

Vous souhaitez nous soumettre un article pour le prochain numéro ? Adressez-nous simplement un mail à ids@parisdescartes.fr

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Numéro dirigé par Laura Chevreau & Timothy James

SOMMAIRE

Editorial3

Laura Chevreau

Discours d'ouverture.....5

La place du professionnel de santé au sein des violences conjugales : état des lieux et perspectives 5

Judith Mueller
Timothy James

La place du professionnel de santé face aux violences sur mineurs commises dans le cercle intrafamilial..... 9

Ana Zelcevic-Duhamel

Contributions

De la violence comme moyen de cohésion familiale à la violence comme cause de désagrégation familiale13

Timothy James

Les avancées législatives en matière de protection des conjoints victimes de violences conjugales.....21

Bérangère Couillard

Les avancées législatives en matière de protection des mineurs victimes de violences (sexuelles)24

Alexandra Louis

Approches sociologiques des violences intrafamiliales envers les enfants : vulnérabilités sociales et relationnelles.....28

Gillon Desquesnes

Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale 35

Alice Barbier & Thomas Lefèvre

Les auteurs de violence contre leur partenaire intime. Diversité des logiques d'action et des enjeux de soin..... 45

Éric Macé

Emprise dans les violences conjugales et la maltraitance infantile49

Liliane Daligand

Les nouveaux défis des professionnels de santé – à propos de la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 luttant contre les violences au sein du couple..... 53

Ana Zelcevic-Duhamel

SOMMAIRE

Le devenir du secret professionnel médical en présence de violences intra-familiales.....	57
BRUNO PY	
La difficile levée du secret médical pour le soignant complexifiée par la Loi du 30 juillet 2020.....	61
AUDREY IRASTORZA	
Secret médical et violences intrafamiliales : regard sur le droit suisse.....	66
FRÉDÉRIC ERARD	
Le secret médical et les violences intrafamiliales au Québec : quelques éléments de droit comparé.....	71
MAËLENN CORFMAT	
Juges, médecins et soignants : ensemble pour mieux protéger des violences.....	77
ISABELLE LONVIS-ROME	
Le rôle du Conseil national de l'Ordre des médecins en matière de violences intrafamiliales.....	80
MARIE-PIERRE GLAVIANO-CECCALDI	
Rôle du professionnel de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences intrafamiliales.....	84
GHADA HATEM-GANTZER	
La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales sur l'enfant : état des lieux et perspectives.....	90
GISÈLE APTER	
La place de l'infirmier face aux violences intrafamiliales.....	98
VÉRONIQUE PÉCHEY	
La place du masseur-kinésithérapeute face aux violences intrafamiliales (1).....	105
ÉRIC BRIN	
La place du masseur-kinésithérapeute face aux violences intrafamiliales (2).....	109
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	
Le rôle des sages-femmes dans la lutte contre les violences intrafamiliales.....	110
DAVID MEYER	
Le rôle du pharmacien d'officine face aux violences intrafamiliales.....	116
PAUL SOUGNAC	
La prise en charge de la victime mineure ou devenue majeure.....	119
GÉRARD LOPEZ	

Violences sur mineur commises dans le cercle intrafamilial : la répression des auteurs.....	123
HARITINI MATSOPOULOU	
La lutte contre les violences intrafamiliales passe par une prise en charge individualisée des auteurs.....	130
FRÉDÉRIC LAUFÉRON	
Le suivi socio-judiciaire des auteurs de violences sur mineur : l'exemple de la Belgique.....	136
JOHAN VANDERFAEILLIE	

Tables annuelles139 & 140

Rédaction.....141



Laura Chevreau

Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris et attachée temporaire d'enseignement et de recherche à l'Université de Paris.

Ce numéro spécial traitant de « **La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales** » est le fruit de la réalisation de deux colloques réalisés, d'une part à l'initiative des doctorants du Réseau doctoral en santé publique de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et, d'autre part à l'initiative de l'Institut Droit et Santé. Le premier colloque, qui s'est en effet tenu le 4 mars 2021, a abordé la question de la place du professionnel de santé au sein des violences conjugales. Le second eu lieu le 1^{er} juillet 2021 et a prolongé cette analyse afin de traiter plus spécifiquement de cette question à l'égard des personnes mineures dans le cercle familial.

C'est donc tout naturellement que l'Institut Droit et Santé a fait le choix de publier, en un numéro unique, les contributions de ces deux colloques. Il convient de préciser que si à certains égards, l'intervention, telle qu'elle fut présentée lors du colloque, est retranscrite, elle fût modifiée à d'autres par l'auteur lui-même afin d'englober l'intégralité de la thématique du numéro. Par ailleurs, et pour les besoins de ce numéro spécial, l'Institut a fait le choix d'élargir davantage encore le spectre des contributeurs en sollicitant, non seulement les différents ordres professionnels, mais également des éclairages internationaux permettant d'éclairer le lecteur et de comparer nos systèmes juridiques.

L'une des caractéristiques que partage l'Institut Droit et Santé avec le Réseau doctoral en santé publique de l'EHESP repose dans le fait de rechercher la pluridisciplinarité en toutes circonstances. Cela se manifeste à travers la diversité de statuts des auteurs dont la richesse des propos se retrouve dans ce numéro spécial.

Nous vous en souhaitons une agréable lecture !

Laura Chevreau



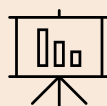
Réseau doctoral
en santé publique

Séminaire interdisciplinaire **WEBINAIRE**

La place du professionnel de santé au sein des violences conjugales :

état des lieux et perspectives

Avec la présence de **Bérangère Couillard**, députée et rapporteure à l'Assemblée nationale de la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes des violences conjugales, de **Marie-Pierre Glaviono-Ceccaldi**, Présidente du Comité National des Violences Intra-familiales, de **Dr Ghada Hatem-Gantzer**, Fondatrice de la Maison des Femmes, de **Françoise Brié**, Directrice de Fédération Nationale Solidarité Femmes, d' **Isabelle Rome**, Haute-fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes au Ministère de la Justice, et du **Pr Liliane Daligand**, Professeure émérite en médecine légale et droit de la santé.



*JEUDI 4 MARS 2021
DE 10h à 16h*

Information et inscription sur :

<https://violencescouple.sciencesconf.org>

Séminaire interdisciplinaire organisé par des doctorants du Réseau doctoral en santé publique : Salam ABBARA, Wendy BIJOUX, Ramchandar GOMAJEE, Timothy JAMES, Pierre KARAPETIANTZ

Le réseau doctoral en santé publique est animé par l'EHESP

www.ehesp.fr/reseau-doctoral

Contact : doctorate@ehesp.fr



Timothy James

Doctorant à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP

La place du professionnel de santé au sein des violences conjugales : état des lieux et perspectives

Discours d'ouverture

Colloque du 4 mars 2021 (Réseau doctoral en santé publique de l'EHESP)

Organisé par **Salam Abbara** (doctorante en épidémiologie à l'Institut Pasteur et l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines), **Wendy Bijoux** (doctorante en Santé publique à l'Université Paris Saclay), **Ramchandar Gomajee** (doctorant en épidémiologie à Sorbonne Université, ERES), **Timothy James** (doctorant à la faculté de droit de l'Université de Paris, IDS), **Pierre Karapetiantz** (doctorant en biostatistique à l'Université Sorbonne Paris Nord, LIMICS), tous membres du Réseau doctoral de l'EHESP

Ce travail de réflexion pluridisciplinaire a débuté lors d'un Séminaire interdisciplinaire (SID) au sein du Réseau doctoral en santé publique. Ce réseau, animé par l'École des hautes études en santé publique, compte environ 90 doctorants dans les disciplines de la santé publique (allant des sciences humaines et sociales à la science de données) et incite les doctorants à une formation et activité pluridisciplinaire, avec portée internationale.

Le SID « Place du professionnel de santé face aux violences conjugales – État des lieux et perspectives » s'est tenu en mars 2020 par visioconférence. Un groupe de 5 doctorants en droit, santé environnement travail, sciences des données et épidémiologie avait préparé, pendant plusieurs mois, une note conceptuelle et un programme à la fois scientifique et fondé sur l'expérience de terrain, afin de croiser les regards sur cette problématique importante et d'actualité.

Je remercie le groupe organisateur d'avoir investi leur temps et énergie dans ce projet, même au milieu de la crise à multiples dimensions liée à la pandémie Covid-19, afin de décloisonner les réflexions sur les améliorations possibles dans la lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales.

Ce numéro hors-série du Journal de Droit de la santé et de l'Assurance maladie sur « La place du professionnel de santé face aux violences conjugales » poursuit ces réflexions et illustre à nouveau la plus-value de la collaboration entre disciplines académiques, entre science, plaidoyer et action.

Judith Mueller, professeur de l'EHESP, directrice adjointe du Réseau doctoral en santé publique

Mesdames, Messieurs, Chers collègues,

Avec l'équipe organisatrice du Réseau doctoral en santé publique de l'École des hautes études en santé publique, nous sommes heureux de vous accueillir aujourd'hui pour ce séminaire interdisciplinaire qui a trait à la place du professionnel de santé au sein des violences conjugales à la fois dans une dimension descriptive et prospective.

Il n'a pu échapper à personne le tournant qu'emprunte notre société en matière de lutte contre les violences conjugales. Récemment mise en avant par les réseaux sociaux, la libération de la parole des victimes, jusqu'ici confinée dans l'intimité des relations, vient interroger notre rapport à la violence au sein du couple, et surtout les actions mises en œuvre pour lutter contre ce fléau à l'origine de 173 homicides en 2019 et de 106 en 2020. Le premier bilan qui fut tiré s'analysa en une carence générale aussi bien des pouvoirs publics que de la société civile.

Situées dans l'intimité du couple, les violences s'exercent dans l'espace feutré de l'appartement, les mots et les cris sont tus par les murs, les gestes dissimulés par les rideaux. Tout se passe sans que personne ne puisse les voir... ou ne veuille les voir. Qui n'a jamais détourné le regard face à une dispute ? Qui n'a jamais fait la sourde oreille lorsque les murs trop fins ne permettaient plus d'ignorer ces violences ? Finalement, notre inaction ne tient-elle pas au fait que nous nous considérons comme illégitime à intervenir au sein de cette intimité qui n'est pas la nôtre ? Mais notre aveuglement ne va-t-il pas plus loin en n'accordant pas la crédibilité due aux paroles de ces victimes ? Un déni qui affecte notre appréhension et notre compréhension du phénomène.

De spectateur privilégié des stigmates corporel et des blessures psychiques, le professionnel de santé est passé au rôle d'acteur. Initialement tenu au titre de son secret professionnel, le professionnel de santé ne pouvait

intervenir, sans l'accord de la victime, que dans l'hypothèse où celle-ci était en incapacité physique ou psychique de se protéger. Celui-ci pouvait également agir de manière indirecte en informant le préfet du fait que l'auteur des violences disposait d'une arme. Au-delà de ces rares exceptions, le soignant demeurait dans un certain flou juridique.

Il peut paraître contreproductif de faire du professionnel de santé le dénonciateur des violences s'exerçant au sein du couple. La relation construite avec le patient se fonde sur la confiance ; le soignant délivre des soins consciencieux à la victime qui livre les informations nécessaires à cette prise en charge tout en s'engageant à garder ces informations pour lui. Or, si les violences conjugales entraînent des répercussions indéniables sur la santé, donner la possibilité ou faire l'obligation au soignant de les révéler n'aurait d'autre effet que de briser cette confiance. Désertant les consultations rendant cette évolution stérile, les victimes n'auraient par la même occasion, plus la possibilité de bénéficier d'une prise en charge.

C'est sur cette fragile balance que tente d'intervenir la loi du 30 juillet 2020 en donnant la faculté au professionnel de santé de dénoncer ces violences à la seule condition que la victime, sous emprise, court un danger immédiat mettant sa vie en jeu.

Ce changement a fait basculer le rôle du soignant : les Ordres professionnels se sont emparés de la problématique pour les accompagner dans cette nouvelle mission ; les établissements de santé se sont ouverts pour centraliser le parcours des victimes ; les professionnels abandonnent leur vision purement médicale pour accompagner la victime.

Il reste qu'il serait trop commode de se reposer sur le seul professionnel de santé pour espérer endiguer ce fléau. Le comprendre, identifier les manques, les points non consensuels et proposer des leviers d'action constituent l'analyse indispensable à mener afin d'aborder les violences conjugales, laquelle doit être menée à travers les quatre grandes dimensions que sont la dimension épidémiologique et sociale, la dimension médico-psychologique, et la dimension politique et sa traduction par la dimension légale. C'est donc à travers ce prisme pluridisciplinaire, qui fait l'essence même des réflexions menées par le Réseau doctoral en santé publique de l'EHESP, que nous tenterons de faire un état des lieux du rôle que joue et pourrait jouer le professionnel de santé dans la détection et la prise en charge des violences conjugales, ainsi que les évolutions légales qui permettraient d'accompagner ce rôle.

Timothy James

PROGRAMME DU COLLOQUE DU 4 MARS 2021

Matinée : Les soignants, détection des violences conjugales et actionnement du levier répressif

10h00 Accueil des participants

Interventions : Modération : Timothy JAMES

Épidémiologie sociale, cadre légal et place des soignants dans la détection : regard croisé sur les violences conjugales

10h10 • *Les avancées de la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales* –
Bérangère COUILLARD, Députée 7ème circonscription Gironde et rapporteure du texte à l'Assemblée nationale

10h30 • *Épidémiologie sociale des victimes de violences conjugales* –
Thomas LEFEVRE, Maître de conférences - Praticien hospitalier à l'AP-HP, Hôpital Jean Verdier, service de médecine légale et sociale

10h50 • *Épidémiologie sociale des auteurs de violences conjugales* –
Éric MACÉ, Professeur de sociologie à l'Université de Bordeaux

11h10 • *Les outils et les obligations du professionnel de santé* –
Ana ZELCEVIC-DUHAMEL, Maître de conférences HDR en Droit à l'Université de Paris

11h30 • *Bonnes pratiques dans le signalement : le rôle du soignant* –
Marie-Pierre GLAVIANO-CECCALDI, Vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des Médecins et Présidente du Comité national des violences intrafamiliales

Questions /
Pause : 11h50

Table ronde 1 : Modération : Wendy BIJOUX et Ramchandrar GOMAJEE

Quelles évolutions pour le rôle des soignants dans la détection des violences conjugales et le déclenchement du levier répressif ?

12h00 • *Le rôle grandissant des pharmaciens* –
Alain DELGUTTE, Membre du Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens

12h15 • *Vers un renforcement du rôle du professionnel de santé ?* –
Ghada HATEM-GANTZER, gynécologue obstétricienne, Médecin-Chef de la Maison des Femmes de l'hôpital de St-Denis

12h30 Débat avec la salle et les intervenants (30 minutes)

13h00 Pause déjeuner (1h)

Après-Midi : Les soignants dans le parcours de soins de la victime et de l'auteur des violences conjugales

Table ronde 2 : Modération : Salam ABBARA et Pierre KARAPETIANTZ

Le professionnel de santé dans la prise en charge des victimes et des auteurs de violences conjugales

14h00 • *La prise en charge médicale des pathologies des victimes induites par les violences conjugales* –
Liliane DALIGAND, Professeure émérite de médecine légale et de droit de la santé à l'université Lyon I, psychiatre des hôpitaux au CHU de Lyon, responsable des urgences psychiatriques et d'une unité d'accueil de victimes

14h15 • *Le volet social au sein du parcours de soins* –
Séverine BARDET, Assistante sociale à la Maison des Femmes de l'hôpital de St-Denis

14h30 • *Pour une meilleure prise en charge des victimes* –
Françoise BRIE, Directrice de la Fédération Nationale Solidarité Femmes

14h45 • *L'accompagnement des victimes hors du parcours de soins et la prise en charge médico-sociale des auteurs de violences* –
Isabelle ROME, Haute-fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes au Ministère de la Justice et ancienne Présidente de Cour d'assises

15h00 • *L'accompagnement des auteurs de violences vers la réinsertion* –
Frédéric LAUFERON, Ancien directeur général de l'Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale

15h15 Débat avec la salle et les intervenants (30 minutes)

15h50 Conclusions



DROIT, ÉCONOMIE, GESTION

Sociétés et Humanités
Université de Paris

Colloque

La place du professionnel de santé face aux violences sur mineur commises dans le cercle intrafamilial

Jeudi 1^{er} juillet 2021
de 9h00 à 13h00

en **visioconférence** sur **ZOOM**

<https://u-paris.zoom.us/j/86248498299?pwd=eVpW5kdEFOZGpiUmhPcDJVNjJ5UT09>

Organisation

■ **Ana Zelcevic-Duhamel**, Maître de conférences HDR de la Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145

■ **Laura Chevreau**, A.T.E.R à la Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris et doctorante au sein de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145

■ **Timothy James**, Doctorant contractuel à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre du Réseau doctoral en Santé Publique animé par l'École des Hautes Études en Santé Publique

Ana Zelcevic-Duhamel

Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

La place du professionnel de santé face aux violences sur mineurs commises dans le cercle intrafamilial

Discours d'ouverture

Colloque du 1^{er} juillet 2021 (IDS)

Organisé avec **Laura Chevreau** (Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris et attachée temporaire d'enseignement et de recherche à l'Université de Paris) et **Timothy James** (Doctorant à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP)

Mesdames, Messieurs, Chers collègues,

Permettez-moi d'abord de vous dire combien nous sommes heureux, avec Laura Chevreau et Timothy James, de nous réunir aujourd'hui autour de la question de la place du professionnel de santé face aux violences sur mineur commises dans le cercle intrafamilial.

Le choix de l'approche pluridisciplinaire est au départ justifié par la richesse et la complexité de la question qui fait l'objet de notre colloque. Mais pas seulement. Il est dans la culture académique et scientifique de l'Université de Paris, et plus particulièrement, de l'Institut Droit et Santé, d'aborder les différentes thématiques de manière pluridisciplinaire et de favoriser les échanges entre chercheurs et professionnels.

Rappelons d'abord que le mineur, et à travers lui, l'enfant, traditionnellement n'était pas un sujet qui intéressait le droit et les juristes. Il ne bénéficiait pas de véritable protection juridique ni de prérogatives spécifiques dues à sa jeunesse et à sa vulnérabilité. L'enfant, mineur de surcroît, faisait tout au plus, l'objet de la puissance paternelle, remplacée au vingtième siècle par l'autorité parentale, afin de s'assurer qu'il ne dévie pas du droit chemin. Autrement dit, le droit s'intéressait à l'enfant surtout lorsqu'il s'agissait de le corriger ou de le brimer pour lui permettre de « *devenir un*

homme ». Tout au plus, il protégeait ses intérêts pécuniaires, si toutefois il y en avait.

L'image de cet enfant bafoué a été pérennisée par Edgar Degas, dont la sculpture « *La petite danseuse de quatorze ans* »¹, exposée pour la première fois en 1881, représente une jeune fille, qui, comme beaucoup d'autres adolescentes à l'époque, sans talent particulier, issues de familles modestes, faisaient partie de l'école de danse de l'Opéra de Paris. Les jeunes filles y furent le plus souvent amenées par leurs propres mères, de véritables souteneurs en jupons, dans l'espoir de rencontrer un homme riche, que le législateur d'aujourd'hui aurait qualifié de « *personne exerçant une autorité de fait sur mineur* ».

La statue provoqua un scandale. On jugea la petite danseuse vicieuse, perverse puisqu'elle ne répondait pas au rôle auquel on aurait aimé la cantonner : jolie, gracieuse, docile. Elle n'était rien de tout cela. Sa seule défense était de montrer qu'elle était exactement le contraire de ce cliché : vilaine, disgracieuse, rebelle. Car celle qui était censée la protéger agissait plutôt en mère maquerelle qu'en véritable mère, ce qui, à l'époque, ne choquait personne. La petite fille se défendait toute seule, à la manière d'une enfant, avec les seuls moyens que lui permettait son jeune âge – sa mine boudeuse et insolente.

L'idée de la protection de l'enfant est donc une idée plutôt récente. Le mineur d'aujourd'hui est une personne, ayant des droits spécifiques, organisés autour de l'autonomie, d'une part, et la protection, d'autre part. L'équilibre entre ces deux impératifs, certes, n'est pas facile à trouver. Une chose demeure cependant certaine : pour se construire, la jeune personne a besoin de confiance et *besoin de faire confiance*.

Le professionnel de santé est, justement, ce tiers en qui le mineur peut avoir confiance, ce tiers qui manquait peut-être à la petite danseuse de quatorze ans. Il a ainsi un rôle à jouer dans le dispositif légal permettant d'assurer la protection des personnes fragiles ou fragilisées².

La mise en place d'un tel dispositif, protégeant les mineurs, cependant, ne fut pas aisée. Après avoir instauré le devoir de secret professionnel permettant d'établir les rapports de confiance, le système juridique a permis, par la suite, une certaine fragilisation de celui-ci³ ; enfin, nous avons pu assister à une multiplication des textes protégeant les victimes de violences intrafamiliales.

1 - La sculpture a été exposée à la National Gallery à Washington en 2014. Elle représente Marie Van Goethem, « petit rat » d'Opéra, dont le destin a été raconté par Camille Laurens dans son œuvre « *La petite danseuse de quatorze ans* », paru chez Gallimard en 2017.

2 - Rappels, à ce titre, le dispositif existant en matière de violences au sein du couple, résultant des lois n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 et n°2020-936 du 30 juillet 2020.

3 - Art. 226-13 du code pénal punissant l'atteinte au secret professionnel.

1. Le secret professionnel — un devoir justifié par le rapport de confiance

Disposition à caractère général, l'atteinte au secret professionnel est définie par le code pénal comme : « *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* ». Elle est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

De nombreux textes soumettent les membres de différentes professions au secret. Il en est ainsi des avocats⁴, magistrats, banquiers, policiers⁵, etc. De même, les professionnels de santé sont tenus au secret s'agissant des données relatives aux personnes qui viennent les consulter. Une telle obligation existe notamment lorsqu'un patient est pris en charge par une équipe ; les informations « *sont alors réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* »⁶.

Outre les textes, les juges peuvent également déterminer si une personne est soumise au devoir de secret. L'examen de la jurisprudence permet de dire que les dépositaires d'un secret, par état ou par profession, sont des personnes qui exercent un rôle de « confident », nécessaire ou librement choisi⁷. L'étendue de leur obligation n'est pas toujours facile à établir⁸.

Quant à la notion d'informations à caractère secret, la jurisprudence en a une conception large puisque le détenteur du secret n'a pas le droit de les dévoiler, quelle que soit leur valeur et portée⁹. Il convient également de préciser que le secret couvre aussi les informations que le « confident » a pu constater ou découvrir personnellement¹⁰.

L'infraction, qui est de nature instantanée, est consommée par la révélation du secret¹¹ ; celle-ci peut être verbale ou écrite. La tentative n'est pas punissable¹². *Nonobstant* l'importance croissante de tenir secrètes certaines informations, on peut observer de plus en plus de dérogations permettant leur révélation.

4 - Décret du 12 juillet 2005 relatif aux règles de déontologie de la profession d'avocat.

5 - On peut également citer, à titre d'exemple, l'article 304 du code de procédure pénale soumettant au devoir de secret les jurés des cours d'assises. V. Cass. crim., 25 mai 2016, RSC 2016. 265, note Y. Mayaud.

6 - Art. L. 1110-4 du code de la santé publique.

7 - M. Véron, *Droit pénal spécial*, Sirey, 17^e éd., 2019, n° 374. V. pour les experts-comptables, Paris, 29 mars 1990, *Gaz. Pal.* 1990, 2, 511, note J.-F. Marchi ; pour les prêtres catholiques, Cass. crim. 11 mai 1959, *D.* 1959, 312.

8 - M.-E. Cartier, « Le secret religieux », RSC 2003, 485. En revanche, il en est autrement des administrateurs de sociétés anonymes, Cass. crim. 5 févr. 1970, *Bull. crim.*, n° 56 ; RSC 1970, 652, obs. A. Levasseur ; 7 oct. 1978, *Bull. crim.*, n° 263 ; RSC 1979, 560, obs. A. Levasseur.

9 - Cass. crim. 9 déc. 2015, *Dr. pénal* 2016, comm. 60, Ph. Conte.

10 - V. pour les médecins, Cass. crim., 17 mai 1973, RSC 1974, 369, obs. A. Levasseur ; 18 oct. 1977, *D.* 1978, 94, note A. Brunois ; 23 janv. 1996, *Bull. crim.*, n° 37 ; *Dr. pénal* 1996, comm. 136 ; pour les avocats, Cass. crim. 27 oct. 2004, *Bull. crim.*, n° 259 ; 20 juin 2006, *Bull. crim.*, n° 183 ; *Dr. pénal* 2006, comm. 120 ; pour les policiers, Cass. crim. 22 nov. 1994, *Dr. pénal* 1995, comm. 64.

11 - Cass. crim. 30 avr. 1968, *Bull. crim.*, n° 135.

12 - M. Véron, *op. cit.*, n° 376.

Ce constat, paradoxal à premier abord, peut être expliqué par le fait que la protection de certaines personnes, particulièrement exposées, tels les mineurs, peut nécessiter la révélation de certaines informations aux autorités compétentes. La fragilisation du secret professionnel trouve alors sa raison d'être dans l'idée de protéger plus efficacement ceux qui ne sont pas en mesure de le faire par eux-mêmes.

2. La fragilisation du secret professionnel — une nécessité justifiée par la protection des mineurs

On peut observer en droit français la multiplication des textes prévoyant des faits justificatifs des atteintes au secret professionnel. Rappelons cependant que la matière de causes d'irresponsabilité, qui comprend aussi les faits justificatifs, est gouvernée par une logique d'exception. Autrement dit, la révélation d'une information à caractère secret est soumise à des conditions strictes. De même, les dispositions qui les régissent sont interprétées de manière restrictive.

Cette question sera, certes, traitée plus amplement ultérieurement. Nous nous contenterons d'évoquer deux textes emblématiques, permettant d'illustrer cette tendance législative.

Ainsi, par une loi n°1998-468 du 17 juin 1998¹³, le législateur français a permis, en créant un véritable fait justificatif, la dénonciation des actes de maltraitance commis sur des mineurs, en exonérant ainsi les professionnels de santé de leur devoir de secret professionnel.

De même, plus récemment, la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 a ouvert une nouvelle brèche au sein du devoir de secret en élargissant des prérogatives des professionnels de santé en matière de violences intrafamiliales, qui peuvent s'exercer notamment sur des enfants mineurs¹⁴. L'article 226-14, n°3 du code pénal permet ainsi aux professionnels de santé de saisir les autorités compétentes lorsque les conditions prévues sont réunies.

Le dispositif légal s'est également enrichi par d'autres textes luttant contre les violences intrafamiliales.

3. La multiplication des textes protégeant les victimes des violences intrafamiliales

Outre les lois créant de nouveaux faits justificatifs, le législateur français est intervenu à plusieurs reprises afin de rendre la protection des personnes mineures plus efficace.

13 - L'article 15 de cette loi a ainsi modifié l'article 434-3 du code pénal, dont les dispositions ont été qualifiées d'interprétatives, ce qui a permis leur application immédiate par les juridictions françaises.

14 - V. notre article, « Les nouveaux défis des professionnels de santé – à propos de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 luttant contre les violences au sein du couple », *JDSAM*, n°27, 2021, p.97.

Il a été ainsi question d'inscrire la notion d'inceste dans le dispositif pénal sans pour autant modifier les qualifications déjà existantes. La loi n°2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux est entrée en vigueur.

Elle a été, cependant, rapidement censurée par le Conseil constitutionnel puisqu'elle ne répondait pas aux exigences de précision résultant du principe de légalité¹⁵. En effet, parmi les personnes susceptibles de commettre des actes incestueux figurait aussi « *toute autre personne au sein de la famille* ». Le législateur est intervenu ultérieurement par une loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant¹⁶. Ce texte a prévu une liste limitative d'auteurs d'actes incestueux (ascendant, frère, sœur, oncle, tante, neveu /nièce). Modifiée en 2018, par une loi n°2018-703 du 3 août 2018, la notion d'inceste a été élargie aux victimes majeures.

Enfin, est intervenue la loi n°2021-478 du 21 avril 2021. Elle crée un nouveau type de viol et un nouveau type d'agression sexuelle, étrangers à la violence, menace, contrainte ou surprise. Son adoption a eu un parcours très inhabituel puisque pas moins de quatre textes ont été présentés par les parlementaires. Cette loi a été l'occasion de construire un dispositif cohérent. Les interventions qui vont suivre nous éclaireront sur ce point.

Les différentes lois, que nous venons de citer, montrent ainsi non seulement la fragilité du mineur, mais encore de la structure familiale dans laquelle il grandit. Lorsque celle-ci est défaillante, voire à l'origine d'actes illicites commis sur mineurs, il devient nécessaire de se tourner vers les tiers, parmi lesquels les professionnels de santé ont une place privilégiée.

Ana Zelcevic-Duhamel

15 - Cons. const., 16 sept. 2011, n° 2011-163 QPC abrogeant l'art. 222-31-1 du code pénal.

16 - V. Fr. Eudier et A. Gouttenoire, étude, *JCP G* 2016, 479.

PROGRAMME

9h00 - 13h00

9h00 Ouverture

- **Les avancées législatives en matière de protection des mineurs victimes de violences sexuelles**

Alexandra Louis, Députée, rapporteure de la loi du 21 avril 2020 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste à l'Assemblée nationale

1- DESCRIPTION ET IDENTIFICATION DU PHÉNOMÈNE

9h15

- **Les déterminants sociaux et psychologiques à l'origine des violences sur l'enfant par un parent**

Gilles Séraphin, Professeur en sociologie à l'Université Paris Nanterre, ancien directeur de l'Observatoire national de la protection de l'enfance, directeur du Centre de recherche Éducation et Formation (EA 1589)

Gillonne Desquesnes, Maître de conférences en sociologie à l'Université de Caen, membre du Centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités (EA 3918)

9h50

- **L'emprise, compréhension d'un mécanisme charnière**

Liliane Daligand, Professeur émérite de médecine légale et de droit de la santé à l'Université Lyon I

2- LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ, À L'AVANT-POSTE DANS LA DÉTECTION DES VIOLENCES

10h15

- **Les outils et les obligations pesant sur le professionnel de santé**

Bruno Py, Professeur en Droit privé et sciences criminelles à l'Université de Lorraine, membre de l'Institut François Gény (EA 7301)

10h45

- **Les bonnes pratiques dans le signalement : le rôle du soignant**

Marie-Pierre Glaviano-Ceccaldi, Vice-Présidente du Conseil national de l'Ordre des médecins et Présidente du Comité national de lutte contre les violences intrafamiliales

11h05

- **Le témoignage d'un signalement ayant conduit à une condamnation**

Eugénie Izard, Pédopsychiatre et présidente du réseau de professionnels pour la protection de l'Enfance et l'Adolescence

11h20 - Pause

3- LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ, EN RETRAIT DANS LA SANCTION DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES

11h30

- **La prise en charge de la victime mineure ou devenue majeure**

Gérard Lopez, Psychiatre, président d'honneur et co-fondateur de l'Institut de victimologie de Paris, laboratoire d'éthique médicale (EA 4569), Université de Paris

11h50

- **La répression des auteurs**

Haritini Matsopoulou, Professeur de droit privé et de sciences criminelles à l'Université Paris-Saclay

12h10

- **Le suivi socio-judiciaire des auteurs de violences sur mineur**

Frédéric Lauféron, Ancien directeur général de l'Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale

Johan Vanderfaeillie, Professeur de psychologie et des sciences de l'éducation à la Vrije Universiteit Brussel

12h45 - Clôture

Adrien Taquet, Secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Timothy James

Doctorant à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP

De la violence comme moyen de cohésion familiale à la violence comme cause de désagrégation familiale

S'interroger sur la place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales, c'est s'interroger avant tout sur la place qu'occupent ces violences dans la société. Mobiliser les professionnels de santé afin de lutter contre ce fléau, revient à afficher l'ambition d'en faire une lutte non seulement justicière mais également un enjeu de santé publique. Or, il n'est réellement possible de mener une réflexion sur la lutte contre les violences intrafamiliales qu'en se plongeant dans la perception diachronique de celles-ci dans le but de comprendre les enjeux actuels. Une rétrospective qui sera lue à travers l'œil du juriste ; le droit présentant le privilège de posséder « à un plus haut degré ce caractère objectif qui est le signe distinctif de la coutume, comme il a une forme plus nettement arrêtée, il constitue un document en général plus précieux »¹.

