d'accompagnement à proposer sur le territoire »

« En parler, nous informer via les infos du conseil de l'ordre par exemple … »

« Ne pas me sentir coupable (car cela coûte du temps) de dialoguer avec les patients sur des sujets périphériques au soin qui apportent une connaissance plus fine des ressources psychiques du patient »

« Je faisais déjà un dépistage fréquent des violences conjugales. Le frein est toujours le même, la question est parfois vécue comme intrusive par certaines. »

« Formations sur ce sujet »

« Avoir plus de temps en consultation »

« Un entretien avec un tiers comme une psychologue »

« Que dans les unités de signalement, on soit sûr que la victime soit bien aidée »

« L'intégrer dans le cadre d'un "check UP santé" (comme on vérifie les vaccins dépistages systématique, la pression artérielle ou un bilan biologique) »

« Poser la question systématiquement en consultation gynéco comme la question d'atcd de violences sexuelles »

« Une formation spécifique »

« Travail en réseau / sécurité / confiance dans les partenaires justice / police / gendarmerie »

« La question des violences conjugales fait partie de mon interrogatoire systématique pour tous les nouveaux patients »

« Un formulaire pour aider à poser les bonnes questions permettant de dépister ces violences »

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

« Le signalement n’est en rien une prise en charge médicale. Faire un signalement c’est déposséder la patiente de son autonomie. La prise en charge médicale et associative doit faire conscientiser la victime sur les violences qu’elle subit et la faire se réapproprier sa vie. Les mesures proposées pour les mises à l’abri sont souvent inappropriées et conduisent souvent au retour au domicile des victimes. Un signalement sans accompagnement, sans anticipation de la suite et sans accord de la victime est à haut risque d’échec. »

« Plus de moyens d'accompagnement pratiques (et de communications autour de ces moyens) des femmes victimes de violences et de leurs enfants »

« Un lien privilégié avec le CCAS »

« Poser questions précises sur le sommeil, l’état dépressif ou non, perte d'appétit, traces de coups sur le corps, changement de comportement… »

« Connaître la loi sur cette dérogation »

« Formations courtes, brochures »

« Être mieux armés / formés pour aider les victimes au-delà du dépôt de plainte »

« Meilleure connaissance du réseau (hébergement d'urgence, avocats spécialisés,) »

« Le temps d’écoute »

« Être assurée de la protection de la personne violentée et de moi-même »

« Apprendre à la fac à le rechercher comme n'importe quel antécédent »

« Staff hebdomadaire »

« De l'information »

« Ne pas oublier aussi les violences des femmes envers les hommes notamment en cas d'éloignement volontaire d'enfant. Un de mes patient s'est suicidé à cause de ça, il n'était pas violent avec son épouse. Ne pas stigmatiser les victimes, hommes ou femmes et instaurer une relation de confiance »

« Dans le cadre du centre de santé sexuelle dans lequel je travaille, nous avons dans le dossier de la patiente une ligne Violences Conjugales au même titre que les addictions, ATCD…. »

« Des retours d'expérience de confrère l'ayant utilisé. Aussi, dans ce cas clinique, il est facile de faire un signalement sans utiliser cette procédure : j'aurai réalisé le signalement pour l'enfant : un enfant face à des violences conjugales est considéré comme un enfant mal traité. J'aurai pu expliquer cela à la maman. Les enfants sont souvent des clefs pour débloquer des situations sans aller à l'encontre de l'avis de la maman. »

« Du temps médical … »

« C’est simple, les femmes finissent par te parler ou les signe d'alertes poussent à un interrogatoire plus poussé et le secret médical facilite l'échange »

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

« Le questionnement systématique en cas de nouveau/nouvelle patient(e)s, la mise à disposition dans les salles d'attente d'affichettes et de violentomètres »
« Suivre une formation »
« Certitude de l'anonymat du médecin »
« Me former mieux sur le sujet »
« De la documentation pour les patients pour porter à la connaissance du public cette réalité »
« A mon avis, on doit être prudent à mettre en question une relation. S'il n'y a aucun signe de violence et si la patiente ou le patient n'en parle pas, je n'irais pas plus loin. Je ne ferai pas de dépistage systématique si aucun soupçon »
« Des retours d'expérience anonymisés dans le cadre de formation avec les partenaires du terrain »
« Continuer à en parler régulièrement pour y penser plus souvent »
« Brochure d'aide au dépistage »
« Je ne sais pas »
« Une meilleure connaissance de la conduite à tenir »
« Consultation orientée dans une structure indépendante »
« Poser la question de façon systématique »
« Des formations sur le dépistage, les signaux d'alerte »
« Meilleure formation »
« Formations régulières à l'abord des patientes dans cette situation »
« Je ne suis pas généraliste donc peu confrontée a ce genre de situations »
« Une formation spécifique, méconnaissance totale du cadre juridique »
« Une information claire sur la procédure en cas de signalement (conséquences) + un contact direct de personnes au niveau judiciaires qui s'occupent du sujet (j'avais notion d'un établissement vers Tournon en cours de création) »
« Un questionnaire type, un peu standardisé »
« Avoir plus de solution pour orienter les victimes »
« Avoir plus de temps, avoir des consultations longues avec les personnes pour vraiment créer un climat de confiance »
« Faire des formations + intégrer une case dans la liste des ATCD sur les logiciels médicaux, comme les allergies ou les vaccins, pour penser à la cocher ou non »
« Avoir plus de temps de consultation avec une consultation mieux rémunérée et/ou moins de travail administratif »
« Ligne téléphonique anonymisée comme pour la CRIP (mais peut-être est-ce déjà possible par ce canal, je reconnais de grosses lacunes au sujet des violences conjugales) »
« Tout simplement poser la question à la patiente lors des visites axées femme/contraception. »

