

MIEUX COMPRENDRE LES MÉCANISMES DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES POUR MIEUX LES PRENDRE EN CHARGE



Quelles sont les solutions pour la victime :
la fuite ? l'auto-défense ? l'argumentation ?
la justice ?

Tout professionnel doit être en mesure de
prendre soin des victimes, de les accompagner
et de réaliser un signalement ou une information
préoccupante dans le respect des conditions
juridiques.

Dr Philippe Veaux
(médecin généraliste,
conseiller ordinal)
Février 2026

TABLE DES MATIÈRES

LES VIOLENCES INTRAFAMILIALES (VIF)

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

A) Définition

B) Typologies

C) Quelques chiffres

D) Évolution juridique

II. CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

III. NOTIONS ESSENTIELLES

A) L'Emprise/Le contrôle coercitif

B) État de sidération : que se passe-t-il ?

C) La dissociation traumatique et/ou la mémoire traumatique

D) Stress et psychotraumatisme

IV. DÉPISTAGE

V. COMMENT RÉAGIR

A) Accueil, posture du médecin généraliste

B) Consultation en vue de la rédaction d'un certificat médical

VI. NOTIONS DE DROIT : SIGNALEMENT ET INFORMATION PRÉOCCUPANTE

VII. VVS

VIII. CONCLUSION

IX. CONTACTS

ANNEXES

1- Modèle de certificat calqué sur celui de l'UMJ.

2 - Fiche de signalement

3 - Modèle d'information préoccupante

4 - Protocole relatif à l'aide au repérage des violences conjugales

et au signalement par un médecin des personnes victimes de violences conjugales.

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

A) Définition

« La définition juridique et non juridique de la violence n'est pas vouée à être immuable, et évolue avec les nouvelles sociétés contemporaines, la reconnaissance de la violence morale à côté de la violence physique en est une parfaite illustration » (Yves Michaud, « La violence », Que sais-je, 2018).

Dans le cadre des VIF (violences intrafamiliales), la violence se définit comme le **« processus au cours duquel un des partenaires utilise la force ou la contrainte, pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination »**. Les comportements agressifs et violents ont lieu dans le cadre d'une relation de couple (entre époux, conjoints, pacsés ou partenaires) et sont destructeurs quel que soit leur forme et leur mode. Il s'agit des violences entre partenaires intimes.

La violence, quelle que soit sa cause, dans ce contexte, est toujours un échec.

B) Typologies

FORMES DE VIOLENCE	PARTICULARITÉS
PSYCHOLOGIQUE	La plus subtile, la plus difficile à détecter par l'entourage et par la victime : menaces , humiliations, dévalorisations, domination et isolement social puis familial.
VERBALE	La plus banalisée. Découle souvent de la violence psychologique. Injures, ton autoritaire.
PHYSIQUE	La plus connue, la plus médiatisée. Blessures souvent déguisées en accident. De la bousculade à l'homicide.
SEXUELLE	La plus taboue, la plus cachée.
ÉCONOMIQUE ET/OU ADMINISTRATIVE	Répandue mais peu connue ou méconnue. Privation de moyens de paiement, détournement de salaire, rétention de papiers administratifs.
CYBERVIOLENCE	Réseaux sociaux.

La violence peut donc revêtir des formes multiples, directes ou indirectes. Concernant les enfants, aux maltraitements physiques, aux violences sexuelles et psychologiques, on peut ajouter les négligences lourdes (rejet affectif, dénigrement, isolement, indifférence face aux demandes affectives...).

SAVOIR DIFFÉRENCIER CONFLIT CONJUGAL ET VIOLENCE CONJUGALE :

CONFLIT CONJUGAL	VIOLENCE CONJUGALE
Deux points de vue s'opposent : • Positionnement égalitaire • Implique interaction et débat	Rapport de force asymétrique : • Dominant / dominé • Installé et immuable
Peut entraîner : • Une négociation • Une évolution des points de vue	Peut entraîner : • Aucune négociation possible • Implique la mise en place de la stratégie d'emprise

C) Quelques chiffres

1 Principaux chiffres des violences faites aux femmes en 2024

En France, 1 femme sur 10 est concernée dans l'année par les violences, à tel point que certaines assurances proposent un contrat VPI (Violences entre partenaires intimes) dans leurs contrats habitations.

La MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) réalise un observatoire national des violences faites aux femmes. Les forces de sécurité intérieure ont enregistré :

107 victimes de féminicides.

270 victimes de tentatives de féminicides.

906 femmes victimes de (ou tentatives de) suicides suite au harcèlement par (ex-)conjoint.

1283 femmes ont été victimes de (ou tentatives de) féminicides au sein du couple, directs ou indirects.

376 000 est le chiffre estimé de femmes âgées de 18 ans et plus qui en 2023, ont été victimes de violences physiques, verbales ou psychologiques et/ou sexuelles au sein du couple.

Source : base des victimes de crimes et délits, SSMSI et Délégation aux victimes (DAV), ministère de l'intérieur.

L'agresseur est le mari, le concubin, la pacsé, le petit-ami, ancien ou actuel, cohabitant ou non.

Parmi ces femmes victimes, **19 %** ont déclaré avoir déposé une plainte en gendarmerie ou en commissariat de police suite à ces violences.

Cette estimation sous-estime la réalité des chiffres.

2 Les violences sexuelles

277 000 est le chiffre estimé de femmes âgées de 18 ans et plus qui, en 2023, ont été victimes de viols, tentatives de viols et/ou agressions sexuelles.

De la même manière que pour les chiffres des violences au sein du couple présentés ci-dessus, il s'agit d'une estimation minimale.

Parmi l'ensemble des victimes femmes et hommes :

54% déclarent que ces agressions ont été perpétrées par une personne connue de la victime.

25% déclarent que le (ex-)partenaire était l'auteur des faits.

Suite aux viols, tentatives de viols et/ou agressions sexuelles qu'elles ont subi, seules **7%** des femmes victimes déclarent avoir porté plainte.

Les causes de cette non-dénonciation sont multiples. Parmi elles :

- la peur de ne pas être crue
- la peur et la honte associées à l'agression
- la croyance que la police ne peut ou ne fera rien à ce sujet
- la préoccupation quant à l'attitude de la police et des tribunaux
- la peur de l'agresseur

Ces appréhensions sont significativement accentuées lorsque la victime est un homme, une personne immigrée, LGBT ou encore en situation de handicap.

Parmi les victimes de **violences sexuelles**, seule 1 personne majeure sur 10 signale les faits aux services de police, **90 %** des violences sexuelles et des viols ne sont pas signalés à la police.

3 Les violences aux enfants

Selon l'ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance) :

→ **Violences physiques** :

57 311 victimes mineures de violences commises dans un cadre intrafamilial sont concernées par une plainte en 2024.

60 mineurs sont décédés de mort violente au sein de la famille en 2022.

→ **Violences sexuelles** :

21 704 victimes mineures de violences sexuelles commises dans un cadre intrafamilial sont concernées par une plainte en 2024.

→ **Violences psychologiques** :

7,6% des femmes et **3,1%** des hommes de 18 ans et plus déclarent avoir subi des violences psychologiques avant l'âge de 15 ans dans le cadre intrafamilial en 2021.

→ **Exposition aux violences conjugales** :

94 mineurs orphelins à la suite de mort(s) violente(s) au sein du couple en 2024.

7 mineurs décédés victimes d'infanticides, dans un contexte de conflit conjugal.

→ **Négligences** :

Aucune donnée chiffrée nationale ne permet aujourd'hui d'estimer les situations de négligences subies durant l'enfance.

4 Le CAUVA (centre d'accueil d'urgence des victimes d'agression)

Plus de **5000** victimes dont **80%** de femmes sont reçues chaque année au CHU de Bordeaux.

1000 victimes ont été accueillies à son antenne d'Arcachon en 2024.

Un tiers des prises en charge concerne des enfants.

L'UAPED est une unité d'accueil pédiatrique enfant en danger. Ouverte depuis avril 2022, elle est située au sein de l'UMJ-CAUVA (unité médico-judiciaire – centre d'accueil en urgence des victimes d'agression). Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans le repérage, l'évaluation et la prise en charge d'enfants victimes de violences. L'objectif principal de l'UAPED est de faciliter le parcours médico-judiciaire des enfants victimes de violences.

Articulée autour d'une salle d'audition (Mélanie), l'UAPED propose sur une même unité de temps et de lieu :

- Une audition par des enquêteurs spécialisés
- Un examen médico-légal et une évaluation psychologique à la demande de la justice
- Une collaboration étroite entre les acteurs intervenants auprès des enfants victimes
- Une évaluation socio-éducative ou médico-psycho-sociale
- Des orientations adaptées
- Des avis auprès des professionnels dans le cadre de situations de violences
- Des formations et informations sur les questions de violences faites aux enfants.

5 Ordonnance de protection

L'Ordonnance de protection permet à la victime de violences conjugales d'obtenir en urgence des mesures relatives à l'organisation de la vie familiale comme :

- L'interdiction pour l'auteur d'entrer en contact avec la victime ou de fréquenter certains lieux,
- L'attribution du logement familial,
- La fixation de la résidence des enfants,
- L'attribution de l'exercice exclusif de l'autorité parentale.

L'Ordonnance de protection est délivrée par le juge aux affaires familiales dans un délai maximal de 6 jours. Cette mesure d'urgence peut être déclenchée que la victime soit ou non séparée de l'auteur.

4200 ordonnances de protection ont été délivrées en 2024 contre 3586 en 2022.

6 Le téléphone grave danger (TGD)

Le téléphone grave danger (TGD) est un téléphone portable pour appeler les forces de l'ordre en cas d'urgence. Le procureur de la république peut l'attribuer à une victime de violences conjugales en cas de danger imminent, si l'auteur de violences est en fuite ou lorsqu'une demande d'ordonnance de protection est en cours. Il attribue le TGD à l'issue d'une plainte ou d'un signalement et dans le cas d'une procédure pénale.

Un professionnel de santé peut faire la demande d'un TGD en cas de violences conjugales extrêmes via une fiche de signalement TGD qu'il peut adresser à VICT'AID en Gironde.

Le TGD inclut un accompagnement global avec une prise en charge psychologique, sociale et juridique de la victime.

6565 TGD sont actifs en juillet 2025.

7 Le bracelet anti-rapprochement (BAR)

Le bracelet anti-rapprochement (BAR) est un dispositif de surveillance électronique qui permet de géolocaliser la victime et l'auteur des violences. Le porteur du bracelet doit respecter une distance d'éloignement qui constitue un périmètre interdit. S'il l'enfreint, une alarme se déclenche et les forces de l'ordre interviennent pour mettre la victime en sécurité. Elles interpellent ensuite l'auteur des violences.

Le BAR a été mis en œuvre en septembre 2020. Les dispositifs actuels seront progressivement remplacés par des smartphones tactiles plus légers et plus discrets.

3700 BAR ont été déployés entre 2023 et 2025.

760 BAR sont actifs en 2025.

8 Hébergement dédié aux victimes

Plus de **11200** places fin 2024.

Le chiffre augmente mais reste insuffisant.

9 Les intervenants sociaux en police / gendarmerie

« L'intervenant social a pour rôle l'accompagnement des victimes, le soutien et l'orientation vers les partenaires nécessaires repérés lors d'une évaluation personnalisée de la victime. Il assure la coordination du parcours des victimes, leur mise à l'abri, l'accompagnement physique en audition ou confrontation, mais également l'orientation vers les services médico-sociaux qui pourraient répondre à leurs besoins.