Le terme de « violence » renvoie à la racine latine de *vis*, soit la force ou la puissance dont le caractère est abusif, incontrôlé, illégitime². Définie comme une « *contrainte illicite, acte de force dont le caractère illégitime tient [...] à la brutalité du procédé employé (violence physique ou corporelle, matérielle) ou (et), par effet d'intimidation, à la peur inspirée* »³, la violence présente comme finalité de contraindre ou de soumettre quelqu'un contre sa volonté et comme effet de venir troubler la paix sociale, l'ordre public, par son caractère illégitime. Le droit ne saurait néanmoins se limiter à définir la violence comme la seule contrainte au risque d'entraîner une

confusion entre autorité et violence contre laquelle le droit est justement censé protéger, à moins d'admettre qu'il puisse exister des violences licites⁴. C'est ainsi à travers la notion d'autorité ou de puissance que le droit a pu reconnaître l'existence d'une certaine violence légitimée, si ce n'est légale. Avant l'avènement de l'individualisme, la famille apparaissait comme la structure fondamentale et élémentaire de la société, comme l'échelon le plus à même d'assurer l'ordre au niveau des individus. La famille constituait ainsi un État dans l'État⁵ et à ce titre, son représentant disposait logiquement, dans une vision weberiste, d'un droit à la violence qui pouvait s'exercer en son sein tout en étant susceptible d'être légitime⁶. De cette façon, « *l'ordre politique s'appuy[ait] et prolonge[ait] l'ordre domestique : garantir l'espace social* »⁷ ; le chef de famille constituait « *l'auxiliaire naturel des préfets, des maires et des juges* »⁸.

De la violence licite au service de la famille.

La violence que pouvait déployer le chef de famille à l'égard des enfants et de sa conjointe, corolaire de leurs obligations d'obéissance, se retrouvait, dès lors, au centre du fonctionnement de la famille⁹. Elle assurait un moyen de préserver sa domination¹⁰ et d'assurer le respect de la norme sociale. Ainsi, le *pater familia* disposait en conséquence sur la femme mariée *cum manu* d'un pouvoir absolu, allant jusqu'à

4 - H. Duffuler-Vialle, « La famille du XIX^e siècle, un sanctuaire protégé par le droit au détriment des victimes de violences sexuelles », *AJ Pénal*, 2020, p.273.

5 - Ou pour reprendre les termes énoncés par M. Réal, la famille constitue « *toutes ces petites sociétés naturelles dont l'agrégation civile forme la grande famille* » (P. A. Fenet, *Recueil complet des travaux préparatoires du Code civil*, t. X, Videcoq, 1836, p.511).

6 - Une légitimité soutenue par des éléments d'ordre divin, naturel ou social, voir F. Le Play, *L'organisation de la famille selon le vrai modèle signalé par l'Histoire de toutes les races et de tous les temps*, Alfred Mame et fils (éd.), Tours, 2^e éd., 1875.

7 - E. Prairat, « Familles et châtiments », in. *La sanction en éducation*, PUF, 2011, p.23.

8 - B. Schnapper, « La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935) », *Revue historique*, avril-juin 1980, p.323.

9 - Une organisation que l'on retrouve dans quasiment tous droits anciens, voir A. Gautier, « La régulation juridique des relations conjugales : une approche historique et comparative », in. *Familles au Nord, familles au Sud*, K. Vignikin et P. Vimard (dir.), Academia Bruylant, 2005, p. 605-634.

10 - Ainsi, les hommes battus par leurs femmes encouraient une humiliation publique visant à les déshonorer aux yeux de la société : « *Les maris qui se laissent battre par leurs femmes seront contraints et condamnés à chevaucher un âne, le visage par devers la queue du dit âne* », coutume de Senlis, 1375.

1 - E. Durkheim, « Introduction à la sociologie de la famille », in. *Annales de la Faculté des Lettres de Bordeaux*, 10, 1888, p.270.

2 - A. Bayard, C. de Cazanove et R. Dorn, *Les mots de la violence*, Hypothèses, vol. 16, n°1, 2013, p.235 et s.

3 - Voir « Violences » in. *Vocabulaire juridique*, G. Cornu (dir.), Association Henri Capitant, 10^e éd., 2014.

un droit de vie ou de mort sur sa personne¹¹ aux premiers temps de la République romaine dont la fondation remonte à 509 av. J.-C. Un pouvoir qui trouvait également à s'appliquer sur les enfants¹². L'évolution des mœurs, avec l'avènement du christianisme, eut néanmoins raison de ce despotisme paternel. Le *patria potestas*, qui renvoie à s'y méprendre aux prérogatives d'un véritable propriétaire¹³, fut notamment amputé de son droit de vie ou de mort sur les membres de la famille au profit d'un simple droit de correction¹⁴ lequel offrait la possibilité à la victime d'interpeller un magistrat afin de faire contrôler la sévérité des sévices. En effet, l'introduction du christianisme, qui ne condamnait pas ces violences comme le démontre les textes bibliques¹⁵, rend néanmoins à Dieu ses prérogatives de décider de la mort des fidèles.

À l'image du *patria potestas*, le *mundium* germanique dont le droit coutumier irrigua les provinces situées au nord de la Loire, possédait également un droit de vie et de mort : « le chef de famille germanique diffère peu du pater familias romain ; il jouit d'un pouvoir à peu près illimité sur les personnes et les biens. Quiconque appartient à la maison lui est soumis »¹⁶. Mais là encore, l'évolution des mœurs eut raison de ce pouvoir absolu puisque les mauvais traitements infligés pouvaient donner lieu à l'intervention de la famille, organe de surveillance de la puissance paternelle¹⁷.

Il reste que seules les violences physiques – et les violences psychologiques lesquelles ne seront appréhendées comme telles qu'à partir de 2008 – étaient considérées comme légitimes. En effet, les violences sexuelles, n'ayant pas comme finalité de maintenir l'ordre faisaient l'objet d'un traitement spécifique. Tout d'abord, les violences sexuelles d'un parent à l'égard de ses enfants, en d'autres termes, tout acte incestueux, se voyaient réprimées par la société¹⁸. Ensuite, les violences sexuelles envers les épouses ne faisaient l'objet d'aucune considération dès lors que la finalité procréative était présente. Enfin, les limites, somme toute relatives, posées quant au droit de correction n'auraient pas tant relevé d'une finalité protectrice d'un enfant ou d'une épouse

maltraitée¹⁹, mais avaient plutôt pour objectif de dissuader l'expression exacerbée d'une pulsion animale contrainte aux bonnes mœurs.

La Révolution française sera l'occasion de dépasser le modèle familial pour enfin tenter de saisir les relations intrafamiliales. Pour autant, le Code civil de 1804 renoua avec la conception stricte du chef de famille. « *Il existe entre la monarchie de droit divin et le pater familias une connivence nécessaire ; relais concret et fragment symbolique de l'autorité souveraine, les pères sont aussi les fils d'un roi, père de ses sujets* »²⁰. Mais là où, dans l'ancien droit, la vie familiale était surveillée et régulée par la société proche et le voisinage, le XIX^e siècle sera le repli de la famille nucléaire sur elle-même²¹. Par son institutionnalisation comme pilier de la société, le droit s'est employé à protéger l'institution plus qu'à assurer la protection des membres la composant : « *au nom du respect de l'intimité familiale et de la stabilité de la famille, l'État se refusait d'intervenir* »²². Ce « *monarchisme du mari* »²³ puise ainsi ses origines dans l'ancien régime, conservant par la même occasion le droit de correction qui ne trouve au demeurant qu'à s'exercer à l'encontre des enfants et non plus à l'égard de la femme.

Le traitement en demi-teinte des violences au sein de la famille au XIX^e siècle.

Les violences conjugales pouvaient en conséquence donner lieu à des poursuites sur le fondement des articles 309 et 311 de l'ancien Code pénal sanctionnant les coups et blessures volontaires²⁴. Néanmoins, en sanctionnant ces atteintes en vertu du droit commun, le législateur n'a pas souhaité accorder une protection particulière à la femme au sein du couple, malgré la différence de situation – notamment eu égard à sa condition de femme et à l'emprise qu'exerce le couple – qui peut exister entre une personne battue dans la rue et la femme mariée battue. « *“Tolérée” ou peut-être simplement “scotomisée”* »²⁵, le droit « *n'était pas particulièrement bienveillant à l'égard des femmes : les dispositions concernant des actes commis contre les femmes étaient fragmentaires, souvent instituées plutôt dans l'intérêt de la paix des familles que dans celui des femmes elles-mêmes et,*

11 - M. F. Leferrrière, *Histoire du droit civil de Rome et du droit français, t. I*, Joubart (éd.), Librairie de la Cour de cassation, 1846, p.87 et s. ; C.-B. Toullier, *Droit civil français, t. I*, Cotillon et Renouard (éd.), Librairies et éditeurs, 1846, p.181.

12 - E. Deleury, M. Rivet et J.-M. Neault, « De la puissance paternelle à l'autorité parentale : Une institution en voie de trouver sa vraie finalité », *Les Cahiers de droit*, vol. 15, n°4, 1974, p.792 ; D. Gourevitch, « Quand les Romains maltrahaient les enfants », *L'histoire*, n°261, janvier 2002, p.82 et s.

13 - En effet, que cela soit pour la femme mariée ou les enfants, le *pater familia*, en vertu de la *Loi des XII Tables*, disposait de la faculté de les vendre ou de les donner en gage.

14 - M. F. Leferrrière, *Histoire du droit civil de Rome et du droit français, t. II*, Joubart (éd.), Librairie de la Cour de cassation, 1846, p.185 et s.

15 - E. Prairat, « Familles et châtements », *art. cit.*, p.20.

16 - J. Brisseau, *Manuel d'histoire du droit privé*, Albert Fontemaing (éd.), 1908, p.122, note 4.

17 - E. Glasson, *Histoire du droit et des institutions de la France, t. I*, Librairie Cotillon, F. Pichon (éd.), 1896, p.175 et s.

18 - E. Deleury, M. Rivet et J.-M. Neault, « De la puissance paternelle à l'autorité parentale : Une institution en voie de trouver sa vraie finalité », *Les Cahiers de droit*, vol. 15, n°4, 1974, p.806 et s.

19 - Sur ce point, Y.-H. Haesevoest, « Considérations socio-anthropologiques et transculturelles sur les maltraitances », in *Violence et famille*, R. Coutanceau et J. Smith (dir.), Dunod, 2011, p.2-19.

20 - A. Cabantous, « La fin des patriarques », in *Histoire des pères et de la paternité*, Larousse, 2000, p.345.

21 - A. Burguière, « Histoire de la violence conjugale », *Sociologie Santé*, juin 2006, n°24, p.16 et s.

22 - P. Murat, *Droit de la famille*, Dalloz Action, 4^e éd., 2007, p. 1235.

23 - A. Burguière, « Histoire de la violence conjugale », *Sociologie Santé*, juin 2006, n°24, p.15.

24 - Par exemple, Cass. crim., 28 ventôse an X ou Cass. crim., 9 avril 1825.

25 - R. Coutanceau, « Généralités », in *Violence et famille*, R. Coutanceau et J. Smith (dir.), Dunod, 2011, p.74.

qui plus est, la plupart du temps ineffective »²⁶. Admettre trop fréquemment un procès pénal aurait ainsi pour conséquence de fragiliser les familles, fondation de la société²⁷. Non seulement les victimes les plus démunies se trouvaient souvent laissées pour compte quant à l'accès à la justice mais en plus les parquets montraient une certaine réticence à poursuivre lorsque les faits leur étaient rapportés. Seule la gravité des faits qui viendrait troubler irrémédiablement la quiétude du couple²⁸ et la société encourageait la justice à se saisir de l'affaire. En d'autres termes, si par principe les violences conjugales étaient prohibées, « le devoir conjugal autoris[ait] le mari à user de violence dans les limites tracées par la nature, les mœurs et la loi, dès lors qu'il ne s'agit[ssait] pas d'actes contraires à la fin légitime du mariage »²⁹. C'est ainsi que l'article 324 de l'ancien Code pénal³⁰ excusait l'homicide commis par l'époux envers son épouse si cette dernière était surprise par celui-ci en flagrant délit d'adultère au domicile conjugal. Sorte de légitime défense de l'honneur de la famille, le droit le faisait ainsi primer sur la protection des individus. Pourtant, si le droit pénal n'était que peu mis en œuvre, la femme pouvait trouver à s'en extraire à travers le divorce, lequel fut supprimé en 1816 avant d'être réintroduit en 1884³¹ mais seulement dans sa modalité répressive pour la faute commise au sein du couple. Comme le note un auteur, « l'écrasante majorité des demandes éman[aient] de femmes qui invoqu[aient] les sévices et mauvais traitements que leur inflige[aient] leurs conjoints »³². De même, la femme se trouvait souvent dans l'incapacité de fuir, car non seulement pesait sur elle une obligation d'habiter avec son mari,³³ mais son incapacité juridique³⁴ la privant de ses biens³⁵ et de son salaire constituait des chaînes la retenant auprès de son époux.

Par ailleurs, si les violences physiques conjugales

trouvaient à être réprimées – même si elles ne l'étaient que de manière parcellaire – les violences sexuelles conjugales (viol et attentat à la pudeur) demeuraient, quant à elle, quasiment toujours impunies. En effet, deux obstacles tenant à la définition de ces violences empêchaient son application dans le cadre familial. Tout d'abord, le viol ne se trouvait pas défini dans le Code pénal de 1810 qui l'incriminait pourtant. La jurisprudence considérait dès lors que le viol ne pouvait être constitué qu'en présence de violences³⁶. Il faudra attendre 1857 pour que la Cour de cassation admette que le viol puisse être constitué en présence d'une contrainte ou d'une surprise³⁷. Il ne faut cependant pas s'y tromper, cette évolution n'avait pas pour objectif de protéger la femme, mais bien de sauvegarder « l'honneur des familles ». Un honneur qui est avant tout protégé par le silence des victimes³⁸. Ensuite, l'existence du mariage, seule forme conjugale reconnue, faisait obstacle à la qualification du viol ou d'attentat à la pudeur. En contractant le mariage, la femme ne pouvait en effet ignorer la finalité de l'union et notamment son *debitum conjugale*³⁹ d'être à la disposition sexuelle de son mari⁴⁰. Autrement dit, le coït vaginal, même non consenti ou violent, ne pouvait être incriminé. Mais si l'épouse ne pouvait se plaindre d'une pénétration vaginale, le droit du mari s'arrêtait à cet aspect reproductif. À l'inverse, la pénétration buccale, anale⁴¹ ou vaginale au moyen d'une contraception obtenue par violence pouvait ainsi entraîner une qualification pénale (viol pour la pénétration vaginale et attentat à la pudeur pour la pénétration buccale et anale).

36 - Besançon, 13 octobre 1828 : *Journal du droit criminel*, 1829, p.45, jugeant que « le viol est de sa nature toujours et nécessairement accompagné de violence employée sur la personne même ; que c'est la force, c'est-à-dire la violence qui constitue le viol ; que la violence n'est pas seulement une circonstance aggravante du fait ; mais qu'elle en constitue à elle seule la criminalité ; [...] l'erreur ainsi que le défaut de consentement ne peuvent constituer le crime de viol, dès que l'erreur ou le défaut de consentement n'a pas été accompagné de violences morales ou physiques » ; v. également A. Chauveau et F.-A. Hélie, *Théorie du Code pénal*, t. II, Méline, Cans et compagnie (éd.), 1845, p.210, n°2832.

37 - Cass., 25 juin 1857 : S., 1857, 1, p.711, « Le crime de viol n'étant pas défini par la loi, il appartient au juge de rechercher et constater les éléments constitutifs de ce crime, d'après son caractère spécial, et la gravité des conséquences qu'il peut avoir pour les victimes et pour l'honneur des familles. Attendu que ce crime consiste dans le fait d'abuser d'une personne contre sa volonté, soit que le défaut de consentement résulte d'une violence physique ou morale exercée à son égard, soit qu'il réside dans tout autre moyen de contrainte ou de surprise, pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but que se propose l'auteur de l'action ».

38 - Et par un certain scepticisme des médecins de l'époque quant aux paroles des femmes, « Il est bon d'ailleurs, dans ces délicates recherches, de ne pas s'en laisser imposer par les déclarations des femmes. J'ai été appelé dernièrement à en examiner une qui se prétendait victime des violences de son mari, et qui pressée de s'expliquer, n'avait en réalité à lui reprocher que des exigences immodérées, des ardeurs un peu brutales, mais qui n'avait rien d'antinaturel », A. Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, J.-B. Baillière et Fils (éd.), 4^e éd., 1862, p.151.

39 - Pour une critique sur la teneur du devoir conjugal et notamment la place du rapport sexuel, voir F. L. Doujet-Thomas, « Le traitement juridique des violences sexuelles dans les relations de couple », *AJ Pénal*, 2020, p.276.

40 - V. Vanneau, *La paix des ménages. Histoire des violences conjugales XIX^e-XXI^e siècle*, Anamosa, 2016, p.244 et s.

41 - On notera qu'avant la Révolution, la sodomie constituait un crime passible de la peine de mort pour les pratiquants consentants. La femme était donc incitée à dénoncer ces pratiques. Voir T. Pastorello, « L'abolition du crime de sodomie en 1791 : un long processus social, répressif et pénal », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 2010, pp.197-208.

26 - D. Mayer, « La protection pénale de la femme », in. *Droit pénal contemporain. Mélanges en l'honneur d'André Vittu*, 1989, Cujas, p. 389.

27 - Ainsi pour un auteur, cette volonté de limiter le procès pénal trouve à s'illustrer dans l'immunité pénale prévue pour certaines infractions comme le vol, l'abus de confiance, l'escroquerie, l'extorsion. M. Couturier, « Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. De la préservation de l'institution familiale à la protection des membres de la famille », *Dialogue*, n°191, 2011/1, p.69.

28 - E. Dreyer, *Droit pénal général*, Lexisnexis, 2010, p.712.

29 - N. Arnaud-Duc, « Les contradictions du droit », in. *Histoire des femmes*, G. Duby et M. Perrot (dir.), Plon, T. 4, 1992, p.105. Comment ne pas renvoyer au dix-septième volume de la série Les Rougon-Marquart d'Emile Zola, *La bête humaine*, dans lequel l'auteur décrit les violences que subit Séverine de la part de son époux Roudaud. Oeuvre quasi-anthropologique dont l'objectif est de décrire la vie sociale sous le Second Empire, elle permet de se rendre compte de la violence ordinaire qui régnait au sein du couple à cette époque.

30 - Article 324 du Code pénal de 1810, « Néanmoins, dans le cas d'adultère, prévu par l'article 336, le meurtré commis par l'époux sur son épouse, ainsi que sur le complice, à l'instant où il les surprend en flagrant délit dans la maison conjugale, est excusable ».

31 - Loi n°14.485 du 27 juillet 1884 qui rétablit le Divorce, JORF, 29 juillet 1884, bull. n°859, p.85.

32 - A. Burguière, « Histoire de la violence conjugale », *Sociologie Santé*, n°24, juin 2006, p.14.

33 - Article 214 du Code civil de 1804.

34 - Article 1124 du Code civil de 1804.

35 - Article 1421 du Code civil de 1804.

Comme le notent les commentateurs de l'époque, « *l'acte conforme à la fin du mariage ne peut être incriminé, alors même que le mari aurait employé la violence pour le consommer [...] le mariage a pour effet de lever les barrières de cette pudeur et de donner au mari la libre disposition de sa femme* »⁴². Il le devient en revanche si la femme a été « *forcée [au moyen de violences] à subir des actes contraires à la fin légitime du mariage* »⁴³. C'est donc avant tout l'institution du mariage que le législateur et le juge souhaitent protéger. Le droit, civil comme pénal, orchestre en conséquence l'impunité du mari violent.

Du côté de l'enfant, tout comme de la femme mariée, les violences physiques se trouvent par principe proscrites. Néanmoins, les poursuites sont rares et les dispositions du Code pénal sont le plus souvent écartées du fait de la préséance de la puissance paternelle⁴⁴ dès lors que les conséquences ne sont pas excessives et poursuivent un but pédagogique⁴⁵. Il en va ainsi autrement lorsque les violences sont considérées comme disproportionnées⁴⁶. Il n'en demeure pas moins que le Code civil de 1804 réintroduit en grande partie le droit de correction⁴⁷ du père sur ces enfants, notamment en lui donnant la possibilité de le faire détenir pour un mois au plus sans avoir à fournir un motif au président du tribunal⁴⁸. Le pouvoir de correction est « *fondé sur la juste présomption que le père n'usera de son autorité que par un sentiment d'affection et pour l'intérêt de l'enfant ; qu'il n'agira que pour remettre dans le chemin de l'honneur, sans l'entacher, un enfant qu'il aime, mais que cette tendresse même l'oblige de corriger* »⁴⁹. L'organisation des rapports entre le mari et l'enfant était donc marquée par un rapport de dominant à dominé⁵⁰, dans lequel on parlait plus volontiers du père-justicier que de l'enfant martyr. Cette asymétrie des rapports se retrouvait notamment dans l'article 323 de l'ancien Code pénal qui disposait que « *le parricide n'est jamais excusable* ». Autrement dit, même en danger, l'enfant ne pouvait attenter à la vie de son ascendant sous couvert de la légitime défense.

42 - A. Chauveau et F.-A. Hélie, *Théorie du Code pénal*, t. IV, Legrand et Descauriat (éd.), 1852, p.232.

43 - Cass., 21 novembre 1839 : *Jurisprudence générale du Royaume*, 1840, I, p.8.

44 - Cass. crim., 17 décembre 1819 : S., 1819-1821, p. 152.

45 - Tribunal de police de Bordeaux, 18 mars 1981 : D., 1982, p. 182, note D. Mayer, RSC, 1982, p. 347, obs. G. Lévassieur.

46 - M. Herzog-Evans, « Châtiments corporels : vers la fin d'une exception culturelle ? », *AJ Famille*, 2005, p.212. Par exemple, Cass. crim., 21 février 1967, n°66-91.824 ; Cass. crim., 3 mai 1984, n°84-90.397 ; Cass. crim., 17 juin 2003, n°02-84.986. Voir également la jurisprudence de la CEDH sur ce point, CEDH, 23 septembre 1998, n°25599/94, A. c/ Royaume-Uni ; CEDH, 26 juillet 2007, n°35109/02, Schmidt c/ France : JCP G, 2008, I, 102, obs. A. Gouttenoire ; RTD civ., 2007, p.264, obs. J. Hauser.

47 - Article 375 du Code civil de 1804, « *Le père qui aura des sujets de mécontentement très graves sur la conduite d'un enfant, aura les moyens de correction suivants.* ».

48 - Article 376 du Code civil de 1804, « *Si l'enfant est âgé de moins de seize ans commencés, le père pourra le faire détenir pendant un temps qui ne pourra excéder un mois ; et, à cet effet, le président du tribunal d'arrondissement devra, sur sa demande, délivrer l'ordre d'arrestation.* ».

49 - P.-A. Fenet, *Recueil complet des travaux préparatoires du Code civil*, t. X, Paris, 1836, p.494 et s.

50 - E. Deleury, M. Rivet et J.-M. Neault, « De la puissance paternelle à l'autorité parentale : Une institution en voie de trouver sa vraie finalité », *Les Cahiers de droit*, vol. 15, n°4, 1974, p.813.

Enfin, les violences sexuelles, qu'on pourrait alors qualifier d'incestueuses sont les grandes absentes du Code pénal de 1810. Manifestant la volonté de rompre le lien entre droit et morale qui avait cours sous l'Ancien régime, le législateur a souhaité limiter son intervention dans la sexualité des individus en refusant d'incriminer l'inceste tant que la déviance sexuelle demeurait discrète et ne venait pas faire scandale⁵¹. Les violences incestueuses relevaient dès lors du droit commun, lequel prévoyait comme circonstance aggravante le fait de commettre un viol ou un attentat à la pudeur sur une personne de moins de 15 ans. Situation particulièrement choquante, la jurisprudence prit ses distances avec la volonté du législateur en jugeant que l'article 333 de l'ancien Code pénal trouvait à s'appliquer *de lege lata* au père (ou beau-père) de la famille⁵². En effet, cet article prévoyait une aggravation de la peine « *si les coupables sont de la classe de ceux qui ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat* », prévoyant et citant par les personnes désignées, sans que n'apparaisse dans cette liste l'ascendant direct ! Il restait que sous la définition du viol, l'infraction ne pouvait être constatée qu'en présence de violences physiques – méconnaissant l'emprise psychique que l'auteur exerçait de par son autorité –, laissant le père incestueux impuni sur le plan pénal alors même que le droit civil prêtait déjà des effets à de telles situations.

De l'illicéité confirmée des violences au sein de la famille.

L'amélioration de la protection des femmes va s'opérer indirectement par l'évolution de leur statut civil au sein du couple. La prise d'indépendance progressive de la femme au sein du couple va dès lors avoir pour conséquence de fragiliser l'apparente stabilité des familles dont les fondations ne reposaient que sur la fiction du bon père de famille⁵³, lequel exerçait en réalité un asservissement des membres familiaux, leur ôtant toute faculté de troubler l'ordre familial. La possibilité pour les femmes de disposer de leurs salaires⁵⁴, l'octroi de la capacité juridique⁵⁵, et par la même occasion, la disparition de la notion d'obéissance sont autant de petits pas qui vont modifier la morphologie de la famille. À mesure que les prérogatives de la femme venaient concurrencer

51 - Sur ce point, J. Poumarède, « L'inceste et le droit bourgeois au XIX^e siècle », in. *Droit, Histoire et Sexualité*, J. Poumarède et J.-P. Royer (dir.), PUF, 1987.

52 - Voir les arrêts cités par J. Poumarède, « L'inceste et le droit bourgeois au XIX^e siècle », in. *Droit, Histoire et Sexualité*, J. Poumarède et J.-P. Royer (dir.), PUF, 1987, p.222. Dans le même sens, A. Chauveau et F.-A. Hélie, *Théorie du Code pénal*, t. IV, Paris, 3^e éd., 1852, p.252, note 1.

53 - B. Schnapper, « La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935) », *Revue historique*, avril-juin 1980, p.325, « *le droit était agencé pour une famille modèle, placée sous l'autorité bienveillante d'un père impeccable et aisé. Surprenant angélisme d'un code de lois qu'on verrait mieux pallier les défauts des hommes que tabler sur leurs vertus.* ».

54 - Loi du 13 juillet 1907 sur libre salaire et contribution des époux aux charges du ménage.

55 - Loi du 18 février 1938 portant modification des textes du Code civil relatifs à la capacité de la femme mariée.

celles du chef de famille, dont la notion disparaît avec la loi du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale⁵⁶, le droit ne pouvait se contenter de protéger la valeur familiale – alors sous la responsabilité du seul mari – mais devait également s'assurer de l'équilibre de cette union bicéphale au risque de laisser le mari user, en fait, de sa position dominante pour garder la femme dans une situation de soumission. La protection des relations intrafamiliales et interpersonnelles va permettre la pénétration du droit pénal au sein de la famille. La première incursion spécifique à la matière conjugale se fit au travers des agressions sexuelles. La loi du 23 décembre 1980⁵⁷ vient en effet définir l'incrimination de viol, laquelle ne retient pas la distinction entre le « coït licite ou illicite ». La jurisprudence put en conséquence évoluer⁵⁸ et admettre l'existence du viol conjugal⁵⁹ tout en tempérant cette évolution par le jeu d'une présomption simple de consentement. Une solution reprise par la loi du 4 avril 2006⁶⁰ puis par la loi du 9 juillet 2010⁶¹, laquelle supprima la présomption de consentement, alignant ainsi le régime répressif des couples, quelle que soit la nature de leur union. Par ailleurs, amorcée par la loi du 16 décembre 1992⁶² mais limitée aux violences volontaires⁶³, cette même loi du 4 avril 2006 va aller plus loin dans la pénalisation des violences conjugales avec l'introduction de l'article 132-80 du Code pénal qui manifeste clairement la volonté du législateur de traiter avec plus de sévérité les infractions commises dans le champ conjugal⁶⁴. De sorte, la conjugalité est devenue une circonstance aggravante pour l'ensemble des infractions touchant à l'intégrité physique du conjoint (les violences

56 - Loi n°70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.

57 - Loi n°80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs.

58 - Un revirement de jurisprudence qui eu les faveurs de la Cour européenne des droits de l'homme, CEDH, 22 novembre 1995, n°20166/92, S.W. c/ Royaume-Uni et n°20190/92, C. R. c/ Royaume-Uni : *AJDA*, 1996, p.445, note J.-P. Costa ; *RTD civ.*, 1996, p.512, obs. J.-P. Marguénaud. Celle-ci juge en effet qu'« un violeur demeure un violeur, relevant du droit pénal, quelles que soient ses relations avec sa victime » (§42).

59 - Cass. crim., 11 juin 1992, n°91-86.346 : *D.*, 1993, p.117, note M.-L. Rassat ; *D.*, 1993, p.13, obs. G. Azibert ; *RSC*, 1993, p.107, G. Levasseur ; *ibid.*, p.330, obs. G. Levasseur.

60 - Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

61 - Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

62 - Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur.

63 - La circonstance aggravante concernait alors seulement les tortures et les actes de barbarie (article 222-1 du Code pénal), les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-7), celles ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (article 222-9) et celles ayant entraîné une incapacité totale de travail de plus de huit jours (article 222-11). Enfin, lorsque les violences ne causent qu'une incapacité inférieure à huit jours, le lien conjugal n'est plus une circonstance aggravante mais un élément constitutif du délit (article 222-13, 6°) ; là où ces violences sont habituellement punies par une simple contravention (article R.625-1 du Code pénal).

64 - Article 132-80 du Code pénal, « Dans les cas prévus par la loi, les peines encourues pour un crime ou un délit sont aggravées lorsque l'infraction est commise par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. ».

volontaires⁶⁵, l'homicide⁶⁶, le viol⁶⁷ et autres agressions sexuelles⁶⁸). La sécurité des membres du couple devient explicitement la valeur protégée par le législateur. Pourtant, en recourant à la technique de la circonstance aggravante, le législateur n'apporte qu'une réponse parcellaire et toujours rattachée au droit commun. La spécificité de ces violences a dès lors incité à créer une nouvelle infraction autonome propre : le harcèlement moral⁶⁹. Mais la lutte contre les violences conjugales ne pouvant se limiter aux poursuites pénales, le législateur est également intervenu sur le champ civil⁷⁰. Peu à peu, au gré des lois, le législateur a entrepris d'étoffer les dispositifs, multipliant les exceptions au droit commun afin de toujours mieux les appréhender⁷¹, à tel point qu'il n'est peut-être pas déconcertant de considérer qu'il existe un droit spécial des violences conjugales⁷². C'est en tout cas vers une spécification toujours plus accrue que le droit semble se diriger ; un mouvement que ne dément pas la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales dont les apports nous seront rapportés par Madame la Députée **Bérenghère Couillard**.

La question du traitement des enfants maltraités au sein de la famille a fait, pour sa part, l'objet d'une évolution beaucoup plus précoce que celle des femmes battues. Ainsi, non seulement le pouvoir de correction fut peu à peu remis

65 - Depuis la loi du 9 juillet 2010, les violences sont à entendre comme comprenant également les « violences psychologiques » (article 222-14-3 du Code pénal). Une solution déjà retenue par la jurisprudence antérieure ; v. Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-86.075 : *D.*, 2008, p.1414 ; *D.*, 2009, p.123, obs. G. Roujou de Boubée, T. Garé et S. Mirabail ; *AJ pénal*, 2008, p.283, obs. G. Roussel ; *Dr. Pénal*, 2008, comm. 81, note M. Véron ; *RSC*, 2008, p.587, obs. Y. Mayaud.

66 - Il faudra néanmoins attendre la loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs pour que la conjugalité devienne une circonstance aggravante.

67 - Idem pour le viol pour lequel la peine est aggravée en raison du caractère conjugal de la relation entre l'auteur et la victime par la loi du 4 avril 2006.

68 - Idem pour les violences sexuelles autres que le viol pour lesquelles la peine est aggravée en raison du caractère conjugal de la relation entre l'auteur et la victime par la loi du 4 avril 2006.

69 - Article 222-33-1 du Code pénal créé par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

70 - On pense notamment à l'ordonnance de protection (articles 515-9 à 515-13 du Code civil) introduite par la loi du 9 juillet 2010 qui reprend le principe de la mesure d'éloignement introduit par la loi n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce mais ayant fait l'objet de critiques ; v. I. Corpart, « Inapplicabilité de l'article 220-1 du Code civil : les lacunes du dispositif de protection civile des concubines subissant des violences "conjugales" », *Droit de la famille*, n°7-8, juillet-août 2006, 141.

71 - Les enfants constituent souvent des victimes collatérales aux violences conjugales même si ceux-ci ne sont pas directement victimes des violences, le législateur a entrepris d'ériger en circonstance aggravante les violences intrafamiliales (que la victime soit le conjoint ou un mineur) qui se produiraient sous l'assistance d'un mineur (article 13 de la loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes).

