

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alice RICHARD

Le 7 juillet 2023

TITRE

VIOLENCES CONJUGALES ET LEVÉE DU SECRET MÉDICAL :
QUELS REGARDS DU MONDE JUDICIAIRE ET ASSOCIATIF ?

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thierry DUNAND

JURY

Président : Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Monsieur le Docteur Thierry DUNAND

Madame le Docteur Hélène FANTON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alice RICHARD

Le 7 juillet 2023

TITRE

**VIOLENCES CONJUGALES ET LEVÉE DU SECRET MÉDICAL :
QUELS REGARDS DU MONDE JUDICIAIRE ET ASSOCIATIF ?**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thierry DUNAND

JURY

Président : Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Monsieur le Docteur Thierry DUNAND

Madame le Docteur Hélène FANTON

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CAMU William	HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	KLEIN Bernard	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAFFARGUE François	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUJOLS Pierre	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SEGARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MICHEL François-Bernard	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	GUIITER Pierre	MION Charles	VIDAL Jacques
	HEDON berbard	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

Docteurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	JONQUET Olivier	VOISIN Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PUJOL Joseph
BLANC François	LARREY Dominique		
BONAFE Alain	LE QUELLEC Alain		
BOULENGER Jean-Philippe	MARES Pierre		
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry		
BRINGER Jacques	MAURY Michèle		
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick		
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand		
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis		
DAUZAT Michel	MOURAD Georges		
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian		
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy		
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	RIBSTEIN Jean		
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François		
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles		
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques		
HERISSON Christian	UZIEL Alain		

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation

LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPTIER Guillaume	Anatomie

CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MATECKI Stéfan	Physiologie

MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale



GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MÜLLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSEE Mireille Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine Biologie cellulaire



SCHUSTER-BECK Iris Physiologie
 THEVENIN-RENE Céline Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie Physiologie
 BERGOUGNOUX Anne Génétique
 BOETTO Julien Neurochirurgie
 CHIRIAC Anca Immunologie
 DESHAYES Emmanuel Biophysique et médecine nucléaire
 DUFLOS Claire Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 DU THANH Aurélie Dermato-vénérologie
 ENGELMANN Ilka Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie
 GATINOIS Vincent Histologie, embryologie et cytogénétique
 GOUZI Farès Physiologie
 HERBAUX Charles Hématologie, transfusion
 HUBERLANT Stéphanie Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
 LEVEQUE Maude Parasitologie et mycologie
 MARIA Alexandre Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
 PANTEL Alix Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 RANISAVELJEVIC Noémie Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynécologie médicale
 ROUBILLE Camille Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
 SOUCHE François-Régis Chirurgie viscérale et digestive
 SZABLEWSKY Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine Neurosciences
 DELABY Constance Biochimie et biologie moléculaire
 MAIMOUN Laurent Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
PAVAGEAU Sylvain
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique	FAURE Elsa	MARTIN Lucille	SEGURET Fabienne
AGUILHON Sylvain	BRONER Jonathan	FILLERON Anne	MATTATIA Laurent	SENESSE Pierre
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo	FILLOLS Mélanie	MEROUEH Fadi	SERRE Jean-Emmanuel
ALRIC Jérôme	CARR Julie	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SKALLI EI Medhi
AMEDRO Pascal	CARTIER César	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SOLA Christelle
AMOUROUX Cyril	CASPER Thierry	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SOULLIER Camille
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe	GENY Christian	MORAU Estelle	SOUKSI MEDIONI Isabelle
ARQUIZAN Caroline	CATHALA Philippe	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	STOEBNER DELBARRE Anne
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel	GINIES Patrick	MOSER Camille	TEOT Luc
BADR Maliha	CHARBIT Jonathan	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	THIRION Marina
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry	GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël	TUNEZ Virginie
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Jo	GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent	VACHIERY-LAHAYE Florence
BASSET Didier	COLIN Olivier	GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François	VERNES Eric
BATIFOL Dominique	CONEJERO Ismael	HEDON Christophe	PEYRON Pierre-Antoine	VIALA Maurice
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu	HENRY Vincent	PICARD Eric	VINCENT Laure
BAUCHET Luc	CORBEAU Catherine	JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	WAGNER Laurent
BELL Ariane	COROIAN Flavia-Oana	JEDRYKA François	POQUET Héléne	WALTHER LOUVIER Ulrike
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah	JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BENNYS Karim	CUNTZ Danielle	KINNE Mélanie	PUPIER Florence	
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte	LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier	
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Aurore	LABORDE Caroline	RAFFARD Laurence	
BIBOULET Philippe	DE BOUTRAY Marie	LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca	
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie	LANG Philippe	RIBRAULT Alice	
BLANC Brigitte	DEBIEN Blaise	LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte	
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion	LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme	
BLANCHET Catherine	DENIS Héléne	LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie	
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles	LE MOINE DONY Marie-Christine	RONGIERES Michel	
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto	LETERTRE Simon	ROULET Agnès	
BOURRAIN Jean Luc	DJANIKIAN Flora	LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh	
BOUYABRINE Hassan	FAIDHERBE Jacques	LUQUIENS Amandine	SANTONI Fannie	
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte	MANZANERA Cyril	SASSO Milène	



REMERCIEMENTS

Table des matières

I) Introduction.....	23
1. Définitions	23
2. Les femmes, premières victimes des violences au sein du couple	24
3. Les violences conjugales, sexistes et sexuelles, un sujet devenu sociétal	25
4. Des constats amenant à faire évoluer la loi	26
5. La levée du secret médical pour les victimes majeures, une décision capitale	28
6. La levée du secret médical : une réponse adaptée à la lutte contre les violences conjugales ?	31
II) Matériels et méthodes.....	33
1. Caractéristiques des chercheurs	33
2. Type d'étude.....	33
3. Sélection de la population.....	33
4. Consentement de participation à l'étude	34
5. Aspects éthiques	34
6. Déroulement des entretiens	35
7. Le recueil de données.....	35
8. L'analyse des données.....	36
III) Résultats.....	38
1. Caractéristiques des participant.e.s	38
2. Les catégories conceptualisantes	39
2.1 Des ressentis généraux très divers à propos de la loi du 30 juillet 2020	39
2.2 Le danger immédiat : une première notion complexe.....	40
2.3 L'emprise : une deuxième notion complexe	42
2.4 Des avis en faveur de la levée du secret médical.....	44
2.5 Des avis en défaveur de la levée du secret médical.....	48
2.6 Des facteurs limitant le signalement judiciaire par le ou la professionnel.le de santé.....	51
2.7 La légitimité des professionnel.le.s de santé dans la prise en charge des violences conjugales .	56
IV) Discussion.....	59
1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature.....	59
2. Forces et limites de l'étude	67
2.1 Forces de l'étude	67
2.2 Limites de l'étude	68
3. Perspectives.....	69
V) Conclusion.....	71
VI) Bibliographie	72

V) Annexes.....	77
1. Annexe 1 : lettre d'information des participant.e.s	77
2. Annexe 2 : consentement de participation à l'étude	79
3. Annexe 3 : corpus	80
4. Annexe 4 : tableau d'analyse.....	81
5. Annexe 5 : arguments en faveur et en défaveur de la loi évoqués par chaque participant.e.s	115
6. Annexe 6 : première version du guide d'entretien	122

« Non mais attendez, c'est quoi le modèle de votre escalier ?! J'ai l'impression que chaque mois vous tombez de l'escalier. [...] C'est quoi ? Du pin, du chêne...? »

Je crois que c'est du hêtre.

Non, madame, ce n'est pas du hêtre : un être ne ferait jamais ça... Donc je pense que c'est du chêne... Vous savez, comme les chaînes qui nous relient à des situations très difficiles qu'on a du mal à quitter. »

Nicole Ferroni

l) Introduction

1. Définitions

Les violences conjugales peuvent être définies comme « un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles » (1). Elles recouvrent des réalités différentes et concernent toutes les populations, quels que soient la culture, le statut socio-économique, la profession, la religion ou encore l'âge.

Mais revenons d'abord point par point sur la présente définition.

Le « processus évolutif » se caractérise par 4 phases qui varient au fur et à mesure que la violence s'intensifie : les périodes de tension et de justification tendent à disparaître, laissant place à des périodes d'agression de plus en plus longues et des périodes de rémission de plus en plus courtes.

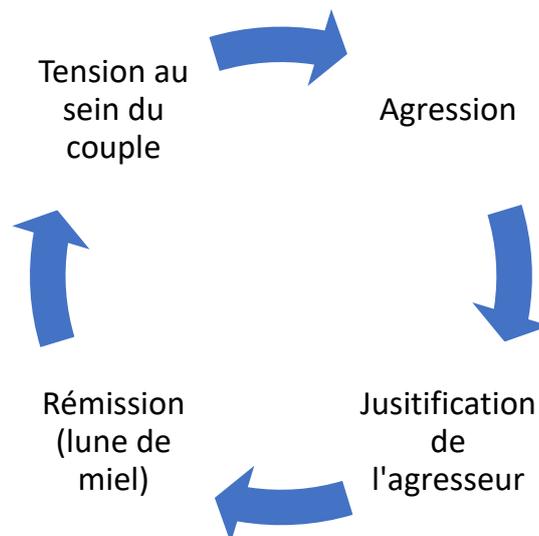


Figure 1. Le cycle de la violence conjugale (d'après Lenore E. Walker, 1979)

La « relation privilégiée » est une relation de couple, présente ou passée, « officielle » (au sein d'un mariage, d'un Pacs...) ou « non officielle » (relation non stable, extra-conjugale...).

Il faut bien comprendre que la violence conjugale diffère du conflit conjugal par le déséquilibre présent dans la relation : celle-ci n'est pas égalitaire mais basée sur un rapport de pouvoir vertical et asymétrique.

Ainsi, la « domination » est souvent sous-tendue par une idéologie plaçant la femme dans une position inférieure à celle de l'homme. Evidemment, l'inverse existe aussi, de manière beaucoup moins fréquente (2). C'est donc de l'oppression exercée par des hommes sur des femmes dont nous parlerons dans la suite de cette thèse.

Au moins 3 autres formes de violence peuvent être retrouvées, autres que « physiques, psychiques ou sexuelles » (3) :

- Économiques (confiscation des moyens de paiement, interdiction de travailler...);
- Administratives (confiscation du passeport, d'un diplôme...);
- Cyberviolences (contrôle des déplacements par des logiciels espions, harcèlement via les réseaux sociaux, obligation d'être joignable en permanence...).

Ces violences peuvent se combiner entre elles et leur intensification mène, dans le pire des cas, au féminicide.

2. Les femmes, premières victimes des violences au sein du couple

Chaque année en France, 213 000 femmes majeures en moyenne subissent des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint (4).

En 2021, 122 femmes ont trouvé la mort dans le cadre de violences au sein du couple, soit un décès tous les trois jours environ. Cela représente 20 féminicides de plus qu'en 2020, bien que ce chiffre soit globalement en lente diminution depuis une dizaine d'année (Figure 2) (5,6).

En comparaison, 21 hommes ont été tués par leur (ex-) conjoint. Un homicide a eu lieu au sein d'un couple homosexuel et dans près de la moitié des cas, les autrices avaient été victimes de violences antérieures de la part de leur (ex-) partenaire.

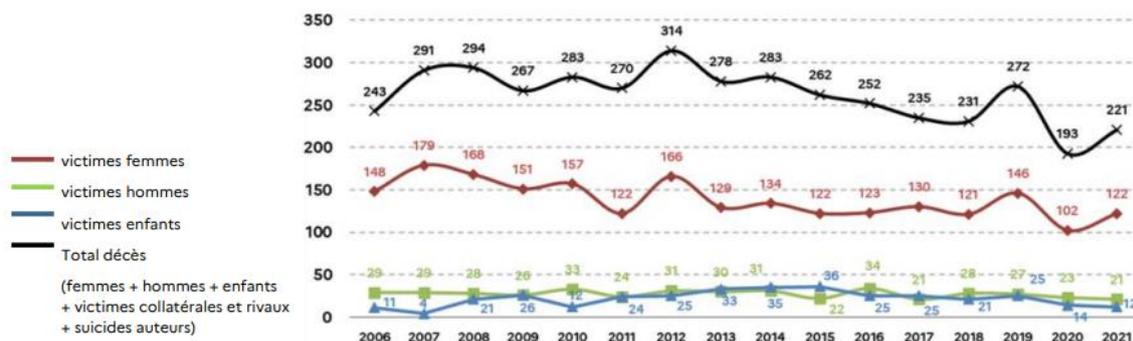


Figure 2. Nombre de décès annuel liés aux violences au sein du couple entre 2006 et 2021 (MIPROF, 2022)

35 000 auteurs ont été condamnés pour des faits de violences sur leur partenaire ou ex-partenaire en 2021 : 95 % sont des individus masculins (6). Cette proportion d'auteurs presque uniquement constituée d'hommes est le reflet de plusieurs siècles de banalisation de ces faits, voire même d'encouragement.

Car au Moyen Age, ce que nous appelons aujourd'hui « violences conjugales » est nommé à l'époque « devoir de correction » : les chefs de famille ont l'obligation de remettre « dans le droit chemin » une épouse qui n'agirait pas comme ils le décident. L'époux considéré comme trop laxiste se voit, par exemple, obligé de chevaucher un âne à l'envers et de supporter les humiliations de ses compatriotes en place publique : c'est l'aousade, tolérée jusqu'au XVI^e siècle (7). En 1804, Le Code Civil rédigé par Napoléon prive officiellement la femme de tous droits juridiques, au même titre « que les mineurs, les criminels et les débiles mentaux » (8). Plus alarmant encore, quelques années plus tard, le meurtre de son épouse surprise en flagrant délit d'adultère est permis...

Il faudra attendre 1938 pour voir naître une série de lois qui émanciperont les femmes et leur donneront des droits, tels que s'inscrire à la faculté, avoir un contrat de travail ou ouvrir un compte en banque (9). Les mentalités évoluent progressivement et, en 1978, ouvre le premier centre d'hébergement pour les femmes victimes en France. Quatorze années après, les violences commises par le conjoint sont considérées comme une circonstance aggravante par la justice.

De cette manière, les dernières décennies voient le problème des violences intrafamiliales prendre de plus en plus d'espace dans le débat public. Dans les années 2010, une massive libération de la parole de victimes de violences sexistes et sexuelles a justement permis de rendre ce sujet incontournable dans tout ce qu'il a d'omniprésent et de tragique.

3. Les violences conjugales, sexistes et sexuelles, un sujet devenu sociétal

En 2017, des millions de femmes du monde entier vont reprendre le hashtag #MeToo (sur la plateforme Twitter), lancé initialement en 2006 par Tarana Burke en soutien aux victimes d'agressions sexuelles dans les quartiers défavorisés de Harlem à New York. La somme de témoignages concernant du sexisme ordinaire, du harcèlement ou encore des agressions

sexuelles est vertigineuse : en 1 an, ce sont plus de 17 millions de tweets qui vont être diffusés (10).

Au-delà d'avoir permis à certaines femmes de sortir du silence, ce phénomène signe l'avènement d'un mouvement féministe plus global : celui-ci pousse la société à repenser les rapports entre les sexes et à se mobiliser contre les inégalités et les violences subies par les femmes.

Le 25 novembre 2017 (jour de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes), l'égalité femmes-hommes est déclarée « grande cause nationale » du quinquennat par l'Elysée. C'est dans ce contexte qu'est lancé en France en septembre 2019 le Grenelle des violences conjugales, replaçant ainsi ce sujet au centre du débat sociétal et des préoccupations politiques.

Le Grenelle a abouti à l'établissement de 46 mesures (11) parmi lesquelles nous pouvons citer : former et sensibiliser dans les écoles, les gendarmeries et les entreprises, étendre les horaires du numéro d'écoute téléphonique des victimes (le 3919), favoriser la prise en charge des auteurs de violence, augmenter le nombre de places d'hébergement d'urgence...

Ces mesures ont reçu un accueil mitigé, car jugées insuffisantes par de nombreuses associations qui dénoncent un manque de financement pour l'éducation, la prévention des violences, la prise en charge des victimes et la formation des professionnel.le.s (12). Quand 506 millions d'euros seraient nécessaires au minimum afin d'améliorer la prise en charge des victimes de violences conjugales (13), seuls 79 millions sont engagés par le gouvernement chaque année.

Au-delà des considérations budgétaires qui ont déçu un bon nombre de professionnel.le.s travaillant avec les victimes, un autre point a aussi largement été remis en question et débattu : celui de la modification du code pénal apportée par la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 dont nous allons parler par la suite.

4. Des constats amenant à faire évoluer la loi

“La justice nous ignore, on ignore la justice” exprimait en 2019 Adèle Haenel, actrice, à la suite de révélations de faits d'agression sexuelle subis lorsqu'elle était mineure. Moins d'une femme sur 5 déclare en effet avoir déposé plainte après avoir subi des violences physiques (4,6) alors que cette démarche est un prérequis pour qu'une enquête soit menée. Cela est pire encore pour

les victimes de viol qui ne sont que 17% à dénoncer les faits (4). Par ce bilan, nous ne pouvons que constater les lacunes existant dans le dépôt de plainte lorsqu'il s'agit de violences faites aux femmes au sens large.

Pourquoi certaines femmes préfèrent alors révéler les faits par le biais de réseaux sociaux (comme le montre l'ampleur du phénomène #MeToo) plutôt que par le biais des commissariats, pour obtenir réparation du préjudice qu'elles ont subi ?

Certaines avancent le refus d'enregistrement d'une plainte alors que la législation mentionne que tous les « agents de police judiciaire sont tenus de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions à la loi pénale ». Et ce quel que soit le territoire au sein duquel est soumise la plainte, que la victime soit en possession d'un certificat médical ou non (14).

D'autres dénoncent un accueil déplorable en commissariat ou gendarmerie : manque d'empathie, banalisation des faits, culpabilisation de la victime, remarques sexistes ou discriminantes, solidarité avec la personne mise en cause (15)... La liste est longue.

La peur de ne pas être crue, qui découle de l'absence de confiance dans le système judiciaire, est également une raison fréquemment avancée. Force est de constater que 80% des plaintes sont classées sans suite. Et 15% des auteurs d'homicide avaient déjà été condamnés pour violences conjugales, dont plus des trois quarts pour des faits commis sur la même victime (16).

Plus spécifiquement dans les cas de violences conjugales, nombreuses sont les victimes qui, sous l'effet de l'emprise, banalisent les faits ou ont peur des représailles, amenant ainsi à l'absence de dénonciation de l'auteur.

Dans ce cas, la place des professionnel.le.s de santé et des associations est fondamentale afin d'amener ces femmes à une prise de conscience, à un accompagnement et, si besoin, à une mise à l'abri (2).

En effet, les professionnel.le.s de santé sont le premiers recours des femmes victimes de violences au sein du couple : 19 % des femmes ont consulté un.e psychiatre ou psychologue, 18 % un autre médecin, 13 % ont parlé de leur situation aux services sociaux, 6 % ont rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et une même proportion a appelé un numéro vert (4).

Ces soignant.e.s ont donc un rôle important à jouer dans le repérage et la lutte contre les violences conjugales. Mais peuvent-ils agir à la place des victimes ? Jusqu'à peu, la législation ne permettait pas aux professionnel.le.s d'effectuer le signalement d'une situation à risque.

Néanmoins, devant les défaillances évoquées précédemment, la loi a été repensée et modifiée en 2020 à l'issue du Grenelle. De ce fait, la France devient l'un des premiers pays précisant spécifiquement que les violences conjugales peuvent être une dérogation au secret médical. Ceci est dorénavant inscrit de manière formelle dans le code pénal.

5. La levée du secret médical pour les victimes majeures, une décision capitale

Tout d'abord, rappelons que le secret médical est couvert par la loi du 4 mars 2002 et concerne « l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé » (17). Ce secret médical permet l'établissement d'une relation de confiance entre le ou la soignant.e et le ou la soigné.e, prérequis essentiel à la qualité du soin prodigué.

Le délit d'atteinte au secret professionnel est prévu par l'article 226-13 du code pénal et présage une sanction pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende (18).

Jusqu'en 2020, des dérogations existaient pour les mineur.e.s ou majeur.e.s vulnérables (du fait d'un handicap, d'être sous tutelle...) subissant des sévices.

La loi du 30 juillet 2020, issue des réflexions émises à l'occasion du Grenelle des violences conjugales, permet pour la première fois aux professionnel.le.s de santé de porter à la connaissance du ou de la procureur.e de la République une information concernant des violences exercées au sein du couple, sans accord de la victime majeure.

L'article 226-14 du code pénal (19) autorise une levée du secret médical par le ou la professionnel.le : « (...) 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 ».

Prenons un instant d'abord pour définir ce qu'est un.e professionnel.le de santé. D'après le Code de la Santé Publique (20), ce qualificatif regroupe des professions aussi diverses que :

- Les professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme) ;
- Les professions de la pharmacie (pharmacien.ne, préparateur.trice en pharmacie) ;
- Les auxiliaires médicaux (infirmier.e., kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien.ne, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur.trice radio, technicien.ne de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien.ne, prothésiste, orthésiste, diététicien.ne) ;
- Les aides-soignant.e.s ;
- Les auxiliaires de puériculture ;
- Les ambulancier.e.s.

Désormais, ces professionnel.le.s de santé se voient offrir la possibilité de juger par elles-mêmes ou eux-mêmes, « en conscience », si une situation relève ou pas d'un signalement judiciaire. Et ce à condition de réunir 2 critères simultanément : que la victime se trouve « en danger immédiat » et sous « emprise » de son agresseur. Ce dernier point présuppose en effet que la victime sous emprise n'a plus le libre arbitre nécessaire afin de décider pour elle-même.

A partir du moment où les conditions prévues par la loi ont été constatées, le professionnel de santé a l'obligation de rechercher le consentement de la victime pour effectuer le signalement, mais il peut y déroger si le consentement n'a pu être trouvé.