L'intervenant social a un rôle essentiel dans l'accompagnement des victimes, avec ou sans procédure, il facilite l'accès aux droits des victimes et les échanges avec les forces de l'ordre en aidant les victimes à libérer leur parole. »

Clarisse Lavergne

Intervenante sociale commissariat et gendarmerie Bassin d'Arcachon

Service d'aide aux victimes Vict'aid

06 83 66 74 69 ou 05 56 01 28 69

L'évolution de la justice

Nous vous recommandons de lire le rapport au Garde des Sceaux À VIF rédigé par Gwenola Joly-Coz (première présidente de la cour d'appel de Papeete) et Éric Corbaux (procureur général près la cour d'appel de Bordeaux).

II. CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

La violence conjugale se reconnaît par sa constance.

Elle s'exerce au quotidien dans un cycle à quatre phases.

Les violences s'aggravent toujours dans le temps (domination, emprise, contrôle coercitif).

La manifestation de la violence peut aller jusqu'à l'homicide (une femme tous les trois jours, un homme tous les 11 jours).

CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Dans une relation marquée par la violence, les échanges entre les conjoints suivent un cycle qui est mis en place et orchestré par l'agresseur. Ce cycle se répète plusieurs fois et s'accélère avec le temps.

1 TENSION

L'agresseur a des accès de colère, menace l'autre du regard, fait peser de lourds silences. La victime s'inquiète, fait attention à ses gestes et paroles.



2 CRISE

L'agresseur violence l'autre sur les plans verbal, psychologique, sexuel ou économique. La victime se sent humiliée, triste, a le sentiment que la situation est injuste.



4 LUNE DE MIEL

L'agresseur demande pardon, parle de thérapie ou de suicide. La victime lui donne une chance, lui apporte son aide, constate ses efforts, change ses propres habitudes.



3 JUSTIFICATION

L'agresseur trouve des excuses pour justifier son comportement. La victime tente de comprendre ses explications, l'aide à changer, doute de ses propres perceptions, se sent responsable de la situation.



- 1ère phase : **le climat de tension**

L'agresseur se met en colère, lui jette un regard menaçant, fait peser un lourd silence.

Elle est inquiète et elle a peur.

Elle se centre sur son conjoint.

Elle est prudente et tente de faire baisser la tension.

- 2ème phase : **l'agression ou la crise**

Il violence sa victime. Il utilise une ou plusieurs formes de violence.

Elle est triste, humiliée et vit un profond sentiment d'injustice.

Elle peut être en colère ou se sentir anéantie ; il arrive aussi qu'elle se défende.

- 3ème phase : **la justification**

Il minimise l'agression et justifie son comportement par des éléments hors de son contrôle : les enfants turbulents, le stress au travail, l'alcool, la maladie mentale, une enfance difficile, etc...

Elle tente de comprendre les justifications de son conjoint, ce faisant, elle doute de ses perceptions et se sent désormais responsable de la situation.

Elle veut l'aider, sa colère disparaît.

- 4ème phase : **la réconciliation ou lune de miel**

Il regrette et demande pardon. Il parle de thérapie ou de suicide.

Dans certains cas, il offre des cadeaux et redevient très amoureux.

Elle croit en lui et en ses promesses. Elle retrouve l'homme qu'elle aime

et l'espoir que cette fois ce sera la bonne. Elle change ses propres habitudes.

Plus le cycle se répète et plus les périodes de réconciliation se font rares. La femme finit par ne plus voir les « petites violences quotidiennes » tellement son seuil de tolérance à la violence devient élevé. Même si elle réussit à s'adapter à la situation en modifiant ses comportements et ses attitudes, la violence continue. Avec le temps, elle finit par vivre une telle impuissance que sa sécurité et celle de ses enfants peut être compromise.

Prise au piège, il arrive parfois que la femme se défende pour se protéger elle et ses enfants. Injustement, elle aura tendance à se croire aussi violente que son conjoint et à justifier le comportement de ce dernier : « je ne vaudrais pas mieux que lui, moi aussi je l'ai poussé ! ».

La femme aura alors de la difficulté à demander de l'aide se croyant également responsable de la violence qu'elle subit.

III. NOTIONS ESSENTIELLES.

A) L'emprise / le contrôle coercitif

Dans son livre *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*, Marie-France Hirigoyen écrit :

« Les agressions physiques dans le couple n'arrivent pas soudainement mais résultent de comportements abusifs et d'intimidations. La pire violence n'est pas la plus visible. Si les femmes ne partent pas c'est qu'elles ont été piégées, mises sous emprise. Comprendre l'emprise, c'est aussi s'en déprendre. »

Extrait du vadémécum CNOM/HAS/Justice : Exemples des questions à se poser à propos 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 ?

• Se sent-elle sous surveillance permanente ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc ? Dit-elle disposer librement de son temps ?

• Se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

• Se sent-elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

• S'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

• Fait-elle part de menace ou de tentative de suicide de son partenaire ?

• Paraît-elle en situation de dépendance financière ?

• Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

• Se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc) par son partenaire ?

• Est-elle dépendante des décisions de son partenaire ?

• Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

• Évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtement, maquillage, sortie, travail, etc) ? »

Réconnaitre l'emprise, c'est reconnaître qu'il y a un contrôle coercitif de la part de l'auteur de violences et cela permet de prendre des mesures répressives contre celui-ci.

Ici-dessous se trouvent des commentaires émis par des gens après avoir vécu des événements stressants. Veuillez répondre à chaque question en montrant la fréquence de ces réactions pendant ces sept derniers jours.

Date:

B) État de sidération

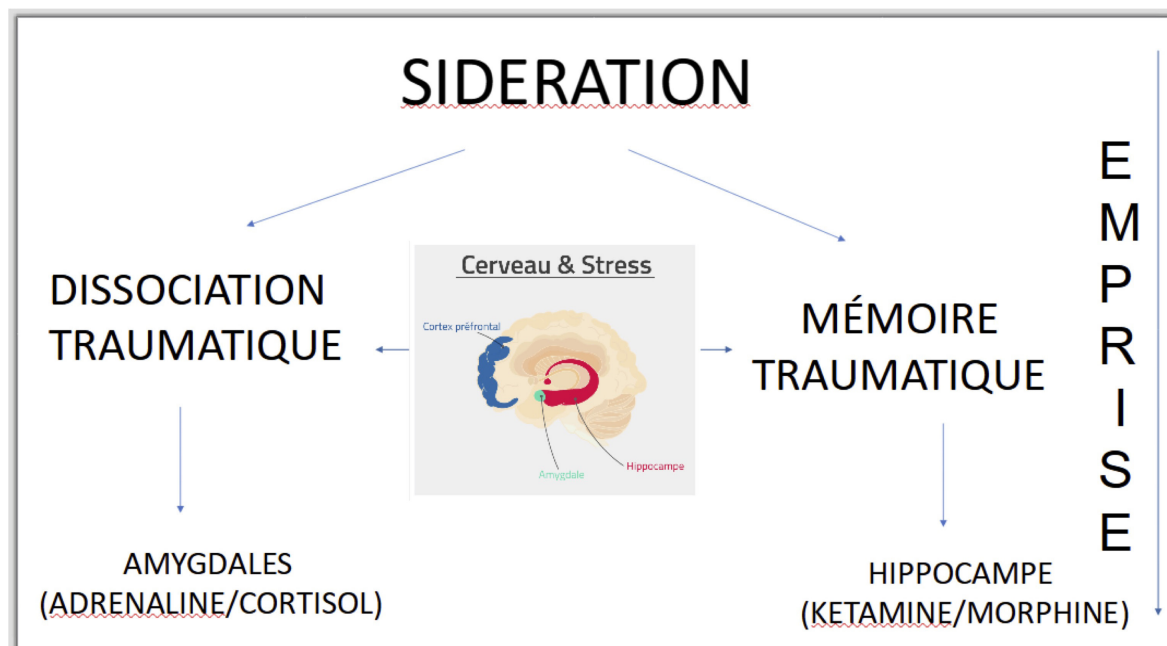
Face à une agression, le cerveau nous prépare à survivre en produisant du stress (grâce entre autre à la sécrétion d'adrénaline et de cortisol).

Notre corps est tonique, nos muscles sont contractés, notre cœur bat vite, notre souffle est court, notre attention est au maximum. Nous sommes sur le qui-vive, comme un animal qui se retrouverait soudain face à un prédateur. Cet état de stress nous prépare à réagir physiquement et psychologiquement, à se défendre ou à fuir.

La saturation de la réponse au stress entraîne l'**immobilisation**. Notre cerveau évalue automatiquement la situation. Il peut décider que nos meilleures chances de survie sont de ne pas bouger, de ne pas réagir. Le cerveau prend les mesures qui s'imposent, et au lieu de nous doper à l'adrénaline, il va produire de quoi nous anesthésier.

Notre organisme est programmé pour toujours préserver sa survie et paradoxalement passer en **état de sidération**. La surcharge émotionnelle crée la même réaction qu'un fusible qui saute dans un circuit électrique, pour éviter la destruction du circuit.

Le cerveau libère des neurotransmetteurs, qui cette fois, vont avoir l'effet inverse de l'adrénaline pour ralentir brutalement et intensément tout l'organisme. Les endorphines et/ou la kétamine sont des molécules similaires servant à anesthésier les patients qui souffrent de graves douleurs.



En état de sidération la victime ne ressent plus rien, elle se sent déconnectée, dans une anesthésie physique et psychique, comme si son corps et son cerveau étaient provisoirement éteints. Les victimes peuvent par la suite décrire « Je ne me suis pas laissée faire, c'est mon corps qui n'était pas en mesure de réagir ».

Le premier remède à la sidération est la considération de la part de l'entourage protecteur.

C) La dissociation traumatique et/ou la mémoire traumatique

- La victime peut aussi être en **état de « dissociation »** et avoir l'impression de contempler la scène de l'extérieur, comme un spectateur ou une spectatrice, comme si ce n'était pas lui/elle qui était en train de la vivre. Cet état de dissociation s'explique en partie par les substances sécrétées par le cerveau.

- En raison de cette réaction chimique, le cerveau ne peut plus traiter les informations comme il le fait habituellement, et notamment faire son travail de gestion de la mémoire . Il arrive que le souvenir soit stocké dans une partie du cerveau qui n'est pas accessible consciemment, à l'inverse des souvenirs de tous les jours. La scène est alors quasiment oubliée, mais peut revenir plus tard (dans un mois, un ans, dix ans...) de manière soudaine, comme des flashes. Ces flashes peuvent être provoqués par une odeur, un bruit, un lieu ...

- Ceci est dû à un mécanisme neurobiologique de sauvegarde exceptionnel mis en place par le cerveau de la victime pour survivre à un stress extrême.

Les violences, par leur caractère impensable, produisent un état de sidération, en paralysant les fonctions mentales supérieures, rendant incontrôlable la réponse émotionnelle.

Cette absence de contrôle est à l'origine d'un état de **stress dépassé** qui représente un **risque vital** pour l'organisme.

- Pour y échapper, le cerveau isole la structure à l'origine de la réponse émotionnelle et sensorielle (l'amygdale cérébrale) en faisant disjoncter ce circuit émotionnel, ce qui interrompt la production d'hormones de stress (adrénaline et cortisol).

L'amygdale cérébrale est isolée du cortex, ce qui entraîne une déconnexion de la victime avec ses perceptions sensorielles, avec une anesthésie émotionnelle, c'est ce qu'on nomme la **dissociation traumatique**.

- L'amygdale cérébrale est également isolée de l'hippocampe, structure cérébrale dont les fonctions sont d'être un système d'exploitation très sophistiqué, permettant l'intégration de la mémoire émotionnelle indifférenciée en mémoire autobiographique et de permettre un repérage temporo-spatial.

Cette interruption entre l'amygdale cérébrale et l'hippocampe empêche l'intégration de la mémoire émotionnelle des violences, c'est ce qu'on appelle la **mémoire traumatique**.