72 - Favorable à une telle évolution, F. Le Doujet-Thomas, « Le traitement juridique des violences sexuelles dans les relations de couple », *AJ Pénal*, 2020, p.276 ; citant par ailleurs, A. Chaigneau, « Faut-il penser une réforme de l'autorité parentale à l'aune des violences conjugales ? », in. *Le traitement juridique et judiciaire des violences conjugales*, M. Pichard et C. Viennot (dir.), Mare & Martin, 2016, p.169.

en cause au cours du XIX^e siècle⁷³ mais en plus l'impunité du père incestueux est battue en brèche par la reconnaissance législative d'une aggravation de la peine lorsque les violences sexuelles sont exercées par un ascendant – succédant à l'interprétation jurisprudentielle *contra legem* de l'article 333 de l'ancien Code pénal – ainsi que par la création d'une incrimination d'attentat à la pudeur sans violence lorsque la victime est âgée de moins de 11 ans⁷⁴. Par la suite, l'âge fut relevé à 13 ans mais l'incrimination restait applicable tant que le mineur n'était pas émancipé par le mariage lorsque l'attentat à la pudeur était commis par un ascendant⁷⁵. Une mise en lumière qui souleva l'hostilité d'une partie de la doctrine pour qui cette exposition troublait davantage que l'impunité de ces faits⁷⁶. La loi du 23 décembre 1980⁷⁷ confirma cette approche par le mécanisme de la circonstance aggravante. Le législateur ne s'est aventuré à introduire explicitement le terme d'inceste que par la loi du 8 février 2010⁷⁸, laquelle fut censurée⁷⁹. Le pas fut finalement franchi par la loi du 14 mars 2016⁸⁰ qui intègre l'incrimination d'inceste dans l'hypothèse d'une victime mineure. Au demeurant, il convient de noter que le traitement qu'en fait le législateur se limite à une simple surqualification des faits sans qu'il ne soit question de la création d'une nouvelle incrimination ou d'une circonstance aggravante. Le dispositif de lutte contre les violences sexuelles à l'égard des mineurs poursuivra cette voie d'une répression accrue avec la loi du 21 avril 2021⁸¹ qui nous sera présentée par Madame la Députée **Alexandra Louis**. Cette dernière prévoit notamment l'introduction d'une nouvelle incrimination de viol et d'agression sexuelle incestueuse ne nécessitant pas la preuve d'une violence, contrainte, menace ou surprise lorsque ceux-ci sont commis sur un mineur par un ascendant ou l'une des personnes listées à l'article 222-22-3 du Code pénal.

Enfin, en ce qui concerne les sévices physiques ou les

privations alimentaires, la loi de 1898⁸² a d'abord intégré de nouvelles infractions, notamment en prévoyant une aggravation des peines pour les violences physiques commises sur un mineur de moins de 15 ans dans l'hypothèse où celles-ci sont exercées par « les père et mère légitimes, naturels ou adoptifs ou autres ascendants légitimes ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou ayant sa garde »⁸³. Une répression accentuée par les lois successives sans que le nouveau Code pénal soit l'occasion d'une réelle révolution. Par ailleurs, la pénalisation de ces actes s'accompagne également d'une remise en cause de la puissance paternelle. La loi de 1889⁸⁴ sur la protection des enfants maltraités admet pour la première fois⁸⁵ la déchéance des droits de la puissance paternelle lorsque l'enfant est en danger moral. Dans cette continuité, le juge fut également autorisé à interférer avec la puissance paternelle en donnant à celui-ci la possibilité de prendre « une mesure de surveillance ou d'assistance éducative »⁸⁶. Aujourd'hui, le retrait de l'autorité parentale est régi par les articles 378 et suivants et vise donc avant tout à protéger l'enfant, lequel sera considéré en danger quand bien même il ne s'agirait que d'un risque⁸⁷. D'autres mesures ont par la suite été introduites pour répondre graduellement au danger généré par le(s) parent(s) et auquel se trouve exposé le mineur⁸⁸. « *Se dessine ce que l'on pourrait appeler un champ de l'enfance où interfèrent médecins, éducateurs, hommes de loi. C'est au nom de l'enfant et au-delà d'elle en référence aux intérêts de la société que la famille comme lieu de la toute-puissance paternelle [et parentale depuis 1970] perd sa compétence*

82 - Loi du 19 avril 1898 sur la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants.

83 - Article 312 de l'ancien Code pénal modifié par la loi du 19 avril 1898.

84 - Loi du 24 juillet 1889 sur les enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert.

85 - On notera quelques expérimentations lors de la Révolution.

86 - Décrets-lois du 30 octobre 1935 relatif à la protection de l'enfance ; portant modification l'article 2 de la loi du 24 juillet 1889 ; portant modification des articles 376 et suivants du code civil. Des inférences de plus en plus nombreuses au fil des réformes portant « une atteinte supplémentaire au lien sacré parent-enfant » (J. Tremintin, « Une loi qui reflète les acquis du terrain », *JDJ*, n° 263, mars 2007, p.21), disqualifiant les parents. Ainsi, « on se méfie des parents parce que [on estime] que ce sont souvent de mauvais parents. Mais surtout, ils sont incompétents. Tous les personnels qui gravitent autour d'un enfant sont au contraire incontestablement compétents et jouissent d'un savoir-faire spécialisé : l'assistante maternelle, le médecin de PMI, l'éducateur... » (C. Neirinck, « L'enfant, être vulnérable », *RDSS*, n° 1, 2007, p.13).

87 - La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance initie ce changement de paradigme, lequel sera renforcé par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et par la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant qui recentre les actions de protection sur l'enfant sans passer par la famille. Il n'est plus question de considérer que « La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés » (ancien article L.112-3 du Code de l'action sociale et des familles) mais de « garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant » sans aucune référence à la famille.

88 - Notamment la délégation forcée de l'autorité parentale (v. Egéa, *Droit de la famille*, Lexisnexis, 3^e éd., décembre 2019, n°1443 et s.) ou l'encore l'assistance éducative (v. *ibid.*, n°1455).

73 - B. Schnapper, « La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935) », *Revue historique*, avril-juin 1980, p.336 ; également, P. Quincy-Lefebvre, « Une autorité sous tutelle. La justice et le droit de correction des pères sous la Troisième République », *Lien social et Politiques*, n°37, 1997, p.99 et s.

74 - Loi du 28 avril 1832 contenant des modifications au Code pénal et au Code d'instruction criminelle.

75 - Loi du 18 avril 1863 portant modification de plusieurs articles du Code pénal.

76 - En ce sens, M. Boitard et E. Villey, *Leçon de droit criminel contenant l'explication complète des codes pénal et d'instruction criminelle*, Imprimerie et librairie générale de jurisprudence, 13^e éd., 1889, p.385, « Cette innovation rétablit [...] l'inceste, fait odieux sans doute mais dont la répression ne peut être obtenue qu'en soulevant des scandales plus redoutables peut-être que l'impunité ».

77 - Loi n°80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs.

78 - Loi n°2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

79 - Cons. const., 16 septembre 2011, n°2011-163 QPC : D., 2011, p.2823, obs. G. Roujou de Boubée, T. Garé, S. Mirabail et T. Potaszkin ; D., 2012, p.1033, obs. M. Douchy-Oudot ; *AJ pénal*, 2011, p.588, obs. C. Porteron ; *RSC*, 2011, p.830, obs. Y. Mayaud ; *RTD civ.*, 2011, p.752, obs. J. Hauser.

80 - Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

81 - Loi n°2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.

exclusive sur le développement et l'éducation de l'enfant »⁸⁹. La manifestation la plus prégnante de cette disparition de la violence éducative trouve ainsi à s'illustrer par l'interdiction de la fessée⁹⁰ par la loi du 10 juillet 2019⁹¹ qui inscrit dans le Code civil le principe que « *l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques* »⁹². In fine, la puissance paternelle ne vient plus s'abattre sur l'enfant comme une sorte de courroux ; l'autorité parentale devient un moyen de servir « *l'intérêt de l'enfant* »⁹³. Ainsi, si « *l'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère* »⁹⁴ depuis 1804, le rapport n'est pas vertical au détriment de la protection de l'enfant mais horizontal « *dans le respect dû à sa personne* »⁹⁵.

De l'illicéité des violences intrafamiliales à mettre en œuvre.

Passant d'une impunité légale ou de fait à un véritable arsenal répressif et protecteur, le législateur a tenté au mieux de saisir les lacunes du droit pour y remédier. Une évolution qui s'est traduite par l'effritement progressif de la protection de l'institution familiale, quelle que soit sa forme (concubinage, PACS, mariage), au profit de celle de ses membres. Là où la famille jouait comme une sorte de tampon amortisseur dont les turbulences ne devaient pas venir troubler l'ordre public de la société, elle fait maintenant effet de caisse de résonance dans laquelle la moindre affaire donne lieu à un emballement. Pourtant, ces évolutions ne constitueront que des coups d'épée dans l'eau à partir du moment où les victimes ne peuvent se manifester pour en bénéficier. Or, si les langues commencent à se délier, il reste que dans l'esprit collectif, « *le scandale plus redoutable que l'impunité est donc bien de dévoiler ce qui se passe dans les familles. Les violences [...] intrafamiliales doivent être tuées* »⁹⁶. Les victimes n'ignorent pas ce qu'elles subissent, mais l'emprise, comme l'expliquera le Professeur **Liliane Daligand** peut constituer un obstacle dirimant ; de même que les proches peuvent également avoir connaissance des faits⁹⁷. L'avènement de ce « *champ clos conjugal* »⁹⁸ expliquera la cécité dans la perception du problème qui ne fit l'objet d'études d'ampleur qu'à partir des

années 1990⁹⁹. Aussi, les contributions du Professeur **Éric Macé**, du Professeur **Gisèle Apter**, de Madame **Gillonne Desquesnes** et de Madame **Alice Barbier** seront l'occasion de poser le cadre épidémiologique et sociologique le plus récent sur ce phénomène. Au demeurant, si l'inquisition du magistrat dans la vie privée des citoyens en violation du sanctuaire du foyer domestique demeure une crainte encore aujourd'hui¹⁰⁰, il existe un professionnel dont la présence est tolérée. Se confinant dans l'intimité de la relation, le professionnel de santé apparaît comme un acteur privilégié pouvant intervenir dans cette sphère, comme bénéficiant d'un « *devoir d'ingérence* »¹⁰¹ au sein du colloque singulier qui le lie à son patient. Intervenant en amont au stade de la détection des violences, son rôle lui donne l'opportunité de mettre en lumière certaines violences qui ont pu être commises, notamment en mettant en mouvement l'action de la puissance publique par la levée du secret médical comme le présentera le Professeur **Bruno Py**, Madame **Ana Zelcevic-Duhamel** et Madame **Audrey Irastorza**. Une faculté qu'il convient de mettre en perspective avec la pratique étrangère ; helvétique avec Monsieur **Frédéric Erard** et québécoise avec Madame **Maëlen Corfmat**. Le professionnel de santé se change alors en partenaire sur lequel souhaite s'appuyer la justice dans sa lutte contre les violences intrafamiliales. Se noue, autour de ce fléau, une relation spéciale mise en lumière par Madame **Isabelle Lonvis-Rome** et dont le Docteur **Marie-Pierre Glaviano-Ceccaldi** nous présentera le rôle engagé joué par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Néanmoins, tous les professionnels de santé n'occupent pas la même place au sein du parcours de la victime. Cette spécificité dans la position et surtout le positionnement de chaque professionnel de santé nous amènera à évoquer la place particulière du médecin avec le Docteur **Ghada Hatem-Gantzer**, de l'infirmier avec Madame **Véronique Pechey**, du masseur-kinésithérapeute avec Monsieur **Eric Brin** et le **Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes**, de la sage-femme avec Monsieur **David Meyer** et enfin du pharmacien avec Monsieur **Paul Sougnac**.

Par ailleurs, son rôle s'étend au-delà de la détection des violences avec une présence tout aussi forte dans la construction du parcours de soins *ex post* visant à assurer une reconstruction de la victime, comme l'expliquera le Docteur **Gérard Lopez**. Il reste que l'auteur ne doit pas être oublié et doit lui aussi faire l'objet d'une prise en charge, intervenant potentiellement après l'exécution d'une peine, et dont les modalités seront présentées par le Professeur **Haritini Matsopoulou**, afin de limiter, ainsi que le présentera Monsieur **Frédéric Lauféron** pour le cas français

89 - I. Théry, « La référence à l'intérêt de l'enfant : usage judiciaire et ambiguïtés », in *Du divorce et des enfants*, O. Bourignon, J.-L. Rallu et I. Théry (dir.), INED, Travaux et documents, PUF, 1985, cahier n° 111.

90 - C. Brunetti-Pons, « La fessée, symbole d'un débat biaisé face à des enjeux cruciaux », *Personnes et Famille*, n°7-8, juillet 2015.

91 - Loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires.

92 - Article 371-1, alinéa 3 du Code civil.

93 - Article 371-1, alinéa 1^{er} du Code civil modifié par la loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

94 - Article 371 du Code civil dont la rédaction actuelle est identique à celle de 1804.

95 - Article 371-1, alinéa 2 du Code civil modifié par la loi n°2002-305 du 4 mars 2002.

96 - H. Duffuler-Vialle, « La famille du XIX^e siècle, un sanctuaire protégé par le droit au détriment des victimes de violences sexuelles », *AJ Pénal*, 2020, p.273.

97 - Voir l'histoire de C. Kouchner, *La familia grande*, Seuil, 2021.

98 - A. Burguière, « Histoire de la violence conjugale », *art. cit.*, p.18.

99 - À la suite des recommandations établies par la Conférence mondiale sur les femmes de Pékin en septembre 1995, « *de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes* ».

100 - Voir déjà A. Chauveau et F.-A. Hélie, *Théorie du Code pénal*, t. IV, Legrand et Descauriat (éd.), 1852, p.184.

101 - Haute Autorité de Santé, *Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique*, juin 2019, p.40.

et le Professeur **John Vanderfaillie** pour le cas belge, tout risque de récurrence des violences au sein de la famille. « *La violence conjugale est donc un authentique problème de santé publique nécessitant une approche [...] pluridisciplinaire* »¹⁰². C'est en tous cas à travers ce prisme que la problématique de la place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales sera étudiée.

Timothy James

102 - R. Henrion, « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé », *Sociologie Santé*, n°24, juin 2006, p.151.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Bérangère Couillard

Députée et rapporteur à l'Assemblée nationale de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

Les avancées législatives en matière de protection des conjoints victimes de violences conjugales¹

Le gouvernement s'est fortement mobilisé depuis le début du quinquennat dans la lutte contre les violences conjugales et notamment la lutte contre les violences faites aux femmes. La grande cause du quinquennat est d'ailleurs l'égalité entre les femmes et les hommes. En 2019, le nombre de féminicides a augmenté de 21% en France. Nous avons comptabilisé 146 victimes cette année-là. Face à cette situation, le gouvernement, par l'initiative de la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, Marlène Schiappa, et avec le soutien du Premier ministre, a lancé le 3 septembre 2019 un Grenelle contre les violences conjugales. La lutte contre les violences conjugales nécessitant une prise de conscience sociétale ainsi qu'une action collective, ce Grenelle a eu pour objectif de réunir autour de la table de nombreux acteurs répartis en onze groupes de travail. Se mêlaient ainsi des ministres, des élus locaux, des administrations, des associations, des familles, des proches de victimes, des forces de l'ordre, des professionnels de santé, de la justice, du logement et également les médias afin d'ouvrir une réelle réflexion multidimensionnelle et pluridisciplinaire. Ce fut un processus de concertation assez inédit que s'est tenu jusqu'au 25 novembre de cette même année et qui permit de déboucher sur des propositions et des mesures fortes et attendues.

Le 3 septembre 2020, Élisabeth Moreno, succédant à Marlène Schiappa à la tête du Secrétariat d'État et qui est aujourd'hui ministre dédiée auprès du Premier ministre en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'Égalité des chances, réunit ces onze groupes de travail du Grenelle des violences conjugales afin

de procéder à un nouveau point d'étape sur l'avancée de l'exécution des 46 mesures qui sont issues de ce Grenelle². Sur les 46 mesures, 23 sont déjà effectives, 20 sont en cours de réalisation et trois demeurent en construction. On peut dire qu'aujourd'hui la quasi-totalité des politiques publiques annoncées est engagée. Je pense particulièrement à la généralisation des filières d'urgence dans les tribunaux afin que le pénal et le civil se parlent, ce qui n'est pas forcément le cas aujourd'hui. Nous sommes également en train d'aboutir à la généralisation du dépôt de plainte à l'hôpital pour que les victimes n'aient plus à se déplacer au commissariat ou à la gendarmerie. D'ailleurs, des policiers et des gendarmes sont sensibilisés aujourd'hui aux violences conjugales à travers une formation spécifique ou encore la mise en place d'une grille d'évaluation du danger. Se développe également la création de centres pour auteurs de violences. Nous sommes souvent hésitants à mettre de l'argent pour les bourreaux alors qu'il y a tant à faire pour les victimes. Cependant, sans auteurs il n'y a pas de victimes. L'ouverture de deux centres par région doit permettre de protéger les victimes, de traiter les auteurs, et d'éviter la récurrence. Ces centres proposeront aux auteurs des stages de responsabilisation, un accompagnement psychothérapeutique et médical prenant notamment en compte les addictions ainsi qu'un accompagnement socioprofessionnel visant par exemple à l'insertion dans l'emploi, des éléments souvent associés à ce type de violence. Ils devront également permettre d'éloigner l'auteur afin d'en finir avec la pratique qui consiste pour la victime à quitter son domicile³. Enfin, un numéro, le **08 01 90 19 11**, a été mis en place afin d'offrir une écoute pour les personnes qui seraient susceptibles de passer à l'acte.

L'Assemblée nationale s'est par ailleurs fortement mobilisée avec un groupe de travail qui était composé d'une trentaine de députés que j'ai eu l'honneur de piloter avec pour volonté de recueillir des constats et des propositions issues directement des acteurs concernés sur le terrain. Avec mes collègues, nous avons effectué quatorze séances de travail dans chacune des régions françaises. Cela a constitué beaucoup de déplacements et d'engagements. Nous avons rencontré 500 acteurs et près de 600 citoyens qui ont participé aux différents ateliers organisés.

De l'ensemble de ces travaux, de nombreuses propositions

2 - Ministère délégué auprès du Premier ministre chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, *Grenelle des violences conjugales : comité de suivi de l'exécution des mesures*, mardi 13 octobre 2020, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/03/tableau_suivi_grenelle_des_violences_conjugales_-_comite_de_suivi_-_13.10.2020.pdf

3 - Article 1^{er} de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 modifiant l'article 515-11 du Code civil.

1 - Retranscription effectuée à partir des propos tenus lors du colloque du 4 mars 2021.

ont pu émerger. Des propositions reprises dans la loi du 30 juillet 2020⁴ et qui s'articulent autour de trois grandes priorités. La première est la protection des victimes de violences conjugales et des enfants. La deuxième consiste à une meilleure sanction des auteurs. Enfin, la troisième priorité concerne la prévention de ces violences. Afin de mettre en œuvre ces axes, nous avons voté la généralisation des bracelets anti-rapprochement. C'est ainsi que 1 000 bracelets ont déjà été délivrés. De même, nous avons facilité l'octroi des téléphones grave danger. Fin 2020, près de 1 700 téléphones étaient déjà déployés.

Au-delà de la victime directe, il importe de protéger les enfants au sein du couple qui sont alors des victimes collatérales de ces violences. La loi prévoit le retrait automatique de l'autorité parentale en cas de meurtre et assassinat jusqu'à sa confirmation lors du procès. Ce retrait, qui relevait exclusivement de la compétence du juge aux affaires familiales, peut désormais être prononcé par le juge pénal. Par ailleurs, sans pour autant retirer l'autorité parentale, la loi donne la possibilité pour le juge de suspendre le droit de visite et d'hébergement de l'auteur des violences conjugales⁵. Il est donc primordial qu'un juge puisse intervenir. Nous avons par conséquent interdit la médiation pénale et familiale. Cette mesure répondait à une demande très forte des associations. En effet, en situation de divorce, la médiation ne se révèle pas adaptée à partir du moment où l'un des conjoints se trouve sous l'emprise de l'autre. Pour éviter justement cet effet devant les juridictions, il était important que la victime puisse se faire épauler par un conseil ; d'où l'amélioration de l'accès à l'aide juridictionnelle provisoire, pour permettre à toutes les victimes de pouvoir engager les démarches nécessaires.

Enfin, nous avons agi sur les moyens permettant ces violences. D'une part, partant du constat qu'un tiers des homicides conjugaux impliquait une arme à feu, nous avons facilité la saisie de celles-ci. D'autre part, nous avons sanctionné l'usage des logiciels espions à l'origine de violences psychologiques en aggravant les peines encourues pour harcèlement au sein du couple. Nous avons par ailleurs reconnu le suicide forcé comme étant une circonstance aggravante du harcèlement moral pour l'auteur des violences. Ainsi cette proposition de loi double les peines en cas de harcèlement au sein du couple les portant à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende lorsque le harcèlement a conduit la victime à se suicider ou à tenter de se suicider.

Au demeurant, l'objet de cette loi va plus loin puisqu'elle vient travailler sur la prévention de ces violences en luttant notamment contre l'accès à la pornographie⁶. En effet, les violences conjugales apparaissent de plus en plus

tôt. Ce phénomène serait lié en partie à l'accès trop facile aux contenus pornographiques sur internet et à l'image dégradée des relations intimes et plus particulièrement des femmes. Les associations et les forces de l'ordre rencontrées lors du Grenelle contre les violences conjugales ont été nombreuses à nous relever que les jeunes habitués à ces images peuvent reproduire des situations de violence, leur imaginaire et leur sexualité se construisant autour de cette brutalité. Nous avons également identifié une difficulté face aux opérateurs qui mettent ces vidéos à disposition sans le moindre contrôle réel et qui échappent à tout contrôle juridictionnel. Il faut savoir que dans notre pays, le premier accès à la pornographie est estimé à l'âge de treize ans. Nous avons donc renforcé la protection des mineurs à l'exposition à la pornographie et la lutte contre le sexisme. Cela passe par un contrôle accru de l'âge de l'utilisation des sites pornographiques. Concrètement, cocher la case « *j'ai 18 ans ou plus* » ne suffit plus aujourd'hui. D'ailleurs, les premiers recours ont d'ores et déjà été engagés contre les sites qui ne respectent pas cette nouvelle règle par des associations de protection de l'enfance.

Enfin, et il s'agit d'un point intéressant particulièrement cette manifestation scientifique, nous avons décidé d'inscrire dans la loi la possibilité pour le professionnel de santé de porter à la connaissance du procureur de la République, toute information relative à des violences exercées au sein du couple 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 sur la victime par l'auteur⁷. Il est également indiqué que le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure et qu'en cas d'impossibilité, il doit l'informer du signalement qu'il va faire au procureur de la République. Les médecins pouvaient déjà lever le secret médical en cas de violences sur enfants et sur personnes vulnérables mais cette notion de vulnérabilité nous paraissait inappropriée chez une personne majeure. Il y avait donc une nécessité de clarifier les choses dans la loi pour que cela ne soit pas ambigu pour les professionnels de santé. Aujourd'hui donc, les professionnels de santé sont libres d'effectuer un signalement s'ils considèrent que la personne victime de violences est en danger immédiat.

Cette nouvelle exception au secret médical a été l'occasion d'inscrire dans le Code pénal la notion d'emprise qui n'était pas définie auparavant. C'est un point majeur parce que l'emprise est l'élément central du mécanisme même des violences conjugales⁸. L'auteur crée cette emprise qui mène à des violences. L'emprise est une technique visant à rendre l'autre l'esclave psychologique de sa propre personne. Elle prive donc la personne de son libre arbitre ce qui explique le silence des victimes. La loi permet donc au médecin de

4 - Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

5 - Article 4 de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 modifiant l'article 138 du Code de procédure pénale.

6 - Article 23 de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020.

7 - Article 12 de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 modifiant l'article 226-14 du Code pénal.

8 - Sur ce point, v. E. Martinet et I. Rome (dir.), *L'emprise et les violences au sein du couple*, Dalloz, « Thèmes et commentaires », mars 2021, 328p.

passer outre ce silence résultant d'une vulnérabilité de fait de la victime. Néanmoins, il ne peut le faire qu'en présence d'un danger immédiat mettant la vie de la victime en danger. Il s'agit dans ce cas de faire en sorte pour un médecin de venir en aide à une victime qui risquerait de ne pas revenir vivante dans son cabinet.

Je suis une défenseuse du secret médical mais je pense que dans certains cas comme celui-ci, il est crucial de laisser la possibilité au médecin d'y déroger. Nous ne les obligeons pas évidemment. Ils connaissent leurs patients et sentent les choses, savent prendre les bonnes décisions. Nous leur faisons entièrement confiance. Un médecin qui souhaite prendre cette décision doit pouvoir le faire sans être inquiété. Certains médecins d'ailleurs choisissaient auparavant de rompre l'impératif déontologique du secret professionnel quitte à s'exposer à une sanction pouvant aller jusqu'à sa radiation de la profession. Aussi, beaucoup se sentaient impuissants face à ces femmes sous emprise, abimées par les coups, mais qui disaient avoir fait une chute. Les médecins ne savaient pas comment les aider. Je tiens également à appuyer sur le fait que la rédaction de cette nouvelle exception a été le fruit d'une concertation avec l'Ordre national des Médecins.

Malgré certaines divergences, cette loi a fait l'objet d'un accord sans difficulté majeure entre députés et sénateurs lors de la commission mixte paritaire, démontrant encore une fois un consensus évident sur cette disposition puisque cette loi fut votée à l'unanimité lors de cette commission mixte paritaire mais aussi lors du vote en séance publique. Plus qu'un consensus entre députés et sénateurs, c'est un véritable consensus de toutes les couleurs politiques autour de cette loi.

La mise en œuvre de cette nouvelle possibilité s'est accompagnée d'une information aux professionnels de santé à travers un vade-mecum sur le secret médical et violences au sein du couple qui a été réalisé au sein du groupe de travail violences conjugales du ministère de la Justice en lien avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins et la Haute Autorité de Santé⁹.

Le partenariat essentiel entre justice et santé se poursuit aujourd'hui par la signature de protocoles entre les parquets et les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins. Ces accords visent non seulement à matérialiser de manière très concrète le circuit de signalement exposé dans le vade-mecum mais aussi à ancrer dans les territoires une culture commune entre magistrats, médecins, soignants, notamment par l'organisation de journées de formation et de sensibilisation commune. Les deux premiers ont été ratifiés par les parquets de Marseille, d'Aix-en-Provence, et de Tarascon avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Bouches-du-Rhône et de Clermont-Ferrand

avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Puy-de-Dôme. C'est un protocole qui sera également signé entre le parquet, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Pyrénées-Atlantiques et l'unité médico-judiciaire du centre hospitalier de Pau en mars 2021.

Je sais qu'il reste beaucoup à faire mais nous ne restons pas les bras croisés. Les mesures du Grenelle mais aussi de ce texte de loi posent de solides bases que nous devons continuer à améliorer. En 2020, 90 femmes ont été victimes d'un féminicide en France. Si ce chiffre reste beaucoup trop élevé, il démontre néanmoins une amélioration et le fait que nous allons dans la bonne direction. Il faudra évidemment regarder les chiffres sur les années suivantes parce qu'il y a eu le confinement qui a fait exploser les signalements mais qui a fait baisser les féminicides. Des événements tels que ce colloque démontrent l'implication de tous et je tiens à vous remercier pour la mise en place de celui-ci, car plus le sujet est abordé, plus la prise de conscience sera réelle.

Bérangère Couillard

9 - Ministère de la Justice, *Secret médical et violences au sein du couple : vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal*, octobre 2020, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Alexandra Louis

Députée et rapporteur à l'Assemblée nationale de la loi n°2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, co-Présidente du Groupe d'études : Droits de l'enfant et protection de la jeunesse

Les avancées législatives en matière de protection des mineurs victimes de violences (sexuelles)¹

Je souhaiterais commencer mon propos en remerciant les organisateurs de ce colloque qui concourent à ce mouvement de libération de la parole des victimes tout en donnant aux professionnels des outils et des pistes de réflexion nécessaires afin de mieux protéger les mineurs des violences au sein de la famille. Chaque colloque, chaque réunion, chaque formation participe à développer une culture de la protection dans notre pays.

Les professionnels de santé sont concernés au premier chef par ce sujet de société. Ils se sont heurtés depuis bien longtemps aux tabous qui verrouillent la parole des victimes mais également des témoins. Ils ont été nombreux bien avant les hashtags #metoo et #metooinceste à s'engager pour amorcer un changement dans notre société.

Il y a encore quelques mois, prononcer le mot d'inceste dans une interview ou dans un article de presse était plus qu'improbable, voire impossible dans certains cas. Cette difficulté à nommer les choses est symptomatique d'un mal profond : « *L'inceste, c'est un déni collectif. L'inceste, c'est la loi du silence. On ne peut pas penser, prononcer l'impensable* »². Ces mots d'Éva Thomas, l'une des premières victimes d'inceste à avoir témoigné sur un plateau de télévision de son histoire, qualifient parfaitement le phénomène. Ce déni collectif couvre des millions de victimes et nous manquons encore cruellement d'études de victimologie sur le sujet. J'ai préconisé dans ma mission d'évaluation sur la loi du 3

août 2018³ que des études soient menées sur ce sujet afin de disposer des données les plus précises possible. Aussi, il ressort de ma mission d'évaluation que 30 % des violences sexuelles sur mineurs sont commises au sein de la cellule familiale, avec une grande majorité sur des mineurs ayant moins de 15 ans. À ce chiffre, s'ajoute celui rapporté par les magistrats auditionnés portant l'inceste à environ 60 % du contentieux des viols commis sur mineurs⁴. Il est dès lors important de rappeler que la grande majorité des violences sexuelles commises sur les enfants ont lieu dans le cadre familial alors même que les clichés représentent bien trop souvent l'inconnu qui propose des bonbons au détour d'une rue. Je ne doute pas que la Commission sur les violences sexuelles et l'inceste instituée par le gouvernement en décembre 2020 puisse effectuer ce travail⁵.

Ce mouvement général des pouvoirs publics traduit un engagement du président de la République pris le 25 novembre 2017 et visant à améliorer la lutte contre ces violences notamment par un renforcement du droit : lutter contre l'impunité et développer une culture de la protection dans notre pays.

Dans les quatre années qui se sont écoulées, deux lois d'importance ont été adoptées. Ces deux lois s'inscrivent dans un mouvement du développement des droits de l'enfant initié au moins depuis les années 80. La première loi de ce quinquennat qui a marqué les esprits est évidemment la fameuse loi *Schiappa*⁶ du nom de son instigatrice alors Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations et résultant du tour de France de l'Égalité mené entre 2017 et 2018⁷.

Deux ans après le vote de cette loi, le gouvernement m'a demandé d'en évaluer les effets et de formuler des propositions. J'ai donc organisé une centaine d'entretiens, effectué de nombreux déplacements et j'ai finalement formulé soixante-dix-sept propositions dont une grande partie concerne la prévention. Cela a participé à impulser une nouvelle évolution législative traduite par la proposition

3 - A. Louis, *Rapport d'évaluation de la loi du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes*, 4 décembre 2020, pp.210, https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/277610_0.pdf

4 - A. Louis, *op. cit.*, p.140.

5 - A. Taquet, *Lettre de mission*, 23 janvier 2021, n°D-21-006607, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_mission.pdf

6 - Loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

7 - Premier ministre, Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Tour de France de l'égalité femmes/hommes, dossier de presse*, 4 octobre 2017, 7 p., <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-de-presse-Tour-de-France-de-legalite-femmes-hommes-04.10.2017.pdf>

1 - Re transcription effectuée à partir des propos tenus lors du colloque du 1^{er} juillet 2021

2 - S. Cordier, « L'inceste, un phénomène tabou à l'ampleur méconnue », *Le Monde*, 5 janvier 2021.

de loi visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste votée il y a quelques mois, qui a connu un trajet assez sinueux mais pour le moins concluant⁸.

Je vous exposerai dans un premier temps les évolutions principales en matière pénale qui ont eu pour objectif de briser ce chiffre noir de l'impunité avant d'aborder le corollaire de ces avancées qui sont les mesures relatives à la mobilisation de la société civile et particulièrement à l'égard des professionnels.

Le premier des axes forts de nos travaux législatifs a concerné et concerne encore la prescription pénale. La prescription est un sujet de controverses juridiques, politiques et même philosophiques. Si les praticiens du droit ont dans leur très grande majorité un très fort attachement au principe même de la prescription, force est de constater qu'il est de moins en moins compris et de plus en plus contesté dans notre société. Pour répondre à cette incompréhension qui souvent se traduit par un sentiment d'injustice, la loi comme la jurisprudence a développé des mécanismes pour repousser peu à peu les échéances. Je m'en tiendrai à vous exposer ce qu'en tant que législateur nous avons modifié sur les quatre dernières années.

Pour tenir compte des phénomènes d'amnésie traumatique et d'emprise, des notions qui étaient peu appréhendées par notre droit auparavant, la loi *Schiappa* a allongé le délai de prescription des crimes sur mineurs, le passant de vingt à trente ans à compter de la majorité de la victime⁹. En d'autres termes, il s'agit pour le parquet de pouvoir engager des poursuites jusqu'aux quarante-huit ans de la victime. En revanche, quand bien même les faits seraient prescrits, la victime dispose toujours de la faculté de porter plainte. J'ai à ce sujet proposé dans mon rapport d'évaluation que des investigations soient systématiquement menées, ne serait-ce que pour effectuer des rapprochements avec d'autres faits potentiels. En outre et eu égard à la complexification du régime des prescriptions pénales, il est souvent difficile à première vue de s'assurer qu'une affaire est prescrite ou non, il est donc important d'avoir un travail de fond. Il est indispensable que les victimes de faits prescrits soient systématiquement reçues dans les juridictions et accompagnées.