Toutefois comment un.e professionnel.le de santé peut-il ou peut-elle juger si la situation qu'il ou elle rencontre entre dans les conditions de la loi ? Pour répondre à cette question, un outil d'évaluation a été élaboré par le Ministère de la Justice en collaboration avec le Conseil National de l'Ordre des médecins et la Haute Autorité de Santé (21). Afin d'aider le ou la praticien.ne, 15 critères d'évaluation du danger immédiat et 10 items d'évaluation de l'emprise ont été proposés :

Tableau 1. Critères d'évaluation du danger immédiat

La victime fait-elle état d'une multiplicité de violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques) et/ou d'une augmentation de la fréquence de ces dernières ?
D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de son projet de séparation ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?
S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires etc.) ?
La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?
La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?
La victime dit-t-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?
La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?
La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?
La victime exprime-t-elle avoir déjà été empêchée de sortie 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 ?
A 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) ?

Tableau 2. Critères d'évaluation de 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.) ?

Le Conseil National de l'Ordre des médecins cherche ainsi à accompagner les soignant.e.s dans la mise en place de cette loi, qu'il juge adaptée pour protéger les victimes et qui « ne saurait remettre en cause le principe fondamental du secret médical » (22). Quand, à contrario, le Conseil National de l'Ordre des sage-femmes émet lui de « profondes réserves » (23).

Face à cette nouvelle mesure et son accueil mitigé parmi certain.e.s professionnel.le.s de santé, nous sommes en droit de nous demander comment celle-ci a été accueillie par les personnes travaillant au contact des victimes, toutes catégories professionnelles confondues.

6. La levée du secret médical : une réponse adaptée à la lutte contre les violences conjugales ?

« Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret » écrivait le Dr Hoerni en 2000. Nombre de ses confrères et consœurs partagent cet attachement au secret médical, ce pourquoi la modification du code pénal fait largement débat.

Certain.e.s se félicitent que les professionnel.le.s de santé aient cette possibilité supplémentaire de pouvoir sauver des victimes (24–26). Le ou la médecin ne serait pas face à une pathologie médicale couverte par le secret médical mais face à une citoyenne à qui il faut porter assistance (27).

D'autres, moins dithyrambiques, dénoncent les conséquences qui pourraient être néfastes pour la confiance qui devrait être dans la relation médecin-malade (26,28–30). Enlever son libre arbitre à une femme majeure est vu comme « paternaliste » et la prive d'agir comme il lui semble être le mieux pour elle (31,32). Le rôle du ou de la médecin serait ainsi plutôt de l'accompagner, de l'orienter vers des structures adaptées et finalement de respecter ses décisions (33).

Près de 3 ans après sa promulgation, il est évident que l'application de cette loi est très marginale au sein des professionnel.le.s de santé (34).

Un état des lieux est nécessaire afin de comprendre comment est perçue cette loi par le monde judiciaire et associatif œuvrant au contact des victimes de violences conjugales en France. C'est dans cet objectif qu'a été conduite cette thèse. Ce travail s'articule avec deux autres thèses étudiant pour l'une la perception des médecins généralistes (menée par Mme Marion Costille) et pour l'autre la perception des femmes sur cette loi (menée par Mme Clara Dupleichs).

II) Matériels et méthodes

1. Caractéristiques des chercheurs

Le Dr DUNAND Thierry, médecin généraliste en cabinet libéral a aidé à la réalisation de la fiche projet, du guide d'entretien et du protocole de recherche et a participé à l'analyse des entretiens et des résultats.

Mme RICHARD Alice, médecin généraliste remplaçante, a réalisé la fiche projet, le guide d'entretien et le protocole de recherche. Elle a effectué les entretiens ainsi que la retranscription, l'analyse et la rédaction des résultats.

2. Type d'étude

Afin d'étudier la perception de la loi par des professionnel.le.s, nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative. En effet, notre but ici n'était pas de mesurer un phénomène (comme le permet une étude quantitative) mais bien de recueillir des perceptions, des vécus, des opinions pour mieux les comprendre.

L'entretien semi-dirigé individuel semblait être le moyen le plus approprié pour répondre à notre question de recherche. Celui-ci permet de laisser une grande liberté d'expression à la personne interviewée tout en maintenant un cadre thématique préalablement réfléchi (35).

Le choix de l'approche par théorisation ancrée nous a permis de réaliser une analyse ouverte (sans a priori), axiale (prenant en compte chaque verbatim émis) et intégrative (en associant au fur et à mesure les nouveaux résultats issus des entretiens) (36). Ceci a permis de faire émerger des catégories conceptualisantes et de les mettre en relation selon un modèle explicatif.

3. Sélection de la population

L'échantillonnage a été fait dans un objectif de variation maximale de l'expérience des professionnel.le.s. Ainsi, nous avons interrogé des profils de professionnel.le.s aussi variés que possible en terme d'âge, de sexe, de métier, de lieu d'exercice.

Les participant.e.s ont été initialement recruté.e.s lors de rencontres durant des formations ou des conférences sur les violences conjugales auxquelles l'investigatrice a participé. Par la suite le recrutement a été élargi grâce aux connaissances des premiers participant.e.s.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être un.e professionnel.le du milieu judiciaire et/ou associatif ;
- Travailler ou avoir travaillé au contact de femmes victimes de violences conjugales.

Le nombre de participant.e.s nécessaire ne pouvait être défini à l'avance puisque nous devons continuer les entretiens jusqu'à arriver à saturation des données (c'est à dire lorsqu'il n'y a plus de nouvelles idées qui émergent lors des entretiens) (37). Le recueil de données s'est arrêté 2 entretiens après la saturation des données afin de s'assurer de son effectivité.

4. Consentement de participation à l'étude

Les participant.e.s étaient informé.e.s à l'oral et à l'écrit du sujet sur lequel portait l'étude, sur les modalités de cette recherche ainsi que sur son déroulement (Annexe 1).

Un temps de réflexion était respecté afin que la personne puisse prendre tout le temps nécessaire pour décider de participer ou non à cette étude. Si elle acceptait, elle devait signer un formulaire de consentement de participation nominative (Annexe 2) en deux exemplaires autorisant l'enregistrement et l'utilisation des verbatims anonymisés retranscrits. L'original était conservé par l'investigatrice et un exemplaire était délivré à la personne interrogée.

Les participant.e.s pouvaient retirer leur consentement à tout moment de la recherche.

Si ils ou elles le souhaitaient, il était possible d'être informé.e.s des résultats de la recherche en effectuant une demande écrite auprès de l'investigatrice.

5. Aspects éthiques

Une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée. Après analyse du dossier, notre étude ne relevait pas de la demande d'autorisation.

Le Comité de Protection des Personnes n'a pas été sollicité puisque l'ensemble du travail ne traitait pas de données sensibles.

Après vérification, il n'a pas non plus été nécessaire de présenter le dossier au Comité d'Éthique car les personnes interrogées étaient des professionnel.le.s non personnellement impliqué.e.s dans un phénomène de violence conjugale.

6. Déroulement des entretiens

L'entretien avait lieu dans un endroit calme choisi par le ou la participant.e selon ses disponibilités : au domicile, sur le lieu de travail ou dans un lieu neutre. Ceci, afin de limiter les interruptions et permettre plus d'aisance lors de l'entretien.

Ils ou elles étaient prévenu.e.s qu'il était possible d'arrêter l'entretien ou ne pas répondre aux questions sans justification et à tout moment.

7. Le recueil de données

Les personnes de cette étude ont été interrogées entre avril 2022 et février 2023.

Les entretiens ont été recueillis à l'aide d'un enregistrement audio avec un dictaphone de la marque OLYMPUS modèle DP-20. Une deuxième source d'enregistrement a été utilisée au cas où un problème surviendrait avec la première (Samsung Galaxy J5).

Un guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature (PubMed, Sudoc) et grâce à la lecture du livre de Jean-Pierre Lebeau (36).

Il a été expérimenté lors de deux entretiens « tests ». Ceci a permis d'ajuster le guide afin qu'il permette une expression la plus riche et la plus pertinente possible. Les données collectées lors de ces premiers entretiens étant intéressantes, nous avons ainsi décidé de ne pas les exclure de l'analyse.

Ce guide d'entretien comportait dans sa version finale cinq questions ouvertes (de plus en plus ciblées) ainsi que des questions de relance pour les cas où la personne n'abordait pas d'elle-même certains aspects de la question.

Tableau 3. Guide d'entretien

<p>Question 1 : Que pensez-vous de la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale dans notre société (en France) ?</p> <p><i>Relance 1 : Qu'y-aurait-t-il à améliorer ?</i></p>
<p>Question 2 : Plus spécifiquement, que pensez-vous de la loi qui autorise désormais les professionnels de santé à réaliser un signalement judiciaire chez une femme victime majeure si celle-ci est en danger immédiat et sous emprise ?</p> <p><i>Relance 1 : Comment définiriez-vous le danger immédiat ?</i></p> <p><i>Relance 2 : Comment définiriez-vous l'emprise ?</i></p>
<p>Question 3 : Quelle est la place, selon vous, du professionnel de santé face à une femme victime de violences conjugales ?</p> <p><i>Relance 1 : Quels professionnels de santé seraient les plus légitimes à faire le signalement judiciaire selon vous ?</i></p>
<p>Question 4 : Quelles réponses pourrait apporter cette loi aux professionnels sur le terrain ou aux femmes victimes ? Quelles difficultés pourrait-elle au contraire leur apporter ?</p> <p><i>Relance 1 : A votre avis, qu'est-ce qui faciliterait l'application de la loi ? Quels en sont les freins ?</i></p>
<p>Question 5 : Pour finir, souvenez-vous d'une situation où vous avez reçu une femme victime de violences conjugales en danger immédiat, comment cela s'est-il passé ?</p> <p><i>Relance 1 : Quels moyens d'action avez-vous en votre possession ?</i></p>

Les données obtenues étaient par la suite anonymisées par un numéro et retranscrites mot-à-mot en intégralité grâce à un logiciel de traitement de texte Word. Les enregistrements ont été détruits une fois la retranscription réalisée.

8. L'analyse des données

Les données anonymisées issues du texte retranscrit mot à mot, ou corpus, constituaient le verbatim. L'intégralité du corpus est présenté en annexe 3.

Dans un premier temps nous avons procédé à une lecture flottante du corpus, afin de s'imprégner de son sens global. Puis les verbatims ont été analysés dans le but de mettre en évidence des unités de sens, chacune correspondant à une idée importante émise par la personne interviewée. Nous avons ensuite organisé et intégré ces unités de sens les unes avec les autres à l'aide d'un tableau Excel lors d'une deuxième lecture, plus focalisée. Celles-ci ont ensuite été regroupées en pré-catégories (ou idées analytiques) puis en catégories

conceptualisantes. Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé pour ce faire. Une triangulation des données recueillies (autrement dit une double lecture) a été réalisée avec l'aide de Mme Marion Costille.

Les catégories les plus pertinentes ont été développées dans la partie Résultats de cette thèse. Pour illustrer les résultats, chaque unité de sens est justifiée par un ou plusieurs verbatims. Ces derniers ont été choisis pour leur fréquence, leur pertinence ou pour la force de l'idée énoncée.

III) Résultats

Au total dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

Les enregistrements ont duré entre 19 minutes et 1h07 minutes avec une moyenne de 38 minutes.

La saturation des données a été atteinte au bout de 8 entretiens et 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de la confirmer.

1. Caractéristiques des participant.e.s

Les participant.e.s avaient entre 28 et 68 ans. Neuf personnes sur les dix étaient des femmes.

Trois entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des participant.e.s, un à leur domicile, un au restaurant et cinq en visioconférence (pour les personnes n'habitant pas aux alentours de Montpellier).

Les caractéristiques des participant.e.s sont présentées dans le tableau 2 ci-après. Chaque entretien est signifié par la lettre E suivie d'un chiffre.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des participant.e.s

	Tranche d'âge	Sexe	Profession	Début d'exercice	Lieu d'exercice	Cadre d'exercice
E1	30-40 ans	F	Juriste	2016	Montpellier	Fonction publique
E2	20-30 ans	F	Juriste	2019	Montpellier	Association
E3	50-60 ans	M	Magistrat	2017	Montpellier	Fonction publique
E4	30-40 ans	F	Avocate	2018	Salon de Provence	Cabinet privé
E5	60-70 ans	F	Psychologue (retraîtée)	2002	Montpellier	Association
E6	30-40 ans	F	Magistrate	2018	Lille	Fonction publique
E7	30-40 ans	F	Psychologue	2018	Béziers	Association

E8	30-40 ans	F	Magistrate	2019	St-Omer	Fonction publique
E9	60-70 ans	F	Avocate (retraîtée)	1990	St-Clément- De-Rivière	Cabinet privé
E10	30-40 ans	F	Avocate	2015	Paris	Cabinet privé

2. Les catégories conceptualisantes

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence des unités de sens à partir des verbatims. Celles-ci ont pu ainsi être regroupées dans un tableau en différentes pré-catégories puis en sept catégories conceptualisantes. Le tableau d'analyse est présenté en annexe 4.

Ce dernier a permis de répondre à la question de recherche : comment est perçue la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 par les professionnel.le.s du milieu juridique et associatif travaillant au contact des victimes de violences conjugales ?

En effet, la promulgation de la loi permettant la levée du secret médical est une des nouvelles mesures prise afin de diminuer le nombre de féminicides en France. Mais les avis sur sa pertinence semblent mitigés. C'est ce que nous allons approfondir dans la suite de ce travail.

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux ressentis globaux qu'ont eu les professionnel.le.s du monde judiciaire et associatif, lors de nos entretiens, concernant ce nouveau dispositif légal.

2.1 Des ressentis généraux très divers à propos de la loi du 30 juillet 2020

La promulgation de loi a eu une portée inégale au sein de la société

Les professionnel.le.s que nous avons interrogés évoquaient, d'une part, le fait que la nouvelle loi était peu connue du grand public.

E5 : « ce texte là il est tellement peu connu, tellement peu divulgué »

Mais d'autre part, ils ou elles affirmaient que, dans les milieux travaillant au contact de victimes, elle était non seulement connue, mais aussi très débattue.

E7 : « Même avant que la loi soit promulguée, c'était déjà quelque chose qui faisait débat sur les réseaux, tant du côté des professionnels du médico-social que les autres »

Globalement, peu de professionnel.le.s de santé ont recours à cette loi

Lors des discours issus de nos entretiens, l'impression générale était le manque d'application de la loi par la médecine de ville (qui s'oppose à la médecine hospitalière).

E3 : « moi j'ai pas connaissance de dénonciation qui a été faite par des médecins de ville »

E4 : « j'ai pas vu de cas où justement j'ai eu un signalement qui avait été fait par les médecins. Jamais. »

E5 : « en tout cas c'est très peu utilisé »

Cependant certain.e.s pensaient qu'il est trop tôt pour juger de son réel impact.

E9 : « c'est une loi qui est encore récente. L'avenir dira comment les choses ont pris forme. »

E7 : « la question des lois a besoin d'être vue dans la durée »

Une partie des professionnel.le.s expliquaient que l'absence de signalement émanant des médecins de ville pouvait s'expliquer par la rareté des situations de danger immédiat dans ce milieu par rapport à l'hôpital.

E8 : « Au niveau médecin en libéral, j'ai jamais eu de signalement. Mais aux urgences oui, le monde hospitalier oui, mais parce que je pense qu'ils ont plus accès à des situations dramatiques »

E8 : « C'est pour ça aussi je pense que les urgences nous signalent plus, parce qu'eux ont des situations où les victimes se retrouvent dans un état pas possible donc du coup ça suscite plus d'interrogation et c'est là où peut-être ils vont aller creuser »

Ainsi, la loi concernerait plutôt « un nombre très très restreint de situations puisqu'il faut quand même les deux conditions concomitantes : le danger imminent et l'emprise » (E2).

Le danger immédiat et l'emprise doivent en effet être impérativement présents pour pouvoir lever le secret médical lors d'une situation de violences conjugales. Nous allons voir dans la suite de ce travail que définir ces deux notions peut déjà être sujet à différentes interprétations. Débutons tout d'abord par le concept de danger immédiat.

2.2 Le danger immédiat : une première notion complexe

La définition du danger immédiat est difficile à appréhender

La notion de danger immédiat était difficile à définir par les professionnel.le.s interrogé.e.s. Elle était jugée comme parfois de l'ordre de subjectif, de l'instinctif en fonction de ce qui émanait du discours de la femme victime de violences conjugales.

E2 : « Qu'est-ce qu'on estime être un danger immédiat ? Est-ce que ça veut dire un danger de mort, est-ce que c'est un danger pour la santé physique, la santé mentale ? Est-ce que ça englobe tout ça ? »

E3 : « La notion de danger immédiat ça peut être tout et n'importe quoi. »

E9 : « sur le plan de la récurrence des faits, une personne qui a déjà été victime de violence et qui vous dit "Là j'en peux plus", qui vous manifeste que c'était la foi de trop, intuitivement parlant on sent que c'est le moment de faire quelque chose rapidement »

E2 : « c'est pas la même notion pour tout le monde finalement. »

Le danger immédiat recouvre des éléments complexes tels que le profil de l'agresseur, le type d'agression perpétré ou les conséquences sur la victime

En outre, des antécédents judiciaires chez l'agresseur, des agressions récentes ou à caractère sexuel, une volonté de localiser la victime lorsqu'elle essaie de se cacher et le degré de peur que celle-ci éprouve à l'égard de son agresseur étaient des critères cités comme devant faire craindre un danger immédiat.

E8 : « vous pouvez ne pas sentir le danger parce que la personne n'a pas l'air trop choquée et cetera alors que nous derrière, on sait que son mec s'est fait condamner à plusieurs reprises par le tribunal, ça vous n'êtes pas au courant »

E2 : « elles voulaient pas retourner avec la personne mise en cause, elles arrivaient clairement à dire qu'elles avaient peur et qu'elles se sentaient en danger justement et que le mis en cause était fou »

E6 : « Et aussi s'il y a des viols. Parce que les violences sexuelles c'est une réalité dans les couples de violences conjugales »

E2 : « le danger immédiat nous on le voit souvent par rapport au comportement de l'auteur où il essaie de rentrer en contact avec la victime alors que elle, elle a changé tous ses trucs sur les réseaux sociaux, limite son numéro de téléphone, où il va essayer d'aller directement physiquement au lieu ou à l'adresse qu'il connaissait ou chez les parents ou des membres de la

famille ou au travail... Là pour moi le danger il est immédiat parce que la personne elle agit clairement pour retrouver la victime »

E4 : « Le danger immédiat c'est justement quand il y a des violences qui précèdent le jour de la demande en fait. Ça doit être très très très récent »

Nous venons de voir que le danger immédiat recouvre différents éléments de complexité. Qu'en est-il du concept d'emprise, deuxième prérequis à la levée du secret médical ?

2.3 L'emprise : une deuxième notion complexe

La définition d'emprise est difficile à appréhender

La notion d'emprise était également difficile à définir par les professionnel.le.s interrogé.e.s. Elle était décrite comme un mécanisme invisible à l'œil nu, mais palpable de manière instinctive.

E1 : « Même moi est-ce que je peux la définir ? Comment est-ce que l'on sait que quelqu'un est complètement sous emprise ? »

E4 : « l'emprise, ça après c'est psychologique... Euh... Ça parle plus aux psychologues je pense... »

E9 : « C'est sûr que la notion d'emprise n'est pas évidente »

E2 : « c'est quelque chose qui est justement hyper dur à définir avec des mots parce que c'est plus de l'ordre du ressenti de la personne, c'est pas forcément une contrainte qui est visible. »

Les différents mécanismes de l'emprise

Plus précisément, l'emprise était catégorisée au sein des violences psychologiques.

E1 : « la notion d'emprise elle est dans cette construction des violences psychologiques »

L'isolement de la victime était décrit comme un mécanisme clé de l'emprise, « *parce que quand elles sont recluses, quand elles n'ont plus personne à qui se confier* » (E4), « *la victime va se renfermer sur elle-même* » (E10) et demander de l'aide lui apparaîtra alors comme bien plus compliqué.

En passant par le dénigrement et l'isolement de la victime, l'emprise l'amenait de ce fait à dépendre de l'auteur financièrement, affectivement, socialement etc.

E1 : « ça fait partie de la question de la culpabilisation et de l'aliénation de l'auteur sur la victime, c'est faire croire qu'elle est folle »

E1 : « dans la question d'emprise, en général l'auteur isole la victime »

E10 : « quand on est dans un phénomène d'emprise on n'est plus une personne à part entière. On n'est qu'une personne sous le regard de l'autre »

E9 : « c'étaient parfois des femmes qui avaient 50 ans et plus qui n'avaient pas de boulot, donc il y a une dépendance financière aussi »

E4 : « L'emprise ça va être une dépendance économique, affective, sociale même. (...) Il y a ces 3 dépendances là je pense, qui font que quand elles sont cumulées, l'emprise peut être retenue »

Une victime sous emprise était vue comme une personne souffrant d'addiction : malgré le mal que lui cause l'agresseur, elle éprouve beaucoup de difficultés à fuir la situation.

E2 : « je vois ça un peu comme des personnes qui ont des addictions »

Les différentes conséquences de l'emprise

Le déni et la minimisation des faits dans les premiers temps de la relation étaient attribués aux conséquences de l'emprise.

E5 : « Elle minimisait beaucoup les faits »

E2 : « il y a des gens des fois qui sont tellement sous emprise, qui n'ont pas le même barème de violence que nous, où les insultes c'est quelque chose de l'ordre de la normalité »

E9 : « elles sont souvent dans le déni »

Pour les victimes qui avaient déjà pris conscience du problème, les professionnel.le.s interrogé.e.s évaluaient que celles sous emprise n'arrivaient pas, ou mettaient plus de temps à quitter définitivement la relation. L'emprise était assimilée à une prison qui empêcherait la victime de s'échapper.

E2 : « Moi je le vois l'emprise dans le mécanisme où souvent les victimes elles reviennent, où pourtant elles sont violentées quasiment quotidiennement. »

E9 : « l'emprise est là, et l'idée de pouvoir passer à l'action est complètement en dehors de leur champ de vision parce qu'elles sont victimes et elles ont un champ d'action de plus en plus limité »

E10 : « celles qui sont sous emprise (...) elles ne peuvent pas sortir de cette situation. Toutes seules elles peuvent pas. »

E2 : « C'est plus la personne elle-même qui se sent prisonnière d'une situation et qui n'arrive pas à en sortir. »

Nous avons maintenant approfondi un peu plus les notions de danger immédiat et d'emprise. Si le ou la professionnel.le de santé se retrouve confronté.e à une patiente présentant ces deux conditions, la loi lui autorise désormais de lever le secret médical qui s'applique à la consultation. Même si la patiente n'est pas consentante.