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

« Campagne d'information grand publique »
« Si les peines étaient bien exécutées, si toutes les plaintes étaient reçues avec facilité… »
« Listing des établissements pouvant accueillir en sécurité ces femmes en détresse »
« Création d'un outil d'aide à la prise en charge (numéros/adresses/procédures) simplifié sous la forme d'un violence.clic »
« Connaitre des signes objectifs de violences. »
« Des formations à ce sujet »
« Question à poser lors de toute consultation initiale : Avez-vous déjà subi des violences ? »
« L'assurance qu'il n'y aura pas de conséquences dans l'exercice de mes fonctions (juridiques, représailles etc.) »
« Au GHPP, il y a un groupe VFF avec lequel je travaille en cas de violences familiales. J'aimerais discuter d'un cas avec vous : sans que la patiente n'ait fait de démarches par elle-même, le juge aurait écrit que son mari a été incarcéré due à une plainte de la victime alors qu'elle n'a jamais déposé de plaintes. Je suis désormais sur mes gardes »
« Une sensibilisation »
« Formation juridique autour de la loi »
« Affiches dans la salle d'attente qui expliquent justement que nous sommes tenus au secret médical et qu'on peut nous parler »
« Formation mais surtout à destination de tous les médecins dont les remplaçants. Cette exclusion est idiote car on ne peut pas progresser »
« Avoir l'assurance qu'après l'information judiciaire, il y ait une prise en charge adaptée aux problématiques des mécanismes d'emprise, et surtout des actions plus précoces, et surtout des dispositifs adaptés aux personnes à besoins spécifiques. Car aider Me LAMBDA n'est pas le plus difficile. Aider Me LAMBDA avec des problématiques d'addiction et/ou de troubles psy, dans un environnement familial qui était déjà dysfonctionnel, c'est encore plus difficile. Aider Me LAMBDA qui n'a pas de médecin généraliste qui la connaisse bien, c'est pareil. La dérogation est une très bonne chose, mais pouvoir réellement proposer des outils pour une "vraie mise à l'abri" et une résolution de la mécanique d'emprise, c'est encore mieux. »
« Un accompagnement juridique pour ne pas se fourvoyer et nous mettre en situation de risque en dénonçant les faits »
« Plus de temps d'écoute »
« Le questionnement systématique »
« Une meilleure information de la conduite à tenir et plus de temps avec la patiente pour comprendre et l'aider, donc aussi une consultation mieux rémunérée en médecine générale »
« Plus de temps et des réponses immédiates à apporter »

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY

MAURY Laura

La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales : effet de la loi du 30 juillet 2020 sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales par les médecins de la Drôme.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les violences conjugales sont un sujet majeur de santé publique en France, et au cœur du débat publique et politique depuis plusieurs années. A ce titre, la HAS a recommandé en 2019 le dépistage systématique des violences conjugales en consultation, par tous les médecins. Le Grenelle des violences de 2019 a abouti au vote de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020, portant sur la dérogation du secret médical par les médecins, en cas d'emprise et de danger immédiat. Dans les suites, le CDOM a publié un Vade-mecum afin d'en faciliter sa compréhension. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'effet de cette loi sur le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes et spécialistes.
Méthode : Étude quantitative à destination des médecins, généralistes et spécialistes, de la Drôme (26) par questionnaire.
Résultats : Sur les 150 médecins interrogés, 53% avaient connaissance de cette loi et 27% connaissaient le Vade-mecum. 5 médecins avaient déjà utilisé cette nouvelle loi (une à plusieurs fois), dont 4 se disant prêts à le refaire. 95,8% des médecins n'ayant jamais dérogé au secret médical se disaient par ailleurs prêts à le faire si la situation se présentait. Le principal frein rapporté était la peur de mal évaluer l'emprise et le danger immédiat (60% des médecins). Seuls 32% des médecins interrogés affirment que la possibilité de déroger au secret médical dans le cadre de la loi les poussent à plus dépister les violences conjugales en consultation.
Conclusion : Cette étude a mis en lumière le pourcentage encore trop faible de médecins ayant connaissance de cette loi et encore plus du Vade-mecum. De nombreux freins ont été relatés par les médecins à l'utilisation de cette loi. Ainsi, bien qu'étant une aide supplémentaire dans la prise en charge des violences conjugales, cette loi à elle seule ne semble pas suffisante pour améliorer de façon optimale le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, par le dépistage systématique. Il nous apparait primordial d'améliorer la formation des médecins à ce sujet, de promouvoir les outils et aides à leur disposition, de les rassurer sur l'utilisation de cette loi et de renforcer la collaboration entre tous les acteurs de cette prise en charge.

MOTS CLÉS :
Violences conjugales, levée du secret médical, signalement, dépistage systématique

JURY :
Monsieur le Professeur FANTON Laurent
Monsieur le Professeur SAOUD Mohamed
Monsieur le Professeur associé DE FREMINVILLE Humbert
Monsieur le Professeur associé PIGACHE Christophe

DATE DE SOUTENANCE : 21.11.2023

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEURE :
Laura MAURY, 76 rue Maryse Bastié, 69008 – lauramaury17@hotmail.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) MAURY