Avec cette **mémoire traumatique** brute, non consciente et hors temps, les victimes vont revivre à l'identique les pires moments, de façon incontrôlée et envahissante, avec la même terreur, les mêmes douleurs, les mêmes ressentis sensoriels sous forme de flashes back (images, bruits, odeurs, sensations, etc.).

- Cette dissociation peut durer quelques minutes ou quelques heures, ou bien s'installer dans la durée si la victime reste exposée aux violences ou au danger quand elles se reproduisent. Les enfants victimes de violences, en raison de leur immaturité neurologique et de leur plus grande vulnérabilité, sont encore plus exposés à une sidération traumatique et se retrouvent d'autant plus gravement dissociés.

- **Le mécanisme de survie a un coût très important pour la victime**, d'autant plus s'il se chronicise. En la privant de réactions émotionnelles et de ressenti, il va aliéner gravement les capacités affectives et relationnelles de la victime traumatisée, l'expression de sa personnalité, et ses possibilités de réagir face à des dangers, de se défendre, s'opposer et se révolter, l'exposant à un risque majeur de subir de nouvelles violences, d'être mise sous emprise, et de vivre des situations de marginalisation et de grande précarité.

- **La dissociation est également corporelle** et entraîne des difficultés pour la victime de percevoir des signes d'alerte et de souffrance, à en prendre soin, avec un seuil trop élevé de tolérance émotionnelle à la douleur et au stress.

- La dissociation traumatique a un impact très délétère sur la santé physique et psychique des victimes. Elle altère également la mémoire et peut être à l'origine d'**amnésie traumatique**. Elle est source de beaucoup de souffrance et de sentiment d'étrangeté, de pertes de repère, de sentiment de dépersonnalisation, d'être différent des autres, d'isolement et d'absence d'estime de soi.

- Cette dissociation traumatique reste méconnue, encore plus que la mémoire traumatique, très peu identifiée comme telle ou reliée à sa cause : un traumatisme.

Elle peut être confondue avec des troubles névrotiques, psychotiques avec des déficiences mentales et des démences, avec des troubles graves de la personnalité. Elle est source chez les professionnels qui ne savent pas la repérer par manque de formation, d'une très grande difficulté à évaluer le danger que court la victime et la gravité du traumatisme qu'elle présente. Elle est un facteur de risque d'absence de protection et de prise en charge, ainsi que de maltraitance.

La méconnaissance de la dissociation traumatique alimente le déni, la loi du silence et l'abandon que subisse la plupart des victimes.

D) Stress et psychotraumatisme

Le stress est un mécanisme d'adaptation face à tout changement d'environnement, « Le stress c'est la vie ».

- Le **stress adapté** permet la focalisation de la vigilance, la mobilisation de nos ressources et la préparation de notre organisme pour une réponse adaptée.

- En cas de **stress dépassé** on peut observer une sidération, une fuite panique, une agitation stérile ou des actes automatiques.

- Le **stress différé** correspond à l'ensemble des manifestations dans l'après-coup.

Le **traumatisme psychique** : c'est l'effet sur un individu d'un événement soudain de confrontation à la mort qui vient submerger sa capacité à y faire face, en produisant un sentiment d'effroi ou de détresse intense. C'est l'irreprésentation de sa propre mort. L'évènement représente une menace pour l'intégrité physique et psychique du sujet. Cela entraîne un triple effondrement de soi et des croyances de base :

- effondrement de l'illusion d'invulnérabilité et d'immortalité,
- effondrement de la conviction que l'environnement est solide et protecteur,
- effondrement de la croyance que les autres seront toujours là pour nous protéger et nous venir en aide.

Le traumatisme est d'autant plus grave quand l'agresseur est une figure d'attachement.

L'évaluation du **psychotraumatisme** est complexe. Il ne s'agit pas d'évaluer la gravité des faits mais d'évaluer la gravité du psychotraumatisme, de son impact.

Le médecin généraliste peut s'enquérir de savoir s'il s'agit d'évènements ponctuels ou répétés, les solutions apparaîtront après avoir évalué l'état de la personne.

Pour le MG le premier objectif est la prise en charge de la souffrance, de la douleur.

L'évaluation de l'état psychologique à chaud est très difficile.

L'évaluation psychologique se fera au mieux par un psychiatre ou un psychologue. Il est important que tout soignant ait des notions sur l'état de stress aigu (SA) et de stress post-traumatique (SPT).

Le psychotraumatisme et ses conséquences ne sont pas proportionnelles à la gravité et l'intensité apparente de l'agression, il varie d'un individu à un autre.

Ces deux états sont définis par le DSM-V.

1. Le trouble de stress aigu (TSA)

Il peut survenir en cas d'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave, ou à des violences sexuelles. Il faut qu'il y ait eu un vécu de mort imminente en sachant que le ressenti est parfois très différent de la réalité.

Il se manifeste au moins 3 jours après l'évènement et jusqu'à 1 mois par :

- **symptômes envahissants** : souvenirs répétitifs (revoit toujours la même scène, rumination anxieuse), flashbacks, cauchemars, détresse devant des stimuli similaires,
- **symptômes d'évitement** : évitement des pensées, des lieux, des individus (« depuis ce que vous avez vécu qu'est-ce qui a changé dans votre vie ? »),
- **symptômes d'éveil** : troubles du sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts, troubles cognitifs,
- **humeur négative** : tristesse, repli sur soi, anxiété,
- **symptômes dissociatifs** : amnésie dissociative, altération des perceptions de soi, du temps, sidération...

Pour caractériser un TSA il faut au moins 9 symptômes.

TRAITEMENT DE L'ÉTAT DE STRESS AIGU

- Soins auto-administrés
- Psychothérapie +++
- Parfois, des médicaments

Aucun médicament n'est particulièrement utile pour réduire les symptômes de l'état de stress aigu ou prévenir son développement en TSPT complet. Des médicaments peuvent être administrés pour soulager l'insomnie, l'anxiété et l'agitation, mais une utilisation prolongée semble interférer avec la récupération.

2. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (d'après le DSM-V.2015)

S'applique aux adultes et aux enfants de plus de 6 ans.

CRITÈRES A : Avoir été **confronté à la mort ou à une menace de mort**, à des blessures graves ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants,
- En étant témoin direct,
- En apprenant que ces événements sont arrivés à un membre de sa famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel,
- En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (ex : policiers exposés à des détails sur des enfants, conducteurs de trains...). Ce dernier critère ne s'applique pas à l'exposition par internet, TV, films ou photo sauf si cela est exposé au travail.

CRITÈRES B : Présence d'un ou plusieurs **symptômes d'intrusion** suivant associés à un ou plusieurs événements traumatisants qui sont apparus après que ceux-ci se soient produits :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants (chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs),
- Rêves récurrents dont le contenu, ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse,

- Réaction dissociative (par exemple rappels d'images, flashbacks...) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'évènement traumatisant se reproduisait (ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la plus intense étant la perte de connaissance de l'environnement actuel,
- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatisant,
- Réaction physiologique marquée lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatisant.

CRITÈRES C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débutés après que celui-ci ou ceux-ci se soient produits comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

- Evitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'évènement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse,
- Evitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'évènement traumatisant,

CRITÈRES D : Altération des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques qui ont commencé ou ont empiré après la survenue ou des événements traumatiques comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative),
- croyance ou attente négative, persistante et exagérée à propos de soi-même, d'autrui ou du monde (ex : « je suis une mauvaise personne », « on ne peut faire confiance à personne... »),
- idée déformée persistante concernant la cause ou les conséquences de l'évènement traumatisant qui pousse la personne à se blâmer ou à blâmer autrui,
- état émotionnel négatif persistant (ex : peur, horreur, colère, culpabilité ou honte),

- réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes,
- sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres,
- incapacité persistante de ressentir des émotions positives (ex : incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

CRITÈRES E : profonde modification de l'état d'éveil et de la réactivité associée à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit comme l'indique au moins deux symptômes suivants :

- Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets,
- comportement irréfléchi ou autodestructeur,
- hypervigilance,
- réaction de sursaut exagérée,
- problème de concentration,
- troubles du sommeil.

CRITÈRES F : La perturbation (B, C, D, E) dure **plus d'un mois**.

CRITÈRES G : La perturbation entraîne une **souffrance cliniquement significative** ou une incapacité importante dans les dimensions sociales, professionnelles ou autres.

CRITÈRES H : La perturbation n'est **pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance** ou à une autre affection.

Au-delà de ces critères on peut spécifier le type de TSPT :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de TSPT, et de plus, en réaction à l'agent stressant la personne présente les symptômes stressants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

- **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même, comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (ex : sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).

- **Déréalisation** : sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (se sent distante ou détachée de soi, par exemple a l'impression d'être dans un rêve)
Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuable à une substance, à une maladie (comme l'épilepsie...).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement.

Le médecin doit aussi savoir que dans le cadre des violences répétées, celles-ci viennent impacter durablement les ressources psychiques de la victime et se traduisent plus souvent par un épuisement que par un TSPT : trouble anxiodépressif avec asthénie, aboulie, anhédonie, tristesse, trouble du sommeil, trouble cognitif, angoisse, anxiété anticipative.

Le TSPT est deux fois plus fréquent chez la femme, et diagnostiqué en moyenne plus tardivement chez la femme (4 ans) que chez l'homme (1 an) (www.apa.org, American Psychological Association).

TRAITEMENT DU TSPT

- Soins auto-administrés : vérification que la personne est en sécurité (sécurité personnelle, santé physique, pleine conscience, accès à un logement, à un soutien social...)
- Recommandations : psychothérapies centrées trauma (TCC, EMDR... et outils de stabilisation et de régulation émotionnelle)
- Traitement médicamenteux en fonction de l'intensité des symptômes du TSPT et des comorbidités (dépression, troubles de l'usage...) : antidépresseurs... anxiolytiques type hydroxyzine (benzodiazépines contre-indiquées)

Aucun médicament n'est particulièrement utile pour réduire les symptômes de l'état de stress aigu ou prévenir son développement en TSPT complet. Des médicaments peuvent être administrés pour soulager l'insomnie, l'anxiété et l'agitation, mais une utilisation prolongée semble interférer avec la récupération.

IV. DÉPISTAGE

Pour le médecin, penser l'impensable dans le cadre du soin est d'autant plus difficile qu'il s'agit de la famille, source d'amour et de protection.

Il faut être capable de questionner ouvertement et sans préjugé, être capable d'écoute et d'accompagnement et à défaut, orienter.

- **Dépistage systématique** en sachant qu'il n'y a pas de profil de victime ou d'auteur.
- **Dépistage ciblé** : la maternité et la séparation.
- **Repérage opportuniste** devant des signes d'appel, certaines situations.

Parmi les facteurs prédictifs, nous pouvons retenir :

- Tous les milieux socio-professionnels sont concernés,
- les femmes jeunes,
- la **grossesse** : facteur déclenchant dans 40% des violences conjugales,
- maladies chroniques,
- handicap (12 millions de personnes handicapées en France),
- dépendance financière,
- la **séparation**,
- IVG itératives.

Parmi les facteurs de risque de maltraitance aux enfants :

- Jeune âge des parents lors de la première grossesse, immaturité des parents,
- déni de grossesse et grossesse déclarée tardivement ou mal suivie,
- prématurité de l'enfant,
- handicap de l'enfant (moteur et/ou cérébral),
- trouble du comportement de l'enfant, difficultés d'apprentissage,
- parent isolé,
- parent inoccupé (chômage, invalidité, retraite),
- antécédents de maltraitance chez les parents.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE DÉPISTAGE

- Favoriser le repérage des victimes de violence,
- renforcer l'implication des professionnels de soins de santé primaire dans la lutte contre les violences faites aux femmes (hommes, enfants),
- susciter une approche systématique lors d'une première rencontre, consultation.
« Avez-vous été victime de violences par le passé ? »,
- développer la coordination entre professionnels pour proposer une orientation adaptée.

Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Novembre 2022

Médecins généralistes, vous jouez un rôle-clé dans le **repérage des violences**. Pensez à **dépister toutes vos patientes** pour savoir si elles ont vécu ou vivent des violences conjugales, même en l'absence de signe d'alerte.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Consultez
la recommandation



Pourquoi dépister ?

- **Vos patientes sont concernées :**
sur 10 patientes vues, 3 à 4 femmes pourraient être victimes de violences conjugales¹.
- En tant que médecin généraliste **vous êtes les interlocuteurs privilégiés des femmes** et les premiers acteurs à qui elles s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations².
- **Le dépistage systématique, ça marche :**
vous avez 3 fois plus de chances de dépister des violences en posant directement la question³.
- **Les violences constituent un risque pour la santé des femmes** qui doit être évalué de manière systématique, indépendamment du milieu social.

Quand et comment dépister ?

Questionnez toutes vos patientes lors de l'anamnèse comme vous le faites pour les antécédents médicaux ou la consommation de tabac. N'hésitez pas à reposer la question ultérieurement en cas de grossesse ou de séparation.



Aborder le sujet peut vous paraître difficile. Vous pouvez **poser la question en vous aidant des exemples suivants** ou en les reformulant avec vos propres mots :

- comment ça se passe à la maison/avec votre partenaire ?
- pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?

8 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin⁴.

Pour normaliser le sujet, vous pouvez **préciser que vous abordez cette question avec toutes vos patientes**.

La prise de conscience et le départ définitif d'une victime découlent d'un long cheminement. Respectez le rythme de la patiente et ne vous découragez pas !

Que faire en cas de violences ?

- **Écouter votre patiente de manière bienveillante**, lui rappeler qu'elle n'est pas seule, que les faits de violences sont punis par la loi et qu'elle peut porter plainte.
- **Compléter le dossier médical avec vos observations**. Proposer si besoin un 2^e rendez-vous pour en reparler.
- **Proposer un accompagnement à votre patiente**, sans la presser à prendre une décision immédiate.

Proposer un accompagnement :

Médical/psychologique

- **15** : Urgences médicales (SAMU)
- **114** : Urgences par sms (sourds et malentendants)
- Unité médico-judiciaire
- Psychologue, psychiatre
- Pédiatre (si enfants présents)

Social

- **115** : Hébergement d'urgence
- **3919** : Violences Femmes Info
- Associations locales : arretonslesviolences.gouv.fr

Judiciaire/juridique

- **17** : Gendarmerie, police
- Accès au droit et informations juridiques : fncidff.info



Si vous avez besoin d'aide, appelez le **3919**, une ligne est dédiée aux professionnels de santé.

Et pour plus de ressources, consultez arretonslesviolences.gouv.fr, decliviolence.fr ou le [vade-mecum sur le secret médical](#) (ministère de la Justice).

1. decliviolences.fr 2. Haute Autorité de Santé (2019). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique. Saint-Denis La Plaine. 3. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane database of systematic reviews (7). 4. Palisse, M. (2013). Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie.

Deux exemples d'outils simples et fiables :

1. L'Échelle WAST

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- ☐ Très tendue ☐ Assez tendue ☐ Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- ☐ Très difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

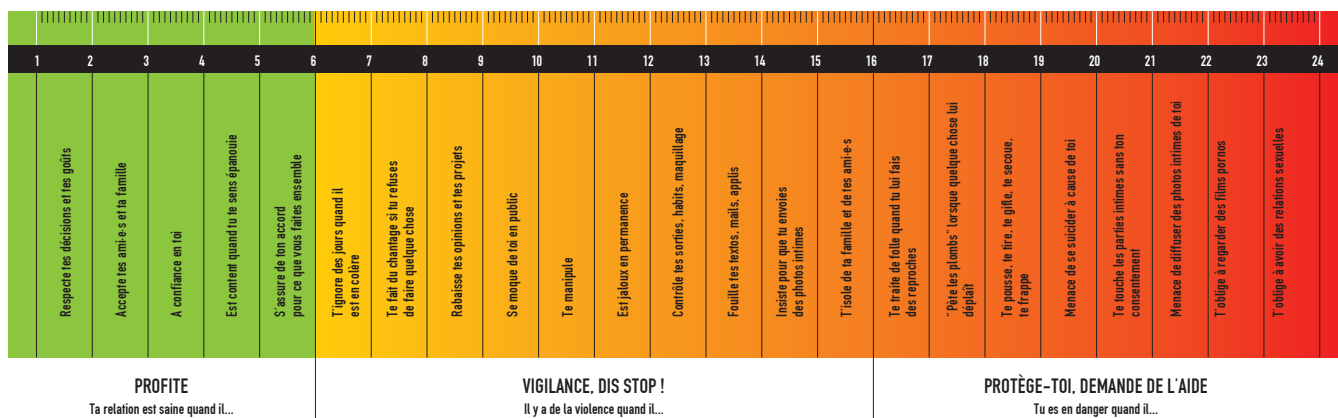
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

Un résultat supérieur ou égal à 5 points met en évidence une exposition à des violences.

2. Le Violentomètre



→ **Repérage opportuniste** dans certaines situations, par exemple :

Chez l'adulte :

- Douleurs chroniques, multiples, inexpiquées,
- lésions cutanées,
- IST,
- TSPT, épisode dépressif, anxiété, troubles du sommeil
- addictions, conduites à risque (scarifications, automutilations, fugues)
- agressivité, trouble des conduites,
- toute pathologie psychiatrique,
- euphémisme : « c'est compliqué à la maison », « grosses disputes »...

Chez l'enfant :

- Troubles du sommeil (retard à l'endormissement, cauchemars fréquents)
- Plaintes somatiques répétées
- Malaise inexpiqué,
- bébé secoué,
- lésions cutanées,
- énurésie secondaire, encoprésie,
- comportement inhibé,
- isolement,
- hypervigilance,
- sollicitation affective,
- autonomie inadaptée à l'âge,
- agressivité, violence,
- fléchissement scolaire, absentéisme,
- tout changement de comportement.

V. COMMENT RÉAGIR ?

A) Examen clinique / Prise en charge d'une victime :

1. La consultation médicale d'une victime de violence conjugale chez un médecin généraliste

Dans notre pratique quotidienne de médecin généraliste nous sommes confrontés à deux types de patientes :

- Celles qui consultent de manière unique, isolée, dans un délai court suite à des violences subies et demandent un certificat. Même si les moyens que nous avons de soulager et orienter la victime sont très pauvres, il faut saisir cette occasion pour l'orienter. Nous détaillerons les éléments importants de la consultation à ne pas oublier ci-dessous.
- Nos patient(e)s habituell(e)s chez qui l'on découvre des séquelles de violence avec qui nous allons pouvoir travailler au long cours pour les restaurer.

La démarche de consulter est le plus souvent complexe et difficile pour les patient(e)s. Le motif de consultation peut être caché par d'autres plaintes. Les patient(e)s sont dans l'angoisse de révéler leur quotidien, et arrivé(e)s dans le cabinet, font marche arrière ou ne livrent qu'à demi-mot la raison de leur venue, ou sur le pas de la porte au moment de nous quitter. Le médecin généraliste se doit d'être à l'écoute, et si nécessaire, prévoir un autre rendez-vous avec un créneau dédié afin d'être dans les meilleures conditions possibles.

2. Attitude à adopter lors d'une consultation de médecine générale avec une victime de violence conjugale

- Être empathique : avoir une écoute active, être disponible, **faire preuve de soutien et ne pas juger** les propos de la patiente,
- face à un récit de violence, lui dire qu'elle est victime de violence conjugale en lui expliquant les spécificités de celle-ci (le cycle de la violence, l'emprise) et ainsi la déculpabiliser, l'aider à agir,
- reformuler avec elle ses propos afin qu'elle se les réapproprie,
- rechercher d'autres types de violences : sexuelle, verbale, financière, administrative,
- rechercher des violences sur les enfants,
- faire part de ses inquiétudes en tant que médecin sur les faits décrits et l'avenir, faire le lien avec les symptômes ou les autres plaintes que la patiente décrit.

- « **Je suis médecin, je vous considère comme une victime** ». Il faut respecter le temps et la parole de la victime.

Nous ne sommes pas là pour juger. Le médecin ne participe pas à la recherche de la vérité judiciaire. Il ne s'agit pas de reconstituer des preuves) à charge contre l'agresseur.

- Éviter d'utiliser « je vous comprends » (on ne peut pas comprendre, cela est toujours très complexe). Il vaut mieux dire « je vous entends ».

- Créer ou recréer du lien,

- contenir les angoisses (l'attente renvoie au vide du traumatisme),

- éviter les répétitions des faits (« dire c'est revivre »).

- **Ne pas juger l'auteur des faits mais reposer le cadre légal par rapport à ces violences permet de légitimer la démarche de la victime.**

3. Déroulé d'une consultation en vue d'une rédaction d'un certificat médical

Il est important d'expliquer à la patiente la nécessité de rédiger un certificat médical qui évalue les conséquences physiques et/ou psychiques des violences et que celui-ci constitue une preuve. Pour cela, il faut un examen clinique et psychologique.

L'examen clinique

- Le médecin examine la victime avec son accord, afin de réaliser un certificat médical,

- taille, poids, latéralité,

- toute doléance doit être explorée lors de l'examen clinique,

- toutes les lésions en lien avec l'agression rapportée par la victime seront décrites dans le certificat médical : le type de lésions (ecchymose, hématome, griffure, brûlure, la localisation, la taille, la couleur. Le médecin devra demander à la patiente quel est le contexte de la lésion (coup de pied, étranglement, brûlure...) Le médecin généraliste se devra autant que possible, avec l'accord de la victime, de faire des photographies, avec un repère métrique et de les insérer au certificat médical. Il est important d'être **concis et le plus clair possible**,

- si la victime présente d'autres lésions pouvant être évocatrices de violence mais qui ne sont pas en rapport avec les faits de violences rapportés, il faut également les noter,

- la difficulté des consultations de médecine générale concernant des violences conjugales est souvent qu'entre le moment où les faits ont lieu et le moment où la patiente décide de consulter et/ou obtient un rendez-vous, les lésions peuvent avoir disparues. Dans ce cas, même avec des photographies rapportées de la patiente, le médecin généraliste ne peut constater des lésions qu'il ne voit pas.

4. Quelques données sémiologiques importantes à connaître pour un médecin généraliste

- Préciser le **nombre** et la **localisation** anatomique des lésions
- **Type** de lésion et caractéristiques : taille, forme, couleur, orientation, profondeur
- **Érosion :**
 - lésion érosive de l'épiderme – érosion, dermabrasion, éraflure
 - Par un mécanisme de frottement, arrachement, ripage
 - C'est un traumatisme ouvert, il y a une effraction cutanée
- **Contusions :**
 - par impact d'un corps contendant qui blesse par sa masse et la force appliquée
 - C'est un traumatisme fermé, il n'y a pas d'effraction cutanée
 - Parmi elles on retrouve :
 - **L'ecchymose :** infiltration hémorragique des tissus cellulaires sous cutanés. Il n'y a pas de gonflement des tissus mais une palpation douloureuse. Elle ne s'efface pas à la pression.
 - **L'hématome :** collection sanguine consécutive à une hémorragie dans une cavité naturelle ou néoformée. Il y a un gonflement palpable, l'hématome migre sous l'effet de la pesanteur.
- **Plaie contuse :** déchirure tissulaire secondaire à un éclatement de la peau entre deux plans durs. Via un objet contendant (barre de fer, coup de poing, brique..) chute, AVP
- **Plaie franche :** plaie linéaire sans perte de substance cutanée.
Via un instrument piquant et/ou tranchant
- **Morsure :** deux érosions arciformes à concavité opposée au sein d'une zone ecchymotique
- **Brûlure**
- **Une ou des photos** peuvent être apportées en complément du certificat avec l'accord de la victime si elles sont réalisées par le médecin pendant la consultation. Les photos prises par la victime ne doivent pas y apparaître.