Que pensent les professionnel.le.s du milieu juridique et associatif de ce nouveau dispositif ? Nous mettrons en lumière dans un premier temps les points de vue favorables, puis dans un second temps les points de vue défavorables à cette loi.

2.4 Des avis en faveur de la levée du secret médical

Le signalement judiciaire est un devoir citoyen qui consiste à porter assistance à une personne en danger

Pour certaines personnes interrogées, le signalement allait au-delà d'un devoir professionnel légiféré par le code pénal. C'était également un devoir attribué à un citoyen : celui de porter secours à un autre citoyen. En effet, la non-assistance à personne en danger est un délit condamné par la loi.

E1 : « ça relève presque d'un devoir de citoyen de le faire »

E3 : « vous pouvez être poursuivi pour non-dénonciation de crime ou non-assistance à personne en danger. »

La loi permet de fortifier un réseau de professionnel.le.s motivé.e.s par le désir de venir en aide à la victime et de débiter une alliance avec celle-ci

La modification du code pénal ajoute un rôle primordial aux soignant.e.s : celui de porter secours rapidement à une victime en cas d'urgence. Afin de mener à bien cette tâche, le ou la professionnel.le de santé doit s'entourer et savoir à qui s'adresser.

Ainsi, une personne interviewée soulignait le fait que la loi encourageait les différentes professions qui travaillent autour de la victime à s'organiser (création de nouveaux réseaux associatifs, présence d'intervenants sociaux en gendarmerie etc.) et encourageait le développement d'une meilleure communication entre ces professionnel.le.s (visibilité renforcée des personnes clés à contacter au sein d'un département, mise en place de réunions entre associations et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé etc.).

Car le travail en équipe (avec des médecins généralistes, sage-femmes, assistant.e.s sociales, juristes, avocat.e.s etc.) permettait aux professionnel.le.s « *de ne pas se sentir seul avec la responsabilité de ça* » (E9) et de bénéficier des compétences de chacun.

E8 : « C'est pour ça que les médecins libéraux ne le font pas, parce qu'ils n'ont pas ce système social à côté »

E1 : « ça pourrait nous aider parce que nous on pourrait être le lien entre le parquet et le personnel médical »

E1 : « ce qui pourrait m'aider c'est si avec le médecin on échange des informations et on accompagne au mieux la personne pour travailler ensemble »

E5 : « quel que soit le professionnel de santé, comme c'est un acte qui va être exceptionnel, il va pas être à l'aise avec ce type de procédure, et je pense qu'il faut s'appuyer sur une expertise de la médecine légale »

Il était aussi mis en avant que depuis la parution de cette loi (et l'exposition médiatique dont bénéficie de plus en plus le sujet des violences faites aux femmes), les médecins souhaitaient se former davantage. Toutes les nouvelles formations mises en place étaient indéniablement profitables à la prise en charge des femmes victimes.

E1 : « E1 Moi je trouve ça bien, parce que si ça permet de mettre en place des formations sur l'emprise, si ça permet aux médecins d'être vigilants »

Par ailleurs, la loi était vue comme bénéfique pour la victime si cela lui permettait d'avoir un interlocuteur ou une interlocutrice principal.e qui coordonne le signalement. L'idéal évoqué par les participant.e.s était bien sûr de réaliser ce signalement en partenariat avec la victime.

A contrario, d'après les professionnel.le.s, si celle-ci n'était pas prête, le fait que le signalement soit effectué à sa place lui permettrait malgré elle d'entrer dans un processus de changement.

E1 : « c'est plus facile d'avoir une personne et d'avoir toujours le même interlocuteur ou la même interlocutrice »

E7 : « Mais si ça se travaille pas avec la victime en disant "je compte faire ça qu'est-ce que vous en pensez ? Et si ça vous met en difficulté, comment on peut réfléchir ? Est-ce que vous savez qu'il y a des associations ? Si vous ne pouvez plus rester à votre domicile vous savez comment faire ?"... Qu'elle puisse s'inscrire dans un réseau partenarial pour que les associations puissent s'en saisir, que les médecins puissent accompagner le signalement. Et dans ce cas-là, je pense qu'on peut être vraiment, vraiment aidant. »

E6 : « au moins ils seront dans la machine, on saura qu'il y a eu des incidents. »

Lever le secret médical permet de ne plus banaliser les faits de violence et crédibilise la parole des victimes

Les personnes interrogées mettaient en avant l'impact de cette loi sur la prise de conscience à la fois des professionnel.le.s (qui, par exemple, « affichent le numéro 39 19 » (E7) dans leur salle d'attente) mais aussi de la société en général. Le message ainsi véhiculé serait frappant : les violences conjugales tuent, elles ne doivent plus être tolérées.

E5 : « sur le plan symbolique c'est pas inintéressant parce que ça montre que quand même la violence conjugale quand elle arrive à son terme, on peut en mourir »

E7 : « C'est important de pouvoir en effet à un moment nous non plus ne pas banaliser ni passer sous silence des violences qui sont réelles surtout quand la personne est en danger imminent »

E6 : « Parce qu'on leur dit (...) dépose une main courante comme ça on saura que tu avais peur, va voir ton médecin comme ça il saura que tu es à bout... Des choses qui sont venues avec la libération de la parole et la prise en compte du phénomène. Cette loi elle va avec ça »

Par ailleurs, certaines victimes peinent à se faire entendre par la justice. Le signalement judiciaire permettrait donc de donner plus de poids à une future enquête.

E7 : « pour cette victime, elle n'avait déjà pas déposé plainte et justement le fait que le médecin ait fait un signalement a aidé son cas parce qu'il y avait deux éléments »

La possibilité de lever le secret médical n'entache pas la confiance qu'a la victime envers son médecin

Une des psychologues interrogées estimait, d'après le retour de certaines femmes qu'elle avait pu suivre, que le cabinet médical était toujours un lieu privilégié pour la victime qui souhaite évoquer sa situation.

E5 : « je suis pas trop inquiète parce que pour elles, encore aujourd'hui, la figure du médecin c'est celui auquel on peut se confier en sécurité »

Faire le signalement à la place de la victime est utile lorsqu'elle est paralysée par la peur, surveillée ou ambivalente

Nous avons noté dans cette analyse que plusieurs situations étaient propices au signalement : par exemple quand la victime n'était pas en capacité d'agir car sous surveillance constante de son conjoint, car sa peur des conséquences était trop forte ou lorsqu'elle avait un comportement ambivalent (par exemple lorsque la victime souhaite que les violences s'arrêtent mais désire rester en couple avec l'agresseur).

E2 : « que la personne est vraiment pieds et mains liés ou sous surveillance, où elle peut pas limite se déplacer toute seule »

E9 : « c'est difficile de rester sans rien faire... même si la personne vous dit qu'elle a peur. Parce que voilà ce qu'elles disent : "j'ai peur parce que ça va être encore pire après". »

E2 : « ça peut apporter du mieux dans la prise en charge parce que c'est vrai que souvent les victimes de violences conjugales, elles ont des fois un côté très ambivalent où elles peuvent venir demander de l'aide et au final elles n'agiront pas »

Le message délivré par cette loi est avant tout celui de la protection de la victime dans une situation où sa vie pourrait être menacée

L'accent était mis par la plupart des participant.e.s sur le fait que la loi est un nouvel outil permettant potentiellement de sauver des vies. Dans une situation de danger immédiat, certain.e.s explicitaient même que la priorité doit être donnée à la victime en danger et pas au secret médical.

E7 : « Ce que je trouvais intéressant dans la loi c'est que d'une part c'est en cas de danger imminent, s'il y a un risque de potentiel féminicide, ça veut dire qu'à ce moment-là une action potentielle peut sauver une vie, on ne peut pas le nier »

E8 : « si vous, vous ne mettez pas le nez dedans il peut arriver un drame »

E6 : « Protéger la vie de quelqu'un c'est plus important que protéger le secret médical. »

E9 : « Moi je pense que si vraiment vous pensez que la personne est en danger imminent et qu'elle est sous emprise, en tant que médecin c'est une bonne chose de pouvoir signaler. »

Également, le signalement était considéré comme un nouvel outil permettant d'informer la justice de faits de violences dont elle n'aurait pas eu connaissance autrement, dans le but de les faire cesser.

E8 : « si jamais vous ne nous signalez pas, c'est là où ça pose problème puisque parfois il y a des situations dont on ne sera pas au courant et pour lesquels on ne va pas pouvoir aller chercher, creuser, et éventuellement découvrir des violences conjugales »

E6 : « C'est devenu une autre vanne, un autre biais, un autre vecteur et c'est une bonne chose »

Nous venons d'analyser plusieurs arguments en faveur de la levée du secret médical en cas de violences conjugales avec danger immédiat et emprise. Mais la question divise et nous allons à présent étudier les arguments contraires à cette prise de position.

2.5 Des avis en défaveur de la levée du secret médical

Le signalement judiciaire doit être un dernier recours, si les autres dispositifs existant n'ont pas fonctionné

Il existait déjà plusieurs moyens d'agir lorsque l'on recevait une femme victime de violences conjugales qui mettent en péril sa vie (dépôt de plainte, mise à l'abri en centre d'hébergement d'urgence etc.).

Ainsi, certain.e.s professionnel.le.s estimaient que les dispositifs déjà existant étaient suffisants pour protéger la victime, rendant le signalement judiciaire obsolète (ou à n'utiliser qu'en dernier recours si les autres méthodes n'avaient pas permis de faire cesser les violences).

E5 : « Il me semble qu'il y a tout ensemble de questions, d'accompagnement, de prise en charge qui peuvent permettre d'éviter d'en arriver à ce stade ultime »

E4 : « A partir du moment où elles ont décidé de le faire, il y a tout un mécanisme qui peut se faire tellement rapidement en fait, pour avoir une ordonnance de protection, une interdiction de port d'arme, un éloignement. Il y a plein plein de choses qui peuvent se faire en 1 semaine en fait. Donc c'est vrai que je trouve que, vu qu'on a ces facilités là, ce serait dommage de rompre le secret médical et ne pas laisser le choix à ces femmes-là »

Une victime majeure est capable de faire les choix qu'elle pense être les meilleurs pour elle-même

Lors de notre analyse, la notion de responsabilité est nettement ressortie. Plus précisément, certains individus interviewés estimaient que la femme majeure restait responsable de ses actes et des décisions pour elle-même. Ce dernier point présuppose que la victime, même sous emprise, garde son libre arbitre. Le signalement fait à son encontre était alors vu comme une intromission malvenue dans sa vie privée.

Il était aussi vu comme une infantilisation, alors qu'une grande partie du travail des associations est de donner des clés à la victime pour qu'elle puisse retrouver sa légitimité à choisir et se réapproprier son existence.

E1 : « la personne est majeure, à quel moment elle n'est pas elle responsable de ce qu'elle fait...? »

E5 : « il y a l'idée qu'elle est adulte et elle est capable de décider par elle-même »

E4 : « S'immiscer dans la vie privée alors qu'en fait c'est pas forcément ce qu'elles veulent, même si il y a des personnes qui pensent qu'il faudrait qu'elles fassent quelque chose. C'est compliqué je pense comme décision ça »

E7 : « Il y avait tout un pan de l'argumentaire qui disait que c'était infantilisant, qu'en effet on allait faire à la place des victimes »

Le secret médical est un principe suprême à préserver

Plusieurs professionnelles étaient d'avis que le secret médical est à protéger quelle que soit la situation. D'après elles, le secret médical était un prérequis pour que la relation médecin-patiente s'établisse dans la confiance et il permettait à la victime de rompre son isolement. Ainsi,

ces professionnelles redoutaient que la victime garde le silence si elle avait connaissance de cette possibilité de lever le secret médical.

E5 : « Si on disait attention le médecin peut lever le secret dans ces conditions, il faudrait bien expliquer quelles sont les conditions pour les rassurer mais je pense que ça pourrait faire peur »

E4 : « Et donc je trouve que cette confiance qui est accordée au médecin, ou à son avocat, ou à ces personnes-là, doit être conservée à tout prix. Parce que sinon les personnes ne se confieraient plus comme elles le font. »

E1 : « ça peut être un des rares lieux chez le médecin où la personne se retrouve seule et peut avoir un espace de parole »

E4 : « je pense quand même que le secret médical ça devrait être sacré... Même si ces femmes sont en danger. »

Le signalement n'aura pas l'impact escompté si la victime n'a pas conscience de sa situation

Si la victime n'est pas prête à témoigner, il était évoqué le risque qu'elle omette ou nie les faits devant la justice, rendant inutile les démarches judiciaires réalisées à sa place. Un « déclic » était évoqué comme nécessaire afin que la victime prenne conscience du caractère inacceptable des faits commis par l'agresseur contre elle. Ainsi, sa temporalité serait à respecter.

E6 : « La question aussi c'est : on peut signaler mais si les gens ne sont pas prêts ? Et si dans une plainte ils ne disent pas tout on n'ira pas très loin »

E4 : « pour moi le début c'est le déclic de la personne principale qui compte, c'est pas forcément le médecin ou n'importe qui d'autre qui doit signaler. »

E2 : « si la personne par elle-même elle n'est pas prête à faire les démarches, elle peut pas dénoncer les faits et elle peut pas se séparer de la personne qui la violente, je pense que le médecin aura beau faire un signalement et après la justice elle aura beau convoquer la personne devant le tribunal... ça peut ne pas suffire tant que la victime elle-même ne veut pas se séparer de la personne »

E1 : « la difficulté de cette loi-là, c'est que justement si la victime elle n'est pas prête, bah comment on fait ? »

Ce signalement peut même avoir un retentissement négatif sur la victime

L'un des autres arguments qui s'opposait à la levée du secret médical était qu'il pouvait y avoir un impact néfaste sur la victime.

Par exemple, était évoquée la possibilité d'une recrudescence des violences si la victime n'avait pu être mise à l'abri. Effectivement, « *des centres d'hébergement il n'y en a pas tant que ça* » (E9) et « *régulièrement on est en incapacité d'avoir une place pour ces personnes qui sont en grand danger, qui n'ont personne autour, qui n'ont pas un soutien économique* » (E7).

De même, certain.e.s évoquaient la rupture de confiance entre la patiente et son ou sa médecin si celui-ci ou celle-ci rompait le secret médical sans son accord. Ce qui pouvait provoquer un isolement encore plus important chez une personne qui aurait besoin « *de savoir que chez le médecin on peut être en sécurité et on peut parler* » (E1).

E7 : « Il y a des victimes qui ne sont pas suffisamment protégées pour faire ces démarches-là »

E7 : « elle disait "il ne m'a rien dit". Je pense qu'au niveau de la confiance entre elle et son médecin ça risque d'être un peu rompu. C'est dommage »

Force est de constater, par tout ce que nous venons d'évoquer, que la levée du secret médical fait encore débat au sein des professionnel.le.s du monde judiciaire et associatif, trois ans après la promulgation de la loi.

Nous avons abordé précédemment plusieurs facteurs permettant de favoriser le signalement judiciaire. Parmi eux nous pouvons nous remémorer le travail en équipe pluridisciplinaire (permettant de mettre en commun les différentes compétences), la formation des professionnel.le.s de santé (améliorant le dépistage et la prise en charge des situations alarmantes) ou encore la légitimation de la parole des femmes (les encourageant donc à dénoncer des situations de violence qu'elles subissent).

Cependant il existe aussi des facteurs limitant ce signalement, que nous allons étudier dans la suite de ce travail.

2.6 Des facteurs limitant le signalement judiciaire par le ou la professionnel.le de santé

En pratique, la loi est difficile à appliquer par les professionnel.le.s de santé du fait d'un manque de formation sur les conditions de la loi

Certaines personnes interviewées estimaient que cette loi était promulguée avec trop peu d'outils pour la mettre en œuvre. Le manque de formation des professionnel.le.s de santé sur les violences conjugales de manière générale, et encore plus sur la modification du Code Pénal de juillet 2020, était un élément exprimé presque unanimement au cours de nos entretiens.

Globalement, il ressortait que plus le ou la soignant.e serait apte à dépister, à définir l'emprise ou à reconnaître une situation de violence conjugale avec danger immédiat, plus celui-ci ou celle-ci serait à même de porter à la connaissance du ou de la procureur.e une situation à risque.

E3 : « je pense aussi qu'ils sont pas forcément tous au courant de l'existence de ces dispositions »

E10 : « la première chose que devraient avoir les médecins (...) c'est une formation sur qu'est-ce qu'une victime de violence, qu'est-ce qu'une violence conjugale de manière large, pour pouvoir effectivement rapporter des faits »

E5 : « Peut-être que si tous les médecins dépistaient, si tous les médecins prenaient en charge, on aurait un peu plus de signalements »

E8 : « c'est vous qui devez apprécier le danger immédiat sauf que vous n'avez pas de formation juridique et de formation sur le terrain hors médical pour savoir si la personne est en danger immédiat »

E1 : « ça veut dire que les médecins soient formés à la notion d'emprise, parce que ça c'est encore quelque chose qui n'est pas beaucoup fait »

En pratique, la réalité du terrain rend l'application de la loi parfois compliquée

Faire émerger la parole des victimes est parfois difficile à mettre en œuvre. Les professionnel.le.s citaient le fait que certaines victimes ne parlent pas spontanément, ne consultent pas tant qu'elles n'ont pas conscience de la gravité de leur situation ou consultent mais pour d'autres motifs et systématiquement sous la surveillance de leur conjoint. Ceci pouvait être des raisons pour lesquelles peu de médecins réalisent un signalement.

E6 : « Quand les gens ne vous disent pas les choses, c'est dur de savoir »

E4 : « il y a plein de femme qui ne vont pas faire constater les blessures justement. Avant qu'elles aient le déclic de se dire je vais déposer plainte. »

E8 : « il y a aussi des rendez-vous où les messieurs viennent toujours avec la conjointe »

Outre les facteurs liés à la victime, le ou la médecin pouvait aussi éprouver des difficultés à aborder un sujet intime comme celui des violences conjugales au cours de sa consultation.

E8 : « Peut-être qu'il y a aussi une crainte de rentrer dans l'intimité des gens pour les médecins libéraux. Les médecins de famille, je pense que ça peut aussi être compliqué à évoquer »

Une des juristes interrogées regrettait par ailleurs l'absence de retour, de la part du milieu judiciaire, aux professionnel.le.s de santé qui ont signalé le cas alarmant. Elle trouvait qu'apporter un feedback était important pour que les praticien.ne.s soient au courant des suites et de l'impact qu'ont eu leur décision. Dans le but de les encourager à la réitérer.

E1 : « le suivi du dossier et l'information du personnel médical qui va faire la dénonciation ce sera pas fait donc ça peut être un peu frustrant »

En pratique, l'application de la loi peut dépendre de l'attrait et du temps qu'a un.e professionnel.le à consacrer au sujet des violences conjugales

Le penchant, la sensibilité qu'a un ou une professionnel.le de santé pour le sujet des violences faites aux femmes pouvait favoriser son investissement dans la lutte contre ce phénomène. Au contraire, quelqu'un qui ne présentait pas d'appétence pour cette cause avait moins de chance de réaliser un signalement, d'après des opinions émises lors de nos entretiens.

E3 : « il y a des gens qui ont plus ou moins d'appétence pour cette question et qui estiment plus ou moins que c'est important de lutter. Il y a des professionnels de santé qui vont être hypersensibles au sujet pour un tas de raisons et d'autres qui n'en auront rien à faire »

La prise en charge des violences conjugales « prend tellement de temps » (E7). Ce facteur pouvait aussi limiter le nombre de situation signalée. Plus spécifiquement, le temps passé à remplir la partie administrative d'un signalement pouvait décourager les professionnel.le.s.

E10 : « parce que les médecins il y a une réalité c'est qu'ils sont surchargés »

E8 : « je pense que de toute façon c'est la charge de votre métier aujourd'hui, vous n'avez pas le temps. »

E10 : « Il y a une première problématique, administrative »

L'imprécision et la technicité des termes de la loi rendent son application difficile

La compréhension du texte de loi était citée comme une difficulté à franchir, pour des professionnel.le.s de santé qui sont en règle générale non familiers des écrits juridiques. L'imprécision des termes de la loi rendait sa compréhension d'autant plus difficile. Elle laissait trop de place à l'interprétation, alors qu'un cadre et des définitions précises auraient aidé les professionnel.le.s à appréhender plus facilement le texte de loi.

E8 : « je pense déjà que la compréhension du texte est compliquée »

E5 : « l'application est extrêmement compliquée parce qu'il y a des mots comme « contrainte morale » qu'il faudrait définir »

E2 : « ça laisse libre cours à l'interprétation, une grande marge de manœuvre mais je trouve que des fois quand la loi est trop large justement on n'arrive pas à l'appliquer »

Il existe des perceptions divergentes quant aux situations qui doivent répondre du secret médical ou non

Une difficulté également formulée comme faisant obstacle au signalement était la limite du secret médical dans la pratique professionnelle. La frontière entre ce qui est du ressort du secret médical ou pas était visiblement fluctuante selon la catégorie professionnelle ou la sensibilité de la personne interrogée. Il existait une part de subjectivité.

E6 : « Malheureusement les médecins ont souvent tendance à se retrancher dans le secret médical pour des choses qui ne dépendent pas à mon sens du secret médical. Parce que les médecins ne comprennent pas ce qu'il y a juridiquement derrière. »

E3 : « On a un léger désaccord sur ce qu'est le secret médical. Pour moi le secret médical il se cantonne aux actes du médecin et ce qui peut être dit au cabinet »

E8 : « vous faites tellement état de votre secret médical tout le temps que parfois vous comprenez pas que le secret médical, c'est très bien et je suis totalement d'accord sur le principe, mais parfois il y a des notions plus fortes et des intérêts plus forts que le secret médical »

La méconnaissance du monde judiciaire et les idées préconçues à son sujet sont un frein à l'application de la loi

Une partie des personnes interrogées avaient l'impression que le ou la médecin a tendance à se cacher derrière le secret médical pour ne pas avoir affaire avec la justice. Le secret médical serait souvent brandi comme argumentaire de l'inaction face à une situation inquiétante.