Par ailleurs, cet allongement du délai de prescription n'a pas fait l'unanimité et a été accueilli avec quelques réserves par de nombreux praticiens du droit qui nous expliquent que plus le temps passe, plus les preuves se font rares ce qui renforce l'aléa judiciaire et même parfois le risque d'erreur. Tout au contraire, certaines associations militent pour l'imprescriptibilité des crimes sur mineurs qui est aujourd'hui réservée aux crimes contre l'humanité. En tant que législateur, il ne nous a pas paru raisonnable de rayer d'un trait de plume la prescription pénale, mais il nous est apparu

8 - Loi n°2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.

9 - Article 1 de la loi n°2018-703 du 3 août 2018 modifiant l'article 7 du Code de procédure pénale.

qu'il fallait penser la prescription autrement. Aussi, avec la loi du 21 avril 2021, nous avons édifié un régime de prescription dite glissante pour répondre à une problématique précise¹⁰.

Ce nouveau régime de prescription permet ainsi de mieux prendre en compte la spécificité des infractions sexuelles pour lesquelles l'auteur a pu commettre l'infraction sur plusieurs victimes. À l'heure actuelle, certaines victimes d'un même auteur pouvaient se voir opposer le délai de prescription et dans ces hypothèses, les victimes se voyaient attribuer le statut de témoin ou de partie civile, sans être considérées comme une victime aux yeux du juge pénal. L'idée de la prescription glissante est de ne considérer que la date de la dernière infraction commise comme point de départ de la prescription pour toutes les infractions antérieures. Couplée à l'allongement de la prescription des crimes sur mineurs, ces modifications devraient amener à ce que de moins en moins de faits soient prescrits. Toutefois, si la victime possède plus de temps pour agir, il lui faudra néanmoins surmonter les obstacles probatoires pour espérer aboutir à une condamnation. Il est important que les victimes soient bien accompagnées et conseillées pour affronter ce parcours judiciaire très compliqué.

Le second axe de nos travaux concerne la question du seuil d'âge de consentement. Historiquement, la qualification d'une infraction de viol ou d'agression sexuelle était la même que la victime soit un mineur ou un majeur. Néanmoins, le quantum de peine était aggravé lorsqu'il s'agissait d'un mineur. L'âge du mineur n'était pas un élément déterminant dans la qualification des faits (hormis le cas de l'atteinte sexuelle) même si les magistrats pouvaient en tenir compte dans les faits afin d'établir les éléments constitutifs de l'infraction. En outre, la loi perdait de sa lisibilité en faisant coexister les délits d'atteinte sexuelle, d'agression sexuelle ainsi que le crime de viol. Cette proximité factuelle pouvait engendrer une correctionnalisation des affaires. Pour rappel, le délit d'atteinte sexuelle interdit à un majeur d'avoir une relation sexuelle avec un mineur de moins de quinze ans¹¹, et ce depuis 1994. Ce délit concurrençait donc le crime de viol qui était plus difficile à qualifier puisqu'il fallait démontrer un acte pénétration sexuelle obtenu par « *violence, contrainte, menace ou surprise* »¹² caractérisant de la sorte l'absence de consentement de la victime.

Nous avons toutes et tous été émus par l'affaire de Seine-et-Marne et l'affaire Julie puisque dans la première, qui concernait une enfant de onze ans, les faits ont été requalifiés en délit d'atteinte sexuelle¹³ et dans la seconde, dont les faits portaient sur une jeune fille de quatorze ans ayant eu des relations sexuelles avec plusieurs pompiers avaient été qualifiés d'atteinte sexuelle et non de viol¹⁴. L'idée de fixer

10 - Article 10 de la loi n°2021-478 du 21 avril 2021 modifiant les articles 7 et 8 du Code de procédure pénale.

11 - Article 227-25 du Code pénal.

12 - Article 222-23 du Code pénal.

13 - Cour d'assises Seine-et-Marne, 7 novembre 2017.

14 - Cass. crim., 17 mars 2021, n° 20-86.318 : *JCP G*, 29 mars 2021, p.351, note J. Gallois ; *D.*, 2021, p.881, note G. Beaussonie.

dans le marbre de la loi un âge de non-consentement était donc particulièrement soutenue et attendue. Le vote de la loi *Schiappa* a cristallisé particulièrement ce débat eu égard aux difficultés juridiques et surtout constitutionnelles. Les effets de seuils et les automaticités ne font pas bon ménage avec le droit pénal et encore moins en matière criminelle. D'un côté, la loi pénale est d'interprétation stricte, et d'un autre, elle doit s'appliquer à une multitude de situations très différentes. L'immense majorité des juristes était contre l'idée d'un seuil d'âge puisqu'il aurait notamment amené à sanctionner des amours adolescents. L'exemple classique qui a été retenu par le Conseil d'État est la relation qui commence entre deux mineurs dont l'un a 14 ans et l'autre 17 ans et demi. L'anniversaire du second amènerait celui-ci à comparaître devant une Cour d'assises du fait de ce seuil automatique.

En tant que législateur, nous n'avons pas voulu courir le risque d'une inconstitutionnalité qui aurait pu avoir de larges conséquences. Nous avons donc inscrit l'âge de 15 ans dans la définition des infractions de viol et d'agression sexuelle pour inviter le juge à le prendre en compte. Pour autant, il ne s'agissait pas d'une automaticité. Cette solution avait donc laissé un goût d'inachevé. C'est la raison principale pour laquelle Marlène Schiappa avait tenu à me confier une mission d'évaluation pour étudier toutes les pistes d'évolutions possibles. J'avais conclu que si la pratique judiciaire avait évolué favorablement en tenant compte de la vulnérabilité des enfants, surtout ceux de moins de quinze ans, il était nécessaire d'aller plus loin en consacrant des infractions autonomes qui fixent des interdits clairs. Les infractions autonomes permettaient alors de contourner ce risque d'inconstitutionnalité lié notamment au mécanisme de présomption.

C'est ainsi que depuis la loi du 21 avril 2021, toute relation entre un majeur et un mineur de moins de quinze ans constitue un viol ou une agression sexuelle, sauf s'il existe un écart d'âge de moins de cinq ans ; et ce, pour protéger ces fameux amours adolescents. Il est important de préciser que cette exception ne joue pas s'il s'agit d'une relation non consentie, puisque dans ce cas, le régime de la loi de 2018 pourra évidemment s'appliquer et il n'y aura donc pas d'impunité.

Un seuil encore plus protecteur a été érigé en cas d'inceste. Le sujet de l'inceste a connu quelques péripéties constitutionnelles. Le sujet était donc particulièrement délicat. Il convient de rappeler qu'avant la loi d'avril 2021, l'inceste a connu beaucoup de difficultés. Surtout, il constituait une simple surqualification pénale et n'emportait donc aucune conséquence sur le plan de la répression. La loi a donc intégré un seuil de non-consentement fixé à dix-huit ans lorsqu'il est commis par un ascendant. Il faut entendre par ascendant aussi bien le père, la mère, les grands-parents, mais aussi tout autre membre de la famille ayant une autorité de droit ou de fait sur le mineur. La définition de l'inceste a été également étendue aux grands-oncles et aux grands-tantes. C'est une avancée considérable en droit français car il est désormais écrit noir sur blanc qu'il est impossible par

exemple pour le père ou le grand-père de se prévaloir du consentement de l'enfant. Enfin, un progrès qui a été salué est que le crime de viol a été modifié pour intégrer les actes buccogénitaux et les pénétrations imposés à la victime sur l'auteur.

Le rôle de la loi est également d'amorcer un changement dans la société. Madame Audrey Darsonville avait souligné lorsque je l'avais auditionnée la vertu expressive de la loi pénale. J'ai écrit dans mon rapport, et je le répète à chaque occasion, qu'une part importante de la lutte contre les violences sexuelles relève de la prévention et de la mobilisation de la société. Je pense que cette affirmation ne peut soulever d'opposition mais la pratique révèle qu'il existe encore de très nombreux obstacles. Dans de nombreuses affaires, dont certaines ont été largement médiatisées, la question de la prescription pénale ne se serait jamais posée si ceux qui savaient avaient agi en temps et en heure. On a longtemps évoqué la libération de la parole mais au-delà de cet obstacle, il arrive trop souvent que les victimes aient parlé sans pour autant avoir été entendues. Le droit pénal a tenté de répondre à cela sur le plan répressif en faisant du silence un potentiel délit lorsque se taire permet à un crime ou un délit de se perpétuer à l'égard d'un mineur¹⁵. La loi *Schiappa* a augmenté le quantum de peine de trois à cinq ans¹⁶ et a reporté le point de départ de prescription de cette infraction à compter du jour où elle prend fin.

Cette infraction ne s'applique cependant pas aux professionnels de santé, et ce, en raison du secret professionnel qui les lie. Toutefois, la loi octroie la possibilité de contourner le secret professionnel afin que ces derniers puissent signaler les mauvais traitements, les sévices ou les violences sexuelles dont ils auraient connaissance. Certains parlementaires souhaitent mettre en œuvre une obligation de signalement à la charge des professionnels de santé. C'est un débat qui est récurrent au Parlement, particulièrement au Sénat mais également à l'Assemblée nationale et à ce jour il a toujours été rejeté. Malgré l'augmentation de la peine du délit de non-dénonciation et l'allongement du délai de prescription, il y a finalement assez peu de condamnations sur ce fondement notamment car il est toujours difficile de qualifier une infraction d'abstention.

Pour autant il serait illusoire de penser que seule la menace d'une sanction pénale, même des années après les faits, peut suffire à amener les témoins et les professionnels à témoigner. Il n'est pas toujours aisé de savoir comment réagir. C'est pourquoi il faut donner à la société civile, mais également aux professionnels, les moyens de pouvoir réagir. Le développement de la prévention, de la détection des victimes, de la formation de tous les professionnels amenés à travailler ou à être en contact avec des enfants doit être renforcé et systématisé. J'ai rencontré à plusieurs reprises des infirmières scolaires qui ont développé de très bonnes

15 - Article 434-3 du Code pénal.

16 - Article 5 de la loi n°2018-703 du 3 août 2018 modifiant l'article 434-3 du Code pénal.

pratiques en la matière. Elles sont souvent un maillon essentiel dans la détection et même l'accompagnement. Le gouvernement a également pris l'engagement de systématiser le dépistage des violences chez les enfants afin de repérer les enfants victimes.

Dans la continuité de ce travail une commission nationale indépendante sur toutes les violences sexuelles subies pendant l'enfance a été mise en place par notre secrétaire d'État et est aujourd'hui présidée par Édouard Durand, juge des enfants au Tribunal de Bobigny et Nathalie Mathieu, Directrice générale de l'association Docteurs Bru spécialisée dans l'accueil des enfants victimes d'inceste. La commission mène actuellement des travaux approfondis à partir de la parole des professionnels et des victimes afin de trouver des solutions concrètes pour améliorer et faire évoluer notre société. Pour cela, elle aura pour objectif à court terme de recueillir ces témoignages par la création d'un numéro d'appel, d'un site internet dédié et d'un questionnaire adapté. Elle a également pour objectif de créer un annuaire en regroupant les coordonnées des offres de soins ainsi que les moyens d'accompagnement social et juridique nécessaires. Cette commission aura aussi pour objectif de faire ressortir des données à la fois qualitatives et quantitatives sur ces violences afin de mieux comprendre leurs mécanismes et leurs évolutions.

Toutes ces avancées vont dans le bon sens. Cependant, je ne crois pas que la loi puisse tout. Si les langues se délient petit à petit, si la loi a évolué, c'est la société civile tout entière qui doit faire sien ce sujet. Pour que cela marche, pour que ces actes indescriptibles disparaissent de notre quotidien, il faut l'engagement et la vigilance de chacun et chacune. Si cet engagement et cette vigilance ont une part d'innée, la part d'acquis est à travailler, à renforcer. Il s'agira en aval de savoir accompagner les victimes et même les auteurs. En amont, l'éducation, la sensibilisation, la formation, la détection des signaux faibles sur ce sujet doivent être présentes en fil rouge tout au long de notre vie et doivent être adaptées à nos métiers, nos engagements associatifs, sportifs et autres. Nous avons toutes et tous un rôle à jouer pour le développement d'une culture de la protection.

Alexandra Louis

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Gillonne Desquesnes

Maître de conférences en sociologie, Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités, Normandie Univ, UNICAEN, CERReV, 14000 Caen, France gillonne.desquesnes@unicaen.fr

Approches sociologiques des violences intrafamiliales envers les enfants : vulnérabilités sociales et relationnelles

Introduction

Le texte qui suit vise à apporter, dans la perspective du sociologue, des éléments de connaissance pour mieux cerner et comprendre le phénomène de violence intrafamiliale envers les enfants, champ de recherche plutôt investigué par les médecins et les psychologues, plus rarement par les chercheurs en sciences sociales. Après avoir procédé, dans un premier temps, à une exploration sémantique des notions de violence et de violence envers les enfants, on évoquera les différents modèles explicatifs de la violence envers les enfants tout en privilégiant l'explication sociologique. Ce modèle, on le sait, s'est particulièrement intéressé aux facteurs sociaux contribuant à l'émergence de la violence, ce qui nous amènera à nous interroger sur le lien entre milieu social et violences envers les mineurs. Enfin, outre le fait de souligner les difficultés des professionnels à nommer et repérer les manifestations de violence dans les familles suivies par les services en protection de l'enfance, on présentera quelques résultats de recherche. Issus d'une étude de cas, ces travaux centrés sur l'analyse des relations sociales permettront de mieux saisir l'émergence de la violence et son lien avec le milieu social.

I. Réflexions préliminaires et données de contexte sur les notions de violence et de violence envers les enfants

Arrêtons-nous d'abord sur la notion de violence, notion élastique, qui renvoie à un phénomène multi causal et multi dimensionnel qu'il est bien difficile de définir.

1. La sémantique de la violence

Comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé¹ dans son rapport de 2002, il existe une multiplicité de formes de violence : violence physique (coups), violence facile à définir car visible, violence psychologique² (dont les formes sont également multiples), plus cachée, ou moins directement perceptible, et enfin violence sexuelle (agressions sexuelles et viols). Cette approche catégorielle selon la nature des actes incriminés est la plus fréquente dans la littérature sur le sujet. Généralement, la violence est définie comme un acte consistant à user de la force (physique ou psychologique) de façon à contraindre un autre. Pour Paul Durning³, les termes de violence et maltraitance sont souvent utilisés comme synonymes. En fait, la maltraitance n'a pas plus que la violence de définition claire : selon une revue de littérature faite par l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) en 2019⁴, ce qui est commun dans la multiplicité des définitions données de la maltraitance dans le cadre d'une approche catégorielle, ce sont aussi les conséquences négatives sur le développement de l'enfant. Quant à la notion d'abus, en français, elle est plutôt utilisée pour faire référence aux violences sexuelles et renvoie, dans un sens proche de la notion d'emprise, au fait de profiter d'une situation de supériorité de l'un pour assujettir l'autre. On ne peut donc que constater la variété d'expressions pour parler de la violence envers les enfants : cela étant, la loi n°2007-293 du 5 mars 2007, a remplacé

1 - OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

2 - Certains auteurs considèrent que la violence psychologique accompagne toutes les autres violences, d'autres estiment que c'est la forme première et fondamentale de maltraitance. Elle peut prendre des aspects divers (rejet, isolement, dénigrement, etc.) - les classifications ne manquent pas - mais cette forme de violence est plus généralement décrite comme un mode relationnel particulier entre un adulte et un enfant ou comme un « climat ».

3 - Durning P., L'évaluation des situations d'enfants maltraités : définitions, enjeux, et méthodes in Durning P., Gabel M. (dir.), *Evaluation(s) des situations de maltraitance, rigueurs et prudence*, Paris, Fleurus, 2002, 15-48, p. 20.

4 - Schom A.-C., Jamet L., Oui A., Maltraitance intrafamiliale envers les enfants : définitions d'une notion équivoque. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2019, 26-27, 514-519. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_1.html

l'expression « enfant maltraité » par celle « d'enfant en danger »⁵. Derrière cette catégorie juridique large, il existe une grande diversité de situations. En effet, tous les enfants en danger ne sont pas des enfants victimes de violence. Ajoutons que la qualification d'enfants en danger comprend également les enfants « en risque » de l'être⁶, autrement dit dont les besoins fondamentaux sont menacés.

2. Sources et données chiffrées

Il est difficile de connaître l'ampleur du phénomène de violence intrafamiliale envers les enfants. Certains chercheurs dressent le constat d'un « désert de chiffres »⁷ et d'un « phénomène mal mesuré »⁸. La Haute autorité de santé (HAS), dans son guide consacré au repérage de la maltraitance chez l'enfant, déclare : « En France, la fréquence de la maltraitance reste méconnue. Les données disponibles sont des données de la protection de l'enfance, de la police et de la gendarmerie nationale et des données des études publiées »⁹. Pour l'ONPE, dont l'une des missions est d'œuvrer à la mise en cohérence des données chiffrées, deux grandes sources de données sont mobilisées pour quantifier les enfants en danger. Amélie Charruault désigne les sources de données administratives comme permettant de mesurer la partie émergée de l'iceberg alors que les enquêtes en population générale permettent d'évaluer la partie immergée¹⁰.

Constituant la première source de renseignements précieux, les études rétrospectives menées en population générale interrogent les personnes sur leur vécu durant l'enfance et l'adolescence. On peut citer l'Enquête Evénements de vie et santé (EVS) menée par la DREES en 2005-2006, l'Enquête Contexte de la sexualité en France réalisée par l'INSERM et l'INED en 2005-2006, l'Enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (menée depuis 2007), l'Enquête longitudinale française depuis l'enfance (ELFE, 2011) et l'enquête Violence et rapports de genre (VIRAGE) menée par l'INED en 2015. Les résultats de l'enquête VIRAGE montrent que 17,6 % des femmes et 12,9 % des hommes, de 20 à 69 ans, déclarent avoir subi au moins une violence psychologique, physique ou sexuelle ayant débuté avant

l'âge de 18 ans dans le cercle familial et proche¹¹. Amélie Charruault rappelle toutefois qu'il n'existe pas en France métropolitaine d'enquêtes exclusivement consacrées au thème des violences intrafamiliales envers les mineurs¹².

Les bases de données des différents services administratifs constituent la seconde source de renseignements ; notons au passage que ces services relèvent de ministères différents. En 2009, des chercheurs¹³ concluaient que dans cette diversité de sources institutionnelles, les unités d'observation sont différentes et que ces bases de données sont finalement difficiles voire impossibles à apparier. Dans son onzième rapport au Gouvernement paru en 2016, l'ONPE¹⁴ souligne la pluralité de dénominations et de définitions qui brouillent la mesure du phénomène de l'enfance en (risque de) danger. L'Observatoire distingue d'une part les données se référant au repérage des enfants en danger (informations préoccupantes (IP) arrivant dans les Cellules de recueil d'informations préoccupantes des Conseils départementaux, crimes et délits enregistrés par la police-gendarmerie, IP de l'Education nationale et du Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) ou 119, données de la Justice) et d'autre part les chiffres ayant trait aux suites données à l'évaluation du danger (autrement dit les enfants bénéficiant d'une prestation ou d'une mesure de protection). En conclusion de son rapport, l'ONPE souligne : « Un grand nombre de données sont certes présentes, mais elles ne portent pas toujours sur le même phénomène, les mêmes populations, les mêmes temporalités (un moment T ou une période), et ne correspondent pas toujours aux mêmes modes de calcul »¹⁵. Amélie Charruault conclut quant à elle que « Le paysage des enquêtes françaises montre combien il est difficile d'avoir une mesure des violences intrafamiliales sur mineur-e-s »¹⁶.

3. Maltraitance envers les enfants : une construction sociale

La violence envers les enfants, dans ou en dehors de la famille, a toujours existé, elle est qualifiée de « phénomène vieux comme le monde » par le pédopsychiatre Emmanuel de Becker¹⁷. Les historiens ont apporté de multiples illustrations de ce phénomène dans leurs travaux, on peut citer les

5 - La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 réintroduit cependant une fois l'expression situation de maltraitance dans l'article L.226-4 du CASF.

6 - Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

7 - Tursz, A., Définitions et approche épidémiologique de la fréquence de la maltraitance en France in Rey-Salmon C., Adamsbaum C., *Maltraitance chez l'enfant*, Cachan, Lavoisier, 2013, 4-9. https://doi.org/10.3917/lav_rey.2013.01.0009

8 - Greco C., Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni, *Ethics, Medicine and Public Health*, 2015, 1, 11-18. www.sciencedirect.com

9 - Haute autorité de santé, Fiche Memo - *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*, Rapport d'élaboration, octobre 2014, p. 10. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

10 - Charruault A., La mesure des violences intrafamiliales sur mineur-e-s. Une comparaison des enquêtes nordaméricaines et françaises, *Revue des politiques sociales et familiales*, 2019, n°133, 37-49.

11 - Charruault A., *L'empreinte des violences familiales sur l'entrée dans la vie adulte des jeunes. Analyse démographique des trajectoires*, INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude, 2021, p.12.

12 - Charruault A., *La mesure des violences intrafamiliales sur mineur-e-s...* op.cit.

13 - Fréchon I., Guyavarch E., Halifax J., France, Etat des lieux de l'enfance en danger, sources et données disponibles, *Santé société et solidarité*, 2009, 1, 39-47.

14 - ONPE, *Enfants en risque de danger, enfants protégés : quelles données chiffrées*, op. cit.

15 - *Ibid.*, p. 154.

16 - Charruault A., *La mesure des violences intrafamiliales sur mineur-e-s...* op.cit., p. 45.

17 - Becker (de) E., Chapelle S., Verheyen C., Facteurs de risque et de protection de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard des enfants, *Perspectives psy*, 2014/3, vol. 53, 211-224, p. 212.

études sur l'inceste au Moyen-Age¹⁸, la représentation de la violence familiale à travers la chronique des faits divers dans le dernier tiers du XIX^e siècle¹⁹, la condition des enfants sans famille, abandonnés et pris en charge par l'Assistance publique au XIX^e siècle²⁰.

Sans remettre en question la réalité de ce phénomène, il apparaît que, depuis une cinquantaine d'années, la notion même de maltraitance ou de violence envers les enfants a connu une évolution sémantique considérable. Le point de départ de l'extension sémantique du concept se trouve dans la grande loi fédérale adoptée aux États Unis en 1974 le *Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA)* qui définit le *child abuse* (traduit en français par l'expression maltraitance) de manière large²¹. Le terme de maltraitance, qui au départ désignait plutôt les violences physiques, s'est petit à petit élargi pour englober d'autres types de violences : les abus sexuels commis sur les enfants, la négligence et la violence psychologique. Le philosophe Ian Hacking qualifie d'ailleurs la notion de métonymie²². Aujourd'hui, dans certains états, l'exposition des enfants à la violence conjugale est considérée comme une maltraitance. Ainsi, peut-on dire que la violence ou la maltraitance envers les enfants est une construction sociale : au fil du temps, des lieux, des sensibilités, la notion a recouvert des réalités différentes. De même, l'historienne Anne-Claude Ambroise Rendu évoque dans l'introduction à l'ouvrage *Dire, décrire et représenter la violence*, une « *labilité diachronique et synchronique* » liée à la notion de violence. Dans d'autres perspectives sociologiques aujourd'hui, des auteurs considèrent la violence envers les enfants comme révélatrice du nouveau rapport à l'enfant²³ ou de nouvelles normes éducatives et de parentalité socialement situées, en particulier spécifiques aux classes moyennes²⁴.

II. Les différents modèles explicatifs de la violence intrafamiliale

Plusieurs approches théoriques²⁵ peuvent être distinguées, l'objet n'est pas ici de les passer toutes en revue, on se contentera de présenter les deux principaux modèles ou paradigmes au sens de Kuhn²⁶. En fait chaque perspective théorique apporte un éclairage sur la violence envers les enfants mais n'aboutit pas à un modèle global de la violence appréhendée dans toutes ses dimensions comme le rappellent Bruno Humbeeck et Jean-Pierre Pourtois²⁷.

1. Le paradigme médico-psychologique

Il s'agit du modèle explicatif le plus mobilisé dans la littérature savante depuis les années 1970. Dans cette approche, qualifiée de « modèle personnaliste » par l'anthropologue Raymond Massé²⁸, la cause principale de la violence à l'égard des enfants dans les familles est recherchée dans les caractéristiques psychologiques ou la personnalité parentale ou bien encore dans le trouble mental dont souffre(nt) le (ou les) parent(s). Les travaux menés dans cette perspective, comme le rappellent Laurence Gavarini et Françoise Petitot²⁹, ont échoué à dresser un profil type ou une catégorie nosographique psychiatrique clairement définie du parent maltraitant (ce que dit aussi Jacques Arveiller³⁰ en évoquant « *l'échec de la psychiatrie* » en matière de compréhension de la maltraitance à enfants). Un des facteurs explicatifs les plus importants dans le cadre de ce paradigme est celui de la maltraitance subie par le parent lui-même au cours de son enfance (reproduction intergénérationnelle) : l'enfant maltraité deviendrait à son tour un parent maltraitant. En France, le pédopsychiatre Léon Kreisler³¹, auteur du chapitre sur les enfants victimes de sévices dans le *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, évoque une « *pathologie du lien qui prend ses racines dans l'histoire infantile des parents* ». La pathologie de

18 - Lett, D., L'inceste père-fille à la fin du Moyen Âge : un crime, un péché de luxure ou un acte consenti ? *Sociétés & Représentations*, 2016, 42, 15-30. <https://doi.org/10.3917/sr.042.0015>

19 - Ambroise-Rendu A.-C., Représentations des violences familiales dans la chronique des faits divers, 1870-1910, *Sociétés et représentations*, CREDHESS Université Paris I, juin 1998, 6, 17-35.

20 - Voir par exemple Jablonka Y., *Ni père, ni mère. Histoire des enfants de l'Assistance publique (1874-1939)*, Paris, Seuil, 2006.

21 - « Child abuse and neglect means the physical or mental injury, sexual abuse, negligent treatment, or maltreatment of a child under the age of eighteen by a person who is responsible for the child's welfare under circumstances which indicate that the child's health or welfare is harmed or threatened » (extrait du CAPTA, cité par Gelles R., *The social construction of child abuse*, *American Journal of orthopsychiatry*, 1975, 45(3), 363-371, p. 365.

22 - Hacking I., *La fabrication d'un genre : le cas de l'enfance maltraitée, in Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?* Paris, La Découverte, 2001, 171-220, p. 207.

23 - Gavarini L., *La Passion de l'enfant*, Paris, Hachette-Denoël, 2001 et Gavarini L., Petitot F., *La Fabrique de l'enfant maltraité. Un nouveau regard sur l'enfant et la famille*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1998.

24 - Schultheis F., Frauenfelder A., Delay C., *Maltraitance. Contribution à une sociologie de l'intolérable*, Paris, L'Harmattan, 2007.

25 - L'approche écologique, dite aussi écosystémique, qui correspond à une approche multidimensionnelle de la maltraitance, centrée sur les rapports de l'individu avec son environnement, encore très mobilisée aujourd'hui, ne sera pas présentée dans le cadre restreint de ce texte.

26 - Kuhn T.S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1972.

27 - Humbeeck B., Pourtois J.-P., Théories et facteurs de présage de la maltraitance in Pourtois J.-P. (dir.), *Blessure d'enfant. La maltraitance : théorie, pratique et intervention*, Bruxelles, DeBoeck Université, 2000, 2^e éd, 41-104.

28 - Massé R., Evaluation critique de la recherche sur l'étiologie des violences envers les enfants, *Santé mentale au Québec*, 1990, 15/2, 107-128, p. 108.

29 - Gavarini L., Petitot F., *La Fabrique de l'enfant maltraité. Un nouveau regard sur l'enfant et la famille*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1998.

30 - Arveiller J., Le syndrome de Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIX^e siècle, *L'évolution psychiatrique*, 2011, 76, 219-243, p. 240.

31 - Kreisler L., Les enfants victimes de sévices, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, tome IV, Paris, PUF, 1997, 3e éd., 2365-2382.

l'attachement³² est aujourd'hui reprise par d'autres auteurs comme la pédiatre et épidémiologiste Anne Tursz³³ qui conçoit la maltraitance comme une maladie chronique grave et un problème de santé publique.

Bref, on retiendra que la violence envers les enfants est un objet qui a très tôt été médicalisé. Avec la publication des travaux de Kempe et son équipe en 1962, Ian Hacking³⁴ conclut que la maltraitance infantile devient un nouveau domaine de connaissance (des faits, des « abuseurs » et des victimes) et que ce savoir est produit par le corps médical.

2. Le modèle sociologique

Pour comprendre la violence envers les enfants, les auteurs se sont centrés sur les caractéristiques du milieu social dans lequel la violence se produit ainsi que sur les conditions de vie ; les premiers travaux datent du début des années 1970. De manière générale les recherches sociologiques sont anciennes et peu nombreuses. C'est principalement la violence physique qui est la plus étudiée. Elle renvoie à l'utilisation intentionnelle (de la part du parent ou de la personne prenant soin de l'enfant), de la force physique afin de blesser, de faire mal à l'enfant. Dans cette perspective, il ne s'agit pas de nier le poids des facteurs psychologiques ou psychiques mais d'affirmer que les actes violents peuvent aussi être influencés par les contraintes et les tensions de l'environnement que subissent les individus sachant que certains groupes sociaux y sont plus exposés que d'autres. L'ambition affichée est « d'aller au-delà de l'approche unicausale du modèle psychopathologique »³⁵. Selon les résultats des recherches déjà anciennes menées par David Gil, la vie des pauvres génère plus d'expériences stressantes, qui constituent des facteurs précipitants de la violence³⁶.

Richard Gelles³⁷, à partir des résultats de deux enquêtes nationales sur la violence familiale menées en 1976 et 1985, conclut que la violence envers l'enfant et spécialement la violence physique grave a plus tendance à se produire dans les foyers avec un revenu situé sous le seuil de pauvreté que dans les autres. A partir des années 1970-1980, les travaux sur les facteurs sociaux et environnementaux associés à la violence envers les enfants sont foisonnants : les recherches montrent des liens avec diverses variables telles que la monoparentalité, la taille de la famille, l'isolement social.

3. Les facteurs sociaux de la maltraitance : le débat qui a divisé la communauté scientifique de l'époque

Une des questions sous-jacentes aux travaux précédemment cités est finalement celle du lien entre la violence envers les enfants et le milieu social ou les classes sociales où elle se produit³⁸. Deux thèses sont en opposition au sein de la communauté scientifique des années 1970-1980 : celle selon laquelle la violence envers les enfants traverse tous les milieux sociaux, plutôt celle du paradigme médico-psychologique, et celle selon laquelle les actes de violence commis envers les enfants se trouvent plus particulièrement dans les milieux démunis, plutôt celle des sociologues et des chercheurs en travail social.

La première thèse est illustrée par cet extrait du chapitre consacré à l'approche thérapeutique des parents dans l'ouvrage de Kempe et Helfer *L'enfant battu et sa famille*. Les psychiatres Steele et Polock affirment ainsi que « *les parents qui maltraitent leurs enfants viennent de tous les horizons, de toutes les catégories socio-économiques et professionnelles* »³⁹. Selon Hacking, d'une certaine manière, en médicalisant le problème, en en faisant une maladie susceptible de toucher toutes les catégories sociales, la question des milieux sociaux où se produit ce phénomène est évacuée, ce qui fait dire au sociologue Michael Robin que « *Defining child abuse as a problem of "troubled persons" is a way of depoliticizing the problem* »⁴⁰.

Une nuance s'impose cependant pour les travaux français de l'époque, le médecin Pierre Straus et son équipe soulignent, à la suite de leur première grande étude

32 - La théorie de l'attachement, dont l'origine remonte aux travaux menés par John Bowlby dans les années 1950, constitue aujourd'hui un des modèles explicatifs de la violence envers les enfants souvent mobilisé, il se centre sur l'importance des interactions précoces de protection et d'amour dans le développement des enfants. Voir par exemple le dossier thématique rédigé par l'ONED à ce sujet : *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*, Dossier thématique coordonné par Savard N., ONED, 2012.

https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf

ou bien encore les Francophonies de l'attachement, tenues à l'université de Caen Normandie en 2018 organisées par le Département du Calvados.

33 - Tursz, A., La maltraitance : essai de définition. *Les Cahiers de la Justice*, 2018, 1(1), 39-46. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0039>

34 - Hacking I., La fabrication d'un genre : le cas de l'enfance maltraitée, *op. cit.* et Hacking I., L'abus sur l'enfant, in *L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Institut Synthélabo, 1998, 91-111.

35 - Gelles R., Child abuse as psychopathology : a sociological critique and reformulation, *American Journal of orthopsychiatry*, 1973, 43 (4), 611-621, p. 612.