5. L'entretien psychologique

Il est fondamental. Comme décrit précédemment, l'examen psychologique fait le diagnostic d'un possible trouble de stress aigu (TSA) qui apparaît entre 3 et 30 jours après les faits ou d'un trouble de stress post traumatique (TSPT) qui apparaît à compter d'un mois après les faits. Le diagnostic est fait selon les critères du DSM V, comme nous les avons détaillés dans la partie dédiée au psychotraumatisme. Si cela est difficile pour le médecin généraliste, il peut noter dans son certificat qu'une évaluation par un psychologue ou psychiatre est nécessaire pour évaluer le psychotraumatisme.



6. La remise du certificat et préparer l'avenir

Le certificat doit être remis à la victime en main propre, à elle seule. Un double est gardé dans le bureau du médecin.

Expliquer à la victime qu'elle peut aller porter plainte à la police ou à la gendarmerie. Ne pas la brusquer ou la forcer si elle ne le souhaite pas, lui dire qu'elle peut changer d'avis à tout moment. Ce n'est pas parce qu'on reçoit une victime de violence conjugale qu'elle doit aller obligatoirement porter plainte (s'il y a dissociation traumatique il faudra attendre le bon moment).

Établir avec elle un plan de sécurité : un lieu sûr où elle peut se réfugier. (annexe 3)
Lui expliquer qu'elle n'est pas seule et que d'autres intervenants peuvent l'aider, lui fournir les numéros de téléphone (assistance sociale de la ville, associations de femmes battues et d'aides aux victimes (solidarité femme bassin/femmes solidaires la teste de Buch)

7. Quelles sont les conséquences pour la victime ?

- Lésions physiques,
- problèmes de santé,
- troubles psychologiques,
- addictions,
- troubles gynécologiques et obstétricaux,
- déséquilibres de pathologies chroniques.
- répercussions professionnelles (perte d'emploi ou arrêt d'activité),
- vie sociale altérée,
- dans des cas extrêmes : homicides, suicides.

Tout ceci peut entraîner des arrêts de travail, des hospitalisations, des prescriptions, avec une augmentation des dépenses de santé, qui en fait un enjeu majeur de santé publique.

8. Les examens complémentaires

En dehors du certificat, en cas de violences sexuelles, adresser la patiente aux urgences pour les différents prélèvements :

- prévention du VIH dans les 48h
- prévention de la grossesse dans les 5 jours
- soins d'éventuelles lésions
- recherche de sperme pour test ADN dans les 5 à 7 jours.

Outre les prélèvements à visée judiciaire, penser à ceux à visée médicale :

- Bilan pré-trithérapie HIV : NFS, Ionogramme, Creat, BHC,
- recherche de grossesse,
- recherche d'IST en génito-anal, sang, urines : sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA-VDRL, Flore microbienne sur ECBU et PV (Chlamydia, gonocoque, trichomonas).

9. L'importance du certificat médical , les règles à connaître pour un médecin généraliste

Une des missions fondamentales du médecin est d'établir un certificat médical, en respectant les règles de rédaction. C'est une **obligation** pour tout médecin. Il est nécessaire d'indiquer **les faits médicaux constatés** lors d'un examen clinique consciencieux, en particulier les lésions physiques. Il faut bannir toute interprétation. Pour relater les dires de la victime et procéder au recueil des commémoratifs, le médecin doit utiliser les guillemets ou le conditionnel.

Il évalue aussi le retentissement psychique ou indique qu'il doit être déterminé par psychologue ou psychiatre. Une incapacité totale de travail doit être fixée sur le certificat avec des réserves. Si le médecin n'est pas en mesure de l'évaluer il peut adresser la victime vers une consultation de victimologie. Ce certificat doit être remis à la patiente, et une copie conservée dans le dossier médical. Le médecin ne doit pas rester neutre et se doit d'agir.

Les conditions de fond du certificat médical, en pratique pour le médecin généraliste en cas de demande spontanée d'une victime :

- Identification du rédacteur, de la victime ou du représentant légal, de l'interprète s'il y en a un,
- date, heure et lieu de l'examen,
- corps du certificat,
- « certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre » ou sur « réquisition » ,
- signature et cachet du rédacteur.

Les conditions de forme :

- Rédaction en français, sur papier libre, dactylographié ou lisible,
- style clair simple et précis. Antécédents pouvant interférer avec les faits ou vulnérabilité de la victime (facteurs aggravants).

Le contenu du certificat :

- Commémoratifs : fait allégués au conditionnel, qui ? quand ? quoi ? ou ? Attention on ne fait pas d'enquête,
- doléances de la victime entre guillemets,
- style clair simple et précis. Antécédents pouvant interférer avec les faits ou vulnérabilité de la victime (facteurs aggravants),
- examen clinique (cs supra),
- conclusion : évaluation de l'ITT si possible.

10. Données à connaître sur l'incapacité totale de travail pour un médecin généraliste

Absence de définition légale; c'est une définition jurisprudentielle qui prend en compte une gêne notable dans les actes de la vie quotidienne : manger, dormir, se laver, s'habiller, se déplacer.

C'est un outil judiciaire permettant d'apprécier la gravité des conséquences des violences et de qualifier l'infraction. L'ITT est fixée au jour de l'examen mais elle n'est pas définitive, elle est ÉVOLUTIVE. Il n'existe pas de barème d'évaluation.

Ce n'est ni un arrêt de travail, ni une durée d'hospitalisation, ni un déficit fonctionnel temporaire.

En cas de violences volontaires :

- ITT inférieure ou égale à 8 jours : c'est une CONTRAVENTION
- ITT supérieure à 8 jours : c'est un DELIT
- Attention : c'est un délit en cas de circonstances aggravantes même si l'ITT est inférieure à 8 jours.

En cas de violences involontaires :

- ITT inférieure ou égale à 3 mois (90 jours) : c'est une CONTRAVENTION.
- ITT supérieure à 3 mois (90 jours) : c'est un DELIT.

Mieux vaut un certificat clair et précis, descriptif, sans préjugé, qu'une ITT hasardeuse.

11. Circonstances aggravantes à faire figurer dans le certificat

- Motif raciste ou homophobe,
- violence conjugale,
- victime âgée de moins de 15ans,
- victime vulnérable (âge, femme enceinte, déficience physique ou psychique),
- violence commise au sein d'un établissement scolaire,
- utilisation d'une arme,
- contre un policier ou un gendarme,
- violence commise par plusieurs auteurs.

Cf. Annexe 1 – exemple de certificat calqué sur celui de l'UMJ.

VI. NOTIONS DE DROIT : SIGNALEMENT ET INFORMATION PRÉOCCUPANTE

A. Généralités

D'ancienne tradition, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine. Il est défini dans l'article 4 du code de déontologie et l'article R.4127-4 du code de la santé publique.

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients, il ne s'agit pas là d'un réflexe corporatiste. La rigueur des dispositions actuellement en vigueur et le caractère impératif des règles déontologiques sont destinées à protéger le patient, non le médecin. Le respect du secret médical est un devoir du médecin et non un droit. Tous les patients doivent être assurés que leur confiance ne sera pas trahie quand il livre à un médecin une information les concernant ou mettant en cause des tiers. Les médecins sont confrontés à des situations diverses où ils doivent **apprécier ce qu'ils peuvent dire ou au contraire doivent taire**.

Le code pénal ne fait pas référence au médecin. Il traite du secret professionnel de façon générale et non du secret médical.

Même entre médecins, le secret ne se partage pas dès lors qu'il ne participe pas à la prise en charge d'un même patient.

→ **L'article 226-13 du code pénal** dispose que : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Alors que l'article 226-13 du code pénal réprime la révélation des informations à caractère secret, l'article R.4127-4 du code de la santé publique, issu de l'article 4 du code de déontologie médicale, précise que : « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Le secret professionnel ne couvre pas seulement les données à caractère médical d'un patient mais s'étend également à toute information de caractère personnel relative à ce dernier; qu'il n'est pas limité à ce qui a été expressément confié au médecin, mais concerne tous les éléments révélés à l'occasion de la prise en charge du patient.

→ **Seule la loi peut délier un médecin de son obligation de respecter le secret professionnel dans les conditions et les limites qu'elle définit.**

L'article 226-14 du code pénal dispose, en son 1°, que l'article 226-13 du même code, qui sanctionne les atteintes au secret professionnel, n'est pas applicable : « À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique; (...) ».

L'article 226-14 du code pénal prévoit, en outre, plus spécifiquement, en son 2°, que l'article 22-23 du même code n'est pas applicable : « Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionne au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; (...) »

L'article 226-14 du code pénal précise, enfin, en son dernier alinéa, que : « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

B. Les mineurs

En ce qui concerne le signalement des situations de mineurs, le Conseil national de l'Ordre des médecins précise, sur son site internet (<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>), que : « La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a confié au président du conseil départemental (ex-Conseil général) la charge du recueil et du traitement de l'ensemble des informations préoccupantes concernant des mineurs. Pour ce faire, des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP), placées sous l'autorité du président du conseil départemental, centralisent le recueil de ces informations, pour que la situation du mineur concerné soit évaluée par les services du conseil départemental et que ceux-ci mettent en œuvre les actions relevant de leur compétence.

En cas d'urgence, notamment en présence des sévices commis sur un mineur, le médecin doit aviser directement le procureur de la République pour que soient prises sans tarder les mesures adéquates de protection du mineur.

Il existe des dérogations légales justifiées par la nécessité d'établir une communication maîtrisée d'informations médicales. Les dérogations sont de deux types :

1. LES DÉROGATIONS OBLIGATOIRES AU SECRET PROFESSIONNEL

- Citons l'article 434-3 du code pénal qui prévoit que « toute personne ayant eu connaissance de privation, de mauvais traitement ou d'atteinte sexuelle infligé à un mineur de moins de 15 ans s'expose à des sanctions pénales s'il n'en informe pas les autorités judiciaires ou administratives ».

2. LES DÉROGATIONS AUTORISÉES

a. La transmission d'une **INFORMATION PRÉOCCUPANTE (I.P)** à la Cellule de Recueil et d'Information des Informations Préoccupantes (CRIP) **= DÉMARCHE ADMINISTRATIVE**

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :

- Soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées en danger ou en risque de danger,
 - soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.
- La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier (art R.226-2-2 CASF). Dans le cadre de la transmission d'informations, le médecin porte à la connaissance de la cellule ses préoccupations/inquiétudes.

Le médecin peut transmettre les informations par téléphone au médecin de la CRIP ou lui adresser un courrier (et non un certificat médical).

Il doit faire preuve de prudence et de circonspection dans sa transmission : il porte à la connaissance de la cellule les éléments, y compris d'ordre médical, qui lui font craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger ou de risque de danger.

Le dernier paragraphe de l'article 226-14 du code pénal dispose que si le médecin transmet de bonne foi des informations préoccupantes à la CRIP, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant la juridiction disciplinaire, la juridiction civile ou pénale.

Les représentants légaux du mineur (parents, personne exerçant l'autorité parentale, tuteur) doivent être informés de cette transmission, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur.

Attention : les informations préoccupantes ne peuvent être transmises qu'à la CRIP et non aux parents ou à des tiers (enseignants, directeur d'établissement, rectorat, etc.).

La CRIP a pour rôle d'évaluer toutes les informations dont elle est destinataire.