E8 : « vous vous préservez comme ça au moins vous vous mettez pas en danger »

E3 : « Le secret médical est trop conçu pour protéger le médecin »

E6 : « Plus on a de responsabilité, moins on aime rendre de compte car on estime qu'on prend beaucoup de risques et qu'on doit prendre des décisions difficiles et qu'on ne supporte pas que la justice s'immisce dans un système. »

Deux raisons étaient évoquées : la peur des conséquences du signalement pour la victime, et la peur de la poursuite pénale en cas de signalement jugé abusif. Pourtant, les magistrat.e.s sondé.e.s affirmaient tous et toutes que « jamais vous serez condamnés » (E3) pour un signalement excessif faisant suite à des « éléments objectifs pour dénoncer » (E3).

E8 : « on a souvent la situation où les médecins ont peur de nous faire un signalement parce qu'ils ne savent pas ce qu'il va y avoir derrière »

E8 : « je pense que les médecins ont peur de se faire sanctionner en fait »

E3 : « il y a une beaucoup de fantasme du corps médical sur la dénonciation abusive. »

La connotation péjorative du signalement, vue comme une dénonciation, est un frein à l'application de la loi

L'histoire de notre pays a été marquée par des dénonciations aux issues dramatiques pour certain.e.s de nos concitoyen.ne.s lors de la Seconde Guerre mondiale. La dichotomie qui existe entre un « collabo » et un « résistant » serait encore présent dans les mentalités.

De ce fait, que le signalement soit encore perçu par certain.e.s comme une dénonciation était évoqué comme un frein à celui-ci.

E3 : « La dénonciation n'est pas très présente dans notre pays. C'est vrai que même l'idée d'aller voir la police en disant « j'ai constaté ça », c'est parfois mal vu et les gens ont toujours un peu cette peur-là. »

La peur des représailles de la part du conjoint est un frein à l'application de la loi

Les professionnel.le.s interrogé.e.s évoquaient la peur que le conjoint se venge, comme un frein au signalement. En effet, il n'existe pas d'anonymat pour celui ou celle qui signale une situation : son identité n'est pas protégée.

E9 : « il faut faire attention à soi. Parce que ces gens-là sont parfois capables de représailles sur les professionnels. »

E3 : « un certain nombre d'entre eux peuvent légitimement avoir peur des conjoints. »

E8 : « si jamais il y a quelque chose qui remonte du médecin, on sait que ça vient que du médecin quoi »

Les professionnel.le.s du monde judiciaire et associatif ont donc des avis mitigés concernant la place de la levée du secret médical dans la prise en charge des violences conjugales. Nous avons défini les deux prérequis nécessaires à l'application de la loi de juillet 2020 : le danger immédiat et l'emprise. Puis nous avons mis en évidence des facteurs facilitants et des freins à l'application de cette loi.

Un dernier point nous semblait important à aborder. En effet, les professionnel.le.s de santé (dont la loi leur charge d'effectuer le signalement judiciaire) recouvrent des professions très différentes. Comme nous avons vu précédemment, parmi elles se trouvent les professions médicales et de la pharmacie, les auxiliaires médicaux et de puériculture, les aides-soignant.e.s ou encore les ambulancier.e.s. Néanmoins ces différentes professions ont-elles toutes une place égale dans la dénonciation de faits de violences conjugales ?

C'est ce sur quoi nous allons nous pencher lors de la dernière partie des résultats de cette thèse.

2.7 La légitimité des professionnel.le.s de santé dans la prise en charge des violences conjugales

La légitimité du type de professionnel.le de santé à réaliser un signalement judiciaire diffère selon les points de vue

Pour les un.e.s, certain.e.s professionnel.le.s de santé étaient plus légitimes que d'autres pour réaliser un signalement.

E5 : « c'est plus quand même ceux qui sont dans une relation patient-professionnel donc plus les aides-soignantes, infirmières, sage-femmes, médecins que les pharmaciens, ou kiné »

Etaient cités par exemple les sage-femmes et les médecins généralistes.

E10 : « Les sage-femmes me semblent beaucoup plus à même de recueillir ce genre de propos, ensuite les infirmiers et les kinés »

E3 : « peut-être les sage-femmes parce qu'on sait que beaucoup de violences apparaissent à la grossesse. »

E7 : « je pense qu'il y a une attention toute particulière à porter aux professionnels qui accompagnent la grossesse et la petite enfance parce qu'on sait qu'il y a plus de passage à l'acte premier ou de résurgence de violence à cette période-là »

E7 : « au centre il y a quand même le médecin généraliste »

E10 : « Le médecin est normalement la personne chez qui la victime va lâcher son truc en premier »

Pour d'autres, n'importe quel professionnel de santé était apte à réaliser un signalement s'il ou elle l'estime nécessaire.

E8 : « Moi à partir du moment où c'est quelqu'un qui a des éléments précis »

E2 : « Et je pense pas que ce soit la qualité de la profession qui change quoi que ce soit »

E4 : « à partir du moment où un professionnel de santé peut le faire, peut importe quel professionnel il est »

E9 : « Je pense que c'est pas une question de professionnel, c'est une question de personne. Vous avez des personnes qui sont, quelle que soit leur fonction, responsables et vont agir à bon escient. Et puis d'autres, ça peut être des médecins, qui vont passer outre à un moment où il faut agir. »

La légitimité du ou de la professionnel.le de santé à réaliser un signalement dépend de sa relation avec la victime

En somme, la plupart des personnes interrogées s'accordaient à dire que, globalement, la légitimité du ou de la professionnel.le de santé dépendait surtout de la proximité, de la confiance qui se sont établies avec la victime.

E10 : « plus tu as une relation de confiance plus tu es à même de dévoiler ce qui t'arrive »

E7 : « Je pense qu'il y a plein d'éléments qui peuvent jouer : un lien de proximité avec tel ou tel médecin »

E2 : « ça dépend de la relation avec la personne en fait, de la confiance. Des fois y'a des femmes qui vont pas forcément parler au premier rendez-vous mais après au 2e, il y aura peut-être plus de choses qui vont être dites. »

E8 : « si je suis victime de violence, je sais pas si c'est à mon médecin que j'irai le dire, vu qu'il n'y a pas un lien de confiance si tu ne le connais pas depuis longtemps »

IV) Discussion

1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

Globalement lors de notre analyse, un sentiment de « *nette amélioration de la prise en charge des violences de manière générale* » (E10) émerge, même si pour toutes et tous, « *on est encore très très loin de la perfection* » (E3).

Des progrès sont notamment notés depuis que « *des lois ont été votées, des jurisprudences favorables sont arrivées* » (E5) et qu'ont été créés « *tout un tas de dispositifs qui sont destinés à mieux protéger les femmes* » (E3).

Parmi ces nouveaux dispositifs, nous nous sommes penchés tout au long de cette thèse sur la modification du code pénal apportée par la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020, permettant la levée du secret médical en situation de violences conjugales avec emprise et danger immédiat.

Nous allons, dans la suite de ce travail, expliciter les résultats principaux issus de notre analyse, en reprenant divers avis émis à propos de cette loi. Nous finirons par examiner les limites exprimées à la réalisation d'un signalement judiciaire. Puis nous nous pencherons sur la perception quant à la légitimité des professionnel.le.s de santé dans la rédaction de ce signalement.

➤ **Les opinions prédominantes des professionnel.le.s interrogé.e.s**

Nous avons, dans le graphique suivant (Figure 3), illustré l'avis dominant des participant.e.s concernant la loi en fonction de leur profession. Pour le réaliser, nous avons tenu compte de l'opinion globale émanant de chaque entretien. Nous avons également comptabilisé chaque arguments positifs et négatifs évoqués, en prenant en considération la puissance de l'argument concerné (Annexe 5).

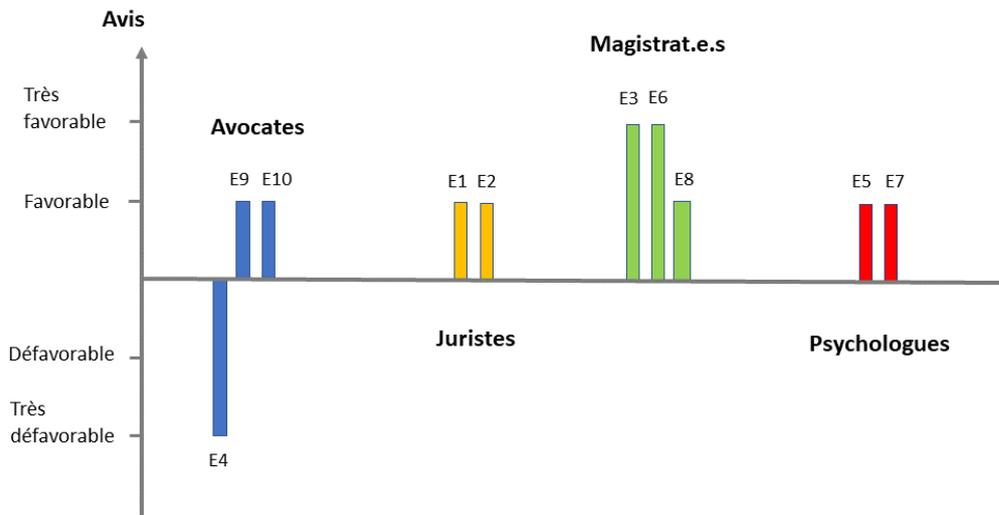


Figure 3. Comparaison des avis généraux des professionnel.le.s à propos de la loi

De manière générale, les avis sont plutôt positifs même si de nombreuses nuances sont apportées par chacun.e.s.

In fine, beaucoup estiment que la loi est pertinente dans certaines situations bien spécifiques (par exemple si la victime est paralysée par la peur, ambivalente ou surveillée constamment par son agresseur) mais pas dans d'autres (notamment si la victime n'a pas conscience du caractère intolérable de sa situation ou si elle ne peut être mise à l'abri dans un lieu sécurisé).

La levée du secret médical devrait donc, pour la plupart, n'être effectuée qu'après une analyse de la situation singulière dans laquelle se trouve la patiente victime de violences au sein de son couple. Etablir une règle générale n'aurait de pertinence, tant le contexte de ces violences peut être à la fois divers et unique.

Pour d'autres, le discours tenu lors de notre entretien comporte moins de nuances car un principe prévaut sur tout le reste : celui d'éviter, avant toute chose, un féminicide. C'est cet argument que nous allons approfondir dans le paragraphe qui suit.

➤ Le signalement judiciaire : un devoir pour les professionnel.le.s ?

Les personnes les plus favorables à l'utilisation de ce dispositif légal dans notre étude sont magistrat.e.s. Pour lui et elles, le signalement est un devoir à la fois professionnel et citoyen. L'article 44 du Code de la santé publique fait effectivement référence à ce devoir de « mettre en

œuvre les moyens les plus adéquats » lorsque le ou la médecin « discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations » (38).

Taire une situation mettant en danger la vie d'une victime est de ce fait vu comme un délit de non-assistance à personne en danger, c'est-à-dire lorsqu'une personne « s'abstient volontairement » d'empêcher « par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle » d'un.e individu.e en détresse. Le Code Pénal prévoit dans ce cas une peine pouvant aller jusqu'à 75 000 euros d'amende et cinq ans d'emprisonnement (39).

Au contraire, d'après ces magistrat.e.s, porter à la connaissance du ou de la procureur.e une situation de danger imminent permet potentiellement de sauver une vie. Et cela devrait éclipser toute autre considération.

A la lumière de tout cela, est-il légalement obligatoire de signaler lorsqu'un.e soignant.e se trouve dans le contexte de la loi du 30 juillet 2020 ? Le magistrat interrogé dans notre étude affirme qu' « *en droit français le présent de l'indicatif vaut impératif* » (E3). La loi stipule en effet que le ou la professionnel.le de santé « doit l'informer [la victime] du signalement », « lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat ». Juridiquement, ces verbes conjugués au présent de l'indicatif, et non au conditionnel, expriment un devoir de signaler.

Pourtant, si l'on considère le Vademecum (que nous avons évoqué dans l'introduction de ce travail), la nouvelle loi n'impose pas le signalement (21). Le ou la médecin « estime en conscience » s'il doit avertir le ou la procureur.e ou non (19).

Même si de toute évidence les soignant.e.s ne sont pas davantage mis.e.s en cause pour non-assistance à personne en danger depuis la promulgation de la loi, ils et elles se retrouvent pris.e.s en étau entre cette première crainte légitime et celle d'attenter au secret professionnel.

➤ **La place du secret médical dans la relation de soin**

Une seule personne parmi les dix questionnées, avocate, se positionne franchement à l'encontre de la loi lors de notre entrevue. Elle évoque principalement le secret médical comme socle indispensable à la relation médecin-malade (E4).

Effectivement, le serment d'Hippocrate rédigé au IV^e siècle avant Jésus-Christ, et fondement de la déontologie médicale, l'exige : « admis.e dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés » (40). C'est en 1810 qu'apparaît pour la première fois la notion de secret médical dans le Code Pénal français, et la sanction encourue en cas sa violation (41).

La thèse du Dr Gilot, soutenue en 2016, nous apprend qu'un des déterminants majeurs du silence des victimes de violences conjugales concerne la qualité de la relation médecin-malade. Celles-ci pouvaient regretter un manque d'écoute, d'empathie, une absence de confiance dans la relation. Certaines appréhendaient même une rupture du secret médical par leur médecin (42).

En outre, une autre thèse, celle du Dr Riobé, publiée en 2020, concluait sur le fait que les femmes victimes de violences conjugales attendent de leur médecin généraliste qu'il ou elle les questionne spontanément et systématiquement sur la présence de violences au sein de leur couple, après avoir établi une relation de confiance basée sur le secret médical (43).

Il faut bien reconnaître que la place du ou de la soignant.e n'est de ce fait pas aisée, pris.e entre son devoir de protection de la santé de ses patientes et la nécessité de protéger le secret professionnel afin d'inspirer confiance et confidences.

Toutefois pour certaines, la place de ce secret médical n'a pas besoin d'être remise en cause étant donné que des outils efficaces d'aide aux victimes sont déjà mis à disposition.

➤ **De nombreux dispositifs d'aide aux victimes déjà existants**

Lors de l'entretien avec l'avocate précédemment citée, celle-ci affirme être d'autant plus défavorable à la levée du secret médical qu'il existe déjà des mesures efficaces pour venir en aide rapidement à une victime (E4).

L'enseignante-chercheuse en philosophie Lynda Gaudemard abonde aussi dans ce sens mais avance le fait que la difficulté que peuvent rencontrer les femmes victimes dans leur prise en charge vient surtout d'un manque d'exécution de ces mesures (44).

Ainsi, l'ordonnance de protection (mise à l'abri immédiate de la victime par la saisie du Juge aux Affaires Familiales), le bracelet anti rapprochement (dispositif de géolocalisation d'une victime et de son auteur) ou encore le téléphone grave danger (service de téléassistance et de géolocalisation joignable en permanence par la victime en cas de danger) sont encore trop peu délivrés à l'échelle nationale (44). Par exemple concernant le téléphone grave danger, le

magistrat interrogé affirmait en 2022 qu'à Montpellier « on en a 46 et par rapport à Béziers ils en ont 1 » (E3).

Au-delà de l'insuffisance des outils disponibles, la rapidité de leur mise en œuvre ne peut se concrétiser sans important renforcement des effectifs et des moyens attribués à la justice et à la police, comme l'ont déploré la plupart des personnes que nous avons interviewées : « on n'a pas assez de magistrats formés » (E5), « la mise en œuvre n'est pas possible parce qu'on ne donne pas de moyens » (E6), « toutes mes brigades de gendarmerie et commissariat sont surchargées de dossier de violences conjugales. Ils n'ont pas les moyens matériels et humains de traiter vite » (E8).

De ce fait, nous sommes en droit de nous demander si le système judiciaire, déjà engorgé, a réellement la capacité d'absorber un afflux de signalements sans mettre davantage la vie de la victime en danger. C'est, du moins, l'opinion qu'exprime le Dr Piet, présidente du Collectif féministe contre le viol lorsqu'elle souligne que « dans notre système, la faille ne vient pas du manque de signalements, mais de la prise en charge des victimes après » (45).

Une prise en charge efficiente de celles-ci dépend effectivement des différents moyens octroyés mais elle est également conditionnée par la qualité de la formation de toutes les personnes susceptibles de soutenir une victime. C'est ce sur quoi nous allons nous pencher par la suite.

➤ **La formation des acteurs et actrices de la santé, un effort à poursuivre**

Il est mis en avant que, depuis la parution de la loi (et l'exposition médiatique dont bénéficie de plus en plus le sujet des violences faites aux femmes au sein de la société), les professionnel.le.s de santé se forment davantage sur le sujet. C'est d'ailleurs un souhait de leur part, comme l'expriment plusieurs médecins à Marion Costille, dans sa thèse conjointe à la nôtre (« *je pense qu'il faut en parler, de la formation, de l'information sur la loi* »).

Effectivement depuis plusieurs années, les conférences (par exemple celles données par l'association Via Voltaire (46)), les formations (comme celles proposées régulièrement par le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (47)), les guides (tels que le Vademecum (21)) à destination des professionnel.le.s se multiplient.

Malgré cela, la thèse du Dr Lambert portant sur l'impact de la loi du 30 juillet 2020 sur l'exercice en médecine générale dans le Finistère montre qu'en 2021, 20% des médecins interrogé.e.s

restaient ignorant.e.s à propos de cette loi. Parmi les 80% qui connaissaient cette loi, aucun.e disait n'avoir été informé.e de façon officielle (la plupart l'avaient été par le biais des médias) et aucun.e n'avait pu citer les deux conditions nécessaires à l'application de la loi (34).

Plus d'un an après, la thèse de Marion Costille montre que 100% des médecins interrogé.e.s connaissent cette loi. Nous pouvons ainsi penser que leur formation semble s'être améliorée (ces résultats étant notamment à pondérer au vu des petits échantillons concernés).

Pour autant, aucun.e n'a jamais recouru au signalement judiciaire. Il existe plusieurs raisons à cela, nous allons en aborder certaines dans les prochains paragraphes.

➤ **Le danger immédiat et l'emprise, deux notions complexes**

Parmi les critiques émises par les individu.e.s que nous avons interrogé.e.s, la complexité pour définir les notions de danger immédiat et d'emprise est ressortie de façon consensuelle.

Le Vademecum édité par le Ministère de la Justice (21) est une piste pour tenter de clarifier ces définitions de manière concrète et pratique. Néanmoins, celui-ci semble très peu connu des professionnel.le.s de santé (48).

De surcroît, les 15 critères d'évaluation du danger immédiat et les 10 items d'évaluation de l'emprise laissent encore planer des zones d'ombre : comment une victime sous emprise peut-elle estimer si elle « dispose librement de son temps » ou si elle est « dépendante des décisions de son partenaire » ? Combien faudrait-il « cocher » de critères pour entrer dans les conditions de la loi ? Quelle est la place du ressenti, de la subjectivité du ou de la soignant.e dans l'évaluation d'une situation ?

Dans la thèse de Marion Costille, les médecins interrogé.e.s mettent en avant leurs difficultés à repérer les patientes concernées par l'emprise (*« repérer si la patiente est vraiment sous emprise, c'est un peu plus compliqué »*). Ils trouvent aussi délicat de définir le concept de danger immédiat (*« le plus difficile c'est de savoir évaluer quelle est la réalité du danger »*).

Les limites de la loi sont indéniablement perçues comme floues, ne facilitant pas son application. Et même si le ou la soignant.e arrive à déterminer qu'une patiente se situe véritablement dans un contexte de danger immédiat et d'emprise, d'autres freins peuvent l'empêcher d'avoir recours à ce dispositif légal.

➤ Des freins limitant le signalement judiciaire

Les facteurs cités comme limitant le signalement judiciaire par le ou la professionnel.le de santé sont nombreux.

Parmi eux, le manque de temps est, dans la pratique, une réalité bien palpable dans une société où la demande d'accès aux soins n'a jamais été aussi forte. La durée moyenne d'une consultation au cabinet d'un.e généraliste est évaluée à quinze minutes (49). On peut difficilement imaginer, dans ce contexte, que le ou la médecin ait le temps de dépister de manière systématique et efficace un phénomène de violence conjugale (34). C'est d'ailleurs ce qu'exprime un médecin dans le travail de Marion Costille : « *on a de moins en moins de temps* ».

Se rajoute à cela une difficulté fréquemment mise en avant par les généralistes sur la problématique du dépistage : lorsque la patiente est connue de longue date, le ou la praticien.ne a peur de faire irruption dans sa vie privée (50), comme l'évoque aussi une des avocates interrogée dans notre recherche (E4). Ainsi, une médecin interviewée par Marion Costille, confirme qu' « *il y a des questions qu'on n'ose même pas poser parce que, voilà... Surtout en connaissant les couples* ». Pourtant, la place du dépistage est primordiale d'après une psychologue de notre enquête car « *peut-être que si tous les médecins dépistaient, si tous les médecins prenaient en charge, on aurait un peu plus de signalements* » (E5).

La peur des représailles de la part du conjoint agresseur est un autre frein important énuméré dans notre travail et, confirmé par les soignant.e.s dans la thèse de Marion Costille.

D'après le Conseil de l'Ordre des médecins du Tarn, « la gestion du risque des représailles envers le médecin signalant est bien entendu un problème qui risque de se poser et qui ne doit pas être occulté » (51), d'autant plus dans un contexte global d'accroissement des incivilités et des violences. L'Observatoire national des violences en milieu de santé rappelle ainsi qu'en 2021, les établissements de santé français ont déclaré près de 18 000 signalements d'atteinte au personnel (en augmentation depuis 2020) (52). L'observatoire de la sécurité des médecins constate également une augmentation des déclarations d'incidents depuis plusieurs années (53).

Un dernier frein au signalement évoqué lors de cette thèse mérite que nous nous penchions à nouveau dessus étant donné son importance dans les discours tenus : celui de la peur des

professionnel.le.s d'engager leur responsabilité (« *vous vous préservez comme ça au moins vous vous mettez pas en danger* » (E8)).

C'est ce qu'atteste une médecin à Marion Costille : « *Et bien ça engage quand même une responsabilité... La levée du secret médical euh... Je crois que je préfère encore me dire que je garde le secret et voilà...* ».

De la sorte, à l'instar du Dr Gubler, ancien médecin de François Mitterrand qui a marqué les esprits par sa condamnation en 1996 à quatre mois de prison avec sursis pour violation du secret professionnel après la publication du livre « *Le Grand Secret* » (54), nombre de praticien.ne.s redoutent d'être poursuivi.e.s pour signalement abusif (34).