36 - Gil D.G., Violence against children, *Journal of marriage and the family*, 1971, 33, 4, 637-648 ; Gil D.G., A sociocultural perspective on physical child abuse, *Child welfare*, 1971, 50, 7, 389-395 ; Gil D.G., Unraveling child abuse, *American journal of orthopsychiatry*, 1975, 45, 3, 346-356. "Poverty, per se, is not a direct cause of child abuse in the home, but operates through an intervening variable, namely, concrete and psychological stress and frustration experienced by individuals in the context of culturally sanctioned use of physical force in child rearing" (Gil D.G., *Unraveling child abuse, op. cit.*, p. 352).

37 - Gelles R.J., Poverty and violence toward children, *American behavioural scientist*, 1992, 35, 3, 258-274.

38 - Desquesnes G., Pauvreté des familles et maltraitance à enfants : un état des lieux de la recherche, une question non tranchée, *Les Sciences de l'éducation. Pour l'Ere nouvelle*, 2011, vol. 44, n° 33, 11-33.

39 - Kempe H.C., Helfer R.E., *L'enfant battu et sa famille : comment leur venir en aide ?* Paris, Editions Fleurus, 1977, p. 20, trad. de : *Helping the battered child and his family*, New-York, Lippincott Company, 1972.

40 - Robin M., The social construction of child abuse and « false allegations », *Child and youth services*, 1991, 15, 2, 1-34, p.4.

épidémiologique menée sur le sujet en France⁴¹, que des conditions d'environnement et des circonstances favorisent les mauvais traitements⁴². La question du milieu social est donc interprétée avec une extrême prudence par les auteurs bien conscients du risque d'étiquetage et de stigmatisation.

Divers travaux dans les années 1970-1990 viennent illustrer la seconde thèse et font état d'une prévalence de la violence envers les enfants plus importante au sein des familles pauvres. Le lien pauvreté/violence physique y est assez clairement affirmé, certains auteurs évoqueront « *a class-linked view of child abuse* »⁴³. Un des principaux défenseurs de ce point de vue est Leroy Pelton⁴⁴ qui récuse l'idée selon laquelle la maltraitance n'est pas liée aux classes sociales. Pour cet auteur, concevoir la maltraitance indépendamment des classes sociales défavorisées dans lesquelles elle se produit est un mythe (*The myth of classlessness*) transmis par les professionnels de la protection de l'enfance. « *Nous n'avons aucune raison d'affirmer que si les foyers de classes moyennes et supérieures étaient plus ouverts à la surveillance, on trouverait proportionnellement autant de cas de maltraitance parmi eux. Les preuves non découvertes ne sont pas des preuves* »⁴⁵. Selon l'auteur, malgré la promulgation de lois de protection de l'enfance et une attention accrue au phénomène, on constate une augmentation des signalements dont le profil socioéconomique des familles n'a pas sensiblement évolué. Enfin, parmi les cas signalés, les plus graves se passent dans les familles les plus pauvres.

En ce qui concerne spécifiquement les violences sexuelles intrafamiliales, les diverses études menées par Finkelhor⁴⁶, chercheur pionnier dans ce domaine, montrent qu'il n'y a pas plus d'abus sexuel dans les classes sociales les plus modestes que dans les classes sociales les plus élevées. Selon l'auteur, dans les études cliniques, les cas se trouvent nettement dans les familles défavorisées et, dans les études rétrospectives, on ne trouve pas plus de cas, ou légèrement plus, de familles « *socialement désavantagées qu'avantagées* » : l'abus sexuel étant selon le sociologue plus facile à détecter et à signaler quand il se produit dans des familles modestes. Les auteurs signalent cependant un certain nombre de limites méthodologiques dans les recherches sur les violences sexuelles : peu d'études longitudinales, des échantillons cliniques souvent de petite taille, des définitions hétérogènes

de la violence et parfois une absence de distinction entre les violences sexuelles intra et extra-familiales.

Dans le courant des années 1990 et celles d'après, le mode d'approche de la violence envers les enfants va changer : dans le cadre de modèles explicatifs plurifactoriels, le milieu social défavorisé va finalement être conçu comme un facteur de risque parmi d'autres. A l'aide de techniques statistiques sophistiquées, des études épidémiologiques ou écologiques s'intéressent à la multitude de facteurs de risque liés à la maltraitance. On étudie alors les facteurs de risque propres à l'enfant (le jeune âge, la prématurité, les troubles du comportement, le handicap présenté par l'enfant, etc.), ceux liés aux parents (jeune âge de la mère, dépression, antécédents de violence subie, milieu social, etc.) et ceux caractérisant l'environnement (revenus moyens du voisinage). Dans certaines recherches, le milieu social des parents apparaît comme un facteur de risque alors que, dans d'autres, ce facteur n'a que peu de poids. Dans tous les cas, on ne sait pas trop comment expliquer le lien.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Les chercheurs contemporains selon Perrine Robin⁴⁷ abordent la maltraitance moins à partir d'une approche basée sur les facteurs de risque mais plutôt à partir de la parentalité et de la bientraitance. La dimension sociale du phénomène de violence envers les enfants demeure mise en avant dans les travaux des sociologues qui basent leurs enquêtes sur les populations suivies par les services de protection de l'enfance comme dans ceux de certains psychologues. Dans la littérature internationale, la question n'est que peu abordée et pas plus tranchée qu'avant. Lisa Bunting et ses collaborateurs⁴⁸, à partir d'une revue de littérature sur les recherches longitudinales, montrent dans une publication récente les liens entre maltraitance dans l'enfance et pauvreté économique à l'âge adulte. Dans un article paru en 2015, Leroy Pelton⁴⁹ revient de nouveau sur le lien entre pauvreté et violence envers les enfants (un fait et non un lien causal précise l'auteur) préconisant une restructuration du système de protection de l'enfance et des moyens pour réduire la pauvreté. En France, la HAS, dans son guide sur la Maltraitance de l'enfant paru en 2014⁵⁰, dit en première page que le phénomène traverse tous les milieux sociaux et conclut un peu plus loin : « *le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue de la maltraitance est diversement apprécié* » en raison du fait que la pauvreté est définie et mesurée différemment.

41 - En 1974, a lieu une vaste enquête sur les enfants maltraités, commandée par la Direction de l'action sociale du Ministère de la santé et formée de deux volets : une étude à Paris sous la direction du médecin Pierre Straus et de son équipe, l'autre à Nancy, sous la direction de Michel Manciaux. (Straus P., Manciaux M., Deschamps G., *Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements (1972-1975)*, CTNERHI, série recherches, n° 2, 2^e trimestre 1978).

42 - Ce point est repris dans la postface de Pierre Straus dans l'ouvrage de Kempe H.C. et Helfer R.E. traduit en français *L'Enfant battu et sa famille...*, op. cit. p. 327.

43 - Parke R.D., Collmer C.W., Child abuse : an interdisciplinary analysis, *Review of child development research*, 1975, 5, 11, 509-590, p. 525.

44 - Pelton L.H., Child abuse and neglect: the myth of classlessness, *American Journal of orthopsychiatry*, 1978, 48, 608-617.

45 - *Ibid.*, p. 610 (notre traduction).

46 - Finkelhor D., Current information on the scope and nature of child abuse, *The future of children, summer/fall*, 1994, 4, 2, 31-53.

47 - Robin P., *L'évaluation de la maltraitance. Comment prendre en compte la perspective de l'enfant*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 48.

48 - Bunting L. et al., The association between child maltreatment and adult poverty – A systematic review of longitudinal research, *Child abuse and neglect*, 2018, 77, 121-133.

49 - Pelton L.H., The continuing role of material factors in child maltreatment and placement, *Child abuse and neglect*, 2015, 41, 30-39.

50 - Haute autorité de santé, *Fiche Memo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*, Rapport d'élaboration, octobre 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

III. Sociabilité et soutien social de la parentalité en danger : des vulnérabilités relationnelles et sociales

Sachant que la violence intrafamiliale envers les enfants est un phénomène relationnel ou d'interactions sociales, nous avons mobilisé un angle d'analyse qui est celui de la sociologie relationnelle⁵¹ pour comprendre les liens sociaux associés à la parentalité en danger.

1. Des situations familiales complexes et difficilement identifiables

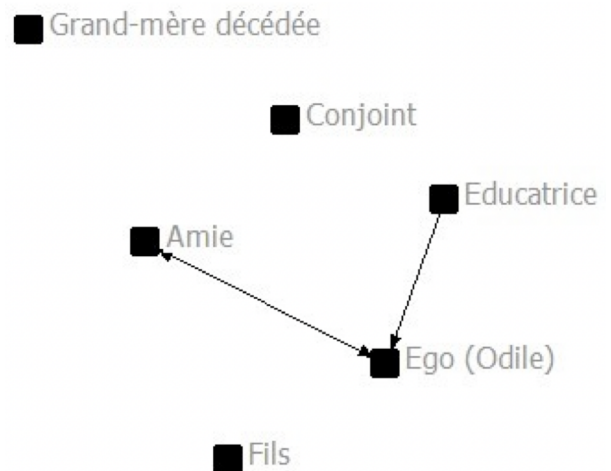
En effet, la forte diversité des situations recouvertes par le terme maltraitance selon les professionnels des services de protection de l'enfance nous amène à utiliser plus globalement l'expression de parentalité en difficulté. Divers travaux ont pu montrer que la maltraitance n'est pas une notion qui va de soi ; elle comprend, dans le discours des professionnels, outre les violences physiques ou sexuelles, le risque (de maltraitance), l'alcoolisme parental, les conséquences pour l'enfant des séparations conjugales, le désengagement du rôle de parent, mais aussi la non-collaboration des familles à l'aide proposée par les services sociaux et cette liste n'est pas exhaustive. Quoique très courante, la violence psychologique est la catégorie la plus difficile à définir pour les professionnels : violence des mots et des paroles, « torpillages relationnels », « promesses jamais tenues », « *tout ce qui vient empêcher un gosse de se construire* ».

Les définitions données des notions de violence, maltraitance, danger, relèvent globalement des catégories floues et subjectives. Les professionnels s'appuient sur des signes, eux-mêmes soutenus par le *feeling*⁵², ils évoquent « leurs antennes » ou bien « leurs clignotants ». Ce sont certains signes relatifs au comportement, geste et parole de l'enfant (« enfant pas assez vêtu », « pâle », « en retrait du groupe », « langage grossier », *etc.*), qui vont amener les professionnels, tout notamment les assistantes sociales de secteur, à se poser des questions sur certaines situations familiales et à avoir des doutes. A partir de ces signes pluriels et associés, parfois polysémiques, validés collectivement, les travailleurs sociaux mettent en œuvre une inférence causale sur le comportement des parents. « *Phénomène faussement évident* »⁵³, complexe, la maltraitance incarne finalement ce qui est pensé aujourd'hui comme intolérable dans les relations et les pratiques d'éducation des enfants⁵⁴.

2. Structure de liens disloquée et violence

A partir du matériau récolté en entretiens de recherche auprès de mères et quelque fois de pères suivis par les services de protection de l'enfance⁵⁵, nous avons pu reconstituer les configurations relationnelles associées aux situations familiales décrites comme maltraitantes. Les configurations relationnelles les plus nombreuses sont celles que nous avons qualifiées de disloquées. L'expression configuration relationnelle ou réseau personnel désigne le tissu social dans lequel une personne est insérée ou bien encore l'ensemble des relations qu'un individu entretient avec d'autres : parenté, amis, voisins, collègues, *etc.* Ces relations sont pourvoyeuses de ressources ou soutien social. Considéré dans la littérature comme un facteur primordial pour aider les individus à faire face à un évènement de vie, le soutien social, concept multidimensionnel, assure de multiples fonctions (soutien affectif, conseils, aide matérielle, renforcement de l'estime de soi, modèle de comportement). Selon Coohy⁵⁶, avoir un réseau familial fort et étendu assure à l'individu tous les soutiens dont il a besoin. Prenons l'exemple du réseau personnel d'Odile, parangon de la catégorie de réseaux disloqués.

Graphique représentant les liens de soutien émotionnel dans le réseau personnel d'Odile



Lecture : les individus sont les carrés et les flèches représentent le sens des relations

Odile est une femme de 39 ans, qui vit seule avec son fils de 13 ans, ce dernier rentre au domicile après une mesure

51 - Bidart C., Degenne A., Grossetti M., La vie en réseau. *Dynamique des relations sociales*, Paris, PUF, 2011.

52 - Gavarini L., Petitot F., *La Fabrique de l'enfant maltraité. Un nouveau regard sur l'enfant et la famille*, op.cit.

53 - Schultheis F. et al., *Maltraitance. Contribution à une sociologie de l'intolérable*, op. cit.

54 - *Ibid.*

55 - Desquesnes G., Beynier D., De quelques représentations de la maltraitance envers les enfants chez les professionnels impliqués dans la protection de l'enfance, in Caillaud H., Roger A. (dir.), *Dire, (d') écrire et représenter la violence. Approche pluridisciplinaire d'un concept*, Presses universitaires de Limoges, Limoges, 2017, 25- 36 et Desquesnes G., Beynier D., Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes, *La Revue internationale de l'éducation familiale*, 2012, n° 31, 97-121.

56 - Coohy C., The relationship between mothers' social networks and severe domestic violence : a test of the social isolation hypothesis, *Violence and victims*, 2007, 22, 4, 503-512 et Coohy C., The role of friends, in-laws, and other kin in father-perpetrated child physical abuse, *Child welfare*, 2000, 79, 4, 373-402.

de placement, il bénéficie d'une mesure d'aide éducative en milieu ouvert renforcée. Cette situation familiale nous a été présentée comme une situation avec de la violence physique, psychologique et de la négligence. Odile a elle-même été placée durant son adolescence à la suite de violences physiques. Vivant actuellement d'allocations d'assistance, Odile enchaîne les petits contrats. Elle a un parcours matrimonial chaotique, parsemé de nombreuses disputes conjugales violentes et alcoolisées, Odile déclare un vécu de dépression et se sentir seule.

Le réseau de liens forts d'Odile (liens qui comptent) contient cinq personnes importantes (dont une décédée, la propre mère d'Odile), il est donc de petite taille et de forme désunie, Odile reçoit du soutien émotionnel (réconfort moral) de son éducatrice et de son amie (avec qui les liens sont réciproques). Elle est aussi fâchée avec un nombre important de personnes de sa parentèle.

Les réseaux disloqués sont caractérisés par très peu de liens forts, des ruptures de relations, la présence d'intervenants sociaux, ils témoignent ainsi de l'histoire personnelle chaotique et perturbée, de placements et/ou d'abandons. Très démunis, ces réseaux traduisent l'isolement et le dénuement relationnel extrême dans lesquels se trouve *ego*.

Le lecteur est frappé par l'absence de soutien social émanant de la famille d'Odile ainsi que de son conjoint avec qui les conflits sont nombreux (Widmer et al évoquent à ce sujet un « *déficit de conjugalité* », le plus souvent le conjoint est choisi « *en miroir négatif* »⁵⁷). Le soutien social fourni par le réseau ne peut compenser tous les effets de ces désavantages et contraintes accumulées tout au long de la vie.

Si l'on reprend la grille d'analyse de l'espace social de Robert Castel⁵⁸, qui croise deux axes : insertion professionnelle/non-insertion professionnelle et insertion/non-insertion socio-familiale identifiant ainsi quatre modalités d'existence des individus, la zone croisant précarité du travail et fragilité des relations familiales et sociales s'appelle la vulnérabilité sociale. C'est bien ce concept qui permet alors de saisir la relation entre la violence et le milieu social, autrement dit le décrochage sur l'axe de l'emploi et celui de l'intégration socio-familiale donc du soutien familial qui constitue la forme élémentaire de solidarité⁵⁹. C'est le cumul des diverses vulnérabilités (y compris psychologiques ou psychiques) ancré dans les trajectoires personnelles et dont le réseau personnel porte les traces qui est susceptible d'expliquer la parentalité en difficulté.

Gillonne Desquesnes

57 - Coppel M., Dumaret A.-C., *Que sont-ils devenus ? Analyse d'un placement familial spécialisé*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1995.

58 - Castel R., *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Folio-Gallimard, 2000.

59 - Paugam S., *La Disqualification sociale*, Paris, PUF, collection Quadrige, 2006, 3^{ème} éd.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Alice Barbier¹

Médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale
Doctorante en santé publique

Thomas Lefèvre^{1,2}

Médecin légiste, Maître de conférences à l'Université Sorbonne Paris Nord

Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale

Introduction

L'estimation de la prévalence de la violence conjugale est complexe, notamment en raison d'une divulgation partielle des faits par les personnes qui en sont victimes, que ce soit à un tiers de la vie courante, ou même au chercheur. En France, ces 25 dernières années, la prévalence de la violence conjugale a été estimée par plusieurs enquêtes. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (EnVeFF) a été réalisée par téléphone en 2000³. Cette étude montrait qu'au cours de l'année, 10 % des femmes avaient fait état de violence psychologique, physique, ou sexuelle par un ex-partenaire ou le partenaire actuel. Les femmes divorcées, âgées de moins de 25 ans, au chômage, cadres ou étudiantes étaient celles qui rapportaient le plus de violence

1- Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux UMR8156 - U997 CNRS - EHESS - Inserm - Université Sorbonne Paris Nord.

2- Service de médecine légale et médecine sociale - Hôpital Jean-Verdier - AP-HP - Bondy.

3- Santé Publique France. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [en ligne]. 2005 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-lenquete-enveff-2000>

conjugale. En 2015, l'enquête Violences et rapports de genre (Virage), a été réalisée au téléphone également⁴. Ce sont 6 % des femmes de l'enquête qui rapportaient avoir été victimes de violence physique, sexuelle, ou psychologique plus ou moins répétée de la part de leur partenaire au cours de leur vie en dehors des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, chaque année depuis 2007, les enquêtes Cadre de vie et sécurité permettent d'estimer la prévalence des faits de violence physique ou sexuelle perpétrés par un partenaire ex ou actuel en population générale⁵. Entre 2011 et 2018, 0.9 % des femmes interrogées y avaient déclaré avoir été victimes de violence conjugale. Les plus exposées étaient les femmes de moins de 40 ans, cohabitant avec leur partenaire, et celles dont le partenaire pouvait être sous l'emprise de l'alcool ou d'autres substances psychoactives. D'après l'enquête, 27 % des victimes s'étaient déplacées au commissariat ou à la gendarmerie⁶. Elles ne sont que 16 % à l'avoir fait lorsqu'elles habitaient avec leur conjoint violent. En revanche, 22 % d'entre elles avaient consulté un médecin.

En 2012, la European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) réalisait également la Violence against women EU-wide survey (VAWS), une enquête réalisée dans les 28 pays de l'Union européenne dont la France⁷. C'est à ce jour la plus vaste enquête explorant le plus systématiquement et précisément les violences faites aux femmes, dont les violences conjugales. D'une part, les mesures similaires et concomitantes de la violence conjugale rendent possible une comparaison entre pays. D'autre part, le nombre important de caractéristiques des femmes de l'enquête mais aussi de leur partenaire rendent possible une analyse détaillée des déterminants potentiels de la violence conjugale. Enfin, des données sur la divulgation des faits de violence conjugale à un tiers par les femmes permettent d'explorer entre autres tiers la place des professionnels de santé en tant qu'interlocuteurs possibles pour les victimes de violence conjugale. Encore à ce jour, la formation des professionnels

4- Institut national d'études démographiques. Enquête Violences et rapports de genre [en ligne]. 2021 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <https://virage.site.ined.fr/>

5- Institut national de la statistique et des études économiques. Enquête de victimation - cadre de vie et sécurité [en ligne]. 2021 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1278>

6- Ministère de l'Intérieur. Info rapide n°15 : Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2019 [en ligne]. 2020 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Info-rapide/Info-rapide-n-15-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2019>

7- European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report [en ligne]. 2014 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>

de santé portant sur ces violences et leurs liens à la santé des consultants restent très limités. Par ailleurs, de nombreux facteurs influencent probablement la divulgation ou non des faits de violence conjugale par les femmes, y compris en centre médical spécialisé. Par exemple, la formation des médecins légistes, très hétérogène, ou la standardisation minimale des entretiens ou du recueil d'informations spécifiques aux situations de violence conjugale à l'occasion des consultations en unité médico-judiciaire (UMJ) peuvent influencer la rédaction des certificats médicaux.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'estimer la prévalence de la violence conjugale au cours de la vie chez les femmes françaises en population générale, grâce aux données de la VAWS recueillies par la FRA. Nous avons considéré la violence conjugale dans ses dimensions physique, sexuelle, et psychologique.

Les objectifs secondaires étaient : i) la recherche des facteurs associés avec les violences déclarées : nous avons analysé les 27 facteurs disponibles de la VAWS dans les champs démographiques, socioéconomiques et relatifs à la santé chez les femmes et chez leur partenaire lorsqu'elles en avaient un de façon à savoir lesquels étaient associés à plus de violence conjugale ; ii) la prévalence de la divulgation de ces violences auprès de différents interlocuteurs ; nous avons estimé le nombre de femmes se déclarant victimes de violence conjugale ayant divulgué au moins un de ces faits de violence conjugale. Le cas échéant, nous avons pu identifier les différents interlocuteurs ; iii) la comparaison en termes de prévalence des types de violence conjugale entre population générale et population ayant consulté en médecine légale ; nous avons analysé plusieurs facteurs qui pouvaient influencer le recueil des différents types de violence conjugale en consultation spécialisée.

Méthodes

Concernant la VAWS, le recueil des données a été fait en 2012 par des enquêtrices de la FRA, spécialement formées en méthodologie de sélection aléatoire et sur la thématique de la violence⁸. Elles ont réalisé 42002 entretiens menés au domicile des femmes interrogées. Celles-ci devaient être âgées de 14 à 74 ans. En France, c'est 1418 femmes habitant en France et parlant français qui ont été interrogées. Les analyses que nous avons réalisées n'ont concerné que les femmes en couple ou ayant déjà été en couple, que nous avons considérées susceptibles d'être exposées à une manifestation de violence conjugale. Nous avons défini la

violence conjugale comme toute réponse positive à au moins une question relative à la violence physique, sexuelle, ou psychologique perpétrée par l'ex-partenaire ou le partenaire actuel, au cours de leur vie entière. Pour identifier à quelle catégorie les faits de violence déclarés appartenaient, nous avons utilisé la définition de la violence conjugale de l'OMS⁹. Quand cette définition n'était pas suffisamment précise, nous avons utilisé celle plus détaillée du Center for Disease Control and Prevention¹⁰. Les mesures statistiques d'associations entre facteurs et violence conjugale ont été obtenues par des régressions logistiques pondérées via le logiciel R[®].

Les données du service de médecine légale et sociale de l'hôpital Jean Verdier à Bondy (AP-HP) ont permis de visualiser rétrospectivement les différentes formes de violence conjugale recueillies dans tous les certificats établis pour violence conjugale physique, sexuelle, ou psychologique au cours de l'année 2017 à l'occasion de la consultation d'un médecin légiste par les victimes. Ces certificats concernaient aussi bien des femmes que des hommes, majeurs ou mineurs. Les personnes étaient incluses, qu'elles aient été reçues sur réquisition ou non – c'est-à-dire, qu'elles aient déposé plainte préalablement à la consultation ou non. La formation des médecins légistes étant très hétérogène, il a été décidé en 2016 d'introduire un recueil (un guide d'entretien) spécifique et standardisé pour les consultations pour violence conjugale. Ce recueil a pris la forme d'une maquette unique de certificat médical à communiquer aux autorités requérantes (dans le cas d'une plainte), ou à la victime (dans le cas d'une consultation hors réquisition). La description des violences conjugales apparaissant dans les certificats établis entre 2015 et 2017 a pu être comparée en fonction du genre, de l'âge et de la formation initiale du médecin examinateur, ainsi qu'en fonction d'une standardisation des informations recueillies et spécifiques des violences conjugales.

Résultats

Description de la population des femmes interrogées en France.

En France, la majorité des femmes de la VAWS avaient un travail rémunéré, un statut employé, étaient de nationalité française, vivaient en milieu urbain, étaient mariées ou passées, avaient des enfants, et cohabitaient avec leur partenaire (**Tableau 1**). La plupart d'entre elles percevaient leur santé comme bonne.

9 - World Health Organisation. Intimate partner violence [en ligne]. 2021 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_36/en/

10 - Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements [en ligne]. 2015 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31292>

8 - European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey - Survey methodology, sample and fieldwork. Technical report [en ligne]. 2014 [consulté le 3 août 2021]. Disponible sur : <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-survey-methodology-sample-and-fieldwork>

Description de leur partenaire lorsqu'elles en avaient un.

Lorsqu'elles étaient en couple au moment de la VAWS, la plupart des femmes déclaraient que leur partenaire avait un niveau d'études secondaires, un travail rémunéré, des revenus supérieurs par rapport à elles, et qu'ils étaient ivres moins de deux fois par mois (**Tableau 2**).

Prévalence de la violence conjugale vie entière déclarée par les femmes en France.

En France, 57.2 % des femmes interrogées dans la VAWS ont déclaré avoir subi au moins un fait de violence physique, sexuelle, ou psychologique de la part d'un ex-partenaire ou de leur partenaire actuel au cours de leur vie (**Tableau 3**). Que l'auteur soit un ex-partenaire ou le partenaire actuel, ce sont les faits de violence psychologique qui ont été déclarés le plus fréquemment. D'autre part, que la violence ait été physique, sexuelle ou psychologique, les femmes déclaraient plus souvent que l'auteur était un ex-partenaire plutôt que leur partenaire actuel. La forme isolée de violence conjugale la plus fréquemment déclarée par les femmes était la violence psychologique et 7.5 % des femmes déclaraient avoir subi les trois formes de violences conjugales (**Tableau 4**).

Comparaison des prévalences de violence conjugale en France et dans l'Union européenne.

Qu'il s'agisse de violence physique, sexuelle, ou psychologique, les femmes françaises déclaraient plus de violence conjugale par rapport aux pays de l'Union européenne dans son ensemble (**Tableau 5**). La différence la plus grande concernait la violence psychologique.

Facteurs sociodémographiques et relatifs à la santé.

Lorsque les femmes de la VAWS déclaraient avoir été victimes de violence conjugale au cours de leur vie, elles avaient significativement plus souvent un emploi dans l'année ou étaient plus souvent étudiantes, et avaient plus souvent un parent immigré (**Tableau 1**). Elles percevaient leur santé comme significativement plus mauvaise, et déclaraient significativement plus souvent une limitation d'activité et avoir été victimes de violence avant l'âge de 15 ans, dans le cadre familial ou en dehors.

Facteurs relatifs au ménage et au partenaire.

Lorsque les femmes de la VAWS déclaraient avoir été victimes de violence conjugale au cours de leur vie, elles étaient significativement plus souvent séparées, divorcées, ou veuves. Lorsqu'elles en avaient un, elles déclaraient que leur partenaire était significativement plus souvent au foyer ou sans emploi et violent en dehors de la famille (**Tableau 2**).

Divulgarion des violences conjugales en France

Parmi les 811 femmes françaises ayant déclaré avoir été victimes de violence conjugale, 257 (soit 31.7 %) ont divulgué à quelqu'un un ou plusieurs faits de violence conjugale. Lorsque les faits étaient divulgués à un professionnel, il s'agissait d'un médecin dans la plupart des cas (**Tableau 6**).

Comparaison des types de violence conjugale déclarés en France au cours de la Violence against women EU-wide Survey et constatés dans une unité médico-judiciaire d'Île-de-France.

Alors que près de la moitié des femmes françaises déclaraient des faits de violence physique dans la VAWS, c'est près de la totalité des consultations pour violence conjugale en UMJ qui faisaient état de violence physique (**Tableau 7**). Concernant la violence sexuelle et la violence psychologique, il n'existait pas de différence significative entre les violences conjugales déclarées par les femmes en population générale et celles divulguées en UMJ.

Caractéristiques des médecins recueillant des violences conjugales dans une unité médico-judiciaire d'Île-de-France.

Les faits de violence sexuelle étaient plus souvent recueillis dans des certificats établis par des médecins de formation initiale en médecine légale ou âgés de moins de 45 ans (**Tableau 8**). Il n'existait pas de différence significative pour les autres types de violence conjugale ni en fonction du genre femme ou homme du médecin établissant le certificat.

Intérêt d'une standardisation du recueil des violences conjugales en unité médico-judiciaire

La standardisation du recueil des violences conjugales a fait significativement augmenter le recueil des violences conjugales sexuelles et psychologiques (**Tableau 9**).

Discussion

En population générale, selon l'étude européenne VAWS menée en 2012, près d'une femme française sur deux a déclaré avoir été victime de violence de la part de son partenaire ou ex-partenaire au moins une fois au cours de sa vie. Le caractère multidimensionnel est essentiel à prendre en compte dans la mesure de la violence conjugale. La dimension psychologique en particulier est souvent négligée dans les études, bien qu'étant la plus fréquemment rapportée. Il est probable que les femmes aient sous-déclaré les faits de violence conjugale notamment dans le cas des femmes les plus âgées. En effet dans la VAWS, la violence conjugale vie entière ne peut que se cumuler alors que nous ne retrouvons pas d'association positive entre l'âge et la violence conjugale. Les interventions auprès des femmes et hommes jeunes semblent néanmoins légitimes pour réduire

la violence conjugale. Les femmes non mariées et victimes de violence avant l'âge de 15 semblent être les plus à risque. De la même façon, les femmes ayant un partenaire violent en dehors de la famille et fréquemment ivre semblent également plus à risque de subir des violences conjugales. Les facteurs associés sont à l'évidence multiples, relèvent des caractéristiques de la victime mais aussi de l'auteur. Les caractéristiques socioéconomiques et les expositions antérieures à la violence semblent avoir un impact particulièrement important. Les femmes déclarant de la violence conjugale présentent également un moins bon état de santé.

Concernant la divulgation des faits à un tiers, un peu moins d'un tiers des victimes fera part des violences vécues à un interlocuteur quel qu'il soit. L'entourage proche reste celui le plus souvent mobilisé ; en dehors de celui-ci, les victimes sollicitent majoritairement des professionnels de santé. Néanmoins, ce type de divulgation demeure de l'ordre de 12 %, que l'on peut comparer avec les 10% de plaintes déposées par les victimes de viol en France. Le professionnel de santé apparaît en conséquence comme un acteur non négligeable dans le processus de révélation des violences par la victime. Ainsi, il paraît légitime d'inciter à une meilleure sensibilisation des professionnels de santé, aussi bien pour le dépistage des situations de violence, que pour améliorer leurs compétences en matière d'écoute, de recueil des informations pertinentes, et d'orientation des consultantes. Les liens entre violences et santé, qui peuvent être bidirectionnels, encore parcellaires à ce jour, sont également un argument supplémentaire pour une meilleure formation et disponibilité des professionnels de santé vis-à-vis de ces situations : le rôle attendu ne doit pas être seulement du domaine du constat d'éventuelles lésions physiques, mais doit également intégrer l'existence de violences dans la démarche de soins, par exemple au titre de facteurs de risque d'un état de santé dégradé ou de pathologies associées.

Comme nous le voyons ici quand on s'intéresse aux formes cumulées de violences conjugales – physiques, psychologiques et sexuelles pour se limiter à celles-ci ; il faudrait y ajouter d'autres, comme les violences administratives ou économiques – envisager les violences conjugales uniquement sous l'angle d'une plainte spécifique qui serait par exemple axée sur la déclaration ou la recherche de violences physiques, n'a pas de sens. Quand il existe un type de violence, il s'y en associe en général au moins un autre. Ce défaut de documentation des différentes formes de violences vécues est d'autant plus gênant s'il se produit à l'occasion d'une consultation de médecine légale, dont un des objectifs est précisément de recueillir et décrire au mieux les situations de violences dont leur pluralité de présentation et leur historicité. Trois raisons peuvent expliquer la sous-documentation des faits de violence conjugale dans les certificats établis en UMJ. Premièrement, les victimes peuvent ne pas répondre à une question. Deuxièmement, elles peuvent demander que certaines informations ne fassent pas partie du certificat final. Enfin, troisièmement, le médecin

légiste peut ne pas avoir posé la question appropriée. Ne pas avoir posé la question appropriée peut être relié à des profils de formation historiquement très hétérogènes en médecine légale, mais aussi par une représentation du métier même de légiste très variable d'un médecin à l'autre. En particulier, un certain nombre de médecins légistes conçoivent avant tout leur métier comme un métier de constat, et de données qu'ils peuvent constater eux-mêmes et objectiver. À ce titre, les violences psychologiques, ou l'évaluation du retentissement psychologique des violences peuvent être fréquemment perçues comme sortant de la mission du légiste. Néanmoins, le frein à une sous-documentation des types de violences liée au médecin semble pouvoir être significativement levé par la standardisation du certificat médical et donc du guide d'entretien spécifique aux consultations pour violence conjugale, en particulier pour les faits de violence conjugale psychologique et sexuelle. La mise en place de lignes directrices pourrait contribuer à rendre plus visibles certaines formes de violence conjugale, en particulier la violence psychologique qui est aussi la plus fréquente. Cette amélioration du repérage médical des violences conjugales semble primordiale tant du point de vue épidémiologique que du point de vue de la prise en charge médicale et judiciaire. Ces dernières devraient être à la hauteur de l'ampleur du phénomène. La mise en place de lignes directrices pour d'autres spécialités médicales telles que l'obstétrique, la médecine d'urgence et la médecine générale améliorerait elle aussi probablement la considération et la prise en charge des violences conjugales.