Elle peut :

- Soit mettre en route une action médico-sociale,
- soit décider d'une mesure de protection de l'enfant,
- soit signaler elle-même les faits au procureur de la République.

L'IP n'est pas un certificat médical ni une pièce formalisée du dossier médical. Elle n'est pas communicable aux parents, à l'enfant ou à des tiers même médecins, par le médecin rédacteur. Il s'agit d'explicitier de manière précise et objective les faits préoccupants, constatés ou rapportés. Les faits rapportés ou non vérifiés seront rédigés au conditionnel et les propos cités entre guillemets. Le médecin garde une copie de cette IP et trace son envoi. Les parents ou titulaires de l'autorité parentale et le mineur, en fonction de son âge et de sa maturité, sont informés de cette IP **sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant** (annexe 5).

Le secret est également dû aux mineurs. Par dérogation au principe très général de l'autorité parentale, le médecin est tenu au secret professionnel vis-à-vis des parents d'un mineur, qui s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale.

« Toutefois le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre l'action de prévention, ... ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix » (article L.1111-5 du code de la santé publique).

b. Le **SIGNALEMENT au procureur de la république**

= DÉMARCHE JURIDIQUE

Lorsque le médecin constate sur un mineur des sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique, ou qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises, il procède à un signalement au procureur de la République (article 226-14 du code pénal). La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une fiche mémo pour repérer la maltraitance chez un enfant (<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fichememomaltraitanceenfant.pdf>).

Le médecin doit signaler directement au Procureur (joignable 24h sur 24), éventuellement dans l'urgence par téléphone et document écrit à suivre, dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité. Il doit utiliser ce « modèle de signalement » et le remplir uniquement en fonction de ce qu'il a lui-même constaté. Le médecin ne doit pas mettre lui-même un tiers en cause et retranscrire entre guillemets les paroles exactes du mineur ou de la personne l'accompagnant.

Devant une situation grave ou urgente, l'Ordre des médecins préconise le signalement au Procureur avec, éventuellement, double à la CRIP.

Si le médecin signale de bonne foi au Procureur une maltraitance constatée ou présumée, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant la juridiction disciplinaire, la juridiction civile ou pénale (article 226-14 du code pénal).

Attention : un signalement ne doit être adressé qu'au procureur de la République ou à la CRIP et non aux parents ou aux tiers (enseignants, directeur d'établissement, rectorat, etc.). Il appartient au Procureur, destinataire du signalement, de déterminer les mesures qui doivent être prises dans l'intérêt de l'enfant. »

Par ailleurs, et aux termes de l'article R. 4127-43 du code de la santé publique, issu de l'article 43 du code de déontologie médicale : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. ».

L'article 43 du code de déontologie médicale précise que lorsque le médecin « est préoccupé par la situation d'un enfant (lorsque sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou risquent de l'être), ou lorsqu'il redoute une situation de maltraitance (...), le médecin peut utilement contacter le médecin de la CRIP. (...) ».

À notre sens, et dans l'hypothèse où un doute subsiste quant à la nécessité de procéder à un signalement au procureur de la République, il convient de prendre contact avec la cellule de recueil des informations préoccupantes de son département (exemple de la Gironde).

Direction de la protection de l'Enfance et de la Famille
Cellule Recueil des informations préoccupantes de Gironde

crip33@gironde.fr
05 56 99 33 33

Vous trouverez les informations nécessaires à l'adresse internet suivante :
<https://www.gironde.fr/enfance-et-famille/protection-de-lenfance#maltraitance>

C. Article 226-14.3

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R.4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de « *mettre en œuvre les moyens les plus adéquats* » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privations « ***en faisant preuve de prudence et de circonspection*** ».

Il est important de communiquer sur les bonnes pratiques du signalement dans le contexte de la dérogation prévue par la loi du 31 juillet 2020, qui a étendu les possibilités de signalement des violences conjugales par les médecins dans un cadre bien précis.

L'article 226-14 du code pénal a été complété par un al. 3 prévoyant que l'article 226-13 de ce code réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la république une information relative à des violences exercées au sein du couple ... lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent 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 au procureur de la République. »

Le professionnel tenu au secret professionnel qui transmet une IP ou qui signale aux autorités compétentes en respectant les conditions posées par la loi ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. C'est la levée du secret professionnel.

Désormais la levée du secret médical est donc possible si 3 conditions sont réunies :

Lorsque les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat

ET

que la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences

ET

qu'il y a intime conviction du médecin signalant.

Un outil d'évaluation du danger de l'emprise a été élaboré avec un partenariat avec le ministère de la justice, la HAS et le CNOM.

Le site du CNVIF (Comité National des Violences Intra-Familiales), instance consultative, indépendante, pluridisciplinaire et interinstitutionnelle met en avant ce vade-mecum (<https://cnvif.fr>).

Le CNOM a pleinement participé au grenelle contre les violences conjugales. Dans ce contexte une réflexion s'est engagée sur l'évolution de l'article 214-27 du code pénal et offre dans son vade-mecum un outil de synthèse :

- Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise,
- circuit juridictionnel du signalement par le professionnel de santé en matière de violences conjugales,
- pédagogie de la loi du 30 juillet 2020 : la procédure de signalement rend légale et possible la coopération des acteurs (justice, forces de l'ordre et associations) dans le respect de leurs compétences respectives de leur dérogations déontologiques... Il ne s'agit ici aucunement de favoriser la délation d'une personne.

Il ne s'agit pas non plus de commettre une dénonciation d'un fait criminel seul. L'autorisation de la loi permet de faire un signalement de violences au sein du couple qui fait craindre une issue funeste.

Le médecin ne participe pas à la recherche de la vérité judiciaire. **Il ne s'agit pas de constituer des preuves dans l'optique d'un procès répressif, mais, de donner des indices pour qu'une évaluation croisée de la situation soit réalisée et que les secours les plus adaptés soient mis en place.**

Les critères qui font craindre l'homicide sont connus :

- Détention d'une arme dans le foyer,
- notion de séparation,
- chantage scénarisé,
- menaces de mort,
- augmentation du cycle de la violence avec une réduction des « lune de miel ».

Devant toutes ces situations critiques et dans ce contexte particulier, la seule réponse possible du praticien est le dispositif du signalement. **C'est un dilemme éthique et déontologique auquel le médecin devra être préparé.**

« C'est à la mobilisation du « cogito moral » de chacun qui, en présence d'une souffrance extrême comprend que la dialectique entre l'indignation morale et l'action l'engage. Le médecin ne doit pas se contenter de s'indigner mais doit agir. »

Le vade-mecum « secret médical et violences au sein du couple » est un référentiel téléchargeable sur le site du CNOM, du ministère de la justice, de l'HAS. Il reprend :

- La fiche type du signalement (cf. annexe 2),
- La notice explicative du signalement transmise au procureur de la République,
- Les critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise,
- Le circuit juridictionnel, la pédagogie de la loi du 30 juillet 2020,
- La recommandation de la Haute autorité de santé.

VII. COMISSION VVS (VIGILANCE - VIOLENCES - SÉCURITÉ)

Pour aller plus loin, le CNOM a entrepris une action vigilance-violences-sécurité, construite sur deux principes :

- Accompagnement du professionnel dans les dispositifs législatifs
- Création d'une commission vigilance-violences-sécurité au sein de chaque conseil départemental de l'ordre des médecins. Il s'agit :
 - D'assurer un soutien logistique et un accompagnement aux medecins signalants,
 - de s'assurer de leur sécurité dans cette démarche difficile,
 - d'accompagner tous les signalements (VIF et aussi violences envers les medecins).

Pour favoriser la circulation d'information entre les médecins et la justice, un **protocole local** relatif à l'aide au repérage des violences conjugales et au signalement par un médecin des personnes victimes de violences conjugales a été signé en 2022 entre Mme le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Bordeaux et Mr le président du conseil départemental de la Gironde de l'ordre des médecins. Il est disponible en annexe (**cf. annexe 4**).

Grace à l'engagement des signataires, des évènements de sensibilisation seront organisés sur la thématique des violences conjugales et intraconjugales. Ces actions devraient améliorer la prise en charge des victimes bien en amont du signalement.

Ainsi l'accompagnement de la victime au début du cycle de la violence est privilégié.

Le médecin ne doit pas rester seul face à une situation complexe et particulièrement devant une décision de signalement, qui est pour lui un dilemme éthique et déontologique.

Le CDOM souhaite répondre à sa mission d'accompagnement et de conseil du praticien signalant. Pour ce faire il est essentiel que le soignant ait une parfaite connaissance du maillage associatif, institutionnel et hospitalier propre à son territoire.



CONCLUSION

Le médecin, comme tout professionnel de santé, doit savoir dépister les violences intrafamiliales, puis prendre soin de la victime et l'orienter.

Il ne doit pas hésiter à prendre conseil auprès du CDOM (Commission vigilance violences sécurité).

Il doit savoir transmettre une information préoccupante ou faire un signalement.

Il doit oser voir, oser entendre, briser la loi du silence dans le respect des règles du droit.

LES CONTACTS UTILES

POLICE SECOURS

Victime ou témoin de violences faites aux femmes ?

En cas d'urgence ou de danger immédiat, appelez le **17**.

CAUVA (centre d'accueil des victimes d'agression)

CHU Pellegrin

05 56 79 87 77

cauva@chu-bordeaux.fr

SIGNALEMENT PAR UN MEDECIN AU PARQUET DE BORDEAUX

std-majeurs.tj-bordeaux@justice.fr

std-mineurs.tj-bordeaux@justice.fr

CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes)

05 56 99 33 33

crip33@gironde.fr

CRIPA (cellule de recueil des informations préoccupantes Adultes vulnérables)

adultes-vulnérables@gironde.fr

UAPED (Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger)

05 56 79 87 77

uaped@chu-bordeaux.fr

114

Pour les personnes sourdes, malentendantes, aphasiques, dysphasiques

3919 (anonyme et gratuit)

Destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés

24h/24, 7j/7, non traçable

MA SÉCURITÉ

Application à télécharger sur téléphone

Chat anonyme pour les victimes avec un policier ou un gendarme spécialement formé

119

Enfants en danger ? parents en difficulté ? le mieux c'est d'en parler !

APPAFED (association pour l'accueil des femmes en difficulté) :

Écoute, hébergement d'urgence, accompagnement

05 56 40 93 66

24h/24, 7j/7

CDOM GIRONDE

05 56 00 02 10

cd.33@ordre.medecin.fr

CNOM

Des exemples de certificats sont disponibles pour les médecins sur le site du gouvernement :

- <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-ecrits-professionnels>
- <https://conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/signalement-violences-conjugales-danger>
- <https://www.conseil-national.medecin.fr/publication/communiqués/presse/secret-medical-violences.couple>

CENTRE RÉGIONAL DU PSYCHOTRAUMATISME SUD NOUVELLE-AQUITAINE

Centre Hospitalier Charles Perrens

crpsychotrauma@ch-perrens.fr

05 56 56 35 78

CPCA (Centre de prise en charge des auteurs de violences conjugales)

cpca.centre-nouvelle-aquitaine@groupe-sos.org

09 77 38 98 70

VICT'AID (secteur gendarmerie en Gironde)

05 56 01 28 69

Fax : 05 57 35 10 82

victaid@institut-don-bosco.fr

www.institut-don-bosco.fr

Point d'accès au droit de la COBAS, passage de le Traîne, 33260, La Teste-de-Buch.

VICT'AID devient en 2022 France Victimes 33 ALP.

SERVICE D'AIDE AUX VICTIMES DE PRADO / FRANCE VICTIMES 33 ALP

05 56 48 65 64

Changement de nom en cours : devient France Victimes 33 ALP.

En 2026, 7 intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie pour la Gironde.