Même si les accusations d'atteinte à ce secret concernent plus fréquemment les médecins, n'oublions pas que la loi du 30 juillet 2020 s'adresse aux différentes catégories de professionnel.le.s de santé, comme nous l'avons développé dans l'introduction de cette thèse. Les personnes interviewées se sont de ce fait questionnées sur la pertinence que cela représente au vu de la diversité des professions retrouvées.

➤ **Quelle est la légitimité des professionnel.le.s de santé à réaliser un signalement ?**

Lorsque nous avons interrogé les participant.e.s sur ce point, il est ressorti deux positions opposées, en proportion égale, illustrées dans le graphique suivant.

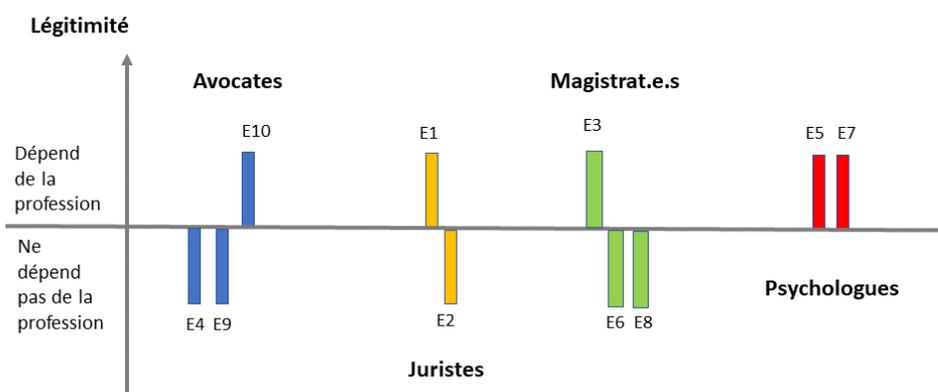


Figure 4. Comparaison des avis des participant.e.s à propos de la légitimité des professionnel.le.s de santé à réaliser un signalement judiciaire

La première position consiste à affirmer que toute profession peut effectuer ce signalement si des éléments probants sont recueillis par le ou la soignant.e. La deuxième soutient que certaines professions sont plus légitimes que d'autres à le réaliser, en fonction notamment du type de relation établie avec la patiente et de la formation reçue concernant le dépistage et la prise en charge des violences conjugales.

Les pharmaciens sont spécifiquement désigné.e.s comme faisant partie des professions les moins légitimes (E3, E5, E10). Pourtant, une étude révèle que 90% des étudiant.e.s en pharmacie pensent qu'apprendre à identifier un phénomène de violence conjugale est pertinent pour leur future pratique (55). Effectivement, 60% des pharmaciens diplômé.e.s déclarent avoir déjà rencontré au moins une victime dans leur pratique et parmi eux, près des deux tiers ne se sentaient pas assez outillés afin de prendre en charge cette situation (56).

Certain.e.s médecins peuvent même questionner leur propre légitimité à informer le ou la procureur.e d'un fait de violence conjugale : « *Je dirais que c'est tout à fait notre rôle que d'accueillir cette parole. Ça l'est moins d'avertir par la suite la police* » (34). L'argument est le même que celui évoqué par le Dr Gille Lazimi, médecin généraliste et membre du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes : les praticien.ne.s sont là avant tout pour accompagner, orienter et soutenir une femme victime de violences (33).

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Forces de l'étude

Cette étude est originale car c'est la première, à notre connaissance, à s'intéresser au point de vue des professionnel.le.s de la justice et des associations concernant la loi de juillet 2020.

Par ailleurs, le choix de la méthode qualitative a toute sa place ici puisqu'il s'agissait de collecter des ressentis, des opinions, des vécus.

L'investigatrice s'est appliquée à rechercher les profils les plus divers possibles et a ainsi obtenu une grande variabilité d'âge, d'expérience, de lieu et de mode d'exercice.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a favorisé une grande liberté d'expression à la personne interviewée tout en maintenant un cadre thématique préalablement réfléchi.

L'élaboration d'un guide d'entretien aux questions ouvertes et neutres a permis de limiter le biais d'investigation chez la chercheuse. Ce guide a été amélioré lors des premiers entretiens afin de le rendre le plus ciblé et clair possible. Le premier guide d'entretien est disponible en annexe 6.

Ce travail de recherche a été pensé dans une démarche plus globale permettant au travers de trois thèses d'étudier les points de vue du monde de la justice, des associations, des médecins généralistes et des femmes à propos de cette loi. Cette approche a permis de donner toute sa force et son intérêt à ce travail.

2.2 Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs biais.

Un biais de sélection car les participant.e.s n'étaient pas recruté.e.s de manière aléatoire, mais en fonction des opportunités de l'investigatrice et des connaissances des premières personnes interviewées. Il a cependant été à chaque fois demandé à ces dernières de nous mettre en relation avec un tiers pouvant apporter un angle de vue différent sur la question. Ce biais a aussi été limité par le fait que chaque personne contactée afin de participer à notre étude a répondu par la positive.

Un seul homme a été recruté malgré les efforts de l'investigatrice pour équilibrer le ratio femme/homme. Devant ces difficultés, nous pouvons légitimement penser que n'avoir pu interroger qu'un homme sur les dix entretiens est le reflet de la sous-représentation des hommes travaillant globalement sur la problématique des violences conjugales. Et de la sur-représentation des femmes dans les métiers du « care » (ou du soin et de la prise en compte de l'autre au sens large) (57). Dans le métier de psychologue par exemple, 85% sont des femmes (58).

Un petit nombre de participant.e.s est observé mais celui-ci a été suffisant afin d'arriver à saturation d'idée.

Un biais d'analyse peut être présent étant donné que l'interprétation d'un discours a une part de subjectivité. La triangulation des données avec une deuxième chercheuse, Mme Marion Costille, a été réalisée dans le but de limiter ce biais.

3. Perspectives

Nous avons interrogé au cours de ce travail des professionnel.le.s des milieux judiciaire et associatif travaillant ou ayant travaillé au quotidien avec des femmes victimes de violences conjugales. Leur expérience nous a permis de mettre en lumière plusieurs axes d'amélioration possibles dans la prise en charge de ces victimes.

Parmi eux est évoqué l'urgence de mettre en place une politique de lutte contre les violences faites aux femmes bien plus stricte et généralisée afin de voir régresser efficacement le nombre de féminicides. A l'image de l'Espagne qui, grâce à plus de moyens alloués à cette cause et à une juridiction plus sévère, a vu son taux de féminicide baisser de près de 25% ces dernières années (59).

Il est également impératif de favoriser et multiplier les réseaux de professionnel.le.s formé.e.s (60). La prise en charge des violences faites aux femmes a en effet la particularité de recouvrir une pluridisciplinarité importante : médecin généraliste, médecin légiste, psychologue, sage-femme, assistant.e social.e, conseiller.ière en affaire familiale, juriste, avocat.e, policier.ière, gendarme etc. La coordination de ces intervenant.e.s est primordiale (2). Il sera important d'observer comment s'organisent et se développent ces différents réseaux dans le futur.

Dans un prochain travail de recherche, le nombre de participant.e.s mériterait d'être étoffé afin de confirmer, dans les années à venir, l'avis globalement positif concernant cette loi. La promulgation de cette dernière étant plutôt récente, rares étaient les professionnel.le.s de la justice ayant déjà reçu un signalement effectué dans les conditions de la loi. Une prochaine étude pourrait analyser, avec plus de recul, à quel point les professionnel.le.s de santé se sont approprié.e.s ou non le signalement judiciaire. Il serait alors intéressant d'évaluer l'impact de la loi de manière chiffrée (nombre de signalements effectués, professionnel.le.s de santé à l'origine du signalement, contexte du signalement, délai d'intervention des autorités judiciaires, impact sur la victime, nombre de féminicides évités etc.).

La loi du 30 juillet 2020 impliquant chaque professionnel.le de santé, il serait également pertinent de recueillir les points de vue d'autres professions que les médecins généralistes (comme l'a réalisé Marion Costille) à ce sujet. Par exemple, en interrogeant des sage-femmes, dont nous avons vu précédemment que leur Conseil National de l'Ordre émettait des réserves quant au bénéfice de cette loi.

Pour finir, précisons que si nous avons, au cours de cette thèse, axé notre réflexion sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, nous ne sous-estimons pas moins la nécessité de prendre en charge les auteurs de ces violences.

Ainsi parmi les 46 mesures annoncées à l'occasion du Grenelle des violences conjugales, seules deux (la 41^{ème} et la 42^{ème}) concernent le suivi et la prévention des récidives de l'auteur. Les intitulés sont les suivants : « renforcer les mesures de suivi de l'auteur et de prévention de la récidive à partir de pratiques déjà développées par certaines juridictions » et « renforcer les mesures de suivi de l'auteur et de prévention de la récidive par la mise en place de 2 centres de suivi et de prise en charge des auteurs par régions ».

Même si les stages de responsabilisation, l'accompagnement à l'insertion socio-professionnelle ou encore le suivi addictologique augmentent pour ces personnes, les centres de prise en charge des auteurs sont encore trop peu nombreux au vu des besoins réels : il en existe uniquement 22 en métropole et outre-mer à l'heure actuelle, et ceux-ci sont très inégalement répartis au sein des 18 régions que compte le territoire français (61). Sur l'année 2021, seuls 20 auteurs ont ainsi été orientés vers le centre d'Ille-et-Vilaine dans le cadre d'un parcours judiciaire (62).

D'autres pistes réflexives méritent également d'être explorées, telles que le développement de la justice restaurative comme moyen de rétablissement de la paix sociale. Cette pratique consiste, pour celles et ceux qui le souhaitent, à faire dialoguer victimes et auteurs d'infractions (concernés par la même affaire ou non) encadrés par des animateurs et animatrices formé.e.s. De la sorte, la justice restaurative vise à contribuer à la reconstruction de la victime, à la responsabilisation de l'auteur et à sa réintégration au sein de la société (63).

Le regard que notre société porte sur les violences faites aux femmes est incontestablement en train de se modifier, faisant évoluer par la même occasion les lois définissant les droits et les devoirs de chaque citoyen.ne. Il sera captivant de suivre dans les années à venir l'évolution de ces processus.

V) Conclusion

Ce travail illustre la diversité d'opinions, au sein des professionnel.le.s du monde judiciaire et associatif, qu'engendre un sujet sociétal tel que celui de la prise en charge des violences conjugales. Même si les professionnel.le.s interrogé.e.s trouvent globalement la loi du 30 juillet 2020 pertinente, toutes et tous soulignent des nuances propres à chaque histoire vécue par la patiente. Chaque situation devra être étudiée individuellement par le ou la professionnel.le de santé avant de décider de réaliser un signalement judiciaire, d'autant plus si l'accord de la patiente ne peut être trouvé.

In fine, le peu de signalements effectués dans le cadre de la loi montre qu'insuffisamment de médecins se la sont réellement appropriée. Dans le travail de thèse de Marion Costille, force est de constater qu'à l'heure actuelle, les pratiques des médecins n'ont pas été impactées par cette loi et que beaucoup de zones d'ombres persistent pour elles et eux.

Les professionnel.le.s de santé sont pourtant des acteurs et actrices incontournables de la lutte contre les violences faites aux femmes, de par la relation singulière qu'ils et elles établissent avec les patientes. Mettre l'accent sur leur formation est indispensable.

A cette fin, le rôle des associations est fondamental dans la divulgation de leurs connaissances concernant le dépistage, l'accompagnement, l'information et l'orientation des femmes. L'intervention des professionnel.le.s de la justice auprès des soignant.e.s permettrait également de combler des lacunes, dans le but de favoriser les réponses les plus adéquates possibles en cas d'urgence.

En vue d'apporter un panel d'avis encore plus large concernant cette loi controversée, il serait intéressant de recueillir l'opinion des premières concernées : les femmes.

Existe-t-il un impact sur la confiance qu'elles ont envers leur professionnel.le de santé ? Une femme anciennement victime aurait-elle apprécié que les démarches soient faites à sa place lorsqu'elle était dans le besoin ? Ou au contraire, cela aurait-t-il été néfaste dans sa situation ? C'est dans l'objectif de répondre à ces questions que Clara Dupleichs conduit actuellement son travail de thèse, en faisant émerger les points de vue des femmes, ayant subi des violences au sein de leur couple ou non.

VI) Bibliographie

1. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. Vie publique.fr. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
2. Baccino É. Chapitre 5 - Violences conjugales. In: Médecine légale clinique. 2015. p. 51-60.
3. Déclic Violence [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
4. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Approches-geographiques/Analyses-territoriales/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Approches-geographiques/Analyses-territoriales/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
5. Synthèse Miprof 2021.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Synth%C3%A8se_Miprof_%C3%A9tudeDAV_2021.pdf
6. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Lettre%20n%C2%B018%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202021.pdf>
7. L'asouade [Internet]. L'arbre aux questions. 2020 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://cocoduc.blogspot.com/2020/04/lasouade.html>
8. Le code Napoléon [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <http://8mars.info/le-code-napoleon>
9. Légifrance. Loi du 18 février 1938 portant modification des textes du code civil relatifs à la capacité de la femme mariée.
10. Croquet P. #MeToo, du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXI^e siècle ». Le Monde.fr [Internet]. 14 oct 2018 [cité 10 avr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/10/14/metoo-du-phenomene-viral-au-mouvement-social-feminin-du-xxie-siecle_5369189_4408996.html
11. Comité de suivi du Grenelle. Tableau suivi Grenelle des violences conjugales [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/cp-n12-comite-de-suivi-du-grenelle-13-10-2020-tableau-suivi-grenelle-des-violences-conjugales-comite-de-suivi-13-10-2020/>
12. Cordier S. Violences conjugales : les associations déplorent l'absence de moyens dégagés par le Grenelle. Le Monde.fr [Internet]. 26 nov 2019 [cité 13 oct 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/11/26/violences-conjugales-les-associations-deplorent-l-absence-de-moyens-degages-par-le-grenelle_6020558_3224.html
13. Rapport Où est l'argent contre les violences faites aux femmes ? [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-ou_est_argent-vf.pdf

14. Article 15-3 du code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038311441/
15. Enquete #Prendsmaplainte.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: https://www.noustoutes.org/ressources/resultats_enquete_prendsmaplainte.pdf
16. Mission sur les homicides conjugaux [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/publication/Rapport%20HC%20Publication%2017%20novembre%202019.pdf>
17. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
18. Légifrance. Article 226-13 du Code pénal [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945
19. Légifrance. Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales [Internet]. 2020-936 juill 30, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042176652>
20. Légifrance. Code de la santé publique [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665
21. Vademecum secret médical et violences conjugales [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf
22. Conseil National de l'Ordre des médecins. Violences conjugales et signalement [Internet]. 2019 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
23. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Proposition de la levée du secret médical : prudence du CNOSEF ! [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/proposition-de-la-levée-du-secret-medical-prudence-du-cnosf/>
24. Violences conjugales : Edouard Philippe veut lever le secret médical en cas « d'urgence absolue » [Internet]. 2019 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=2Sv2gzOu_Zw&ab_channel=L%27ObsL%27Obs
25. Faure J. Violences conjugales : ces médecins qui veulent assouplir le secret médical [Internet]. LCI. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/population/violences-conjugales-sante-medecine-ces-medecins-qui-veulent-assouplir-le-secret-medical-2136322.html>
26. Lamothe J. Violences conjugales : la dérogation au secret médical divise les professionnels de santé. Le Monde.fr [Internet]. 11 déc 2019 [cité 11 avr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/12/11/violences-conjugales-la-derogation-au-secret-medical-divise-les-professionnels-de-sante_6022407_3224.html
27. Protection des victimes de violences conjugales et secret médical [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=UecFEUZLy44&ab_channel=GroupeMoDemetD%C3%A9mocratesapparent%C3%A9sGroupeMoDemetD%C3%A9mocratesapparent%C3%A9s
28. Winckler M. La levée du secret professionnel est une mesure inappropriée, paternaliste et dangereuse pour les femmes [Internet]. Le Huffington Post. 2019 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur:

https://www.huffingtonpost.fr/entry/la-levee-du-secret-professionnel-est-une-mesure-inappropriee-paternaliste-et-dangereuse-pour-les-femmes_fr_5dd3afe9e4b082dae8137cfc

29. Py B. Le devenir du secret professionnel médical en présence de violences intrafamiliales. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2021;30(3):57-60.

30. Rousseau C. « La levée du secret médical en cas de violences conjugales est une fausse bonne idée, car le médecin est le dernier confident ». *Le Monde.fr* [Internet]. 26 nov 2019 [cité 11 avr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/11/26/luc-fremiot-c-est-la-premiere-fois-que-l-on-se-decide-a-lutter-contre-les-causes-des-violences-faites-aux-femmes_6020514_3224.html

31. Protection des victimes de violences conjugales [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=FMEdck2wdPk&ab_channel=GroupeMoDemetD%C3%A9mocratesapparent%C3%A9sGroupeMoDemetD%C3%A9mocratesapparent%C3%A9s

32. Curat AM. Violences conjugales : « Lever le secret médical sans accord contribuerait à la perte d'autonomie de la patiente ». *Le Monde.fr* [Internet]. 21 juill 2020 [cité 11 avr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/07/21/violences-conjugales-lever-le-secret-medical-sans-accord-contribuerait-a-la-perte-d-autonomie-de-la-patiente_6046801_3232.html

33. Faut-il supprimer le secret médical dans le cas de violences conjugales ? [Internet]. 2019 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=dNkJS3c7EA8&ab_channel=GoldenGolden

34. Lambert N. Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans l'exercice professionnel en médecine générale de ville. 21 juin 2021;121.

35. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34.

36. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud: Global média santé, DL 2021; 2021. 192 p.

37. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. Armand Colin; 2016.

38. Légifrance. Article R4127-44 du Code de la santé publique [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843583

39. Légifrance. Article 223-6 du Code pénal [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588

40. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

41. Légifrance. Article 378 de l'ancien Code Pénal [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490249

42. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales : qu'attendent-elles de leur médecin généraliste ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016 [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: <https://ged.scdi-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1055>

43. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes [Internet]. 2020 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03020058>
44. Gaudemard L. « Les nouvelles mesures sur les violences conjugales ne remplaceront pas une réelle application des lois existantes ». Le Monde.fr. 5 déc 2019;
45. Achard P. Violences conjugales : l'exception au secret médical fait débat [Internet]. Libération. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2020/07/30/violences-conjugales-l-exception-au-secret-medical-fait-debat_1795423/
46. Via Voltaire. Agenda des rencontres interprofessionnelles [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: https://www.viavoiltaire.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=69:le-conseil-general-de-lherault-et-soncompte-ren-agence-departementale-de-la-solidarite-cur-dherault-en-partenariat-avec-ladiav-lepe-via-voltaire-et-le-soded-a-organise-le-mardi-24-janvier-2012-a-clermont-lherault-une-journee-de-reflexion-a-ladresse-des-pr&catid=34&Itemid=130
47. CIDFF Hérault. Formations des professionnels.le.s [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://herault.cidff.info/informations/les-formations/p-41>
48. Girondot E. Le signalement des violences conjugales par les professionnels de santé – les limites de l'article 12 de la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020. J Droit Santé L'Assurance Mal [Internet]. 2022 [cité 19 mai 2023];(35). Disponible sur: <https://hal.science/hal-03990457>
49. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
50. Janeiro O. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes [Internet]. 2018 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02615334>
51. Conseil Départemental du Tarn de l'Ordre des médecins. Violences au sein du couple [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://conseil81.ordre.medecin.fr/content/violences-au-sein-du-couple-2>
52. Ministère de la santé et de la prévention. L'observatoire national des violences en milieu de santé : chiffres clés du rapport 2022 [Internet]. 2022 [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022>
53. Observatoire de la sécurité des médecins en 2022.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1dxm17k/cnom_observatoire_securite_2022.pdf
54. Peyrot M. Le docteur Gubler condamné à quatre mois de prison avec sursis pour violation du secret professionnel. Le Monde.fr [Internet]. 7 juill 1996 [cité 18 mai 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1996/07/07/le-docteur-gubler-condamne-a-quatre-mois-de-prison-avec-sursis-pour-violation-du-secret-professionnel_3723355_1819218.html
55. Cerulli C, Nichols-Hadeed C, Raimondi C, Stone JT, Cerulli J. Facilitating Intimate Partner Violence Education among Pharmacy Students: What Do Future Pharmacists Want to Know? *Curr Pharm Teach Learn*. 2015;7(3):283-91.
56. Ford J, Murphy JE. Chain pharmacists' attitudes on and awareness of domestic abuse. *J Am Pharm Assoc Wash DC* 1996. mai 1996;NS36(5):323-8.

57. Roussel P. Femmes et Hommes : une lente décréue des inégalités [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047789?sommaire=6047805>
58. Baromètre de la psychologie 2021 [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.psychologue.net/site/own/observatoire-psychologie-en-ligne2021.pdf>
59. Janselme K. Comment l'Espagne a fait baisser de 24% les féminicides en moins de 20 ans [Internet]. 2022 [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/monde/violences-faites-aux-femmes/comment-l-espagne-fait-baisser-de-24-les-feminicides-en-moins-de-20-ans-740825>
60. Salomon M, Baccino E, Rodrigues F. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. Rev Médecine Légale. 1 mars 2021;12(1):35-44.
61. SCJE. Centre de Prise en Charge des Auteurs de Violences Conjugales [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.scje.fr/cpca/c-39.html>
62. Préfet d'Ille-et-Vilaine. Les centres de prise en charge et de suivi des auteurs de violences conjugales [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ille-et-vilaine.gouv.fr/Actualites/Breves/Les-centres-de-prise-en-charge-et-de-suivi-des-auteurs-de-violences-conjugales>
63. Enquête nationale sur la justice restaurative 2021.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.justicerestaurative.org/wp-content/uploads/2022/05/EN-2021.pdf>

V) Annexes

1. Annexe 1 : lettre d'information des participant.e.s

LETTRE D'INFORMATION

Nous vous proposons de participer à un projet de thèse de médecine générale intitulé « Le signalement judiciaire des femmes victimes de violences conjugales : des regards différents portés par les professionnels du milieu juridique et associatif ».

Prenez le temps de lire cette lettre avant de prendre votre décision.