Alice Barbier & Thomas Lefèvre

Tableau 1 Caractéristiques des femmes ayant déjà été en couple en France et associations avec la violence conjugale physique, sexuelle ou psychologique

	N=1418	(%)	OR	[IC95%]
Âge				
DM (N=1)				
18-29	253	(17.8)	Ref	
30-39	296	(20.9)	0.67	[0.45-1.00]
40-49	295	(20.8)	0.49	[0.32-0.75]
50-59	275	(19.4)	0.46	[0.31-0.67]
≥ 60	298	(21.0)	0.43	[0.29-0.63]
Niveau d'études				
DM (N=0)				
Primaire	567	(40.0)	Ref	
Secondaire	476	(33.6)	1.18	[0.89-1.56]
Tertiaire	375	(26.5)	1.24	[0.95-1.61]
Statut professionnel				
DM (N=0)				
Travail rémunéré	817	(57.6)	Ref	
Retraitée	264	(18.6)	0.82	[0.62-1.09]
Femme au foyer	105	(7.4)	0.79	[0.52-1.22]
Étudiante, en formation	76	(5.3)	2.66	[1.31-5.40]
Sans emploi	116	(8.2)	1.46	[0.93-2.30]
Autre	40	(2.8)	1.79	[0.92-3.49]
Emploi au cours des 12 derniers mois	171	(12.1)	1.79	[1.25-2.56]
DM (N=823)				
Type d'emploi				
DM (N=1)				
Employée	718	(50.7)	Ref	
Agricultrice ou pêcheuse	23	(1.6)	0.57	[0.24-1.32]
Profession intellectuelle supérieure	31	(2.2)	1.26	[0.59-2.67]
Auto-entrepreneuse	70	(4.9)	1.37	[0.82-2.30]
Manageuse	366	(25.8)	0.89	[0.70-1.14]
Travail manuel / serveuse	150	(10.6)	1.19	[0.83-1.71]
Jamais de travail rémunéré	58	(4.1)	0.67	[0.35-1.30]
Citoyenne	1383	(97.6)	0.73	[0.32-1.68]
DM (N=0)				
Au moins un parent immigré	210	(14.8)	1.51	[1.13-2.03]
DM (N=67)				
Milieu de résidence				
DM (N=3)				

Urbain	843	(59.4)	Ref	
Rural	572	(40.4)	0.68	[0.54-0.86]
Marriée ou pacsée	939	(66.2)	0.45	[0.35-0.58]
DM (N=3)				
Cohabitation avec le partenaire	929	(65.5)	0.43	[0.32-0.56]
DM (N=124)				
Enfants			0.30	[0.21-0.43]
DM (N=1)	1120	(79.0)		
Nombre de personnes vivant au domicile				
Moins de 18 ans				
DM (N=9)				
0	739	(52.1)	Ref	
1	268	(18.9)	1.35	[0.99-1.82]
2 ou plus	401	(28.3)	0.86	[0.67-1.11]
18 ans et plus				
DM (N=7)				
1	214	(15.1)	Ref	
2 ou plus	1197	(84.4)	0.58	[0.42-0.79]
Dernière relation				
DM (N=102)				
Aucune	497	(35.1)	Ref	
Séparation, divorce	736	(51.9)	4.89	[3.89-6.14]
Veuvage	83	(5.8)	1.59	[1.00-2.53]
Santé perçue				
DM (N=0)				
Bonne	1095	(77.3)	Ref	
Moyenne	265	(18.7)	1.26	[0.97-1.64]
Mauvaise	57	(4.0)	2.79	[1.45-5.35]
Limitation d'activité	221	(15.6)	1.44	[1.09-1.89]
DM (N=1)				
Handicap perçu	72	(5.1)	1.03	[0.64-1.66]
DM (N=1202)				
Violence avant l'âge de 15 ans	679	(47.9)	2.01	[1.59-2.55]
DM (N=8)				
Violence familiale avant l'âge de 15 ans	542	(38.2)	1.95	[1.55-2.46]
DM (N=10)				

Source. FRA Violence Against Women Survey dataset, 2012.

VC = violence conjugale. OR = odds ratio. IC = intervalle de confiance. DM = données manquantes.

La population victime de violence conjugale est comparée à la population non victime de violence conjugale pour chaque variable (par exemple l'âge) et les résultats sont donnés par des OR.

Pour chaque variable, la catégorie de référence est indiquée par «Réf» (par exemple, pour l'âge, la classe d'âge des 18-29 ans est la catégorie de référence pour l'OR).

Lorsqu'elle n'est pas spécifiée, «Non» est utilisée comme référence.

OR calculés avec des modèles de régression logistique bivariable.

DM considérés comme une catégorie.

Tableau 2 Caractéristiques des partenaires des femmes en couple en France et associations avec la violence conjugale physique, sexuelle ou psychologique

	N=1054	(%)	OR	[IC95%]
Âge				
DM (N=40)				
18-29	99	(9.4)	Ref	
30-39	215	(20.4)	0.33	[0.18-0.61]
40-49	226	(21.4)	0.27	[0.15-0.47]
50-59	215	(20.4)	0.21	[0.12-0.39]
≥ 60	261	(24.7)	0.39	[0.23-0.67]
Niveau d'études				
DM (N=43)				
Primaire	77	(7.3)	Ref	
Secondaire	689	(65.4)	0.82	[0.51-1.32]
Tertiaire	245	(23.3)	0.75	[0.45-1.27]
Statut professionnel				
DM (N=38)				
Travail rémunéré	687	(65.2)	Ref	
Retraité	250	(23.7)	1.21	[0.92-1.59]
Homme au foyer	31	(3.0)	2.30	[1.14-4.62]
Étudiant, en formation	27	(2.6)	1.60	[0.52-4.96]
Autre	21	(2.0)	0.64	[0.21-1.97]
Type d'emploi				
DM (N=46)				
Employé	156	(14.8)	Ref	
Agriculteur ou pêcheur	34	(3.2)	0.91	[0.40-2.06]
Profession intellectuelle supérieure	30	(2.8)	1.55	[0.65-3.68]
Auto-entrepreneur, n'a jamais travaillé	115	(10.9)	0.86	[0.48-1.52]
Manager	385	(36.5)	0.80	[0.51-1.24]
Cadre	26	(2.4)	0.97	[0.36-2.60]
Ouvrier / serveur	263	(25.0)	0.95	[0.61-1.48]
Ivresse				

DM (N=39)				
Moins de deux fois par mois	995	(94.4)	Ref	
De hebdomadaire à quotidienne	19	(1.8)	2.71	[0.85-8.65]
Violence en dehors de la famille	123	(11.6)	2.13	[1.44-3.15]
DM (N=40)				
Revenus				
DM (N=64)				
Similaires à la femme	203	(19.3)	Ref	
Plus que la femme	613	(58.2)	1.34	[0.95-1.91]
Moins que la femme	173	(16.5)	1.35	[0.90-2.04]
Durée de la relation avec la femme				
DM (N=41)				
< 10 ans	264	(25.1)	Ref	
11 - 20 ans	249	(23.7)	0.46	[0.33-0.65]
21 - 30 ans	184	(17.5)	0.48	[0.32-0.71]
> 30 ans	316	(30.0)	0.56	[0.41-0.77]

Source. FRA Violence Against Women Survey dataset, 2012.

VC = violence conjugale. OR = odds ratio. IC = intervalle de confiance. DM = données manquantes.

La population des partenaires actuels auteurs de violence conjugale est comparée à la population de partenaires actuels non auteurs de violence conjugale pour chaque variable (par exemple l'âge) et les résultats sont donnés par des OR.

Pour chaque variable, la catégorie de référence est indiquée par «Réf» (par exemple pour l'âge, la classe d'âge 18-29 ans est la catégorie de référence pour l'OR).

Lorsqu'il n'est pas spécifié, «Non» est utilisé comme référence.

OR calculé avec des modèles de régression logistique bivariable.

DM considérées comme une catégorie.

Tableau 3 Prévalence de la violence conjugale physique, sexuelle, psychologique au cours de la vie, perpétrée par le partenaire ex ou actuel en France

	Partenaire actuel			Ex partenaire			Partenaire ex ou actuel		
	N=1054	(%)	(CI95%)	N=916	(%)	(CI95%)	N=1418	(%)	(CI95%)
VC physique	105	(9.9)	(8.2-11.8)	262	(28.6)	(25.7-31.5)	348	(24.6)	(22.3-26.8)
VC sexuelle	22	(2.1)	(1.2-3.0)	116	(12.6)	(10.5-14.8)	135	(9.5)	(8.0-11.0)
VC psychologique	401	(38.0)	(35.1-41.0)	534	(58.3)	(55.1-61.5)	789	(55.6)	(53.1-58.2)
VC physique, sexuelle, psychologique	411	(39.0)	(36.0-41.9)	547	(59.7)	(56.5-62.9)	811	(57.2)	(54.6-59.8)

Source. FRA Violence Against Women Survey dataset, 2012.

VC = violence conjugale. IC = intervalle de confiance. DM = données manquantes.

Tableau 4 Prévalence vie entière des combinaisons des différents types de violence conjugale déclarée par les femmes ayant déjà été en couple en France

	VC physique		VC sexuelle		VC psychologique	
	N=1418	(%)	N=1418	(%)	N=1418	(%)
VC physique	19	(1.3)	11	(0.8)	221	(15.6)
VC sexuelle			2	(0.1)	26	(1.8)
VC psychologique					435	(30.7)
	N=1418	(%)				
VC physique, sexuelle et psychologique	106	(7.5)				

Source. FRA Violence Against Women Survey dataset, 2012.

VC = violence conjugale.

Le tableau se lit comme une matrice, par exemple 1,8 % des femmes ayant déjà eu un partenaire ont déclaré avoir subi à la fois des violences conjugales sexuelles et psychologiques au cours de leur vie.

La dernière ligne indique que 7,5 % des femmes ayant déjà eu un partenaire ont subi des violences conjugales sexuelle, psychologique et physique au cours de leur vie.

Tableau 5 Comparaison des prévalences de violences conjugales déclarée en France et dans l'Union européenne, que l'auteur soit un ex-partenaire ou le partenaire actuel

	France		Union européenne	
	N = 1418	(%)	N = 40357	(%)
VC physique	348	(24.6)	8075	(20.0)
VC sexuelle	135	(9.5)	3404	(8.4)
VC psychologique	789	(55.6)	20429	(48.5)
VC physique, sexuelle ou psychologique	811	(57.2)	20872	(51.7)

Source. FRA Violence Against Women Survey dataset, 2012.

VC = violence conjugale.

Tableau 6 Répartition des interlocuteurs des femmes françaises ayant divulgué un ou plusieurs faits de violence conjugale

	N = 257	(%)
Consultation médicale (hôpital ou non)	89	(35)
Police	76	(30)
Service social	31	(12)
Association d'aide aux victimes	62	(24)
Service juridique (dont avocat ou conseiller)	46	(18)
Milieu professionnel de la femme	73	(29)
Milieu proche (dont amis ou famille)	102	(40)
Eglise	5	(2)
Autre	222	(86)

Source. FRA Violence Against Women Survey dataset, 2012.

Tableau 7 Comparaison des types de violence conjugale déclarés en France et en unité médico-judiciaire d'Île-de-France parmi les victimes de violence conjugale

	France*		Unité médico-judiciaire		p
	N = 792	(%)	N = 582	(%)	
VC physique	346	(43.7)	569	(97.8)	< 0.001
VC sexuelle	137	(17.3)	118	(20.3)	0.2
VC psychologique	767	(96.8)	532	(91.4)	0.5

VC = violence conjugale.

*Données non pondérées

Tableau 8 Certificats de violence conjugale en fonction des caractéristiques du médecin en unité médico-judiciaire d'Île-de-France

	Genre		Formation				Age	
	Femme ayant examiné une femme N = 257	Homme ayant examiné une femme N = 291	DESC médecine légale N = 369	Autre formation** N = 292	2 5 - 4 5 ans N = 369	4 5 - 6 5 ans N = 292	(%)	(%)
VC physique	256 (99)	288 (99)	368 (99)	289 (99)	368 (99)	289 (99)	(99)	(99)
VC sexuelle	26 (10)	16 (5)	34* (9)	8* (2)	34* (9)	8* (2)	(9)	(78)
VC psychologique	226 (88)	241 (83)	327 (89)	229 (78)	327 (89)	229 (78)	(89)	(2)

VC = violence conjugale.

DESC = diplôme d'études spécialisées complémentaire.

*p = 0.001.

**capacité (ex : capacité de pratiques médico judiciaires), diplôme universitaire ou inter universitaire (ex : victimologie ou dommage corporel), aucun diplôme en médecine légale.

Tableau 9 Recueil des faits de violence conjugale par type de violence avant et après standardisation du recueil d'information en unité médico-judiciaire d'Île-de-France

	Avant standardisation (année 2015)		Après standardisation (année 2017)		
	N = 497	(%)	N = 679	(%)	p
VC physique	495	(99)	666	(98)	0.038
VC sexuelle	34	(7)	121	(18)	<0.001
VC psychologique	423	(85)	619	(91)	<0.001

VC = violence conjugale.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Éric Macé

Professeur de sociologie à l'Université de Bordeaux, chercheur à l'UMR 5116 - CNRS Centre Emile-Durkheim, directeur du département de recherche CHANGES - Sciences sociales des changements contemporains, directeur scientifique de la recherche GENVIPART.

Les auteurs de violence contre leur partenaire intime. Diversité des logiques d'action et des enjeux de soin

Résumé

Les auteurs de violences contre leur partenaire intime ont longtemps été l'angle mort des politiques publiques, plutôt orientées vers une meilleure prise en charge des victimes. Néanmoins, la connaissance des logiques d'action qui conduisent des hommes à être violent envers leur partenaire intime a pour principal intérêt d'outiller l'action publique en matière de prévention du passage à l'acte et de la récidive. Basé sur les résultats provisoires d'une recherche pluridisciplinaire (GENVIPART) intégrant la dimension genrée de ces violences, cet article montre que ces logiques d'action ne se résument pas à des conditions sociales ou à des traits de personnalité mais qu'elles sont à l'intersection des logiques de masculinité (notamment dans le rapport au contrôle et au narcissisme) et des logiques de capacité d'action sociale (empêchées dans les milieux précarisés et contrariés dans les milieux mieux insérés socialement). De sorte que, outre la sanction pénale, la notion de prise en charge par le « soin » semble concerner moins les addictions et les psychopathologies que les mécanismes même des masculinités.

Introduction

Dans le droit français, les violences contre un.e partenaire intime, dites « violences conjugales », ne sont pas considérées comme des violences spécifiques mais comme des circonstances aggravantes de conduites violentes pénalement répréhensibles, évacuant ainsi, à la différence du droit en Espagne ou en Suède, les dimensions genrées

de ces violences (Delaunay 2019). D'un autre côté, les mobilisations féministes soulignent à l'inverse les dimensions genrées de ces violences en insistant, à raison, sur le fait que ce sont les femmes qui en sont massivement victime, et les hommes massivement les auteurs (Delage 2017). Ces violences sont alors mises sur le compte des mécanismes de la domination masculine mais sans prendre en compte cette fois les dimensions sociales de celles-ci, renvoyant ainsi les auteurs de ces violences à une masculinité générique. Enfin, lorsque la prise en charge judiciaire est assortie d'injonctions de soins, c'est moins pour le traitement de ces violences elles-mêmes que pour le traitement des addictions (drogue, alcool) comme facteur facilitant le passage à l'acte. C'est sans doute pour ces raisons qu'en France, les auteurs de violences contre les partenaires intimes ont longtemps constitué un angle mort à la fois des prises en charge institutionnelles et des connaissances en sciences sociales et en santé publique.

Afin de compenser cette approche incomplète, une équipe pluridisciplinaire de l'Université de Bordeaux a entamé depuis 2019 une recherche intitulée *Les dimensions genrées des violences contre les partenaires intimes : comprendre le sens des actes et le sens de la peine pour les auteurs afin de mieux prévenir et réduire ces violences* (GENVIPART). Cette recherche est financée par la Mission Recherche Droit et Justice du ministère de la Justice et par le Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine, et elle a pour objectif de mieux connaître les conditions sociales et les logiques d'action des auteurs de violence contre leur partenaire intime en France. En mobilisant des méthodes à la fois quantitatives (statistiques sociodémographiques) et qualitatives (entretiens et observation de stages de responsabilité et de groupes de parole), il s'agit de mieux comprendre les dimensions sociales et genrées de ces violences.

Tous les milieux sociaux sont concernés mais pas de la même manière

La première difficulté est d'accéder à une population qui n'est pas nécessairement déclarée comme telle. En effet, toutes les violences subies ne donnent pas lieu à un signalement à la police, à la gendarmerie ou à la justice. Un moyen indirect d'accéder au profil des auteurs est celui des enquêtes de victimation. L'enquête Violences et rapports de genre (VIRAGE) de l'Institut national d'études démographiques (INED) montre ainsi que parmi les personnes ayant eu une expérience de vie conjugale, 5 % des femmes et 3 % des hommes interrogés indiquent avoir subi des atteintes plus ou moins répétées de la part d'un.e partenaire dans les 12 mois précédents (Brown et al 2020, p. 191), tandis que 6,3 %

des femmes et 2,2 % des hommes indiquent avoir subi des atteintes plus ou moins répétées de la part d'un.e partenaire depuis le début de leur(s) période(s) de vie en couple (Brown et al 2020, p. 228). Parmi les facteurs sociaux, il apparaît que c'est moins la position sociale que le rapport à l'emploi et à l'activité qui est significatif ; de sorte que ce sont les femmes inactives, au chômage, retraitées ou employées (souvent à temps partiel) qui sont les plus exposées aux violences de la part de leur partenaire, et ce, d'autant plus que leur vie conjugale est instable (mise en couple multiple) (Brown et al 2020, p. 198 et 233). Cela étant, ces enquêtes de victimation ne précisent pas quels sont les profils des auteurs de violences, sinon de façon très générale. A l'autre extrémité du spectre des pratiques sociales de violences contre les partenaires intimes (pratiques nombreuses vs pratiques marginales), les données concernant les féminicides, dont les victimes sont à 83 % des femmes et les auteurs à 85 % des hommes, tendent cependant à aller dans le même sens, notamment en associant des facteurs de risque commun aux auteurs et aux victimes (IGJ 2019). Les antécédents de violences et *a fortiori* de violences conjugales de l'auteur ; l'alcoolisme et la dépendance aux produits stupéfiants de l'auteur et/ou de la victime ; l'inactivité de l'auteur et/ou de la victime ; l'isolement social ou familial de la victime ou du couple ; la jalousie et le sentiment de possession qui en découle ; la séparation du couple et l'annonce de celle-ci ; les maladies psychiatriques, les fragilités psychologiques et les pathologies neurologiques de l'auteur ou de la victime sont autant de facteurs augmentant la probabilité de voir émerger des violences au sein du couple.

Les enquêtes de victimation permettent donc d'accéder à une plus grande diversité des milieux sociaux, mais les données précises sur les auteurs sont manquantes. Une autre manière d'accéder directement au profil des auteurs consiste à s'intéresser au profil de ceux qui sont pris en charge par la justice à la suite d'une plainte ou d'une intervention de la police ou de la gendarmerie à la suite d'un signalement. Il y a donc là un premier biais : on ne retrouve plus ici les auteurs dont les violences ne sont pas signalées, avec la présomption que ces violences moins socialement visibles, et qui peuvent être de nature psychologique, se trouvent plutôt au sein de classe moyennes et supérieures moins contrôlées par les services sociaux, éducatifs et le voisinage et disposant, par la même occasion, de plus de ressources pour ne pas devoir faire appel aux structures associatives de prise en charge.

Il existe par ailleurs un second biais dans la collecte des informations sur les auteurs : le type de traitement judiciaire dont ces derniers font l'objet.

Si l'on s'en tient au profil des personnes condamnées pour des violences contre le partenaire intime (pour violences physiques, menaces de mort, y compris en présence d'enfants), qui sont le plus souvent condamnées par les tribunaux correctionnels (hors féminicides) à des peines de prison aménageables et assorties de sursis avec mise à l'épreuve, on les retrouve dans la base de données du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)

du Ministère de la Justice. Notre étude statistique sur la base des centaines de dossiers en cours à l'échelle d'un département montre que cette population d'auteurs condamnés, qui constitue la masse des condamnés au regard de ceux qui passent en cour d'assises, est loin de représenter « tous les milieux ». Bien au contraire, les profils sont proches des auteurs de féminicide, c'est-à-dire une très large sur-représentation démographique de populations dés-insérées socialement, pas ou peu diplômées, marquées par de nombreuses addictions et des antécédents judiciaires liés à des violences contre les personnes et/ou des violences conjugales, ainsi que des infractions routières, souvent liées au défaut de permis de conduire ou de conduite en état d'ivresse (Delaunay et al. 2022).

C'est pourquoi il est nécessaire de disposer d'une autre base de données regroupant les personnes bénéficiant, à l'initiative du procureur, d'une « alternative aux poursuites », sous la forme d'un « rappel à la loi » ou d'un « classement sous condition » assortis d'injonctions, comme par exemple l'interdiction de contact, l'obligation de suivre un stage de responsabilité sur les violences conjugales, l'obligation de soin pour traiter les addictions. Cette base de données n'existe pas au préalable. Il convient donc de la constituer en indexant à la main les dossiers judiciaires en papier archivés dans les tribunaux judiciaires. Un sondage effectué par notre équipe de recherche auprès d'une centaine de dossiers d'un tribunal judiciaire éclaire les trois principales raisons associées qui conduisent les procureurs au choix d'un tel traitement judiciaire. La première de ces raisons est liée à la qualité des faits de violence, notamment s'il s'agit d'un fait isolé, sans antécédent, parfois réciproques et relativement peu grave (mesuré par la présence et le nombre de jours d'ITT) ou bien de faits de harcèlement – pour refus de relation ou par dépit à la suite d'une rupture – qui cessent dès que la procédure judiciaire est engagée. La seconde raison renvoie aux causes de la violence, et notamment s'il s'agit d'une violence conjoncturelle dans le cadre d'une séparation acceptée de façon conjointe mais difficile, ou dans le cadre d'une crise conjugale que les deux conjoints souhaitent surpasser dès lors que l'impulsivité ou les addictions de l'auteur sont pris en charge par une injonction de soin. Et ceci d'autant plus, troisième raison, que l'insertion socio-professionnelle et familiale de la victime et de l'auteur permettent que la séparation soit effective ou que la poursuite de la conjugalité se fasse dans des conditions sociales non dégradées. Dans ce cadre, le profil des auteurs de violence est alors beaucoup plus diversifié. On trouve quelques auteurs précarisés mais surtout des personnes socialement insérées, disposant de diplômes égaux ou supérieur au Bac, parfois propriétaire de leur logement, et dont la conjugalité peut être ancienne. L'hypothèse qui sous-tend ce recours aux alternatives aux poursuites par les procureurs est que les faits de violence sont conjoncturels, isolés et que les conditions de la récidive ou d'une montée en violence semblent ne pas être réunies. Or l'exercice est délicat. Si la plupart des violences contre les partenaires intimes ne sont pas d'une extrême gravité, la plupart des

violences d'une extrême gravité, dont les féminicides, ont été précédées de plaintes ou de signalements ayant donné lieu à une condamnation en correctionnelle ou à une « alternative aux poursuites » préalable.

Masculinités et dimensions genrées de ces violences : la question de l'objet du soin

C'est la raison pour laquelle le projet GENVIPART ne réduit pas ces conduites violentes au seul profil socio-démographique des auteurs, voire au profil de leur « personnalité » au sens psychologique ou psychiatrique du terme (Coutanceau 2006). La dimension genrée et notamment relative aux masculinités, apparaît ici nécessaire à une meilleure compréhension intersectionnelle des diverses logiques d'action de ces auteurs de violence contre le partenaire intime, dès lors que ces violences ressortent moins d'un patriarcat institué que de violences masculines considérées comme déviantes (Macé 2015). Cette recherche correspond à la partie qualitative de la recherche GENVIPART qui tente de comprendre ces logiques d'action sur la base d'un ensemble d'éléments : des entretiens réalisés avec des auteurs, suivis soit par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), soit dans le cadre de stages de responsabilité dans le cadre d'une alternative aux poursuites ; l'observation de ces stages ; l'analyse qualitative des éléments des dossiers judiciaires (PV d'audition ou propos rapportés par les conseillers et conseillères SPIP lors des entretiens par exemple). L'exploitation de cette partie qualitative reste à consolider mais une première typologie se dessine à partir de cette base.

On observe tout d'abord, principalement dans les milieux pauvres et précarisés, des formes habituelles de violences psychologiques (injures, disqualification) ou physiques contre le partenaire intime qui ne sont pas dissociables d'un mode de vie lui-même difficile fait d'une trajectoire sociale dégradée, d'une enfance ayant connu les violences conjugales des parents, d'addictions, de conduites violentes et d'impulsivité en général, de faible intégration économique, d'instabilité conjugale et parentale, de désœuvrement à domicile et de sociabilités masculines à l'extérieur, auquel peut s'ajouter une conception rigide et d'héritage patriarcal d'une masculinité définie par une certaine subordination féminine conjugale et domestique – c'est le cas notamment pour certains migrants (notamment du sud de l'Europe ou de la Méditerranée) qui sont contrariés par l'autonomisation de leur conjointe. Dans le cadre d'une relation souvent à la fois dégradée et maintenue de façon ambivalente en raison d'interdépendances matérielles et relationnelles (Delaunay et al. 2022), les causes directes de passage à l'acte violent sont alors démultipliées par les séquences d'usage massif d'alcool ou de drogue, et à la fois le refus des reproches faits par la partenaire et la multiplication des reproches faits à la partenaire, qu'ils soient de nature domestique ou liés à de la jalousie sexuelle réelle ou supposée. Pour le dire autrement, il s'agit de violences anoniques (c'est-à-

dire par défaut de régulation) associées à des masculinités dont la toute-puissance domestique est alors le miroir inversé de leur impuissance ou de leur marginalité sociale. De ce point de vue, il semble que la répression pénale et les injonctions de soins des seules addictions ne puissent convenablement prendre en charge une expérience sociale globale dont les violences contre le partenaire intime ne sont qu'une des dimensions ; de sorte que la prévention de la récidive pourrait passer par une prise en charge elle-même globale portant sur l'insertion professionnelle, le logement, etc., et où la dimension du soin – de nature souvent plus psychothérapeutique que psychiatrique – aurait pour objet les conduites violentes elles-mêmes, en général, envers les femmes et en particulier envers leur(s) partenaire(s), sur la base d'une estime de soi à restaurer, y compris via des formes de masculinité « non toxiques ».

On observe ensuite d'autres formes de violence anonique, mais propres cette fois à des milieux sociaux mieux insérés socialement et qui s'inscrivent dans des masculinités moins tyranniques que déstabilisées et contrariées. Il s'agit de violence souvent liée à deux éléments propres aux masculinités : un rapport contrarié au contrôle et/ou un déficit de compétence relationnelle et émotionnelle (Messerschmidt 2018). Le cas typique est celui d'un geste violent dans une situation tendue liée à une séparation difficile : le principe de séparation est acquis à la suite d'une dégradation de la relation mais sur fond de ressentiment et de tensions émotionnelles liées au partage des objets, des biens ou des enfants. De sorte, l'interaction peut dégénérer, la violence étant alors à la fois l'expression d'un défaut de contrôle de la situation et d'un défaut de gestion relationnelle et communicationnelle des désaccords. Une autre forme de violence anonique par défaut de contrôle apparaît en cas de déstabilisation produite soit par une rupture conjugale non désirée qui remet en cause une vie jusqu'alors contrôlée, soit par une vulnérabilité sociale (chômage, précarisation ou frustration professionnelle) qui se traduit par un stress domestique donnant lieu à une irritabilité ou au recours compensateur à l'alcool, conduisant ces hommes à « péter un câble », quitte à le regretter amèrement ensuite. Cette forme de violence explique en partie les raisons pour lesquelles, tandis que certaines victimes voient dans ces violences liées à la séparation les bonnes raisons d'une séparation à leur initiative, certaines victimes souhaitent que la vie commune puisse reprendre dès lors que la cause du trouble – le stress et sa compensation addictive – peut être prise en charge afin d'éviter la récidive. De ce point de vue, la prise en charge par la seule injonction aux soins pour les addictions ou par les « stages de responsabilité » ne semble pas couvrir l'étendue des raisons de cette violence, qui se loge, comme le montrent les dispositifs étrangers, notamment québécois, dans la trame même de la formation des masculinités et de ses mécanismes de « narcissisme blessé ».

On observe enfin des formes de violences plus structurées et sans doute intrinsèquement plus porteuse de récidives et dans des formes de plus en plus graves que les formes précédentes, et qui peuvent se trouver dans tous les milieux

sociaux, y compris dans les milieux les plus favorisés. Il est toujours question de contrôle et de narcissisme blessé, mais dont l'expression apparaît moins anémique qu'oppressive. Deux cas de figure se présentent. Soit que ce contrôle constitutif de leur identité masculine s'exerce dans la relation à travers des dispositifs d'emprise, où la violence physique, même si elle n'est pas souvent exercée, apparaît comme un potentiel omniprésent. Soit qu'à l'inverse, lorsque la rupture non désirée déclenche une volonté de reprise de contrôle qui se traduit par des formes de harcèlement (injures, menaces de mort ou de suicide, filatures, traques sur les réseaux sociaux, présence physique imposée) et/ou de violence extrême envers celle désignée de façon obsessionnelle comme la cause unique du ressentiment et dont l'auteur serait victime. De ce point de vue, il semble bien que l'objet de la prise en charge socio-éducative ou de soin devrait se fonder sur cette dimension genrée propre d'une masculinité définie par le contrôle, en particulier envers les femmes et les partenaires.

Conclusion

Tandis que les logiques d'action des auteurs de violence contre les partenaires intimes ont longtemps été l'angle mort des politiques publiques et des analyses féministes de la dimension genrée de ces violences, il semble que la prise en charge de ces auteurs autrement que sur le plan pénal soit devenu un élément central des dispositifs de prévention des passages à l'acte et de leurs récidives, notamment avec l'installation en France dès 2020 d'un réseau de Centres de Prise en Charge des Auteurs de violence conjugales (CPCA). Les premiers éléments de l'enquête GENVIPART montrent la dimension globale et intersectionnelle de cette prise en charge, dès lors que les logiques d'action de ces conduites violentes associent à la fois des trajectoires sociales (pauvreté, précarité, dégradation) et des effets de socialisation genrée relatifs aux dimensions de contrôle et de narcissisme des masculinités. En conséquence, l'objet du soin semble devoir être élargi, dès lors que le rapport à la masculinité apparaît en soi comme une des dimensions problématiques de l'expérience sociale et des logiques d'action et d'identification des auteurs. Dans le même ordre d'idée, il apparaît que la prévention de ce type de violence devrait s'engager dès le plus jeune âge, de sorte que l'apprentissage des masculinités et des féminités n'enferme pas les individus dans des rôles et des identifications de genre stéréotypés et conduisent les garçons à développer leurs compétences relationnelles et émotionnelles et les filles leurs capacités d'autonomie et d'entreprise (Macé et Rui 2014).

Éric Macé

Références

- Brown Elisabeth, Alice Debauche, Christelle Hamel, Magali Mazuy (2020), *Violences et rapports de genre*, Paris, Ined éditions.
- Coutanceau Roland (2006), *Auteurs de violences au sein du couple. Prise en charge et prévention*, Rapport, Ministère de la cohésion sociale et de la parité.
- Delage Pauline (2017), *Violences conjugales : du combat féministe à la cause publique*, Paris, Les Presses de Sciences Po.
- Delaunay Marine (2019), *Les violences entre partenaires intimes : De l'indignation politique et morale aux pratiques routinières des institutions pénales. Une comparaison entre la France et la Suède*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Université de Bordeaux.
- Delaunay Marine, Christophe Bergouignan, Eric Macé, Nicolas Rebière (à paraître en 2022), « Violences conjugales et séparation : les limites des dispositifs judiciaires d'interdiction de contact », *Informations sociales*, 207.
- IGJ, Inspection Générale de la Justice (2019), *Mission sur les homicides conjugaux*, Ministère de la Justice.
- Messerschmidt James W. (2018), *Hegemonic masculinity: Formulation, reformulation, and amplification*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Macé Eric (2015), *L'après-patriarcat*, Paris, Seuil.
- Macé Eric, Sandrine Rui (2014), « Avoir 20 ans et 'faire avec' le genre. *Call of Duty* et *Desperate Housewives*, métaphores de l'asymétrie », dans Octobre Sylvie (dir.), *Question de genre, question de culture*, Paris, La documentation française (53-73).