Sur notre secteur du bassin d'Arcachon :

Mme Clarisse Lavergne

clarisse.lavergne@gendarmerie.interieur.gouv.fr

06 83 66 74 69

CIDFF (centre d'information sur les droits des femmes et des familles)

Aide juridique

05 56 44 30 30

LA MIPROF

Outil de formation sur les violences au sein du couple pour tous les professionnels

APP-ELLES

Application à télécharger sur téléphone :

Face à une urgence, un danger ou une détresse, l'application vous permet d'alerter et de contacter rapidement vos proches, les services de secours, les associations et toutes les aides disponibles autour de vous.

arretonslesviolences.gouv.fr

stop-violences-femmes.gouv.fr

FRANCE VICTIMES

116 006

victimes@116006.fr

france-victimes.fr

CFCV (Collectif féministe contre le viol)

0 800 05 95 95

cfcv.asso.fr

CIDF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)

Gironde : 05 56 44 30 30

DECLIC VIOLENCE (Aide au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale)

<https://declicviolenec.fr>

EPRRD (Équipe pédiatrique régionale référente enfance en danger)

eprrd@chu-bordeaux.fr

06 35 43 36 85

CASPERTT (Centre d'accueil spécialisé dans le repérage et le traitement des traumatismes psychiques)

secretariat.caspertt@ch-cadillac.fr

LA MAISON DES FEMMES

Pôle de Santé d'Arcachon

05 57 52 92 77

LA MAISON D'ELLA

maisondella33@gmail.com

maisondella@cacis.fr

Lucile Berthes

05 57 09 25 77

06 32 05 85 78

À vous de compléter la liste selon les ressources de votre territoire (associations, UMJ, contacts personnels...).

Exemples :

Femmes solidaires

Antenne Bassin d'Arcachon

07 81 50 66 44

femmessolidaires.33260@gmail.com

www.femmes-solidaires33.org

Solidarité Femmes Bassin

06 89 61 49 10

sfb33980@gmail.com

www.solidaritefemmesbassin.fr

LE CCAS de votre commune...

Votre CPTS...



15

SAMU

LE SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE

Pour obtenir l'intervention d'une équipe médicale lors d'une situation de détresse, ainsi que pour être redirigé vers un organisme de permanence des soins.



3018

STOP HARCELEMENT, VIOLENCES NUMÉRIQUES

Le numéro national pour les jeunes victimes de violences numériques et leurs parents.



17

POLICE SECOURS

Pour signaler une infraction qui nécessite l'intervention immédiate de la police.



114

NUMÉRO D'URGENCE POUR LES PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES

Si vous êtes victime ou témoin d'une situation d'urgence qui nécessite l'intervention des services de secours. Numéro accessible par fax et SMS.



3114

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Ce numéro permet une prise en charge sanitaire des personnes ayant des idées suicidaires, depuis les premières idées de mort jusqu'à la crise suicidaire.



119

SERVICE NATIONAL D'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE DE L'ENFANCE EN DANGER

Si vous êtes un enfant en danger ou si vous êtes une personne témoin ou soupçonnant qu'un enfant est en danger.



0 801 901 911

NE FRAPPEZ PAS

N° d'écoute pour prévenir des violences. Faites vous accompagner, préservez votre famille des violences.



3919

VIOLENCES CONJUGALES

Pour les femmes victimes de violences conjugales, sexuelles, psychologiques, mutilations sexuelles, harcèlement....



0 806 231 063

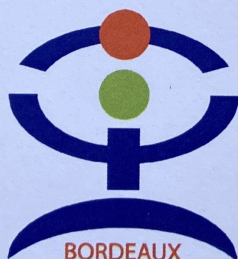
S.T.O.P. Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention

Vous êtes attiré(e) sexuellement par les enfants ? N'allez pas plus loin, un professionnel de santé peut vous aider.



LES NUMEROS À CONNAÎTRE EN CAS D'URGENCE

NUMÉROS D'APPEL GRATUITS



BORDEAUX
Centre Hospitalier
Charles Perrens



Centre régional
du psychotraumatisme
Sud Nouvelle Aquitaine

ANNEXE 1. Modèle de certificat calqué sur celui de l'UMJ.

Dr PV
Médecine Générale
N° RPPS : 100.....
N° AM : 33 1

Examen médico-légal de
Mr/Mme {Nom}, {Age} ans
Né(e) le {Date de naissance}

Demeurant : {ville}
Consultation : le {date}, à {lieu}
Réquisition : {mandataire}, {fonction} à {lieu}
N° de PV : {numéro}

Je soussigné, fais serment de bien et fidèlement remplir ma mission (cf réquisition) et d'apporter mon concours à la justice en mon honneur et conscience.

COMMÉMORATIFS - d'après les dires de l'intéressé(e)

L'intéressé(e) aurait été victime de violence le
Il/Elle aurait
Certificat médical initial :
Réalisé le :
Par :

Aucune constatation médicale initiale n'aurait été réalisée suite aux faits allégués
Ces faits surviendraient dans un contexte de

EXAMEN CLINIQUE

Examen réalisé à {nombre} jours/heures des faits allégué, en présence de {infirmier}, infirmière
à l'UMJ, avec le consentement de l'intéressé(e).
Taille : {taille} cm Poids : {poids} kg Sujet alléguant être :
Antécédents médico-chirurgical susceptible d'interférer avec les faits allégués :

Doléances : {plaintes}

Examen physique :

Région céphalique et cervicale :
Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.

Absence de trouble de l'oculo-motricité.
Absence de lésion traumatique à l'examen otoscopique.
Absence de lésions traumatique à l'examen endobuccal.
Absence de limitation de l'ouverture buccale.
Absence de limitation des amplitudes articulaires cervicales.

Tronc :

Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.
La palpation du grill costal est sans particularité.

Dos :

Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.
La palpation du rachis est sans particularité.

Membres supérieurs

Droit :

Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.
Absence de limitations des amplitudes articulaires.

Gauche :

Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.
Absence de limitations des amplitudes articulaires.

Membres inférieurs

Droit :

Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.
Absence de limitations des amplitudes articulaires.
Absence de troubles de la marche.

Gauche :

Absence de lésion traumatique tégumentaire visible.
Absence de limitations des amplitudes articulaires.
Absence de troubles de la marche.

ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Doléances psychologiques :

L'intéressé(e) présente des signes évocateurs d'une déstabilisation psychologique pouvant être compatible avec un vécu traumatique récent, sans dépassement de ses capacités de défense intrapsychique.

L'intéressé(e) ne présente pas de signe évocateur de déstabilisation psychologique, sous réserve de la précocité de l'examen médico-légal.

L'intéressé(e) ne présente pas d'élément pathologique de la lignée post-traumatique.

Un entretien avec {psychologue}, psychologue à l'UMJ, a été diligenté. Ses constatations sont annexées au présent rapport.

Un entretien avec une psychologue à l'UMJ a été proposé, mais décline par l'intéressé(e).
Les coordonnées du service lui ont été transmises.

CONCLUSION

Mr/Mme {Nom} âgé(e) de {âge} ans, aurait été victime de violence, le {date}.
Les constatations initiales ont mis en évidence

L'examen médico-légal réalisé à {délai} jours/heures des faits allégués objective :

Sur le plan physique :

Sur le plan psychologique : un retentissement psychologique compatible avec un vécu traumatique tel que rapporté

Sur le plan psychologique : l'absence de retentissement psychologique, sous réserve de la précocité de l'examen médico-légal

L'examen médico-légal ce jour est compatible avec les dires de l'intéressé(e)

Compte tenu des constatations médico-légales, de l'évaluation psychologique, et en l'état du dossier, l'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme et à composante psychologique prédominante, peut être estimée à {durée} jours, sous réserve de complications éventuelles.

Compte tenu des constatations médico-légales, de l'évaluation psychologique, et en l'état du dossier, l'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme n'est pas évaluable ce jour.

Compte tenu des constatations médico-légales, de l'évaluation psychologique, et en l'état du dossier, nous ne pouvons pas retenir ce jour d'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme.

En l'état actuel du dossier, des séquelles ne peuvent être exclues/sont à prévoir.

Fait à {lieu}, le {date}
Dr PV

ANNEXE 2. Fiche de signalement

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

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

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E.mail	

2. PERSONNE CONCERNEE

NOM et Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Adresse			
Téléphone		E-mail	
Présence d' enfants à charge	☐ non ☐ oui, nombre :	Ages	

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

a) Faits ou commémoratifs :

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

de :

« _____

b) Doléances exprimées par la personne :

Elle dit se plaindre de :

« _____ »

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

- Sur le plan physique

- sur le plan psychique

Accord donné au signalement par la personne

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

☐ Oui ☐ Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

Date et signature

ANNEXE 3. Modèle d'information préoccupante

MODELE D'INFORMATION PREOCCUPANTE

Enfants et adolescents en danger ou risque de danger

À destination des médecins

Préambule :

- L'information préoccupante (IP) est une information transmise à la CRIP pour alerter sur la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou risquent de l'être¹. Cette possibilité de déroger au secret médical est prévue par la loi².
- L'IP n'est pas un certificat médical.
- L'IP n'est pas une pièce formalisée du dossier médical. Elle n'est pas communicable aux parents, à l'enfant ou à des tiers même médecin, par le médecin rédacteur.
- Son seul destinataire est la CRIP du Département.
- Le médecin complète le document à partir de son examen clinique et des informations qu'il a en sa possession et dont il a eu connaissance dans le cadre de son exercice.
- Il s'agit d'expliciter de manière précise et objective les faits préoccupants, constatés ou rapportés (risques en termes de santé, sécurité, éducation, développement...), et de décrire les éléments cliniques nécessaires au traitement de la situation.
- L'examen clinique sera soigneux avec une attention particulière sur la présence de lésions d'allure traumatique, de négligences (dentaires, suivi médical...), d'anomalie de croissance staturopondérale et du développement psychomoteur et psychoaffectif... Les comportement(s) préoccupant(s) seront notés explicitement : scarifications, comportements sexuels problématiques, sexualité active précoce, grossesse précoce en particulier chez les mineures de 15 ans, consommation de toxiques, troubles du comportement...
- Les faits médicalement constatés seront décrits au présent. Les circonstances de constatation des lésions et/ ou des révélations des faits sont rapportés ainsi que la présence ou non du(des) parent(s) au côté du mineur au moment des révélations et de la consultation.
- Les faits rapportés ou non vérifiés seront rédigés au conditionnel.
- Les propos seront cités entre guillemets en précisant à chaque fois le contexte dans lequel ils ont été tenus.
- Le médecin garde une copie de cette IP et trace son envoi.
- Il consigne tous les éléments cliniques et observations scrupuleusement dans le dossier médical de l'enfant.
- Il archive les éventuelles photos datées dans le dossier médical du mineur. Celles-ci peuvent être jointes en tant que de besoin à l'IP transmise.
- Les parents ou titulaires de l'autorité parentale et le mineur, en fonction de son âge et de sa maturité, sont informés de cette IP, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant³
- Le médecin qui procède à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP, en application des dispositions de l'article 226-14 du code pénal, et qui est de bonne foi, n'encourt aucune sanction pénale ou disciplinaire.

¹ Article R.226-2-2 CASF : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028251430

² Article 226-14 du code pénal : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223

Article L.226-2-2 du CASF : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908

³ Article L.226-2-2 du CASF : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908

Information préoccupante destinée à la CRIP du Département

Informations concernant le médecin émetteur de l'IP (Nom, adresse, téléphone, mail professionnel) :

.....
.....

Médecin traitant de l'enfant ? Oui ☐ Non ☐

Madame, Monsieur,

Je tiens à porter à la connaissance de la CRIP du Département les informations préoccupantes concernant l'enfant ou les enfants en danger (Nom(s), prénom(s), date(s) de naissance, lieu de vie) :

.....
.....