Le directeur de cette thèse est le Dr DUNAND Thierry (thierry.dunand@hey.com) : médecin généraliste dans un cabinet de Béziers.

L'investigatrice est Mme RICHARD Alice (alicerichard34@gmail.com) : interne en médecine générale, elle se chargera plus particulièrement du recueil de votre parole dans le cadre de cette recherche.

La participation à cette étude est entièrement volontaire et ne vous occasionnera aucun frais. Si vous ne comprenez pas certaines informations, n'hésitez pas à demander des explications au directeur de thèse : le Dr DUNAND Thierry, ou en priorité à votre investigatrice : Mme RICHARD Alice.

1. Objectif de la recherche

Les violences conjugales sont devenues une préoccupation plus importante des politiques gouvernementales ces dernières années. Suite au Grenelle des violences conjugales qui s'est tenu en 2019, de nouvelles mesures ont été prises.

Cette étude vise à explorer les différents regards portés sur l'application du signalement judiciaire par les professionnels du milieu juridique et associatif travaillant au contact des femmes victimes de violences conjugales en France.

2. Déroulement de l'étude

Votre participation nécessitera un entretien individuel d'une durée de 20 à 60 minutes environ, réalisé sur une journée selon vos disponibilités.

Vous pourrez arrêter l'entretien ou ne pas répondre à toutes les questions sans justification et à tout moment.

Les informations seront recueillies à l'aide d'un enregistrement audio avec un dictaphone et un smartphone.

Les données seront anonymisées et retranscrites en texte pour être analysées.

Les enregistrements seront détruits une fois la retranscription réalisée.

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous faudra signer le formulaire de consentement éclairé.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment de la recherche.

3. Aspects réglementaires

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel, dont le responsable est l'université de Montpellier (163, rue Auguste Broussonnet, 34090 Montpellier). Ces données vont être enregistrées dans une base de données informatique pour permettre leur analyse. Les données enregistrées seront rendues anonymes, identifiées uniquement par un numéro de code.

Une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été effectuée dans le cadre de la collecte et le traitement de ces données personnelles. Cette étude passera devant le Comité d'Éthique.

Conformément au règlement général sur la protection des données (règlement européen n° 2016-679-UE du 27 avril 2016) et à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous disposez :

- Des droits d'accès, de rectification et d'effacement de vos données à caractère personnel ;
- Du droit de retirer votre consentement pour l'avenir ;
- Des droits de limitation et d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel.

Pour exercer ces droits et/ou signaler toute anomalie, vous pouvez contacter l'investigatrice.

Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications lors de congrès scientifiques et/ou être publiés dans une revue scientifique. Dans tous les cas l'anonymat sera préservé.

A la fin de l'étude, si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des résultats globaux de la recherche en effectuant une demande écrite auprès de l'investigatrice ou du coordonnateur de l'étude.

Vous pouvez prendre tout le temps nécessaire pour décider de participer ou non à cette étude.

Votre participation ne peut être que volontaire, aussi nous vous demandons, si vous y consentez, de signer le formulaire de consentement écrit conformément aux exigences légales.

2. Annexe 2 : consentement de participation à l'étude

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Mme RICHARD Alice m'a proposé de participer à une étude concernant une thèse de médecine générale intitulée « Le signalement judiciaire des femmes victimes de violences conjugales : des regards différents portés par les professionnels du milieu juridique et associatif ».

Elle m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, sans que cela n'entraîne de préjudice pour moi.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu une explication sur les objectifs et les modalités de cette recherche. J'ai compris ces informations et elle m'a laissé le temps et le loisir de poser toutes les questions que je souhaitais.

Si certaines questions ou problèmes surviennent à n'importe quel moment de l'étude, je pourrai contacter le coordinateur de l'étude : Dr DUNAND Thierry ou l'investigatrice : Mme RICHARD Alice dont les coordonnées figurent dans la lettre d'information.

Je suis informé que cette recherche sera conduite conformément à la législation française en vigueur, qu'elle sera présentée devant le Comité d'Ethique et qu'une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL.

Je connais la possibilité qui m'est réservée de participer ou de retirer mon consentement à tout moment et quelle qu'en soit la raison, sans avoir à la justifier et sans aucun préjudice pour moi-même. J'en informerai alors au préalable les responsables de l'étude.

J'ACCEPTE DE PARTICIPER À CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS PRÉCISÉES DANS CE DOCUMENT.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par l'investigatrice. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi informatique et libertés s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude. Je pourrai exercer mon droit de rectification auprès de ceux-ci.

En cas de publication des résultats dans une revue scientifique, mon identité ne sera pas révélée.

Je certifie qu'un exemplaire du formulaire d'information et de consentement éclairé m'a été remis.

⇒ A remplir de la main du participant

Le participant :
Nom/prénom en lettres capitales :
Date :
Signature :

⇒ A remplir de la main de l'investigatrice

L'investigatrice :
Nom/prénom en lettres capitales :
Date :
Signature :

3. Annexe 3 : corpus

4. Annexe 4 : tableau d'analyse

Verbatim	Unité de sens	Pré-catégorie	Catégorie conceptualisante
E5 ce texte là il est tellement peu connu, tellement peu divulgué	La nouvelle loi est peu connue du grand public...	La nouvelle loi a eu une portée inégale au sein de la société	Des ressentis généraux très divers à propos de la loi du 30 juillet 2020
E7 Même avant que la loi soit promulguée, c'était déjà quelque chose qui faisait débat sur les réseaux, tant du côté des professionnels du médico-social que les autres	... Mais elle fait débat dans les milieux spécialisés		
E3 en tout état de cause à ce jour moi j'ai pas connaissance de dénonciation qui a été faite par des médecins de ville E4 j'ai pas vu de cas où justement j'ai eu un signalement qui avait été fait par les médecins. Jamais. E6 on a des grands centres hospitaliers qui ont des protocoles. Tandis que le petit médecin tout seul... E5 en tout cas c'est très peu utilisé	Bien que la loi semble peu appliquée par la médecine de ville...	Globalement, peu de professionnel.le.s de santé ont recours à cette loi	
E9 c'est une loi qui est encore récente. L'avenir dira comment les choses ont pris forme. E7 la question des lois a besoin d'être vue dans la durée	... Certains pensent qu'il est trop tôt pour juger de son impact		

<p>E8 Au niveau médecin en libéral, j'ai jamais eu de signalement. Mais aux urgences oui, le monde hospitalier oui, mais parce que je pense qu'ils ont plus accès à des situations dramatiques</p> <p>E6 on a des grands centres hospitaliers qui ont des protocoles</p> <p>E8 C'est pour ça aussi je pense que les urgences nous signalent plus, parce que eux ont des situations où les victimes se retrouvent dans un état pas possible donc du coup ça suscite plus d'interrogation et c'est là où peut-être ils vont aller creuser</p>	<p>La rareté des situations de danger immédiat en médecine de ville peut expliquer la rareté des signalements dans ce milieu par rapport à l'hôpital</p>		
<p>E6 on a de plus en plus de psychologues, de psychiatres qui font des signalements.</p> <p>E6 l'époque est au signalement</p>	<p>Globalement, les signalements par les soignant.e.s seraient tout de même plutôt en augmentation ces dernières années</p>		
<p>E5 Je pense que ça peut concerner un nombre très très restreint de situations puisque il faut quand même les deux conditions concomitantes : le danger imminent et l'emprise</p> <p>E5 Ça correspond vraiment à des situations extrêmes et rares</p>	<p>La loi concerne des situations rares</p>		

<p>E2 Qu'est-ce qu'on estime être un danger immédiat ? Est-ce que ça veut dire un danger de mort, est-ce que c'est un danger pour la santé physique, la santé mentale ? Est-ce que ça englobe tout ça ?</p> <p>E3 La notion de danger immédiat ça peut être tout et n'importe quoi.</p>	<p>La notion de danger immédiat est difficile à définir par les professionnel.le.s</p>	<p>La définition du danger immédiat est difficile à appréhender</p>	<p>Le danger immédiat : une notion complexe</p>
<p>E9 sur le plan de la récurrence des faits, une personne qui a déjà été victime de violence et qui vous dit "Là j'en peux plus", qui vous manifeste que c'était la foi de trop, intuitivement parlant on sent que c'est le moment de faire quelque chose rapidement</p> <p>E2 c'est pas la même notion pour tout le monde finalement.</p>	<p>La notion de danger immédiat est subjective et parfois intuitive</p>		
<p>E8 vous pouvez ne pas sentir le danger parce que la personne n'a pas l'air trop choquée et cetera alors que nous derrière, on sait que son mec s'est fait condamner à plusieurs reprises par le tribunal, ça vous êtes pas au courant</p>	<p>Les antécédents de condamnations judiciaires est un critère de danger immédiat</p>	<p>Le danger immédiat recouvre des éléments complexes tels que le profil de l'agresseur, le type d'agression perpétré ou les conséquences sur la victime</p>	
<p>E2 elles voulaient pas retourner avec la personne mise en cause, elles arrivaient clairement à dire qu'elles avaient peur et qu'elles se sentaient en danger justement et que le mis en cause était fou</p>	<p>Le danger immédiat peut être évalué par la peur qu'a la victime de son agresseur</p>		

<p>E6 Et aussi s'il y a des viols. Parce que les violences sexuelles c'est une réalité dans les couples de violences conjugales</p>	<p>Les violences sexuelles font partie des critères du danger immédiat</p>		
<p>E2 le danger immédiat nous on le voit souvent par rapport au comportement de l'auteur où il essaie de rentrer en contact avec la victime alors que elle, elle a changé tous ses trucs sur les réseaux sociaux, limite son numéro de téléphone, où il va essayer d'aller directement physiquement au lieu ou à l'adresse qu'il connaissait ou chez les parents ou des membres de la famille ou au travail... Là pour moi le danger il est immédiat parce que la personne elle agit clairement pour retrouver la victime</p>	<p>Le danger immédiat est présent quand l'auteur essaie de retrouver coûte que coûte la victime</p>		
<p>E4 Le danger immédiat c'est justement quand il y a des violences qui précèdent le jour de la demande en fait. Ca doit être très très très récent</p>	<p>Le danger immédiat est présent quand il y a eu des violences récentes</p>		

<p>E2 qu'est-ce que l'emprise..?</p> <p>E1 Même moi est-ce que je peux la définir ? Comment est-ce que l'on sait que quelqu'un est complètement sous emprise ?</p> <p>E4 l'emprise, ça après c'est psychologique... Euh... Ca parle plus aux psychologues je pense... Ca va être surtout euh... Comment dire...</p> <p>E9 C'est sûr que la notion d'emprise est pas évidente</p>	<p>La notion d'emprise est difficile à définir par les professionnel.le.s du monde judiciaire et associatif</p>	<p>La définition d'emprise est difficile à appréhender</p>	<p>L'emprise : une notion complexe</p>
<p>E8 tous les médecins à mon avis ne savent pas ce que c'est l'emprise à moins qu'ils s'informent sur le sujet</p> <p>E8 déterminer s'il y a une contrainte morale, je vois pas comment vous arriverez à déterminer ça</p>	<p>La notion d'emprise est difficile à définir par les professionnel.le.s de la santé</p>		
<p>E2 c'est quelque chose qui est justement hyper dur à définir avec des mots parce que c'est plus de l'ordre du ressenti de la personne, c'est pas forcément une contrainte qui est visible.</p>	<p>L'emprise n'est pas observable physiquement mais est de l'ordre de ressenti</p>		
<p>E1 la notion d'emprise elle est dans cette construction des violences psychologiques</p>	<p>L'emprise fait partie des violences psychologiques</p>	<p>Les différents mécanismes de l'emprise</p>	

<p>E10 quand on est dans un phénomène d'emprise on n'est plus une personne à part entière. On n'est qu'une personne sous le regard de l'autre</p> <p>E9 c'étaient parfois des femmes qui avaient 50 ans et plus qui n'avaient pas de boulot, donc il y a une dépendance financière aussi</p> <p>E4 L'emprise ça va être une dépendance économique, affective, sociale même. (...) Il y a ces 3 dépendances là je pense, qui font que quand elles sont cumulées, l'emprise peut être retenue</p>	<p>L'emprise est le fait d'amener la victime à dépendre de l'auteur financièrement, affectivement, socialement etc.</p>		
<p>E2 je vois ça un peu comme des personnes qui ont des addictions</p>	<p>Une victime sous emprise est vue comme une personne souffrant d'addiction</p>		
<p>E1 ça fait partie de la question de la culpabilisation et de l'aliénation de l'auteur sur la victime, c'est faire croire qu'elle est folle</p>	<p>L'emprise passe par le dénigrement de la victime</p>		

<p>E1 dans la question d'emprise, en général l'auteur isole la victime</p> <p>E9 C'est l'emprise ça aussi. Au début elles avaient des amis et puis l'auteur des faits les écartent</p> <p>E4 Parce que quand elles sont recluses, quand elles ont plus personne à qui se confier justement.</p> <p>E10 la victime va se renfermer sur elle-même, et par défaut que des systèmes judiciaires veulent bien aller avec elle, elle se retrouve très isolée</p>	<p>L'emprise passe par l'isolement de la victime</p>		
<p>E2 Moi je le vois l'emprise dans le mécanisme où souvent les victimes elles reviennent, où pourtant elles sont violentées quasiment quotidiennement.</p> <p>E9 l'emprise est là, et l'idée de pouvoir passer à l'action est complètement en dehors de leur champ de vision parce qu'elles sont victimes et elles ont un champ d'action de plus en plus limité</p> <p>E10 celles qui sont sous emprise (...) elles ne peuvent pas sortir de cette situation. Toutes seules elles peuvent pas.</p>	<p>Les victimes sous emprise n'arrivent pas à quitter définitivement la relation malgré les violences</p>	<p>Les différentes conséquences de l'emprise</p>	

E2 C'est plus la personne elle-même qui se sent prisonnière d'une situation et qui arrive pas à en sortir.	L'emprise est vue comme une prison		
E5 Elle minimisait beaucoup les faits E2 il y a des gens des fois qui sont tellement sous emprise, qui ont pas le même barème de violence que nous, où les insultes c'est quelque chose de l'ordre de la normalité	Minimiser la situation fait partie de l'emprise		
E9 elles sont souvent dans le déni	La victime sous emprise est souvent dans le déni		
E9 il y avait beaucoup d'emprise c'est sûr, elles avaient peur.	La victime sous emprise a peur		
E7 il y a une terreur et un polytraumatisme qui fait que certaines fois elle ne veut pas porter préjudice à l'auteur des violences E1 c'est compliqué pour la victime d'aller déposer plainte. Déposer plainte contre quelqu'un qu'on aime et avec qui on a décidé de faire sa vie bah... c'est pas évident	Aller déposer plainte est une démarche compliquée pour la victime sous emprise		
E3 je pense aussi qu'ils sont pas forcément tous au courant de l'existence de ces dispositions	La méconnaissance de la loi est un frein au signalement	En pratique la loi est difficile à appliquer par les professionnel.le.s de santé du	Des facteurs limitant le signalement par le professionnel de santé

<p>E8 c'est vous qui devez apprécier le danger immédiat sauf que vous n'avez pas de formation juridique et de formation sur le terrain hors médical pour savoir si la personne est en danger immédiat</p> <p>E1 ça veut dire que les médecins soient formés à la notion d'emprise, parce que ça c'est encore quelque chose qui n'est pas beaucoup fait</p> <p>E10 Si déjà on n'est pas formé et on la croit pas, il n'y a pas de signalement</p> <p>E10 la première chose que devraient avoir les médecins (...) c'est une formation sur qu'est-ce qu'une victime de violence, qu'est-ce qu'une violence conjugale de manière large, pour pouvoir effectivement rapporter des faits</p> <p>E5 Peut-être que si tous les médecins dépistaient, si tous les médecins prenaient en charge, on aurait un peu plus de signalements</p>	<p>Le manque de formation des médecins est un frein à l'application de la loi</p>	<p>fait d'un manque de formation sur les conditions de la loi</p>	
---	---	---	--

<p>E2 c'est des termes qui sont tellement pas précis que en tout cas moi juridiquement je saurai pas l'appliquer</p> <p>E5 l'application est extrêmement compliquée parce que il y a des mots comme « contrainte morale » qu'il faudrait définir</p>	<p>L'imprécision des termes de la loi rend sa compréhension difficile</p>	<p>L'imprécision et la technicité des termes de la loi rendent son application difficile</p>	
<p>E8 je pense déjà que la compréhension du texte est compliquée</p>	<p>La compréhension du texte est une difficulté à franchir pour les personnes non familières des écrits juridiques</p>		
<p>E2 ça laisse libre cours à l'interprétation, une grande marge de manœuvre mais je trouve que des fois quand la loi est trop large justement on n'arrive pas à l'appliquer</p>	<p>L'imprécision des termes de la loi laisse trop de place à l'interprétation</p>		
<p>E10 ils sont en difficulté par rapport à un positionnement qu'ils ont du mal à trouver sur "comment doit-on agir par rapport à ces sujets-là ?"</p>	<p>L'Ordre des médecins a du mal à donner des directives claires sur le sujet des violences faites aux femmes...</p>	<p>Il existe des perceptions divergentes quant aux situations qui doivent répondre au secret médical ou non</p>	
<p>E10 comme il n'y a pas de directive claire de l'Ordre, je pense que les médecins sont perdus</p>	<p>... ce qui n'aide pas les médecins à trouver une ligne de conduite</p>		

<p>E6 Malheureusement les médecins ont souvent tendance à se retrancher dans le secret médical pour des choses qui ne dépendent pas à mon sens du secret médical. Parce que les médecins ne comprennent pas ce qu'il y a juridiquement derrière.</p> <p>E3 On a un léger désaccord sur ce qu'est le secret médical. Pour moi le secret médical il se cantonne aux actes du médecin et ce qui peut être dit au cabinet</p> <p>E3 quand une personne vient dans la salle avec une tête plein de bleus, y a pas de médecine, c'est juste une personne dont on sait qu'elle a été battue</p> <p>E8 vous faites tellement état de votre secret médical tout le temps que parfois vous comprenez pas que le secret médical, c'est très bien et je suis totalement d'accord sur le principe, mais parfois il y a des notions plus fortes et des intérêts plus forts que le secret médical</p>	<p>La limite du secret médical est débattue selon la catégorie professionnelle interrogée</p>		
--	---	--	--

<p>E3 C'est aussi une façon pour un certain nombre de professionnels de santé de s'éviter des problèmes, de s'éviter d'avoir le mari de Madame, de s'éviter d'avoir des réflexions de la part des patients, de perdre des patients etc. Donc c'est aussi conçu comme « oulah je m'en mêle pas » plus que comme la volonté de respecter le secret médical</p>	<p>Le secret médical peut servir à certains professionnels. Ils s'excusent pour ne pas contrarier sa patientèle</p>		
<p>E8 vous vous préservez comme ça au moins vous vous mettez pas en danger</p> <p>E3 Le secret médical est trop conçu pour protéger le médecin</p> <p>E6 Plus on a de responsabilité, moins on aime rendre de compte car on estime qu'on prend beaucoup de risques et qu'on doit prendre des décisions difficiles et qu'on ne supporte pas que la justice s'immiscie dans un système.</p>	<p>Le médecin a tendance à se cacher derrière le secret médical pour ne pas avoir affaire avec la justice</p>	<p>La méconnaissance du monde judiciaire et les idées préconçues à son sujet sont un frein à l'application de la loi</p>	
<p>E8 on a souvent la situation où les médecins ont peur de nous faire un signalement parce qu'ils ne savent pas ce qu'il va y avoir derrière</p>	<p>La peur de ce que le signalement va impliquer est un frein au signalement</p>		
<p>E8 je pense que les médecins ont peur de se faire sanctionner en fait</p> <p>E3 il y a une beaucoup de fantasme du corps médical sur la dénonciation abusive.</p>	<p>La peur de la poursuite pénale en cas de signalement inapproprié est souvent évoquée...</p>		

<p>E3 moi si vous me dénoncez un truc qui s'avère faux mais que vous aviez des éléments objectifs pour dénoncer, mais jamais je vous poursuivrai ! Et jamais vous serez condamnés.</p> <p>E9 ... vous serez jamais tenue responsable d'avoir signalé alors qu'à l'inverse vous pouvez être tenue responsable de non-assistance à personne en danger.</p> <p>E6 en tout état de cause, même si ce texte n'existait pas, je ne poursuivrai pas un médecin qui me révèle ça</p>	<p>...Pourtant la poursuite pénale en cas de signalement abusif ne semble pas être un fait courant</p>		
<p>E3 La dénonciation n'est pas très présente dans notre pays. C'est vrai que même l'idée d'aller voir la police en disant « j'ai constaté ça », c'est parfois mal vu et les gens ont toujours un peu cette peur-là.</p>	<p>Le fait que le signalement soit vu comme une dénonciation est un frein au signalement</p>	<p>La connotation péjorative du signalement, vue comme une dénonciation, est un frein à l'application de la loi</p>	
<p>E9 il faut faire attention à soi. Parce que ces gens-là sont parfois capables de représailles sur les professionnels.</p> <p>E8 il y a la peur peut-être des représailles</p> <p>E3 un certain nombre d'entre eux peuvent légitimement avoir peur des conjoints.</p>	<p>La peur de la vengeance du conjoint est un frein au signalement</p>	<p>La peur des représailles de la part du conjoint est un frein à l'application de la loi</p>	

E8 si jamais il y a quelque chose qui remonte du médecin, on sait que ça vient que du médecin quoi	L'absence d'anonymat de celui qui effectue le signalement est un frein à son exécution		
E3 il y a des gens qui ont plus ou moins d'appétence pour cette question et qui estiment plus ou moins que c'est important de lutter. Il y a des professionnels de santé qui vont être hypersensibles au sujet pour un tas de raisons et d'autres qui en auront rien à faire	L'application de la loi pourrait dépendre de l'attrait du ou de la professionnel.le sur le sujet des violences faites aux femmes	En pratique l'application de la loi peut dépendre de l'attrait et du temps qu'a un.e professionnel.le à consacrer à ce sujet	
E10 parce que les médecins il y a une réalité c'est qu'ils sont surchargés E1 ça demande du temps E8 je pense que de toute façon c'est la charge de votre métier aujourd'hui, vous n'avez pas le temps.	L'application de la loi pourrait être limitée par le manque de temps des professionnel.le.s		
E10 Il y a une première problématique, administrative	La partie administrative du signalement peut décourager certains médecins		
E6 Quand les gens ne vous disent pas les choses, c'est dur de savoir	Faire émerger la parole des victimes est parfois difficile à mettre en œuvre	En pratique la réalité du terrain rend l'application de la loi parfois compliquée	
E7 les pharmaciens pouvaient appeler les services de secours (...) Moi je trouve que les pharmaciens ont été mis en difficulté car on leur a dit ça mais sans qu'ils aient eu de formation, sans qu'il soit outillés E9 c'est important d'être sensibilisé dans le cadre d'un réseau. Pour ne pas perdre patience.	La loi a pu mettre en difficulté certain.e.s professionnel.le.s non formé.e.s		