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Liliane Daligand

Professeur émérite de médecine légale, psychiatre, Université Claude Bernard Lyon 1, expert honoraire, Présidente de VIFFIL SOS FEMMES

Emprise dans les violences conjugales et la maltraitance infantile

La notion d'emprise est souvent utilisée lorsqu'il est question de violence dans le couple ou de maltraitance à enfants. Le terme « emprise » apparaît même dans la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 *visant à protéger les victimes de violences conjugales*. Ce texte, qui modifie l'article 226-14 du Code pénal, autorise le médecin ou tout autre professionnel de santé à faire un signalement au procureur de la République s'il estime en conscience que les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le professionnel *doit s'efforcer* d'obtenir l'accord de la victime majeure mais, en cas d'impossibilité, il doit l'informer du signalement qu'il a fait au procureur de la République.

Ce signalement est une dérogation légale au secret professionnel énoncé par l'article 226-13 du Code pénal. Le médecin doit évaluer non seulement le danger vital mais aussi l'emprise exercée sur la victime. Le médecin n'encourt aucune sanction s'il est de bonne foi en signalant le cas de sa patiente. Il est à noter qu'avant la loi du 30 juillet 2020, l'article 226-14 du Code pénal prévoyait déjà cette possibilité, mais uniquement à condition d'obtenir le consentement de la victime majeure.

Tout comme pour le signalement des maltraitances commises au préjudice des conjoints majeurs, celui des maltraitances commises à l'encontre des mineurs est une obligation légale qui existe depuis fort longtemps¹. A cet égard, l'article 434-3 du Code pénal punit de trois ans de prison et 45 000 euros d'amende la non-révélation de privations, mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à des mineurs ou des personnes incapables

de se protéger.

La clinique de la violence intrafamiliale montre de grandes similitudes entre celles subies par les femmes et celles subies par les enfants : les formes de violences, leurs conséquences sur la santé des victimes, mais aussi les phénomènes d'emprise avec répétition au long cours de la maltraitance, soumission et attachement pathologique à l'auteur de ces actes.

La pulsion d'emprise, même si elle passe spectaculairement par la chair, comme par l'agression sexuelle ou les injures ou les coups, est une force qui vise à séparer la tête du corps de la victime. Le corps, souvent, devient inerte, inhibé et peu sensoriel alors que la tête occupe toute la place par son hyperactivité de pensée. Elle va être empliée par les injections de langage d'autrui, le « bourrage de crâne », les attitudes de l'auteur présentes ou remémorées, les actions répétées qui rendent difficile toute génération personnelle et originale de pensées au profit d'un ressassement d'idées toujours identiques.

Assouvir la pulsion d'emprise c'est se rendre maître de l'autre par occupation du terrain d'exercice de l'appareil psychique de la victime. Plus encore, c'est mettre sa pulsion à l'œuvre chez l'autre comme par une contamination de type viral qui trouve un terrain propice à son développement.

Du côté des femmes

La plupart des victimes insistent sur la rencontre initiale avec un homme charmant, attentionné, séduisant. Cette phase de séduction permet l'attachement piégeant les victimes dans la relation. Peu à peu, les violences prennent une place centrale dans l'espace intime. L'isolement se fait progressivement, avec la volonté d'un lien exclusif, d'un contrôle insidieux, s'accompagnant de la négation de l'autonomie, l'interdiction et/ou la surveillance des contacts avec les proches, la limitation des échanges, la surveillance des allées et venues pouvant aller jusqu'à l'enfermement, la limitation de l'accès au travail, aux études, au compte bancaire, le contrôle de l'information. Un événement peut faire basculer la relation : l'annonce d'une grossesse, un emménagement, un mariage, la naissance d'un premier enfant.

Le rapport devient totalement inégal entre victime et agresseur. La domination s'installe, la victime est considérée comme propriété du conjoint violent. Elle est mise en dépendance, en appartenance, elle doit s'adapter, se conformer aux besoins de l'auteur, à ses injonctions. Le contrôle coercitif se fait par les intimidations, les violences,

1 - À titre d'exemple, la loi n°89-487 du 10 juillet 1989 *relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance* ou la loi n°92-684 du 22 juillet 1992 *portant réforme des dispositions du Code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes*.

la terreur avec le vécu constant d'insécurité et la peur d'être tuée.

La violence dans le couple s'exerce selon un cycle répétitif bien décrit par la plupart des victimes : une première phase de tension apparaît dans le couple. La victime tente de minimiser les faits, d'apaiser la situation. Mais cette apparente attitude de passivité encourage l'agresseur, ce qui augmente la tension.

La deuxième phase est constituée par l'explosion de la violence qui se déchaîne sur la victime bouleversée, humiliée, terrorisée.

La troisième phase est celle des justifications : l'agresseur se justifie en accablant sa victime, la rendant seule responsable de la situation. La victime peut pardonner pensant qu'elle peut ainsi aider son conjoint.

Enfin, vient la quatrième phase dite « lune de miel », phase de réconciliation qui fait espérer à nouveau la victime que tout va changer. Cette phase consolide l'emprise exercée sur la victime.

Un enchaînement cyclique qui vient se répéter et s'amplifier avec un nouveau cycle au cours duquel l'agresseur augmente sa violence et les accès de violence, ce qui met de plus en plus en danger la victime.

Les conséquences pour la victime sont nombreuses : peur, culpabilité, perte de l'estime de soi, troubles multiples du comportement, fatigue chronique, traumatisme psychique caractéristique, ce qui génère de multiples consultations chez le médecin, le psychiatre, le service d'urgence.

Du côté des enfants

On retrouve souvent le cycle de la violence et surtout l'attachement pathologique au parent violent, père ou mère. Cela m'avait beaucoup surpris au début de ma carrière hospitalière lorsque j'ai rencontré Linda.

Linda, 13 ans, vit avec ses parents, avec son frère et sa sœur. Elle va au collège, mais étant absente pendant plusieurs jours sans explication, ses professeurs s'inquiètent. Après signalement, enquête-perquisition, Linda est retrouvée enfermée dans une chambre, les jambes et les pieds couverts de lésions purulentes. Elle est hospitalisée.

L'enquête indique que Linda est rentrée tard un soir, après ballade avec ses copines alors qu'elle est interdite de sorties. Une punition s'est imposée selon la loi familiale. Elle a été brûlée avec des lames de couteau chauffées sur flamme par son frère, appliquées par sa mère alors que son père la tenait. Marquée au fer rouge, elle a été enfermée, séquestrée, sans soins jusqu'à la perquisition qui a permis de l'hospitaliser.

Malgré ses blessures, elle veut retourner en famille, elle insiste, menace de fuguer, crie son attachement à ses parents, à sa famille. Placée en famille d'accueil par un juge, elle fait une tentative de suicide par polymédication, est hospitalisée en réanimation, puis placée en foyer. Elle

revendique toujours le retour à domicile.

Le jour du procès de ses parents, elle invective les juges en affirmant qu'elle ne peut vivre qu'auprès d'eux, quels que soient les risques. Elle est toujours liée à eux, son attachement pathologique lui est nécessaire pour survivre. La maltraitance infantile est essentiellement une pathologie de l'attachement parents/enfants.

La maltraitance a à voir avec une appropriation du corps de l'enfant, une mise en dépendance, un marquage, une empreinte charnelle. C'est ce qui correspond à la relation d'emprise. La pulsion d'emprise est la volonté de dominer l'autre, de le posséder, de le réduire à un objet manipulable. Roger Dorey² distingue trois dimensions principales dans la relation d'emprise : une action d'appropriation, de possession ; une action de domination où l'autre est maintenu dans un état de soumission et de dépendance ; enfin une empreinte sur l'autre qui se trouve marqué physiquement et psychiquement. Les brûlures correspondent à ce marquage, à cette empreinte indélébile, elles sont fréquentes (par un fer à repasser, un pique-feu, un pic à brochettes, des liquides bouillants, etc.).

La relation d'emprise apparaît comme l'impossibilité fondamentale d'accepter l'autre dans sa différence. L'autre, l'enfant, est nié en tant que sujet désirant. Le maltraitant sait tout de l'enfant. Il connaît tout de lui, de ce qui lui convient dans tous les domaines, nourriture, hygiène, jeux, scolarité, relations, etc. Le contrôle coercitif est permanent. L'emprise est totalitaire et porte sur toute la personnalité de l'enfant qui doit agir comme l'adulte l'entend et penser en fonction des normes qu'il lui impose.

Ici, le désir de l'enfant doit se conformer à un schéma prédéfini par l'adulte et l'enfant doit adopter la même vision du monde, ce qui est bon pour l'enfant et ce qui est mauvais pour lui sont également imposés sans que l'enfant n'ait voix au chapitre et ne puisse en douter. L'adulte est pris dans une volonté de puissance, qui en fait un parent tyrannique, dont le pouvoir est d'autant plus efficace qu'il s'exerce par le contrôle permanent et la violation de l'intimité, de l'espace personnel de l'enfant. Le parent manifeste alors des attitudes d'opposition active ou de résistance passive visant à contrarier les projets de l'enfant, argumentant sans cesse et décourageant toute initiative qui n'est pas la sienne. La vie familiale présente ainsi un caractère d'immobilisme parfait où tout ce qui est vivant est figé, pétrifié et inerte. Il n'y a plus aucun espace de liberté. Dans chaque rapport d'emprise, l'autre est considéré non plus comme un être humain mais comme un bien, un ustensile, une chose (un objet) mis à sa disposition.

Le parent manipulateur, destructeur sème le doute et la peur. Dans le même temps, il prétend n'y être pour rien, il accuse sa cible d'être fragile et de se mettre elle-même dans un état de doute ou de peur. Pour Maud Mannoni³, l'emprise

2 - Dorey R., *Le désir de savoir*, Paris, Denoël, 1987.

3 - Mannoni M., *La théorie comme fiction*, Seuil, 2001.

est avant tout mentale, c'est une main mise sur la conscience, « une pétrification de la pensée » ou équivalente à un interdit de penser.

L'enfant peut en arriver à inventer l'amour qu'il ne reçoit pas dans la réalité et à se convaincre qu'il est aimé. Cela lui permet de croire (de faire croire aux autres et de se faire croire à lui-même) que son parent l'aime malgré tout. L'enfant est pris au piège de sa dépendance à l'adulte, jusqu'au moment où il pourra entrevoir son autonomie à venir. Une dépendance au parent s'installe. Elle est nourrie par la peur, l'idéalisation, autant que par le besoin de fusion, de réassurance et de sécurité augmentant au fil du temps, car la victime dominée croit ne plus rien pouvoir et savoir faire sans son référent obligé.

Les conséquences psychopathologiques sont multiples chez l'enfant victime. Différents facteurs interviennent dans les formes et la sévérité de ses répercussions : l'âge de l'enfant, la durée de maltraitance, sa répétition, le degré de proximité (physique et affective) de l'enfant avec le maltraitant, sa vulnérabilité et ses capacités de résilience. Le tableau clinique comprend des troubles psychopathologiques, cognitifs, relationnels, sociaux, mais aussi somatiques.

Notons que la maltraitance psychologique affecte au long cours l'état psychique de la victime, de façon encore plus marquée que les autres formes de maltraitance du fait de la fréquence particulièrement élevée des troubles et de leur chronicité. Si celle-ci est accompagnée de maltraitance physique ou sexuelle, le risque de séquelles augmente encore plus à l'âge adulte.

Les conséquences sont graves : peur, culpabilité, perte de l'estime de soi, dévalorisation, honte, trauma psychique, parfois la mort ; en 2018, 80 enfants sont morts de maltraitance :

- 55 de 0 à 4 ans
- 14 de 5 à 9 ans
- 8 de 10 à 14 ans

Le suicide est souvent la seule issue. C'est l'histoire de Laetitia rencontrée à la suite d'une grave tentative de suicide : elle a 15 ans. Elle est tassée sur elle-même et reste protégée dans ses vêtements dont la fermeture est remontée jusqu'au menton malgré la chaleur de la pièce. Ses propos sont toujours précédés d'un long silence. Elle a de la peine à formuler ses phrases. Elle peut regarder longuement son interlocuteur sans rien dire. Et quand elle se laisse un peu aller à parler, tout se passe comme si elle mettait rapidement un frein. Durant toute la durée de la rencontre, elle apparaît dans une sorte de douleur que son visage ne reflète pas obligatoirement. Elle reste souvent impassible, même si ses propos sont tristes. Et parfois elle apparaît comme absente de la relation.

Elle est pourtant d'une intelligence largement à la norme des enfants de son âge. Elle a acquis une écriture pratiquement sans faute d'orthographe comme en témoigne son journal intime qui nous a été transmis. Cet écrit reflète

un sens aigu de l'exposition, une très grande précision dans le déroulement des faits et une mémorisation souvent remarquable malgré la multiplicité répétitive d'événements semblables. Elle peut montrer en toute discrétion et même avec beaucoup de pudeur ses souffrances. Elle peut faire preuve d'un certain humour.

Sa souffrance est grande, car elle est toujours plongée, par sa mère en particulier, dans la faute. Elle est coupable du malheur de sa mère par sa naissance même. Cette faute est telle qu'on lui a souvent dit qu'elle ne devrait pas vivre. Elle insiste en disant que sa mère la traite souvent comme un chien. Tous les sévices qu'elle va subir la renvoient toujours à une figuration d'animal torturé, ce qui fait qu'elle trouve son milieu protecteur parmi les chiens.

Elle raconte les violences subies dans son journal toujours avec la même retenue et avec une sobriété qui rend plus poignant tout ce qu'elle a pu subir. Elle nous fait à ce propos un dessin avec un pastel noir où l'on voit sa mère et son ami armés, le visage grimaçant, qui la visent, elle, ficelée sur une chaise et bâillonnée. Une autre scène dessinée montre sa mère toujours en noir la menaçant elle, toute petite, assise à terre avec derrière elle un dauphin dressé qui pleure. Elle évoque là à nouveau son double animal dans sa profonde tristesse. Elle peut se représenter également à plusieurs reprises toujours en larmes et la bouche dans un rictus de tragédie.

Ses témoignages de souffrance sont nombreux. Elle désespère de pouvoir la faire entendre et se réfugie dans le silence. Elle a des moyens de lutter contre sa destruction, contre la mort qui lui a été souhaitée moult fois. Le premier moyen est de se confier à l'écrit. Elle peut aussi se manifester remarquablement par le dessin. Elle a aussi la possibilité de se dynamiser dans l'étude pour réaliser une profession visant à la protection des enfants.

Tout ceci est fragile et il est certain qu'un travail psychothérapique intense doit être entrepris. L'exécution de dessins devrait encourager une thérapie par ce moyen d'expression. Son avenir, c'est-à-dire sa vie, en dépend.

Le rôle des professionnels

En ce qui concerne les femmes victimes, un dépistage systématique peut être effectué par chaque professionnel de santé, en médecine générale, gynécologie, psychiatrie, pédopsychiatrie ou dans des structures plus spécifiques telles que les centres de planification ou d'éducation familiale, la médecine du travail, les services d'urgence. Un dépistage orienté est à effectuer en cas de suspicion de violence.

L'action médico psychosociale permet des soins, une éventuelle psychothérapie, une réinscription sociale : les assistances sociales aident à recouvrer les droits (sécurité sociale, allocations familiales), à chercher un domicile, une formation, un emploi, une école pour les enfants. Les associations d'aide aux victimes accueillent, accompagnent, soutiennent, orientent et peuvent parfois héberger.

L'intervention des professionnels face à une situation de maltraitance d'un enfant consiste avant tout à protéger l'enfant victime. Cette protection est nécessaire mais pas suffisante, une démarche de soin est indispensable.

Les modalités d'intervention et leur temporalité doivent être adaptées à chaque situation. Elles diffèrent selon la sévérité de la maltraitance, ses points d'ancrage, et le lieu où l'enfant est victime pour pouvoir le mettre à l'abri. Elles doivent aussi tenir compte des capacités d'élaboration de l'enfant.

Il est important dans le milieu intrafamilial que l'intervention initiale soit pensée comme la protection la plus efficace au long cours. Si la séparation est protectrice dans l'immédiat, elle a aussi des effets iatrogènes et doit être accompagnée d'un soin tant du côté de l'enfant que de sa famille. Le professionnel ne doit pas se contenter d'une séparation immédiate effectuée dans l'urgence.

Les interventions sont donc à élaborer soigneusement après avoir effectué une observation rigoureuse de l'enfant et de son environnement et une évaluation détaillée de la situation. Lorsque le travail avec la famille est refusé, ou mis en échec ou lorsque la maltraitance est sévère, un signalement à l'autorité judiciaire, à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et/ou au parquet, selon le degré d'urgence est nécessaire.

Conclusion

Les violences intrafamiliales sont considérées comme un fléau social en raison de l'importance du nombre de victimes, de la gravité de leurs conséquences physiques, psychiques et sociales. Leur reconnaissance et leur prise en charge ont justifié la promulgation de nombreuses lois depuis des décennies ; au XX^{ème} et XXI^{ème} siècle, d'abord en direction des enfants puis des femmes victimes.

La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 *relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance* précise les modalités du signalement. Elle charge les départements de recueillir les informations préoccupantes et crée le service national téléphonique pour l'enfance en danger (SNATEM), numéro vert gratuit 119. Cette loi prévoit que les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les enseignants, les policiers et gendarmes soient formés pour faire face aux situations présumées ou avérées de maltraitance infantile.

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 *réformant la protection de l'enfance* crée la notion d'enfant en risque de danger physique et psychologique. Elle a été renforcée par la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 *relative à la protection de l'enfant* qui améliore la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, qui sécurise le parcours de l'enfant en protection de l'enfance et qui adapte le statut de l'enfant placé sur le long terme.

À la suite du Grenelle des Violences conjugales de septembre 2019, 46 mesures ont été annoncées par le

Gouvernement pour lutter contre ces violences. Nombre de ces mesures ont été appliquées. En particulier, l'accélération des procédures d'obtention de l'ordonnance de protection passée à 6 jours, la création du dispositif du bracelet anti-rapprochement, la mise en place de procédures visant à recueillir les signalements des actes par les victimes ou témoins, la priorisation du traitement judiciaire des violences intrafamiliales. Les comparutions immédiates, les ordonnances de protection, l'attribution de téléphone grave danger et les décisions d'éviction du conjoint violent du domicile familial ont été privilégiées.

Depuis la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 *visant à protéger les victimes de violences conjugales*, non seulement la levée du secret professionnel est facilitée, mais le fait que le harcèlement ait conduit la victime à se suicider ou à tenter de se suicider est une cause d'aggravation de la peine⁴. De plus, le permis de visite est encadré pour protéger les victimes sous emprise de leur auteur, l'exécution sans délai des peines d'emprisonnement non aménageables pour des faits de violences conjugales est possible, l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences conjugales avec possibilité de dépôt de plainte à l'hôpital est désormais acceptée. Le décret n°2021-364 du 31 mars 2021 précise les modalités permettant aux victimes de violences d'obtenir la remise d'une copie du certificat médical constatant ces violences, réalisé par un médecin requis par les autorités judiciaires.

Une circulaire interministérielle du 2 juillet 2021⁵ permet la mise en place de référents sur les violences faites aux femmes dans les centres de soins. Ce référent doit bénéficier d'une journée de formation spécifique sur les violences faites aux femmes, proposée par la Mission interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres humains (MIPROF).

Liliane Daligand

Bibliographie

- Daligand L., *L'enfant et le diable. Accueillir et soigner les victimes de violences*, Paris, l'Archipel, 2004.
- Daligand L., *Emprise et violence dans le couple, in Le traumatisme dans tous ses éclats. Clinique du traumatisme. Sous la direction de Tovmassian L. et Bentata H., Editions inPress, Collection Explorations Psychanalytiques, 2012.*
- Daligand L., *Violences conjugales en guise d'amour*, Paris, Albin Michel, 2015.
- Daligand L., *Les violences conjugales*, Paris, PUF, 2016, 2019.
- Daligand L., *Emprise et expertises*, in *L'emprise et les violences au sein du couple*, sous la direction d'Isabelle Rome et Eric Martinent, Dalloz, 2021.
- Dorey R., *Le désir de savoir*, Paris, Denoël, 1987.

4 - Qui est portée à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (article 222-33-2-1 du Code pénal).

5 - Circulaire interministérielle n°DGS/SP3/MIPROF.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Ana Zelcevic-Duhamel

Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

Les nouveaux défis des professionnels de santé – à propos de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 luttant contre les violences au sein du couple¹

Le nouveau dispositif relatif à la lutte contre les violences au sein du couple renforce la protection du conjoint et des enfants, aussi bien sur le plan pénal que sur le plan civil, en prévoyant notamment de nouvelles prérogatives des professionnels de santé.

La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 enrichit considérablement l'édifice commencé par la loi n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce². Cette dernière permettait d'obtenir l'éloignement du conjoint violent du domicile familial par application du référé dit « violence »³. Le législateur français apportait ainsi pour la première fois une réponse à une problématique rencontrée dans le cadre d'un divorce⁴. L'époux, victime de violences, pouvait se prévaloir de

cette procédure d'urgence en restant au domicile conjugal en toute sécurité. Il est rapidement apparu nécessaire d'élargir la protection à d'autres types de conjugalités. La loi n°2010-769 du 9 juillet 2010⁵ a ainsi mis en place un dispositif protecteur applicable aussi bien aux couples mariés qu'aux couples de concubins et aux couples pacésés. Enfin, le législateur a pris soin de rendre applicables les mesures protectrices même après la dissolution de l'union.

La crise sanitaire et la période du confinement ont mis en exergue des difficultés de cohabitation au sein des couples déjà fragilisés. De nouvelles mesures de protection se sont imposées. La loi du 30 juillet 2020 comporte deux séries de dispositions, de nature civile⁶ et de nature pénale, qui visent non seulement les adultes, les femmes, le plus souvent, mais encore, leurs enfants. Ainsi, l'article 138 (17°) du code de procédure pénale, issu de la loi nouvelle, dispose que le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention se prononce par une décision motivée au sujet de « *la suspension du droit de visite et de l'hébergement de l'enfant mineur dont la personne mise en examen est titulaire* »⁷. L'articulation des règles civiles, notamment celles relatives à l'autorité parentale, et pénales est plus que bienvenue car les enfants, que l'on est censé protéger, sont, en réalité, souvent doublement pénalisés : par le contexte familial et par une autorité parentale dont l'exercice est devenu incertain.

Malgré la richesse des règles issues de la loi du 30 juillet

1 - Article déjà paru dans le [Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, n°27 de décembre 2020](#), p. 97 à 100.

2 - C. Claverie-Rousset, *JCP G* 2020, n° 41, *Droit pénal et procédure pénale*, chron., 1119 ; A. Goutttenoire, *JCP G* 2020, n° 43-44, *Droit de la famille*, chron., 1189.

3 - Cette disposition, prévue à l'article 220-1, al. 3, a été abolie par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010.

4 - Le départ du domicile conjugal, pour quelle que raison que ce soit, est, en principe, constitutif de faute, permettant d'obtenir un divorce sur le fondement de l'article 242 du code civil. Pour ne pas se voir reprocher la violation du devoir de cohabitation, le conjoint, victime de violence, se trouvait dans une impasse juridique. D'une part, l'abandon du domicile était susceptible d'être qualifié de faute et l'époux pouvait se voir prononcer un divorce à ses torts exclusifs, ce qui comportait des conséquences néfastes notamment sur le plan pécuniaire. D'autre part, la vie commune avec un conjoint violent rendait le quotidien insupportable. La loi de 2004 a ainsi, pour la première fois, permis à un époux, victime de violence, d'obtenir une séparation dénuée de caractère fautif et de rester au domicile conjugal avec les enfants en toute sécurité.

5 - V. les dispositions des articles 515-9 à 515-13 du code civil, modifiées par les lois n°2011-525 du 17 mai 2011 et n° 2014-873 du 4 août 2014.

6 - Pour ce qui est du volet civil, précisons que le législateur est intervenu afin de limiter l'exercice de l'autorité parentale par le parent violent par une loi n°2019-1480 du 28 décembre 2019. L'article 515-11, 1°, issu de ce dispositif, régit le droit de visite du parent violent. Ainsi, lorsque le juge interdit à l'auteur des violences, par une ordonnance de protection, de rencontrer la victime, le droit de visite du parent violent doit être exercé dans un espace de rencontre ou en présence d'un tiers, sauf décision spécialement motivée. De même, le nouvel article 378-2 du code civil prévoit la suspension de plein droit de l'exercice de l'autorité parentale et des droits de visite du parent poursuivi ou condamné pour un crime commis sur la personne de l'autre parent pour une durée maximale de six mois, à charge pour le procureur de la République de demander, dans un délai de huit jours, une délégation de l'autorité parentale. Enfin, nonobstant le retrait de l'autorité parentale, le parent violent reste débiteur de toutes ses obligations alimentaires envers les membres de sa famille (art. 371-2 du code civil).

7 - Selon la circulaire du 28 janvier 2020, le juge pénal peut moduler sa décision « *au regard des faits d'espèce et disposer des outils gradués pour adapter sa décision au regard de la situation particulière de la famille* ».

2020, qui suscitent notre plus vif intérêt⁸, nous allons nous focaliser sur celles qui concernent plus spécifiquement les professionnels de santé, qui se sont vu attribuer de nouvelles prérogatives. Dans sa version actuelle, l'article 226-14, 3° du code pénal précise dans quelles conditions le médecin ou tout autre professionnel de santé lève le secret auquel il est tenu. Il est désormais possible de porter à la connaissance du procureur de la République une information relative aux violences exercées au sein du couple sans que le professionnel de santé puisse être poursuivi pour violation du secret professionnel. L'information est ainsi admise lorsque le professionnel de santé estime « en conscience » que les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que cette dernière, n'étant pas en mesure de se protéger, se trouve en état de contrainte morale en raison de l'emprise qu'exerce sur elle l'auteur des violences.

Le législateur a ainsi créé un nouveau fait justificatif (I), dont la mise en œuvre relève cependant d'une interprétation stricte des dispositions légales (II).

I. La naissance d'un nouveau fait justificatif

Rappelons d'abord que le secret est au cœur du rapport de confiance entre le malade et le professionnel de santé, le médecin, en particulier⁹. Selon l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002, le secret médical couvre « l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé ». Le délit d'atteinte au secret protégé est prévu à l'article 226-13 du code pénal, aux termes duquel : « 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 € d'amende ». La loi du 30 juillet 2020 crée un nouveau fait justificatif permettant d'enfreindre cette interdiction.

On peut d'abord observer que la jurisprudence a une approche protectrice de la personne concernée par le secret, en l'occurrence, de la personne malade. S'agissant de la notion d'information à caractère secret, celle-ci est entendue de manière extensive. Le dépositaire d'un secret, en conséquence, n'a pas le droit de révéler ces informations,

quelles que soient leurs valeur et portée, d'une part¹⁰. Les faits confiés comprennent non seulement ce qui a été constaté, mais encore, ce qui a été découvert ou déduit de ces informations, d'autre part¹¹. Faut-il encore que les faits à caractère secret concernent la personne malade ou le client¹².

Pour ce qui est de la révélation de l'information, qui est l'acte qui consomme l'infraction, la jurisprudence considère qu'elle doit être intentionnelle¹³. L'atteinte au secret professionnel est un délit instantané¹⁴, dont la tentative n'est pas punissable. Le mode de révélation n'a pas d'incidence sur la qualification, celui-ci peut revêtir la forme d'un écrit, d'une attestation, ou d'un témoignage¹⁵. S'agissant du résultat de l'infraction, il n'est pas nécessaire que la révélation ait causé un préjudice. La Cour de cassation approuve ainsi les juges du fond ayant condamné un médecin qui, ami d'un peintre, avait révélé des faits de nature à porter atteinte à la mémoire de celui-ci¹⁶. Quant à la notion de secret, la jurisprudence en a une conception extensive¹⁷. Le fait, par exemple, de confirmer une information, qui devient ainsi un fait avéré, peut être considéré comme une atteinte au secret¹⁸. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une « divulgation de précisions »¹⁹.

On peut, dès lors, déduire des dispositions légales et de la jurisprudence relative à cette infraction, qu'elles sont irriguées par l'idée de la protection de la personne qui confie le secret, mais aussi de l'indépendance des professionnels qui recueillent les informations²⁰. Assurer des rapports de confiance entre les parties est à la fois la *ratio legis* du dispositif légal et le fil conducteur de la jurisprudence de la Cour de cassation. Pour autant, il n'a jamais été discuté qu'il existe des situations qui exigent la révélation du secret.

Ces dispositions, de nature exceptionnelle, permettant de dévoiler les faits à caractère confidentiel, sont qualifiés de faits justificatifs. Si la jurisprudence a adopté une approche souple des dispositions de l'article 226-13, grâce à une interprétation téléologique, il en est autrement de l'article 226-14, qui énumère ces faits. Leur application, en revanche, relève d'une interprétation stricte des textes de droit pénal.

10 - Cass. crim. 9 déc. 2015, *Dr. pénal* 2016, comm. Ph. Conte.

11 - Cass. crim., 17 mai 1973, *D.* 1973, 583, note Doll et *RSC* 1974.369, note Levasseur ; 18 oct. 1977, *D.* 1978.94, note A. Brunois ; Crim. 27 oct. 2004, *Bull. crim.*, n° 259 ; 20 juin 2006, *Bull. crim.*, n° 183 ; *Dr. pénal* 2006, comm. 120 ; Crim. 22 nov. 1994, *Dr. pénal* 1995, comm. 64.

12 - Cass. crim., 23 janv. 1996, *Bull. crim.*, n° 37, *Dr. pénal* 1996, comm. 136.

13 - Cass. crim., 7 mars 1989, *Bull. crim.*, n° 109.

14 - Cass. crim., 30 avr. 1968, *Bull. crim.*, n° 135.

15 - Cass. crim., 9 janv. 2019, *Gaz. Pal.*, spéc., 12 fév. 2017, en l'espèce, il a été considéré que la présence de journalistes lors d'une perquisition était constitutive de violation du secret professionnel.

16 - Cass. crim., 19 déc. 1886, *DP* 1886, I, 347. V. aussi, Cass. crim., 8 mai 1947, *JCP G* 1948, II, 4141, note Légal, *D.* 1948, p. note Gulphe.

17 - M. Véron, *op. cit.*, n° 376.

18 - Cass. crim., 25 janv. 1968, *D.* 1968, 153, rapport Costa.

19 - Cass. crim., 8 fév. 1994, *Dr. pénal* 1994, comm. 134.

20 - Cette remarque est valable aussi bien pour les dispositions civiles que pour les dispositions pénales.

8 - A titre d'exemple, on peut citer les nouvelles dispositions prévoyant des circonstances aggravantes lorsque l'infraction est commise au sein du couple ou ancien couple. Ainsi, selon l'article 222-33-22-1 du code pénal dans sa nouvelle rédaction, en matière de harcèlement conjugal, lorsque ce comportement a conduit la victime à se suicider ou à tenter de se suicider, la peine encourue est de dix ans d'emprisonnement et de cent cinquante-mille € d'amende. De même, en cas d'atteinte à l'intimité de la vie privée, infraction prévue à l'article 226-1 du code pénal, les peines sont aggravées lorsque ce délit est commis par le conjoint, le concubin ou le partenaire pacsé. Cela est également le cas s'agissant des délits d'usurpation d'identité (art. 226-4-1), d'atteinte au secret de la correspondance (art. 226-15) ou d'appels malveillants (art. 222-16).

9 - V. M.-L. Rassat, *La révélation médicale*, *D.* 1989, chron. p. 207 ; P. Sargos, *Principes d'immunité et de légitimité en matière de secret médical*, *JCP G* 2004, I, 187 ; M. Véron, *Droit pénal spécial*, Sirey, 17^e éd. 2019, n°375.

II. L'interprétation stricte des dispositions régissant le nouveau fait justificatif

On peut d'abord observer une certaine fragilisation du secret professionnel puisque la tendance sur le plan législatif est la multiplication des cas de révélation d'informations à caractère confidentiel, que la doctrine a pu qualifier de « *relativisation* »²¹. A titre d'exemples, il est possible de citer la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des personnes malades, qui a libéralisé l'accès au dossier médical²², tout comme l'article 15 de la loi du 17 juin 1998, modifiant l'article 434-3 du code pénal. D'après ces dernières dispositions, l'obligation de dénoncer les mauvais traitements infligés aux mineurs comprend également les atteintes sexuelles. De surcroît, la loi de 1998 est une loi interprétative, ce qui a permis son application immédiate, même aux faits qui s'étaient produits avant son entrée en vigueur n'ayant pas fait l'objet d'une décision bénéficiant de l'autorité de la chose jugée²³. Le nouveau fait justificatif prévu par la loi de 2020 s'inscrit dans cette évolution du droit français, qui tend vers davantage de transparence.