Parents (Nom, prénom, adresse, téléphone) :

- Parent 1 :

.....
.....

- Parent 2 :

.....
.....

Autre situation (ex. : famille d'accueil) :

.....
.....

Autres personnes (enfants et adultes) vivant au domicile et liens avec l'enfant (Nom(s), prénom(s), âge(s)) :

.....
.....

Contexte familial (Parents séparés, mode de garde, facteurs de risque de vulnérabilité...) :

.....
.....
.....

Personne accompagnatrice lors de la consultation :

.....

Exposé des faits préoccupants pour l'enfant ou les enfants :

.....
.....
.....
.....

Données de l'examen clinique après examen complet de l'enfant ou des enfants vu(s) en consultation le .../.../.... :

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Suivi médical régulier : Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Carnet de santé :

- Présenté : Oui ☐ Non ☐

Soins ou prises en charge médicales ou paramédicales connus :

.....
.....

Avez-vous déjà réalisé une IP ou un signalement judiciaire pour cet enfant ?

.....

Quelle est la posture des parents vis-à-vis de la situation ? (*Parents conscients de la situation ou pas, démarches entreprises, banalisation, contestation...*)

.....
.....

Information des parents :

Parent 1 :

- oui : ☐
- non : ☐
 - ☐ car contraire à l'intérêt de l'enfant
 - ☐ parent non joignable

Parent 2 :

- oui : ☐
- non : ☐
 - car contraire à l'intérêt de l'enfant
 - parent non joignable

Information du mineur (*En fonction de la maturité de l'enfant*) :

- oui : ☐
- non : ☐

Date :

Signature et cachet :

☐ Je souhaite être informé(e) des suites qui auront été données à cette information préoccupante dans un délai de trois mois à partir de cette transmission, conformément à l'article L.226-5 du code de l'action sociale et des familles.

ANNEXE 4. Protocole relatif à l'aide au repérage des violences conjugales et au signalement par un médecin des personnes victimes de violences conjugales



PROTOCOLE RELATIF A L'AIDE AU REPÉRAGE DES VIOLENCES CONJUGALES ET AU SIGNALEMENT PAR UN MÉDECIN DES PERSONNES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Le présent protocole est conclu entre

Madame le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Bordeaux

Et

Monsieur le président du conseil départemental de la Gironde de l'ordre des médecins

1. Préambule

À la suite d'un large mouvement sociétal, le Grenelle des violences conjugales a permis une vaste concertation entre acteurs institutionnels et associatifs et a renforcé le consensus relatif à la nécessité d'alerter sur les situations de violences passées sous silence.

Dans ce contexte, il est apparu que les professionnels de santé sont des écoutants privilégiés des victimes de violences commises par leur partenaire intime, réceptacles de tentatives de prise de parole et de reconnaissance de soi-même comme victime.

La loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales du 30 juillet 2020 a modifié les dispositions de l'article 226-14 du code pénal en consacrant une nouvelle dérogation au secret professionnel médical dans des circonstances strictement encadrées par la loi.

La loi (3° de l'article 226-14 du code pénal) permet désormais au médecin (ou plus largement à tout autre professionnel de santé) de porter à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein d'un couple sans engager sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire lorsqu'il estime, « en conscience que certaines conditions sont réunies.

Si le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord du ou de la patiente, il peut passer outre en l'informant préalablement de sa démarche.

Un vade-mecum¹ a été publié à l'occasion de ces nouvelles dispositions par l'Ordre des médecins, le Ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé (apportant un support technique aux médecins pour appréhender au mieux ces situations). Ce guide pédagogique d'aide à la décision du médecin permet de mieux apprécier ces situations.

2. Objet

Le présent protocole a pour objet de définir les relations entre le conseil départemental de la Gironde de l'ordre des médecins (CDOM 33) et le parquet de Madame le procureur de la République de Bordeaux (parquet de Bordeaux) afin de faciliter le repérage et la protection des personnes victimes de violences au sein du couple.

Il a vocation à :

- expliciter les dispositions légales de l'article 226-14 3^o du code pénal,
- faciliter et d'harmoniser le signalement de violences commises au sein du couple par les médecins au procureur de la République, et expliquer les suites réservées aux signalements et de permettre d'assurer leur suivi.

3. Champ d'application

Le présent protocole s'applique à l'ensemble des médecins susceptibles de signaler une situation de violence conjugale commise dans une commune ou par une personne domiciliée dans une commune située sur le ressort de compétence du parquet de Bordeaux².

4. Déclenchement du signalement

a. situation permettant au médecin d'être relevé du secret médical

L'article 226-14 3^o ne crée pas une obligation pour les médecins de signaler ces situations. Il consacre une possibilité de déroger au secret médical lorsque les conditions suivantes sont réunies cumulativement :

- lorsque la personne est majeure ;
- et lorsque la personne est victime de violences de tout ordre (physique, psychologique, sexuelle) commises au sein du couple ;
- et lorsque le médecin estime que la situation de violence dont il a connaissance met la vie de la victime en « danger immédiat » ;
- et lorsque qu'il estime que la victime n'est pas en mesure de se protéger « en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. »

La notion de couple a été constamment élargie par la loi (article 132-80 du code pénal). Les violences conjugales regroupent dorénavant toutes les violences commises entre partenaires ou anciens partenaires intimes. Elles concernent ainsi les violences commises alors que :

- victime et auteur ne cohabitent pas,
- victime et auteur sont séparés, lorsque les violences sont commises en raison de leur ancienne relation.

L'appréciation du danger et de la contrainte morale résultant de l'emprise se fait « en conscience. »

Le vade-mecum publié par l'Ordre national des médecins, le Ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé apporte une aide à l'identification de telles situations.

Il contient des critères utiles pour identifier le danger et l'emprise des partenaires ou anciens partenaires sur le ou les patient.e.s.

A titre d'information, il est annexé au protocole la grille d'évaluation du danger utilisée par le parquet de Bordeaux et les enquêteurs sous sa supervision.

En outre, les médecins bénéficient téléphoniquement d'une écoute et de conseils de la part des membres de la commission violences/vigilance du CDOM 33.

b. modalités de rédaction du signalement

Le CDOM 33 met à disposition des médecins un signalement sous format word élaboré par les membres du groupe de travail Justice, en lien avec le Conseil national de l'ordre des médecins et la Haute Autorité de Santé. Un modèle est annexé au présent protocole.

Ce modèle devra être rempli le plus exhaustivement possible, permettant au procureur de vérifier les éléments relatifs à sa compétence et aux conditions d'application de l'article 226-14 3^o du code pénal. Il précisera en outre les éléments suivants :

- identité la plus complète du ou de la patiente (dont le lieu de naissance),
- coordonnées du ou de la patiente,
- lieu supposé des faits : adresse et commune,
- présence ou non d'enfants au domicile,
- éléments laissant supposer que ces derniers aient été témoins des violences,
- l'existence et les coordonnées complètes de témoins éventuels,
- l'identité et les coordonnées les plus complètes possibles du mis en cause.

La notice explicative du signalement proposée par le CNOM et reprise dans le vade-mecum précise que « le signalement judiciaire est soumis aux règles rédactionnelles de prudence concernant le recueil des faits ou commémoratifs et des doléances exprimées par la personne.

- a) Faits ou commémoratifs : noter les déclarations de la personne entre guillemets sans porter aucun jugement ni interprétation ;
- b) Doléances exprimées par la personne : les noter de façon exhaustive et entre guillemets ;
- c) Examen clinique : décrire précisément les lésions physiques constatées (siège, caractéristiques), ainsi que l'état psychique de la personne, sans interprétation ni ambiguïté. »

Le signalement est daté du jour de sa rédaction. Il mentionne l'obtention ou non de l'accord de la personne au signalement et, en cas d'impossibilité, l'information donnée à cette dernière qu'un signalement est effectué.

5. Envoi et suivi du signalement

a. envoi et traitement du signalement

Le signalement est envoyé en format .PDF en annexe d'un message électronique. Afin qu'il soit clairement identifié et efficacement traité, ce message doit :

- être envoyé à l'adresse suivante : std-majeurs.tj-bordeaux@justice.fr ;
- comporter en objet le libellé suivant : Urgence violences conjugales - Signalement médecin.

Un accusé de réception sera automatiquement adressé au médecin signalant. Une copie, à la fois du signalement et de cet accusé de réception, doit être conservée dans le dossier médical du ou de la patient.e.

Le magistrat de permanence ou le magistrat référent saisit sans délai le service d'enquête compétent d'instructions aux fins d'enquête. Il pourra demander aux enquêteurs de prendre contact avec le médecin signalant pour connaître de la situation.

b. situations dans lesquelles des craintes de représailles envers le médecin signalant existent
Dans le cas où le médecin craint qu'il puisse faire l'objet lui-même de violences ou de représailles en raison du signalement qu'il effectue, il l'indique très lisiblement dans le corps du message de signalement en précisant les motifs qui justifient son inquiétude et en mentionnant à nouveau ses coordonnées complètes.

Le magistrat de permanence ou le service d'enquête saisi entrera en contact avec le médecin pour l'informer des actions à réaliser concernant sa propre sécurité.

En cas de danger immédiat, le médecin compose le 17 afin d'entrer en relation avec l'unité d'enquête la plus proche.

c. suivi des suites du signalement

Le médecin signalant doit pouvoir être informé des suites données à son signalement. A cette fin, il peut solliciter cette information par message électronique. Ce dernier doit :

- être envoyé à l'adresse suivante : std-majeurs.tj-bordeaux@justice.fr
- comporter en objet le libellé suivant : Signalement médecin - Information suites

d. diagramme synthétique du parcours du signalement

6. Engagements du conseil départemental de la Gironde de l'Ordre des médecins Le CDOM 33 s'engage à :

- constituer une commission vigilance-violences et à nommer un ou plusieurs élus « référent.s violences / sécurité » ;
- informer chaque médecin lors de son inscription au tableau du département de l'existence de ce protocole ;
- créer un onglet « signalement » spécifique sur le portail du conseil ;
- adresser aux médecins du département le modèle de signalement accompagné des recommandations et outils permettant d'évaluer le danger immédiat et l'emprise de la victime ;
- tenir à jour la liste des personnes ressources sur le territoire.

7. Engagements du parquet du procureur de la République de Bordeaux

Le parquet de Bordeaux s'engage à :

- traiter sans délai les signalements effectués par les médecins ;

- informer chaque médecin qui le sollicite des suites réservées au signalement effectué par ses soins;
- assurer au médecin signalant les conditions nécessaires à garantir sa sécurité ;
- intégrer les référents violences/sécurité au sein du réseau judiciaire de traitement des violences au sein du couple.

8. Formation

En accord avec les parties, il sera réalisé des actions de formation et de sensibilisation sur les sujets en lien avec les violences par conjoint.

Il sera de plus proposé aux médecins une formation interprofessionnelle sur les violences conjugales, afin d'harmoniser connaissances et pratiques, avec le soutien du parquet.

9. Évaluation du protocole

L'application du présent protocole sera évaluée une fois par an conjointement par les parties signataires dans le cadre d'une réunion de bilan.

10. Durée du protocole et modalités de modification

Le présent protocole prend effet à compter de sa signature. Il est valable un an et sera reconduit tacitement. La partie ne souhaitant pas reconduire le protocole en avisera l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception. Le protocole pourra être révisé en cas de besoin avec l'accord de chacune des parties.

Fait en exemplaires

A Bordeaux, le

REFERENCES

- Article 132-80 du code pénal
- Articles 226-13 et 226-14 du code pénal
- Article R. 4127-4 du code de la santé publique
- Secret médical et violences au sein du couple - vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal - ministère de la Justice ; HAS et CNOM