E6 c'est une énorme hypocrisie à mon sens de donner l'illusion qu'on fait des choses sans jamais s'assurer de la mise en œuvre effective	La loi est vue comme hypocrite du fait qu'elle soit difficilement applicable sur le terrain		
E1 le suivi du dossier et l'information du personnel médical qui va faire la dénonciation ce sera pas fait donc ça peut être un peu frustrant	La loi ne prévoit pas obligatoirement de retour au ou à la professionnel.le qui a fait le signalement et cela peut être décevant		
E4 il y a plein de femme qui ne vont pas faire constater les blessures justement. Avant qu'elles aient le déclic de se dire je vais déposer plainte.	L'application de la loi est vue comme compliquée car la majorité des victimes ne consultent pas tant qu'elles n'ont pas conscience de leur situation		
E8 il y a aussi des rendez-vous où les messieurs viennent toujours avec la conjointe	La présence systématique du conjoint en consultation rend difficile d'aborder le sujet des violences au sein du couple		
E8 Peut-être qu'il y a aussi une crainte de rentrer dans l'intimité des gens pour les médecins libéraux. Les médecins de famille, je pense que ça peut aussi être compliqué à évoquer	Les médecins généralistes peuvent éprouver des difficultés à aborder un sujet intime comme celui des violences conjugales		
E1 ça relève presque d'un devoir de citoyen de le faire E6 il y avait déjà des médecins qui dénonçaient. Parce que il y a des médecins qui ont ce sens de la responsabilité. Ils ont le sens du respect de la vie E9 quand vous constatez une détérioration de l'état physique	Le signalement va au-delà d'un devoir professionnel dicté par le code pénal, c'est également un devoir citoyen	Le signalement judiciaire est un devoir citoyen qui consiste à porter assistance à une personne en danger	Des avis en faveur de la levée du secret médical

<p>aussi importante, je pense que c'est difficile de rester sans rien faire...</p>			
<p>E3 vous pouvez être poursuivi pour non dénonciation de crime ou non-assistance à personne en danger.</p> <p>E9 ... vous serez jamais tenue responsable d'avoir signalé alors qu'à l'inverse vous pouvez être tenue responsable de non-assistance à personne en danger.</p>	<p>La non-assistance à personne en danger peut être pénalisée</p>		
<p>E1 ça pourrait nous aider parce que nous on pourrait être le lien entre le parquet et le personnel médical</p> <p>E5 quel que soit le professionnel de santé, comme c'est un acte qui va être exceptionnel, il va pas être à l'aise avec ce type de procédure, et je pense qu'il faut s'appuyer sur une expertise de la médecine légale</p> <p>E8 C'est pour ça que les médecins libéraux ne le font pas, parce qu'ils ont pas ce système social à côté</p>	<p>La loi est bénéfique si elle permet de mettre en relation les différentes professions qui travaillent autour de la victime</p>	<p>La loi permet de fortifier un réseau de professionnel.le.s motivé.e.s par le désir de venir en aide à la victime et de débiter une alliance avec celle-ci</p>	

<p>E1 ce qui pourrait m'aider c'est si avec le médecin on échange des informations et on accompagne au mieux la personne pour travailler ensemble</p>	<p>La loi est bénéfique pour la prise en charge de la victime si elle permet d'instaurer une meilleure communication entre les différentes professions</p>		
<p>E1 le ou la médecin va devenir une personne ressource</p> <p>E1 c'est plus facile d'avoir une personne et d'avoir toujours le même interlocuteur ou la même interlocutrice</p>	<p>La loi est bénéfique pour les victimes si cela leur permet d'avoir un.e interlocuteur.trice principal</p>		
<p>E1 Moi je trouve ça bien, parce que si ça permet de mettre en place des formations sur l'emprise, si ça permet aux médecins d'être vigilants</p> <p>E1 si on arrive à informer et à communiquer un peu sur cette mesure ça peut être intéressant</p> <p>E10 la première chose que devraient avoir les médecins (...) c'est une formation sur qu'est-ce qu'une victime de violence, qu'est-ce qu'une violence conjugale de manière large, pour pouvoir effectivement rapporter des faits</p>	<p>La loi est bénéfique si cela favorise la formation des professionnel.le.s de santé</p>		
<p>E6 au moins ils seront dans la machine, on saura qu'il y a eu des incidents.</p>	<p>Même si la victime n'est pas prête à entamer des démarches, le fait que ce soit réalisé à sa place lui permet d'entrer dans un processus de changement</p>		

<p>E7 Mais si ça se travaille pas avec la victime en disant “je compte faire ça qu'est-ce que vous en pensez ? Et si ça vous met en difficulté, comment on peut réfléchir ? Est-ce que vous savez qu'il y a des associations ? Si vous ne pouvez plus rester à votre domicile vous savez comment faire ?”... Qu'elle puisse s'inscrire dans un réseau partenarial pour que les associations puissent s'en saisir, que les médecins puissent accompagner le signalement. Et dans ce cas-là, je pense qu'on peut être vraiment, vraiment aidant.</p>	<p>La loi est bénéfique si le signalement est effectué en partenariat avec la victime, les associations et le médecin</p>		
<p>E7 Je vois de plus en plus de médecins qui affichent le numéro 39 19, Il y a tout un effet indirect et direct qui fait qu'à un moment donné il y a un changement de mentalité et de positionnement</p> <p>E2 ça participe un peu à la libération de la parole, une prise de conscience. Disons qu'il y a peut-être plus de victimes de violences qui sont déclarées</p>	<p>La loi amène à une prise de conscience des professionnel.les</p>	<p>Lever le secret médical permet de ne plus banaliser les faits de violence et crédibilise la parole des victimes</p>	
<p>E5 sur le plan symbolique c'est pas inintéressant parce que ça montre que quand même la violence conjugale quand elle arrive à son terme, on peut en mourir</p>	<p>Le message véhiculé par cette loi est fort : les violences conjugales tuent</p>		

<p>E6 Parce qu'on leur dit (...) dépose une main courante comme ça on saura que tu avais peur, va voir ton médecin comme ça il saura que tu es à bout... Des choses qui sont venues avec la libération de la parole et la prise en compte du phénomène. Cette loi elle va avec ça</p> <p>E6 La question des féminicides et le fait qu'on commence à en parler a joué dans la libération de la parole</p> <p>E7 avec la levée de la parole qui a été observée avec Me Too, mais pas que, il y a une vraie demande des personnes pour en faire quelque chose. Pas seulement pour témoigner mais pour être suivie, être accompagnée</p>	<p>La loi favorise la libération de la parole des victimes en condamnant juridiquement les violences</p>		
<p>E7 pour cette victime, elle avait déjà pas déposé plainte et justement le fait que le médecin ait fait un signalement a aidé son cas parce qu'il y avait deux éléments</p>	<p>Le signalement permet de donner plus de poids à une future enquête</p>		
<p>E7 C'est important de pouvoir en effet à un moment nous non plus ne pas banaliser ni passer sous silence des violences qui sont réelles surtout quand la personne est en danger imminent</p>	<p>Le fait de condamner les violences conjugales par la législation permet de ne plus les banaliser</p>		

<p>E5 je suis pas trop inquiète parce que pour elles, encore aujourd'hui, la figure du médecin c'est celui auquel on peut se confier en sécurité</p>	<p>Le cabinet médical est encore un lieu permettant de libérer sa parole en dépit de la possibilité de lever le secret médical</p>	<p>La possibilité de lever le secret médical n'entache pas la confiance qu'a la victime envers son médecin</p>	
<p>E10 Avec la participation des victimes c'est encore mieux, surtout qu'elles se sentent soutenues : "mon médecin m'a entendue et du coup il m'apporte un soutien".</p>	<p>La victime peut se sentir soutenue dans son combat si son médecin réalise un signalement</p>		
<p>E2 ça peut apporter du mieux dans la prise en charge parce que c'est vrai que souvent les victimes de violences conjugales, elles ont des fois un côté très ambivalent où elles peuvent venir demander de l'aide et au final elles agiront pas</p>	<p>La loi est bénéfique lorsque la victime a un comportement ambivalent</p>	<p>Faire le signalement à la place de la victime est utile lorsqu'elle est paralysée par la peur, surveillée ou ambivalente</p>	
<p>E2 que la personne est vraiment pieds et mains liés ou sous surveillance, où elle peut pas limite se déplacer toute seule</p> <p>E8 il y a aussi des rendez-vous où les messieurs viennent toujours avec la conjointe</p>	<p>Se servir de la loi est bénéfique si la victime n'est pas en capacité d'agir car sous surveillance constante de son conjoint</p>		
<p>E9 c'est difficile de rester sans rien faire... même si la personne vous dit qu'elle a peur. Parce que voilà ce qu'elles disent : "j'ai peur parce que ça va être encore pire après".</p> <p>E2 Ça peut être des fois pertinent s'il y a vraiment de la peur des représailles etc.</p>	<p>Se servir de la loi est bénéfique si la victime n'agit pas parce qu'elle a peur de son conjoint</p>		

<p>E8 C'est juste que nous ça nous permet d'être alerté sur une situation et ensuite diligenter une enquête</p> <p>E8 si jamais vous nous signalez pas, c'est là où ça pose problème puisque parfois il y a des situations dont on ne sera pas au courant et pour lesquels on ne va pas pouvoir aller chercher, creuser, et éventuellement découvrir des violences conjugales</p>	<p>Le signalement est un moyen décisif pour informer la justice de faits de violences</p>	<p>Le message délivré par cette loi est avant tout celui de la protection de la victime dans une situation où sa vie pourrait être menacée</p>	
<p>E9 je me mets dans l'état d'esprit d'un médecin qui aurait hésité à signaler et qui le jour d'après apprend le féminicide de sa patiente... ça ça doit être douloureux à porter...</p>	<p>Le médecin pourrait culpabiliser de ne pas avoir initié le signalement si un féminicide se produisait dans les suites</p>		
<p>E7 je trouve que c'est quand même une avancée qui nous permet à un moment donné de proposer d'autres alternatives</p> <p>E6 C'est devenu une autre vanne, un autre biais, un autre vecteur et c'est une bonne chose</p>	<p>La loi met à disposition un nouvel outil permettant de venir en aide aux victimes</p>		

<p>E6 être le messenger, c'est une façon d'aider.</p> <p>E7 Ce que je trouvais intéressant dans la loi c'est que d'une part c'est en cas de danger imminent, s'il y a un risque de potentiel féminicide, ça veut dire qu'à ce moment-là une action potentielle peut sauver une vie, on ne peut pas le nier</p> <p>E10 ce n'est pas protéger les victimes que de faire ça, de ne pas pouvoir le lever dans ce cadre-là</p> <p>E8 si vous, vous mettez pas le nez dedans il peut arriver un drame</p> <p>E9 Moi je pense que si vraiment vous pensez que la personne est en danger imminent et qu'elle est sous emprise, en tant que médecin c'est une bonne chose de pouvoir signaler.</p>	<p>La loi permet de sauver des vies avant tout</p>		
<p>E9 moi je n'adhère pas au discours qui consiste à dire que le fait de signaler empêche de s'approprier son histoire. (...) parce que si un médecin veut faire un signalement parce que le danger est avéré, imminent et qu'il détecte que la personne est sous emprise, c'est pas le moment pour elle de se réapproprier son histoire. Il faut que</p>	<p>La priorité dans une situation de danger immédiat est de protéger la victime, l'accompagnement passe au second plan</p>		

quelqu'un l'aide à se sortir de ce truc-là			
<p>E6 Protéger la vie de quelqu'un c'est plus important que protéger le secret médical.</p> <p>E6 Les valeurs qu'on protège derrière le secret médical c'est le secret professionnel, l'intimité, la victime. La valeur qu'on protège derrière la poursuite des violences c'est l'atteinte à l'intégrité corporelle. Elle est beaucoup plus importante pour moi que le droit à l'intimité.</p>	La priorité dans une situation de danger immédiat est de protéger la victime, pas le secret médical		
E5 Il me semble qu'il y a tout ensemble de questions, d'accompagnement, de prise en charge qui peuvent permettre d'éviter d'en arriver à ce stade ultime	Il y a d'autres étapes à franchir avant d'en arriver au signalement	Le signalement judiciaire doit être un dernier recours, si les autres dispositifs existant n'ont pas fonctionné	Des avis en défaveur de la levée du secret médical

<p>E5 il faut systématiquement poser la question « avez-vous subi des violences dans votre vie, votre enfance, au travail, dans votre couple ? ». Quand le professionnel de santé se sentira légitime de poser cette question, on va dépister très tôt et du coup cet article n'aura plus beaucoup d'intérêt dans la mesure où on dépiste au début des violences</p>	<p>La loi deviendra obsolète si le ou la professionnel.le sait correctement dépister et prendre en charge les violences conjugales</p>		
<p>E4 A partir du moment où elles ont décidé de le faire, il y a tout un mécanisme qui peut se faire tellement rapidement en fait, pour avoir une ordonnance de protection, une interdiction de port d'arme, un éloignement. Il y a plein plein de choses qui peuvent se faire en 1 semaine en fait. Donc c'est vrai que je trouve que, vu qu'on a ces facilités là, ce serait dommage de rompre le secret médical et ne pas laisser le choix à ces femmes-là</p>	<p>Les dispositifs déjà existant sont suffisants pour aider rapidement la victime et rendent le signalement judiciaire inutile</p>		
<p>E1 la personne est majeure, à quel moment elle n'est pas elle responsable de ce qu'elle fait..? E5 il y a l'idée que elle est adulte et elle est capable de décider par elle-même</p>	<p>La victime majeure reste responsable de ses actes</p>	<p>Une victime majeure est capable de faire les choix qu'elle pense être les meilleurs pour elle-même</p>	

<p>E4 S'immiscer dans la vie privée alors qu'en fait c'est pas forcément ce qu'elles veulent, même si il y a des personnes qui pensent qu'il faudrait qu'elles fassent quelque chose. C'est compliqué je pense comme décision ça</p>	<p>Le signalement fait à l'encontre de l'avis de la victime est vu comme une intromission malvenue dans sa vie privée</p>		
<p>E7 Il y avait tout un pan de l'argumentaire qui disait que c'était infantilisant, qu'en effet on allait faire à la place des victimes</p>	<p>Le signalement est vu comme infantilisant</p>		
<p>E4 peut-être qu'elles pourraient d'elles-mêmes à un moment donné se rendre compte que c'est grave ce qu'elles subissent, et prendre des informations auprès d'autres personnes, des assistants sociaux des conseils juridiques</p>	<p>La victime peut d'elle-même entamer les démarches juridiques sans qu'il soit nécessaire de le faire à sa place</p>		
<p>E7 sans l'accord de la victime et sans l'informer, on imagine pas que ce soit aidant</p> <p>E7 Si c'est au détriment de la parole de la victime et si elle n'a pas accès à ces données je pense que ça serait regrettable.</p>	<p>Le signalement fait à l'encontre de l'avis de la victime ne va pas l'aider</p>	<p>Le secret médical est un principe suprême à préserver</p>	

<p>E5 Si on disait attention le médecin peut lever le secret dans ces conditions, il faudrait bien expliquer quelles sont les conditions pour les rassurer mais je pense que ça pourrait faire peur</p> <p>E5 c'est important pour les femmes d'être sûres que c'est qu'elles disent va rester confidentiel</p> <p>E4 Et donc je trouve que cette confiance qui est accordée au médecin, ou à son avocat, ou à ces personnes-là, doit être conservée à tout prix. Parce que sinon les personnes ne se confieraient plus comme elles le font.</p>	<p>Les victimes peuvent redouter de parler de leur situation si elles ont connaissance de cette loi</p>		
<p>E1 ça peut être un des rares lieux chez le médecin où la personne se retrouve seule et peut avoir un espace de parole</p> <p>E1 ce qui est intéressant là-dedans, dans cette loi, si on la fait connaître également, c'est de savoir que chez le médecin on peut être en sécurité et on peut parler</p>	<p>Le cabinet médical doit rester un lieu où il est possible pour les victimes de libérer leur parole et rompre leur isolement</p>		
<p>E4 je pense quand même que le secret médical ça devrait être sacré... Même si ces femmes sont en danger.</p> <p>E4 le secret médical... Je trouve que</p>	<p>Le secret médical doit être préservé quelle que soit la situation</p>		

ça devrait être sacré dans tous les cas			
E6 La question aussi c'est : on peut signaler mais si les gens ne sont pas prêts ? Et si dans une plainte ils ne disent pas tout on n'ira pas très loin	Si la victime n'est pas prête à témoigner, elle continuera d'omettre des faits	Le signalement n'aura pas l'impact escompté si la victime n'a pas eu de déclic au préalable...	

<p>E4 Dès qu'elle avait des bleus elle se prenait toute seule en photo. Et elle s'est constituée un dossier pendant 15 ans. Mais bon elle savait pas ce qu'elle allait en faire en fait. Et là il y a pas longtemps elle s'est dit « maintenant ça suffit », la fois de trop je pense, elle est allée voir un médecin, elle est allée déposer plainte et maintenant bon bah son compagnon il est en détention provisoire. (...) elle avait pas fait la démarche de déposer plainte avant ou de se faire examiner avant. C'est trop tôt.</p> <p>E4 pour moi le début c'est le déclic de la personne principale qui compte, c'est pas forcément le médecin ou n'importe qui d'autre qui doit signaler.</p> <p>E2 si la personne par elle-même elle n'est pas prête à faire les démarches, elle peut pas dénoncer les faits et elle peut pas se séparer de la personne qui la violente, je pense que le médecin aura beau faire un signalement et après la justice elle aura beau convoquer la personne devant le tribunal... ça peut ne pas ne pas suffire tant que la victime elle-même ne veut pas se séparer de la personne</p>	<p>Faire les démarches à la place de la victime est inutile si elle n'a pas eu de déclic</p>		
--	--	--	--

E1 la difficulté de cette loi-là, c'est que justement si la victime elle n'est pas prête, bah comment on fait ?

<p>E7 Il y a des victimes qui ne sont pas suffisamment protégées pour faire ces démarches-là</p> <p>E7 même si le procureur décide de faire une enquête, ça ne veut pas dire que Monsieur ira en garde à vue tout de suite, ça ne veut pas dire qu'il ira en comparution immédiate. Très souvent il revient à la maison et il y a des violences</p>	<p>Le signalement peut mettre en danger la victime si celle-ci n'est pas préalablement mise à l'abri</p>	<p>... Et ce signalement peut même avoir un retentissement négatif sur la victime</p>	
<p>E7 Ce que je regrette c'est simplement que, d'après ce que nous ont rapporté des victimes, c'est que des professionnels ont fait le signalement et elles n'en n'ont pas été informées</p> <p>E9 il y a deux choses qu'il faut demander : l'accord de la victime ou lui indiquer que vous signalez au procureur</p>	<p>Le signalement est délétère si la victime n'est pas informée de sa réalisation</p>		
<p>E7 elle disait "il ne m'a rien dit". Je pense que au niveau de la confiance entre elle et son médecin ça risque d'être un peu rompu. C'est dommage</p>	<p>Le signalement peut rompre la confiance que la patiente a avec son médecin</p>		
<p>E5 je pense que c'est plus quand même ceux qui sont dans une relation patient-professionnel donc plus les aides-soignantes, infirmières, sages-femmes, médecins que les pharmaciens, ou kiné</p>	<p>Pour les un.e.s, certain.e.s professionnel.e.s de santé sont plus légitimes que d'autres pour réaliser un signalement...</p>	<p>La légitimité du type de professionnel de santé à réaliser un signalement diffère selon les points de vue</p>	<p>La légitimité des professionnel.le.s de santé dans la prise en charge des violences conjugales</p>

<p>E10 Les sage-femmes me semblent beaucoup plus à même de recueillir ce genre de propos, ensuite les infirmiers et les kinés</p> <p>E3 peut-être les sages-femmes parce qu'on sait que beaucoup de violences apparaissent à la grossesse.</p> <p>E1 la grossesse peut être un déclencheur, la naissance de l'enfant peut être un déclencheur donc c'est 2 parties importantes où là les sages-femmes sont très présentes</p> <p>E7 je pense qu'il y a une attention toute particulière à porter aux professionnels qui accompagnent la grossesse et la petite enfance parce qu'on sait qu'il y a plus de passage à l'acte premier ou de résurgence de violence à cette période-là</p>	<p>... Parmi eux sont citées les sage-femmes...</p>		
<p>E7 au centre il y a quand même le médecin généraliste</p> <p>E10 Le médecin est normalement la personne chez qui la victime va lâcher son truc en premier</p>	<p>... Ou les médecins généralistes...</p>		

<p>E10 si un pharmacien reçoit une femme avec un œil au beurre noir Et se dit qu'elle est victime de violence alors qu'elle a pris un mauvais coup, je suis en train d'inventer hein, mais déjà il ne sait pas l'interroger, ça dépasse son champ de compétence</p> <p>E3 Alors pharmacien non</p>	<p>... A contrario, les pharmacien.ne.s seraient moins légitimes que d'autres professions à faire le signalement...</p>		
<p>E8 Moi à partir du moment où c'est quelqu'un qui a des éléments précis</p> <p>E2 Et je pense pas que ce soit la qualité de la profession qui change quoi que ce soit</p> <p>E4 à partir du moment où un professionnel de santé peut le faire, peut importe quel professionnel il est</p> <p>E9 Je pense que c'est pas une question de professionnel, c'est une question de personne. Vous avez des personnes qui sont, quelle que soit leur fonction, responsables et vont agir à bon escient. Et puis d'autres, ça peut être des médecins, qui vont passer outre à un moment où il faut agir.</p>	<p>... Pour d'autres, n'importe quel.le professionnel.le de santé est apte à réaliser un signalement s'il ou elle l'estime nécessaire</p>		

<p>E1 ça dépend aussi du rapport de la personne ... Parce que si c'est un médecin généraliste, imaginons en milieu rural, c'est la seule personne à qui la victime peut se confier et pour qui elle est là. Ça sera pas la même chose que : un médecin qui reçoit dans le cadre des urgences</p>	<p>La légitimité du ou de la professionnel.le de santé dans la prise en charge de la victime dépend de la proximité de leur relation</p>	<p>La légitimité du ou de la professionnel.le de santé à réaliser un signalement dépend de sa relation avec la victime</p>	
<p>E10 plus tu as une relation de confiance plus tu es à même de dévoiler ce qui t'arrive</p> <p>E7 Je pense qu'il y a plein d'éléments qui peuvent jouer : un lien de proximité avec tel ou tel médecin</p> <p>E2 ça dépend de la relation avec la personne en fait, de la confiance. Des fois y'a des femmes qui vont pas forcément parler au premier rendez-vous mais après au 2e, il y aura peut-être plus de choses qui vont être dites.</p>	<p>La légitimité du ou de la professionnel.le de santé dans la prise en charge de la victime est favorisée par leur relation de confiance</p>		
<p>E10 Les sage-femmes me semblent beaucoup plus à même de recueillir ce genre de propos, ensuite les infirmiers et les kinés parce que ce sont des gens qui voient des gens régulièrement</p> <p>E8 si je suis victime de violence, je sais pas si c'est à mon médecin que j'irai le dire, vu qu'il n'y a pas un lien</p>	<p>La légitimité du ou de la professionnel.le de santé dans la prise en charge de la victime est favorisée par le temps partagé ensemble</p>		

de confiance si tu ne le connais pas depuis longtemps			
---	--	--	--

5. Annexe 5 : arguments en faveur et en défaveur de la loi évoqués par chaque participant.e.s

	Arguments en faveur de la loi	Arguments en défaveur de la loi
E1 Juriste	<p><u>-Avis généraux :</u> « La loi est bien, c'est bien écrit » « Donc c'est je trouve que c'est une bonne intention »</p> <p><u>-Signaler est un devoir de citoyen.ne :</u> « ça relève presque d'un devoir de citoyen de le faire. »</p> <p><u>-Favoriser le travail en réseau :</u> « ça pourrait nous aider parce que nous on pourrait être le lien entre le parquet et le personnel médical » « le médecin ou la médecin peut devenir une personne ressource, moi ça pourrait être intéressant dans mon accompagnement des victimes de me référer à cette personne ressource »</p> <p><u>-Développer la formation des professionnel.le.s :</u> « Moi je trouve ça bien, parce que si ça permet de mettre en place des formations »</p>	<p><u>-Des difficultés à appliquer la loi sur le terrain :</u> « Sur la réalité je pense que ça peut être un peu compliqué » « en pratique ça va être très compliqué » « la difficulté de cette loi-là, c'est que justement si la victime elle n'est pas prête, bah comment on fait ? » « Le manque de temps » « le manque de moyens »</p> <p><u>-Manque de formation pour appliquer la loi :</u> « Ça veut dire que les médecins soient formés à la notion d'emprise, parce que ça c'est encore quelque chose qui n'est pas beaucoup fait » « comment est-ce qu'on sait en tant que médecin qu'il y a danger immédiat »</p> <p><u>-La personne majeure est responsable :</u> « à quel moment elle n'est pas elle responsable de ce qu'elle fait..? » « ça peut être très destructeur que ce soit quelqu'un d'autre que la victime elle-même qui aille porter plainte »</p>
E2 Juriste	<p><u>-Pertinence de la loi si la victime a peur, est surveillée ou est ambivalente :</u> « ça peut apporter du mieux dans la prise en charge parce que c'est vrai que souvent les victimes de violences conjugales, elles ont des fois un côté très ambivalent » « Ça peut être des fois pertinent s'il y a vraiment de la peur des représailles » « que la personne est vraiment pieds et mains liées ou sous surveillance »</p> <p><u>-Libérer la parole des victimes :</u> « peut être que ça participe un peu à la libération de la parole » « une prise de conscience »</p>	<p><u>-Absence de pertinence de la loi si la victime n'a pas eu de déclic :</u> « je pense que le médecin aura beau faire un signalement et après la justice elle aura beau convoquer la personne devant le tribunal... ça peut ne pas ne pas suffire tant que la victime elle-même ne veut pas se séparer de la personne »</p> <p><u>-Des difficultés à comprendre le texte de loi :</u> « c'est hyper mal de rédigé dans le sens où tout est flou dans les termes... Le danger immédiat qu'est-ce que ça veut dire finalement ? La contrainte morale, c'est pareil » « ça laisse libre cours à l'interprétation »</p>

<p>E3 Magistrate</p>	<p><u>-Signaler est un devoir professionnel :</u> « Moi je suis très favorable à cette loi tant qu'elle dit au médecin que la dénonciation de crimes ou de délits qui sont commis sur une personne elle fait partie intégrante de leurs obligations. » « le secret médical il se cantonne aux actes du médecin et ce qui peut être dit au cabinet » « Le secret médical on peut le lever dans le cadre du texte et personne ne sera condamné pour ça. » « vous pouvez être poursuivi pour non dénonciation de crime ou non-assistance à personne en danger »</p> <p><u>-Informers la justice de faits de violence :</u> « faire émerger les plaintes »</p>	<p><u>-Absence d'anonymisation du signalement :</u> « un certain nombre d'entre eux peuvent légitimement avoir peur des conjoints »</p>
<p>E4 Avocate</p>	<p><u>-Pertinence de la loi si la victime est ambivalente :</u> « Mais d'un côté c'est vrai que des fois elles n'arrivent pas à passer des cap justement... »</p>	<p><u>-Avis général :</u> « Peut-être qu'ils ont fait ça parce que ça peut aider certaines personnes mais je suis pas très d'accord avec l'utilité de cette loi »</p> <p><u>-Le secret médical comme principe suprême :</u> « le secret médical... Je trouve que ça devrait être sacré dans tous les cas. » « le secret médical ça devrait être sacré... Même si ces femmes sont en danger » « S'immiscer dans la vie privée alors qu'en fait c'est pas forcément ce qu'elles veulent, même si il y a des personnes qui pensent qu'il faudrait qu'elles fassent quelque chose. C'est compliqué je pense comme décision ça. »</p> <p><u>-La perte de confiance envers son médecin :</u> « Et donc je trouve que cette confiance qui est accordée au médecin, ou à son avocat, ou à ces personnes-là, doit être conservée à tout prix. Parce que sinon les personnes ne se confieraient plus comme elles le font. »</p> <p><u>-Existence de mesures déjà adaptées pour aider la victime :</u></p>

		<p>« Il y a plein plein de choses qui peuvent se faire en 1 semaine en fait. Donc c'est vrai que je trouve que, vu qu'on a ces facilités là, ce serait dommage de rompre le secret médical et ne pas laisser le choix à ces femmes-là. »</p> <p><u>-Absence de pertinence de la loi si la victime n'a pas eu de déclic :</u> « moi je suis pas trop pour le fait de signaler, je me dis que tourner la personne vers des professionnels qui pourraient l'aider à avoir ce déclic-là, c'est intéressant justement. » « pour moi le début c'est le déclic de la personne principale qui compte, c'est pas forcément le médecin ou n'importe qui d'autre qui doit signaler. »</p>
E5 Psychologue	<p><u>-Avis général :</u> « l'intention est intéressante »</p> <p><u>-Pertinence de la loi dans les cas de danger imminent :</u> « là on est sur le point ultime où vraiment on pense qu'elle va mourir » « Ça correspond vraiment à des situations extrêmes et rares » « le signalement c'est le stade ultime »</p> <p><u>-Rôle de la loi dans la prise de conscience des professionnel.le.s :</u> « ça a plus un effet d'alerte en disant « si vous ne faites rien, si elle retourne chez elle, elle peut en mourir » donc c'est un peu un peu électrochoc »</p> <p><u>-Absence d'impact sur la confiance de la victime envers son médecin :</u> « je suis pas trop inquiète parce que pour elles, encore aujourd'hui, la figure du médecin c'est celui auquel on peut se confier en sécurité à condition d'être reçue seule et sans son conjoint. »</p>	<p><u>-Des difficultés à comprendre le texte de loi :</u> « l'application est extrêmement compliquée parce que il y a des mots comme « contrainte morale » qu'il faudrait définir » « je pense pas que ce soit très utilisable, en tout cas c'est très peu utilisé. »</p> <p><u>-Existence de mesures déjà adaptées pour aider la victime :</u> « Il me semble qu'il y a tout ensemble de questions, d'accompagnement, de prise en charge qui peuvent permettre d'éviter d'en arriver à ce stade ultime. »</p>
E6 Magistrate	<p><u>-Avis général :</u> « Moi je pense que c'est très très bien, c'est une très bonne chose. »</p>	<p><u>-Des difficultés à appliquer la loi sur le terrain :</u> « Donc on fait toujours plus dans la loi sans s'occuper de l'état de la mise en œuvre. »</p>

	<p>-<u>Signaler est un devoir professionnel</u> :</p> <p>« Malheureusement les médecins ont souvent tendance à se retrancher dans le secret médical pour des choses qui ne dépendent pas à mon sens du secret médical. Parce que les médecins ne comprennent pas ce qu'il y a juridiquement derrière. Ce sont des personnes qui n'aiment pas rendre des comptes. »</p> <p>« Si une femme vient en consultation et dit "j'ai été victime de violences conjugales", bah c'est pas couvert par le secret médical, c'est des violences, c'est pas une maladie pour moi. »</p> <p>« l'époque est au signalement »</p> <p>-<u>Signaler peut sauver une vie</u> :</p> <p>« Les valeurs qu'on protège derrière le secret médical c'est le secret professionnel, l'intimité, la victime. La valeur qu'on protège derrière la poursuite des violences c'est l'atteinte à l'intégrité corporelle. Elle est beaucoup plus importante pour moi que le droit à l'intimité. »</p> <p>« Protéger la vie de quelqu'un c'est plus important que protéger le secret médical. Et c'est aussi ça que le législateur a voulu faire en disant "vous pouvez dénoncer" : ça montre bien qu'on met une priorité sur un point. »</p> <p>- <u>Libérer la parole des victimes</u> :</p> <p>« Des choses qui sont venues avec la libération de la parole et la prise en compte du phénomène. Cette loi elle va avec ça. »</p> <p>« Ça accompagne ce mouvement de libération de la parole »</p> <p>-<u>Informers la justice de faits de violence</u> :</p> <p>« C'est devenu une autre vanne, un autre biais, un autre vecteur et c'est une bonne chose »</p> <p>« La question aussi c'est : on peut signaler mais si les gens ne sont pas prêts ? Et si dans une plainte ils ne disent pas tout on n'ira pas très loin. Mais au moins ils seront dans la machine, on saura qu'il y a eu des incidents. »</p>	<p>« ça nous donne plus de travail. Nous n'avons pas été renforcé évidemment. »</p> <p>-<u>Manque de formation pour appliquer la loi</u> :</p> <p>« Moi ce que je regrette c'est la formation. Qu'est-ce qu'il faut dans une information préoccupante ? A qui j'écris ? Combien de fois j'ai des signalements incomplets »</p>
E7	- <u>Avis généraux</u> :	- <u>Infantilisation de la victime</u> :

Psychologue	<p>« En somme je trouve que c'est quand même une avancée qui nous permet à un moment donné de proposer d'autres alternatives »</p> <p>« moi je trouve que c'est quand même une bonne chose. »</p> <p><u>-Signaler peut sauver une vie :</u> « Ce que je trouvais intéressant dans la loi c'est que d'une part c'est en cas de danger imminent, s'il y a un risque de potentiel féminicide, ça veut dire qu'à ce moment-là une action potentielle peut sauver une vie, on ne peut pas le nier. »</p> <p><u>-Informers la justice de faits de violence :</u> « C'est important de pouvoir en effet à un moment nous non plus ne pas banaliser ni passer sous silence des violences qui sont réelles surtout quand la personne est en danger imminent » « Sur la loi en soi moi je trouve que si ça peut permettre à des personnes vraiment vulnérables d'avoir un soutien supplémentaire, tant mieux. »</p> <p><u>-Crédibiliser la parole de la victime :</u> « elle avait déjà pas déposé plainte et justement le fait que le médecin ait fait un signalement a aidé son cas parce qu'il y avait deux éléments »</p> <p><u>-Favoriser le travail en réseau :</u> « Qu'elle puisse s'inscrire dans un réseau partenarial pour que les associations puissent s'en saisir, que les médecins puissent accompagner le signalement. Et dans ce cas-là, je pense qu'on peut être vraiment, vraiment aidant. »</p>	<p>« Il y avait tout un pan de l'argumentaire qui disait que c'était infantilisant, qu'en effet on allait faire à la place des victimes »</p> <p><u>-Mise en danger de la victime :</u> « il y aurait un processus qui pourrait les mettre en difficulté parce qu'il y aurait peut-être en effet des suites pénales alors qu'elle est encore au domicile et qu'elle peut avoir des représailles » « Il y a des victimes qui ne sont pas suffisamment protégées pour faire ces démarches-là. »</p> <p><u>-Absence de pertinence de la loi si le ou la professionnel.le n'informe pas la victime du signalement :</u> « Ce que je regrette c'est simplement que, d'après ce que nous ont rapporté des victimes, c'est que des professionnels ont fait le signalement et elles n'en n'ont pas été informées » « Si c'est au détriment de la parole de la victime et si elle n'a pas accès à ces données je pense que ça serait regrettable »</p> <p><u>-Manque de formation pour appliquer la loi :</u> « Moi je trouve que les pharmaciens ont été mis en difficulté car on leur a dit ça mais sans qu'ils aient eu de formation, sans qu'il soit outillés »</p>
E8 Magistrate	<p><u>-Signaler est un devoir professionnel :</u> « vous faites tellement état de votre secret médical tout le temps que parfois vous comprenez pas que le secret médical, c'est très bien et je suis totalement d'accord sur le principe, mais parfois il</p>	<p><u>-Manque de formation pour appliquer la loi :</u> « Le problème c'est qu'au niveau médical, c'est vous qui devez apprécier le danger immédiat sauf que vous n'avez pas de formation juridique et de formation sur le terrain hors médical pour savoir si la personne est en danger immédiat. »</p>

	<p>y a des notions plus fortes et des intérêts plus forts que le secret médical »</p> <p><u>-Informers la justice de faits de violence :</u> « C'est juste que nous ça nous permet d'être alerté sur une situation et ensuite diligenter une enquête et vérifier que la personne ne subit pas de violence conjugale » « ça peut être un point d'entrée important pour savoir s'il y a une situation de violence conjugale. » « si jamais vous nous signalez pas, c'est là où ça pose problème puisque parfois il y a des situations dont on ne sera pas au courant et pour lesquels on ne va pas pouvoir aller chercher, creuser, et éventuellement découvrir des violences conjugales » « la levée du secret médical est importante pour nous alerter, ensuite pour l'enquête et éventuellement après pour rattraper »</p>	<p>« je trouve que vous n'avez pas forcément la formation ou pas forcément les habilitations pour déterminer vraiment ce qu'est un danger immédiat ou pas. »</p> <p><u>-Absence d'anonymisation du signalement :</u> « si jamais il y a quelque chose qui remonte du médecin, on sait que ça vient que du médecin quoi. »</p> <p><u>-Des difficultés à appliquer la loi sur le terrain :</u> « je pense que de toute façon c'est la charge de votre métier aujourd'hui, vous n'avez pas le temps. »</p> <p><u>-Des difficultés à comprendre le texte de loi :</u> « sur la levée du secret médical je pense déjà que la compréhension du texte est compliquée. » « Il y a des notions dont vous n'êtes pas forcément au courant, par exemple l'emprise »</p>
<p>E9 Avocate</p>	<p><u>-Avis généraux :</u> « je pense que pour la victime c'est quand même mieux de procéder au signalement. » « Ça peut être une bonne chose que d'autres personnels médicaux puissent avoir cette possibilité de faire un signalement. »</p> <p><u>-Signaler peut sauver une vie :</u> « Moi je pense que si vraiment vous pensez que la personne est en danger imminent et qu'elle est sous emprise, en tant que médecin c'est une bonne chose de pouvoir signaler » « moi je n'adhère pas au discours qui consiste à dire Que le fait de signaler empêche de s'approprier son histoire. Je sais que certains discours sont tenus comme ça. Moi je pense que non parce que si un médecin veut faire un signalement parce que le danger est avéré, imminent et qu'il détecte que la personne est sous emprise, ce n'est pas le moment pour elle de se réapproprier son histoire. Il faut que quelqu'un l'aide à se sortir de ce truc-là. »</p>	<p><u>-Des difficultés à comprendre le texte de loi :</u> « C'est sûr que la notion d'emprise est pas évidente. » « comment un médecin peut, s'il n'y a pas de coup, décider que la personne en raison des violences psychologiques et dans un état de danger imminent à cause des menaces. »</p> <p><u>-Absence d'anonymisation du signalement :</u> « il faut faire attention à soi. Parce que ces gens-là sont parfois capables de représailles sur les professionnels. »</p>

	<p>« je me mets dans l'état d'esprit d'un médecin qui aurait hésité à signaler et qui le jour après apprend le féminicide de sa patiente... ça ça doit être douloureux à porter... »</p> <p><u>-Signaler est un devoir professionnel :</u> « vous serez jamais tenu responsable d'avoir signalé alors qu'à l'inverse vous pouvez être tenu responsable de non-assistance à personne en danger. » « quand vous constatez une détérioration de l'état physique aussi importante, je pense que c'est difficile de rester sans rien faire... même si la personne vous dit qu'elle a peur. »</p>	
<p>E10 Avocate</p>	<p><u>-Avis généraux :</u> « je trouve que la possibilité est bien »</p> <p><u>-Signaler peut sauver une vie :</u> « Mais ce n'est pas protéger les victimes que de faire ça, de ne pas pouvoir le lever dans ce cadre-là. Donc je trouve que c'est une bonne chose moi que cette possibilité soit offerte au médecin. Avec la participation des victimes c'est encore mieux » « Si elle ne peut pas le faire parce que ça demande quand même une sacrée force, et ben elle a besoin d'un professionnel pour l'aider à le faire. »</p>	<p><u>-Des difficultés à appliquer la loi sur le terrain :</u> « parce que les médecins il y a une réalité c'est qu'ils sont surchargés : est-ce que c'est pas aussi quelque chose de très lourd de faire supporter ça au médecin ? » « donc est-ce qu'ils ont vraiment le temps, d'un point de vue pratique, de le faire ? Il y a une première problématique, administrative. »</p>

6. Annexe 6 : première version du guide d'entretien

Question 1 : Que pensez-vous de la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale en France ?

Relance 1 : Qu'y-aurait-il à améliorer ?

Question 2 : Plus spécifiquement, que pensez-vous de la loi qui autorise désormais les professionnels de santé à réaliser un signalement judiciaire chez une femme victime si celle-ci est en danger immédiat et sous emprise ?

Relance 1 : Comment définiriez-vous le danger immédiat ?

Relance 2 : Comment définiriez-vous l'emprise ?

Question 3 : Souvenez-vous d'une situation où vous avez reçu une femme victime de violences conjugales **en danger immédiat**, comment cela s'est-il passé ?

Relance 1 : Qu'avez-vous fait ?

Relance 2 : Si vous n'avez jamais eu de telle situation, qu'auriez-vous fait à votre avis ?

Relance 3 : Quels moyens d'action avez-vous en votre possession ?

Question 4 : Selon vous, dans quelle situation appliquer la loi permettant de signaler une femme victime de violences conjugales sans son consentement ? Et ne pas l'appliquer ?

Relance 1 : Quels professionnels de santé seraient le plus apte à faire le signalement judiciaire selon vous ?

*Relance 2 : Quelle est la place, selon vous, du professionnel **de santé** face à une femme victime de violences conjugales ?*

Question 5 : A votre avis, qu'est-ce qui faciliterait l'application de la loi ? Quels en sont les freins ?

Relance 1 : A la lumière de tout ce qui a été dit, que change cette loi dans votre pratique ?

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : A l'issu du Grenelle des violences conjugales qui s'est déroulé en 2019, diverses mesures ont été prises pour lutter contre les violences faites aux femmes. Parmi elles, la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 a largement fait débat. Celle-ci autorise en effet les professionnel.le.s de santé à réaliser un signalement judiciaire auprès du ou de la procureur.e de la République, même si l'accord de la victime n'est pas obtenu. La levée du secret médical est ainsi possible sous deux conditions : que la femme soit en danger immédiat et sous emprise. L'objectif principal de ce travail de thèse est de comprendre comment est perçue cette loi par les professionnel.le.s du milieu judiciaire et associatif.

MÉTHODES : Afin de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative avec une analyse par théorisation ancrée auprès de professionnel.le.s du monde judiciaire et associatif travaillant au contact de femmes victimes de violences conjugales, entre avril 2022 et février 2023. Dix entretiens individuels ont été conduits.

RÉSULTATS : L'emprise et le danger immédiat sont des notions difficiles à définir, rendant l'application de la loi ardue pour des professionnel.le.s de santé encore trop peu formé.e.s. Neuf professionnel.le.s des milieux judiciaire et associatif sur les dix interrogé.e.s sont favorables à la levée du secret médical, en particulier si la victime est paralysée par la peur, surveillée étroitement par son agresseur ou si elle présente un comportement ambivalent. De nombreuses nuances sont cependant apportées : réaliser le signalement judiciaire est notamment inapproprié lorsque la victime n'a pas conscience de sa situation ou lorsqu'il n'existe aucun moyen pour la mettre à l'abri.

CONCLUSION : La levée du secret médical par le ou la professionnel.le de santé est un nouvel outil pertinent dans la lutte contre les violences au sein du couple. Néanmoins, le signalement ne saurait être une réponse adéquate à chaque situation, tant le contexte de ces violences est à la fois divers et unique. Une réflexion prenant en compte la singularité de chaque cas semble plus adaptée, spécialement si celle-ci est menée de pair avec la patiente dans un objectif d'accompagnement global de celle-ci.

MOTS CLÉS : Médecin généraliste / violences conjugales / professionnels de loi / association / secret médical / déclaration obligatoire

SPÉCIALITÉ : Médecine générale