Précisions aussi que le régime juridique auquel sont soumis les faits justificatifs suppose non seulement une rigueur terminologique, mais encore, l'interprétation stricte des dispositions qui les définissent puisqu'elles ont pour effet de neutraliser l'application des règles de responsabilité pénale alors que l'infraction est constituée. Il en va de même pour les faits justificatifs relatifs à l'atteinte au secret professionnel. L'article 226-14 peut être considéré comme *l'ordre ou la permission de la loi* car il énonce dans quels cas l'obligation de tenir secrètes certaines informations est écartée. Dans sa nouvelle rédaction issue de la loi du 30 juillet 2020, l'article 226-14 prévoit désormais quatre séries d'exceptions permettant les atteintes au secret professionnel, l'hypothèse relative aux violences conjugales figurant au 3° de cet article²⁴. Les conditions dans lesquelles la révélation sera excusée sont, dès lors, prévues de manière précise.

Il convient, à titre préalable, de souligner que le médecin bénéficie d'une liberté d'appréciation puisqu'il estime « *en conscience* » la situation dans laquelle se trouve la victime. Autrement dit, il est le seul à pouvoir juger si cette dernière se trouve en danger « *immédiat* ». La liberté d'appréciation est nécessaire afin que le médecin, ou tout autre professionnel de santé, puisse agir dans la sérénité. D'après les termes employés par le législateur, le professionnel de santé pourra se substituer au conjoint victime de violences seulement dans une situation extrême, celle d'un danger immédiat. Cette approche restrictive est justifiée car le conjoint est une personne majeure, qui, en principe, doit exercer elle-même

les démarches qui la concernent. Cela est d'autant plus vrai qu'informer le procureur de la République des violences conjugales est un acte grave, ayant des répercussions aussi sur les enfants du couple.

La révélation des faits de violences suppose aussi que la victime n'est pas en mesure de se protéger elle-même en raison de l'état de « *contrainte morale* », résultant de « *l'emprise* » qu'exerce sur elle le conjoint violent. Le professionnel de santé doit, dès lors, s'assurer que le conjoint victime est dénué de son libre arbitre précisément *en raison* de l'emprise qu'exerce sur lui l'agresseur. Si l'existence d'un danger immédiat peut être constatée par un tiers et, à plus forte raison, par un professionnel de santé sans trop de difficulté, il semble plus délicat d'apprécier l'emprise qu'exerce un conjoint sur l'autre et le lien de cause à effet entre celle-ci et la contrainte morale. Il convient, en toute hypothèse, d'établir que la victime est dans l'impossibilité d'agir personnellement. Ces deux conditions, le danger immédiat et la contrainte morale, sont prévues cumulativement.

C'est seulement dans ce contexte particulier qu'il est admis d'avertir le procureur de la République des violences exercées, après avoir essayé préalablement d'obtenir le consentement de la victime. De même, si les conditions prévues par la loi relèvent de *l'appréciation* du professionnel de santé, à partir du moment où elles ont été constatées, celui-ci a désormais *l'obligation*, dans un premier temps, de rechercher l'accord de la victime en vue d'informer le procureur de la République et, dans un second temps, si l'accord n'a pas été obtenu, de le faire à sa place. Autrement dit, si le médecin apprécie librement l'existence du danger immédiat et de la contrainte morale, tel n'est pas le cas s'agissant de la suite des démarches puisque le professionnel de santé n'apprécie pas l'opportunité de leur accomplissement. Informer le ministère public est un *devoir*, qui s'exerce en deux temps.

La première étape, qui consiste à s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime, était déjà présente dans le dispositif pénal. Avant la loi de 2020, le fait justificatif supposait nécessairement l'accord de la victime²⁵. Si toutefois le conjoint victime ne donne pas l'autorisation d'informer le procureur de la République, le professionnel de santé, dans un second temps, porte l'information à la connaissance de ce dernier et informe la victime de ce signalement. Sur ce point, le législateur innove car, sans accord de l'intéressé, en principe, il n'est pas admis de violer le secret professionnel²⁶. Informer le procureur sans accord de la personne concernée est envisagé comme un ultime recours, autorisé seulement en cas d'impossibilité pour le conjoint d'agir personnellement.

Si les termes employés par le législateur traduisent une situation exceptionnelle, ce qu'est par définition un fait justificatif, il est difficile, à l'heure actuelle, de savoir comment

21 - V. M. Véron, op. cit., n° 379 ; F. Alt-Maes, « *Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnels* », *RSC* 1998, 301.

22 - L'art. L. 1111-7 du code de la santé publique ; v. J.-F. Seuvic, *RSC* 2002, 371 et 866.

23 - Cass. crim., 12 janv. 2000, *Bull. crim.*, n° 20.

24 - L'exception qui était prévue au 3° figure depuis la loi nouvelle au 4°.

25 - Cass. crim., 8 mars 2000, *Bull. crim.*, n° 109 ; *Dr. pénal* 2000, comm. 100, obs. M. Véron ; Cass. crim., 27 avr. 2011, *Dr. pénal* 2011, comm. 77, obs. M. Véron.

26 - V. toutefois, Req. 8 déc. 1902, *D.* 1903, 1, 93.

les nouveaux textes seront mis en œuvre. On peut déjà anticiper des problèmes de preuve relatifs aux notions telles que « *danger immédiat* », « *contrainte morale* », « *emprise* ». Surtout, on ne peut pas se prononcer sur le point de savoir comment la jurisprudence appliquera le nouveau dispositif et si les termes employés seront interprétés de façon restrictive ou plus souples. Rappelons qu'en matière de faits justificatifs, les textes de droit pénal sont appliqués très rigoureusement, comme le démontre la jurisprudence de la Cour de cassation s'agissant notamment de la légitime défense²⁷.

Enfin, les atteintes au secret professionnel peuvent avoir des fondements différents et les raisons qui expliquent pourquoi il convient d'admettre une dérogation varient. Il nous semble que s'agissant de la révélation des violences conjugales, la raison qui est à l'origine du nouveau fait justificatif est l'opposition qui peut exister entre deux devoirs auxquels sont tenus les professionnels de santé : le respect du secret médical et le devoir d'assistance. Les rapports entre ces derniers et les malades reposent, certes, sur la confiance. Cependant, le devoir de tenir secrètes les informations confiées ne doit pas entraver le devoir de porter secours en cas de danger imminent. Pour mieux exercer le devoir d'assistance, qui est au cœur du serment qu'a prêté le médecin et qui est la principale préoccupation de toutes les professions médicales, le législateur permet, exceptionnellement, de porter atteinte au secret professionnel.

Ana Zelcevic-Duhamel

27 - Cass. crim., 12 déc. 1929, S. 1931, 1, 113 ; Cass. crim., 21 nov. 1961, *Bull. crim.* 474, Cass. crim. 7 juin 1968, *Bull. crim.* n° 186 ; Cass. crim. ; 5 juin 1984, *Bull. crim.* n° 209 ; Cass. crim., 19 juin 1990, *Bull. crim.* n° 250 ; Cass. crim., 26 nov. 1991, *Dr. pénal* 1992, n° 120 ; Cass. crim., 18 juin 2002, *Bull. crim.* 209 ; Cass. crim., 26 juin 2012, n°11-86.809, *Dr. pénal* 2012, comm. 139, obs. M. Véron.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Bruno Py

Professeur de droit privé et sciences criminelles, Université de Lorraine - Faculté de Droit de Nancy - IFG EA7301

Le devenir du secret professionnel médical en présence de violences intrafamiliales.

Le secret c'est le bien du patient

Les professionnels de santé peuvent s'enorgueillir d'avoir été les précurseurs en matière de protection de l'intimité. Le célèbre serment d'Hippocrate reste une trace objective de l'antériorité d'une règle déontologique sur une règle juridique. Les médecins respectaient le secret bien avant que la loi ne l'impose. Le fondement de ce secret n'a jamais été l'intérêt du médecin ou celui de la société mais exclusivement la confiance du patient, laquelle a toujours été considérée comme indispensable à la relation de soin. En ce sens : « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* »¹. C'est pourquoi le code de déontologie des médecins énonce clairement : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* » (C. santé publ., art. R.4127-4)².

La multiplication des permissions de dénoncer au nom de la sécurité des victimes

Cependant, l'article 226-14 du Code pénal permet explicitement de violer le secret professionnel dans 4 cas que la pratique a coutume d'appeler des hypothèses de « signalement ». Reprenant en substance les dispositions de l'ancien article 378, l'article 226-14 du Code pénal énonce que l'article 226-13 n'est pas applicable « *dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret* ». Cette référence à l'hypothèse d'une autorisation légale de commettre une infraction est ni plus ni moins une application du concept plus général de fait justificatif de permission de la loi prévu

à l'article 122-4 du Code pénal³. Si la rédaction de l'article 226-13 du Code pénal est invariée depuis 1992, l'article 226-14, qui encadre les hypothèses de révélations licites - les signalements - a déjà connu huit modifications législatives en 1998, 2002, 2003, 2004, 2006, 2007, 2015, 2020⁴. Il va sans dire que ses réformes sont toutes orientées vers l'élargissement des cas de révélation autorisée.

1) Le devenir du secret professionnel en présence de violences sur mineur

L'option de conscience et le signalement d'infractions commises sur les mineurs

Devant l'émotion suscitée par les affaires, dites de « *pédophilie* »⁵, le législateur a estimé nécessaire d'ajouter au texte deux précisions dont l'utilité est relativement symbolique. Il est désormais explicitement prévu que les agressions et atteintes sexuelles font partie des faits susceptibles d'être dénoncés (C. pén., art. 226-14-1°). De plus, étant donné le rôle important des médecins dans la détection de ces faits, il est indiqué qu'aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices dans les conditions légales (C. pén., art. 226-14, al. 2). Cette dernière mesure vise à garantir aux médecins une pleine liberté de conscience sans craindre des reproches sur le plan déontologique. Ils peuvent légalement se taire ou dénoncer sans encourir de sanctions disciplinaires (C. déontologie médicale, art. 44), enfin la loi du 2 janvier 2004 a écarté la nécessité d'obtenir le consentement des mineurs là où le texte antérieur l'imposait dès 15 ans (C. pén., art. 226-14-2°). Le professionnel qui est confronté à la délicate situation d'avoir à choisir entre respecter le secret et dénoncer une infraction est placé devant ce qui est appelé une option de

3 - C. pén., art. 122-4, « *N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires (...)* ».

4 - Loi n°98-468 du 17 juin 1998, art. 15 ; loi n°2002-73 du 17 janvier 2002, art. 89 ; loi n°2003-239 du 18 mars 2003, art. 85 ; loi n°2004-1 du 2 janvier 2004, art. 11 ; loi n°2006-399 du 4 avril 2006, art. 14 ; loi n°2007-297 du 5 mars 2007, art. 34 ; loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015, art. 1 ; loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales, art.12 ; B. Py, « De la violation du secret professionnel : essai de légistique progressiste », in *La réforme du code pénal et du code de procédure pénale. Opinio doctorum*, sous la dir. de Valérie Malabat et all., Dalloz, 2009, pp. 89-96. Ces réformes sont toutes orientées vers l'élargissement des cas de signalement.

5 - B. Py, *Le sexe et le droit*, PUF 1999, p. 68.

1 - L. Portes, *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson, 1954, p. 131.
2 - B. Py, « Cent ans de secret professionnel », *RDS*, n°100, mars 2021, pp.230-250.

conscience⁶. Il est très important de décrire avec précision les termes de cette option⁷. Soit le professionnel garde le silence, respectant ainsi le secret et nul ne peut lui en faire le reproche car il obéit à la loi en général et à l'article 226-13 en particulier. Soit le professionnel décide de révéler, protégeant ainsi les intérêts d'une victime, et nul ne peut lui en faire le reproche car il obéit à l'article 226-14-1^o. Autrement dit, se taire est licite, parler est licite : il peut choisir en conscience⁸.

L'obligation de porter secours à une personne en péril

Il subsiste une situation dans laquelle notre législation annihile la liberté de conscience du professionnel, il s'agit du secours à personne en péril. Il constitue le seul cas dans lequel un professionnel peut être condamné pour n'avoir pas signalé qu'il connaissait professionnellement une personne dont la santé était très sérieusement compromise. C'est l'hypothèse de non-assistance à personne en péril (C. pén., art. 223-6, al. 2). Bien que ce texte s'applique à toute personne en péril, il est évident que c'est aux enfants que chacun pense de prime abord, au point que certains s'alarment de décisions qui aboutissent à faire de tout citoyen une sorte de protecteur systématique et permanent de tout enfant⁹. Dans la plupart des cas, le professionnel pourra être utile à l'enfant sans violer le secret auquel il est tenu, ne serait-ce qu'en anonymisant son intervention (numéro de téléphone 119, par exemple), en veillant personnellement à éloigner l'enfant d'un entourage ou d'un milieu nuisible ou en provoquant des mesures en ce sens, y compris par des subterfuges. Néanmoins, si le seul moyen efficace de protection consiste à transgresser le secret professionnel, l'obligation de porter secours prime¹⁰. Sur le terrain, la difficulté provient, non des textes, mais de la lecture qu'en font les acteurs de la vie sociale. Toute rencontre d'un juriste avec le corps enseignant, les médecins scolaires ou le monde hospitalier, suscite une interrogation sur les modalités de mise en œuvre de « l'obligation » de signaler le moindre soupçon concernant des « maltraitements » à enfant. L'auditoire est généralement stupéfait de s'entendre dire que la loi ne fait obligation de signaler qu'en cas de péril grave et imminent pour une

victime identifiée (péril vital ou irréversible). Dans l'immense majorité des cas, le professionnel acquiert la connaissance de faits anciens : le risque est donc passé et non actuel. Le praticien est alors placé juridiquement face à une option de conscience. Mais la pression sociale et souvent hiérarchique tend à faire croire à une obligation de signaler¹¹. Un exemple de plus de la confusion croissante entre morale et droit...

Un nouveau cas de signalement au nom de la sécurité des victimes de violences conjugales

La question des violences conjugales, malheureusement ancienne, a resurgi récemment dans l'actualité politique et juridique¹². A l'automne 2019, le premier ministre Edouard Philippe a présenté une liste de mesures hétéroclites, avec un objectif annoncé : prendre des engagements concrets et collectifs visant à lutter toujours plus efficacement contre les violences conjugales. Cette liste comprenait des mesures de prévention (information, grille d'évaluation pluridisciplinaire, plate-forme téléphonique 3919), des mesures d'accueil (formation des intervenants, hébergement d'urgence, téléphone grand danger) et des réponses (bracelet anti-rapprochement, confiscation des armes, suspension de l'autorité parentale, suppression de l'obligation alimentaire). La plupart des mesures ont été intégrées dans la loi n°2019-1480 du 28 décembre 2019¹³ visant à agir contre les violences au sein de la famille. Postérieurement, l'annonce la plus révolutionnaire a été celle de faire modifier la loi pour permettre le signalement de violences conjugales par le médecin sans le consentement de la victime. L'adoption de la proposition de loi n°4278 déposée le 3 décembre 2019, visant à protéger les victimes de violences conjugales a abouti à la promulgation de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales du 30 juillet 2020¹⁴ qui a effectivement créé un nouveau cas de signalement.

6 - F. Alt-Maes, « Un exemple de dépénalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel », *Rev. science crim.*, 1998, p. 301 ; A. Lepage, « Droit pénal et conscience », *Dr. pén.*, 1999, Chron. 1.

7 - B. Py, « Le secret professionnel et le signalement de la maltraitance sexuelle. L'option de conscience : un choix éthique », *Arch. Pol. Crim.*, n°34, sept. 2012, pp.71-83.

8 - L'avocat qui apprend de son client qu'il entretient des relations incestueuses criminelles avec sa fille demeure libre, face à sa seule conscience de fournir ou non son témoignage, sans que le juge puisse le relever de son secret professionnel et l'oblige à témoigner s'il ne le voulait point (Cass. crim., 6 oct. 1999, n° 97-85.118).

9 - C. Guéry, « Le défaut de protection de l'enfant par le professionnel : un nouveau délit ? », *D.*, 2001, Chron. p.3293.

10 - Y. Mayaud, « Des mauvais traitements sur mineurs de quinze ans et de leurs retombées, en termes de secours et de dénonciation, sur les professionnels de la santé et de l'assistance », *Rev. science crim.* 1998, p. 320 ; C. Roca, « Secret de la confession, secret professionnel et atteintes sexuelles sur mineur », *Petites affiches*, 6 avr. 2001, n° 69, p. 10.

11 - L'argument suprême étant : « ne pas signaler un viol d'enfant, c'est être complice du pédophile ». La nécessaire lutte contre les bourreaux ne justifie pas pour autant que l'on déforme le concept de complicité.

12 - Pour traiter de la lutte contre cette forme particulière de violence, le gouvernement français a choisi d'employer trois mots, un ancien - Grenelle et deux nouveaux - féminicide - et - emprise -. B. Py, « Le signalement des violences conjugales sans consentement : entre mots creux et mots funestes, le mieux est le mortel ennemi du bien », *RDS* n°94, mars 2020, pp.251-257.

13 - Loi n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille.

14 - L. Saenko, « La loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales : une loi pour rien ? », *D.*, 2020., p.2000 ; A. Wehbé, « Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 : nouvel arsenal dans la lutte contre les violences domestiques », *Gaz. Pal.*, 2020, n° 34, p. 59 ; M. Lamarche, « L'enfer familial des violences conjugales pavé de bonnes intentions du législateur », *Dr. fam.*, n° 10, oct. 2020, alerte 95 ; B. Le Devedec, « Levée du secret médical et accessibilité aux mineurs à la pornographie en ligne », *Dr. pén.*, n° 9, sept. 2020, étude 26.

2) Le devenir du secret professionnel en présence de violences sur majeur

Victime majeure, feu l'impératif du consentement

Hier encore, le consentement de la victime majeure était un impératif. Avant l'entrée en vigueur de la loi du 30 juillet 2020, le signalement de violences sur une personne majeure supposait son consentement. Rien ni personne ne pouvait, sauf péril (cf. *supra*), signaler sans son accord. Désormais, la loi a introduit un nouveau cas de signalement dans l'article 226-14, 3° du Code pénal. Le secret professionnel n'est pas applicable : « 3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ».

Le critère implicite mais classique : le péril imminent

Le Président du CNOM insiste sur le critère du risque vital à court terme. « Il nous a paru légitime de nous demander ce que le médecin pouvait faire en son âme et conscience lorsqu'il est confronté à une victime de violences à l'égard de laquelle il a acquis la conviction qu'elle encourt un risque majeur vital à court terme »¹⁵. Or, les juristes distinguent le danger – risque certain mais aléatoire quant à sa survenue et son intensité –, et le péril – risque de mort ou de lésion irréversibles à très brèves échéances –¹⁶. Dans l'hypothèse d'un péril, au sens de l'article 223-6 du Code pénal, il n'est plus question de « choisir » de commettre une infraction mais d'« obligation » de porter secours. Lorsqu'il y a un péril grave, actuel ou imminent, le secours passe parfois par la parole. Il est des mots qui sauvent. Plus précisément encore, le médecin qui refuserait de porter secours à une personne en péril au nom du respect du secret professionnel risquerait 5 ans d'emprisonnement¹⁷. Au final, le droit positif existant permet déjà de violer le secret en cas de danger et impose de porter secours en cas de péril fut-ce en violant le secret. La loi du 30 juillet 2020 n'apporte que de la confusion.

La bienveillance au détriment de la confiance ?

L'annonce d'un nouveau cas de permission pour un professionnel de santé de signaler sans l'accord de la victime

15 - P. Bouet, *Le quotidien du médecin*, 18 déc. 2019.

16 - B. Py, « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », *AJ Pénal*, juillet-août 2012, pp.384-388.

17 - B. Py, « Secret médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, affaire *Germanwings* », *RDS*, n°67, septembre 2015, pp.717-719.

majeure ne fait pas l'unanimité. De nombreux médecins contestent cette idée¹⁸. Les termes du débat sont assez clairs, le signalement au nom d'une certaine bienveillance doit-il primer sur la confiance qui est fondée sur le secret ? Une tribune signée de 65 médecins appelle à mieux repérer et prévenir les violences conjugales et sexuelles et s'oppose à une levée du secret médical, pour ne pas « rompre le lien de confiance » avec leurs patients. La souris du signalement risque de faire peur à l'éléphant de la confiance.

La bienveillance ou le retour du paternalisme ?

Certains acteurs favorables au signalement comparent explicitement la situation des victimes majeures avec celle des victimes mineures. « Cela permettrait de renforcer l'accompagnement des victimes, à l'instar de ce qui existe pour les signalements préoccupants concernant des victimes mineures »¹⁹. Il est étonnant à cet égard que nulle association féministe ne s'offusque de cette infantilisation explicite des femmes victimes de violences conjugales. « Lever le principe de confidentialité en cas de violences conjugales, c'est traiter les femmes comme des incapables »²⁰. La tendance victimophile à protéger la victime majeure jusque et y compris sans son consentement ou malgré son refus est un nouveau paternalisme qui s'exprime jusque dans la jurisprudence²¹. Il est intéressant de constater que l'autonomie de la personne est constamment soulignée et respectée en droit de la santé, y compris pour la personne handicapée, malade, affaiblie, mais que la même autonomie est écartée en matière de violences conjugales...

Violier le secret c'est prendre le risque de provoquer des morts

Si les victimes perdent confiance dans la confidentialité de la relation de soins, plusieurs conséquences funestes se produiront. Certaines victimes n'iront plus consulter pour ne pas courir le risque d'une procédure qu'elle refuse. Si les citoyens perdent confiance dans la confidentialité

18 - C. Vasquez, « Violences conjugales : lever le secret médical, au risque d'isoler les victimes ? », *L'express*, 18 nov.2019 ; A. Leclair, « Violences conjugales : la levée du secret médical inquiète », *Le Figaro*, 25 nov. 2019 ; « La levée du secret médical en cas de violences conjugales est une fausse bonne idée, car le médecin est le dernier confident », L. Fremiot, propos recueillis par C. Rousseau, *Le Monde*, 26 nov. 2019 ; J. Lamothe et F. Vincent, « Violences conjugales : la dérogation au secret médical divise les professionnels de santé », *Le Monde*, 11 déc. 2019.

19 - CNOM, communiqué publié le 18 décembre 2020.

20 - M. Winckler, « La levée du secret professionnel est une mesure inappropriée, paternaliste et dangereuse pour les femmes », *Huffington post*, 19 nov. 2019.

21 - « La chambre criminelle promeut donc, à l'opposé de l'égalité des sexes, la vieille conception du « sexe faible » - cette faiblesse, regardée comme intrinsèque, appelant une reconsidération du comportement féminin, comme pour les majeurs protégés. Dans cet esprit de tutelle - rappelons qu'on parle ici d'adultes et non d'adolescentes - le consentement émis ne tire sa validité définitive que de l'appréciation qu'en fait a posteriori le juge. Cette approche paternaliste - qui accélère la subjectivisation du droit pénal et rend les solutions imprévisibles - est précisément celle qu'affrontèrent nos grand-mères et nos mères ; elles mirent des décennies à la vaincre », D. Cohen, « Ne tenons pas les femmes pour des incapables majeures ! », *JCP G*, 3 févr. 2020, 116.

de la relation de soin, des violents, des agresseurs, des bourreaux empêcheront des victimes d'accéder à des soins. « *La prudence appelle à ne pas conseiller une mesure aussi juridiquement périlleuse qu'incertaine voire dangereuse en pratique* »²². Il est essentiel de rappeler toujours que violer le secret, c'est trahir le patient. Dès lors que le secret protège la confiance du patient, dès lors que le secret protège l'intérêt du patient, trahir le secret c'est trahir sa confiance et donc trahir son intérêt. « *De toutes les atteintes à l'intimité, la violation du secret professionnel du médecin est sans aucun doute celle qui heurte le plus profondément le malade car elle est vécue comme une véritable trahison* »²³. Qui sait mieux que la victime majeure ce qui est bien pour elle ? Autoriser les médecins à dénoncer les violences conjugales réelles ou supposées, sans le consentement de la victime majeure, c'est leur donner un pouvoir arbitraire, discrétionnaire, exorbitant – alors qu'ils n'en ont ni la vocation, ni la compétence. C'est sacrifier la confiance collective dans la relation de soin. Permettre de violer le secret qui est un bien certain au nom d'un mieux hypothétique est une menace que les enjeux de communication politique ne justifient en rien.

Conclusion : pas de prévention sans confiance, pas de confiance sans secret

Nombreux sont ceux qui « *fantasment l'abolition du secret professionnel des médecins, chaque fois qu'il est question de sécurité. A ceux-là nous répondrons qu'une médecine sans consentement ni secret existe d'ores et déjà, elle s'appelle : médecine vétérinaire...* »²⁴. La confiance n'est certes pas indispensable pour imposer à un être humain une mesure d'intérêt général. La coercition peut être imaginée que ce soit pour soigner (médecine d'urgence) ou punir (répression pénale). Par contre, il est exclu d'espérer mettre en œuvre la moindre action préventive contre la volonté de l'intéressé. Or, le consentement suppose sa confiance et la confiance dépend du secret. En choisissant d'anéantir le secret professionnel, le législateur prendrait le risque de sacrifier la confiance publique en général et la confiance de chaque citoyen en particulier. Préparer l'avenir suppose de tirer des leçons de l'expérience. Il n'y aura pas de société de sécurité sans confiance, et pas de confiance sans secret.

Bruno Py

« *Toutes les violences ont un lendemain.* »

Victor Hugo

(Philosophie prose, Océan, Éd. Robert Laffont coll. Bouquins, p.61).

22 - J. Leonhard, « Grenelle des violences conjugales et secret professionnel : efficacité ou démesure ? », *RDS*, n°93, janvier 2020, p.12.

23 - P. Mistretta, *Droit pénal médical*, LGDJ, 2019, n°502, p.325.

24 - B. Py, « Les frontières du droit pénal médical », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 2011-2, pp.349-358.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Audrey Irastorza

Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

La difficile levée du secret médical pour le soignant complexifiée par la Loi du 30 juillet 2020

« Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés ». C'est ainsi que les médecins prônant le serment d'Hippocrate s'obligent déontologiquement au secret médical¹.

Le secret médical, ou secret professionnel du médecin², est applicable à tous les professionnels de santé³⁴. Le secret médical est l'obligation faite au soignant de « se taire ». Cette obligation déontologique ancienne⁵ est codifiée depuis la loi du 4 mars 2002. L'article L.1110-4 du code de la santé publique précise son contenu en rappelant qu'« Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». Cette obligation est extrêmement large ; elle concerne tout « ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris »⁶. La chambre criminelle de la Cour de cassation rappelle que « le secret médical [est] un droit propre au patient »⁷, car il s'agit de protéger sa vie privée.

1 - Si pour certains, l'origine du secret médical découle du Serment d'Hippocrate, il s'avère en réalité qu'il puise ses origines dans le discours religieux. Sur ce point, v. A. Leca, J.-C. Careghi, « Le secret médical, au crible d'une analyse historique », in. A. Leca (dir.), *Le secret médical*, LEH, 2012, coll. « Les cahiers de droit de la santé du sud-est », pp. 15-32.

2 - Article R. 4127-4 du Code de la santé publique.

3 - Article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

4 - Pour plus de facilité, dans la présente étude, il sera employé le terme de médecin ou de soignant pour englober l'intégralité des professionnels de santé qui y sont tenus.

5 - Cass. crim., 19 décembre 1885, DP. 1886-I. 347.

6 - Article R. 4127-4 du Code de la santé publique.

7 - Cass. crim., 13 octobre 2020, n°19-87.341.

En dépit de ce champ d'application particulièrement large, il existe certaines exceptions au secret médical, lesquelles ne sont pas toutes explicites. En effet, il n'existe pas toujours, à proprement parler, une règle claire qui pose une exception au secret médical et permet au professionnel de santé de se défaire de son obligation. Parfois, il convient de recourir à l'articulation de plusieurs dispositions juridiques afin de justifier du bien-fondé de la levée du secret professionnel⁸.

Cette idée est par exemple illustrée dans l'ouvrage du Docteur Gubler, médecin du Président de la République François Mitterrand, intitulé « Le grand secret ». Cet ouvrage, au sein duquel il y décrit son métier, est directement à l'origine de sa radiation par le Conseil national de l'Ordre des médecins pour manquement à son obligation de respect du secret médical. A la suite d'une longue procédure judiciaire⁹, la Cour européenne des droits de l'homme a néanmoins considéré, sur le fondement de l'article 10 de la Convention Européenne des droits de l'Homme, que « l'intérêt public du débat lié à l'histoire des deux septennats accomplis par le président Mitterrand l'emportait sur les impératifs de la protection des droits de celui-ci au regard du secret médical ». Pourtant, une telle exception n'est pas prévue par l'article 226-14 du code pénal français et peut donc laisser perplexe le juriste qui tente de circonscrire le champ d'application du secret professionnel du médecin. Il apparaît ici que l'articulation entre plusieurs règles juridiques a permis à la Cour de parvenir à une telle solution, laquelle ne s'imposait pas avec une évidence absolue. L'opportunité peut ainsi éventuellement permettre de modifier les contours de ce secret.

En recentrant le propos sur le droit interne, on constate que le secret professionnel est également redessiné par le législateur au gré des événements que rencontre notre société. Il en est ainsi de la question des « féminicides », qui a permis au législateur de modifier l'un des faits justificatifs à la violation du secret médical au sein du code pénal.

Pour comprendre comment les récentes modifications législatives ont limité la portée du secret médical (II), il est tout d'abord primordial de rappeler comment la levée du secret médical s'inscrit dans le cadre du droit pénal général (I).

8 - B. Py, « Cent ans de secret professionnel », *RDS*, n°100, 2021, p. 230-250.

9 - CEDH, 18 mai 2004, *Sté Plon c. France*, n°48148/00.

I – Les tensions au sein du droit pénal créées par la possibilité de révéler une donnée relevant de la santé du patient

Le droit pénal général questionne la responsabilité du médecin à travers la question de certains faits justificatifs permettant de lever le secret médical (A) et leur articulation avec la commission d'une autre infraction (B).

A - La possible violation du secret médical au regard de l'état de nécessité

Le secret professionnel qui incombe au médecin n'est pas uniquement une obligation déontologique¹⁰ ; il constitue également une obligation juridique, sanctionnée pénalement par les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, lequel prévoit 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* ».

La violation du secret médical constitue donc une infraction pénale en application du principe de légalité¹¹ des délits et des peines¹². Cependant, pour pouvoir rechercher la responsabilité pénale de l'auteur d'une infraction, il ne suffit pas que les éléments moral et matériel de celle-ci soient réunis. Encore faut-il qu'aucun fait justificatif tel que l'état de nécessité ne vienne faire obstacle à l'engagement de la responsabilité pénale de l'auteur de cette infraction.

L'état de nécessité prévu par l'article 122-7 du code pénal dispose que « *N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace* ». Un tel article s'applique généralement à toute personne, et particulièrement au médecin, lequel pourrait se fonder sur ses dispositions afin de lever le secret médical. De fait, lorsque le médecin est face à un patient qui est en danger de façon actuelle ou imminente, il doit pouvoir violer le secret médical, notamment par le truchement du mécanisme des signalements, si cela lui permet de faire cesser le danger auquel est exposé la victime. Toute la question est alors de savoir avec certitude à partir de quand le danger se trouve caractérisé.

En effet, la mise en œuvre de cette règle n'est pas aisée pour le soignant, lequel peut avoir des difficultés à savoir

si la situation qui se présente à lui est caractéristique d'un état de nécessité. Le vocabulaire de la vie courante, ne coïncide pas nécessairement avec le vocabulaire juridique, ce qui peut rendre l'application des règles de droit par les professionnels de santé plus délicate. L'état de nécessité, en tant que fait justificatif, comprend la notion de danger, laquelle inclut celle de péril¹³. La notion de danger n'est cependant pas définie par les règles de droit pénal, et se trouve, de ce fait, soumise à une certaine liberté d'appréciation. Il apparaît cependant qu'une situation ne peut être qualifiée de danger que si le danger est actuel ou imminent et certain. Cette liberté ne s'articule toutefois pas toujours aisément avec le principe d'interprétation stricte¹⁴ de la loi pénale¹⁵, qui gouverne le droit pénal et est une garantie contre l'arbitraire. S'il est vrai que l'appréciation de la situation de danger permet de ne pas brider le mécanisme de l'état de nécessité, il convient de constater qu'en pratique, le soignant, qui met en œuvre ce fait justificatif, a besoin d'être rassuré quant à son application. Autrement dit, le professionnel de santé a besoin de savoir qu'il ne sera pas poursuivi s'il révèle des données protégées par le secret professionnel.

Il se pose dès lors la question de la proportionnalité entre la violation du secret professionnel, qui correspond à l'acte nécessaire permettant de mettre fin au danger auquel est exposé son patient, et la violation du secret professionnel qui assure la protection de ce dernier. Afin de respecter le critère de la proportionnalité, la jurisprudence recourt parfois au critère du péril inévitable¹⁶, dont la preuve peut être rapportée par tout moyen. Le médecin doit ainsi pouvoir démontrer que seule la violation du secret médical pouvait mettre un terme à la situation de danger subie par le patient, au risque d'être condamné pour violation du secret professionnel. Au contraire, si ces deux critères sont réunis, l'état de nécessité sera caractérisé et la responsabilité pénale du soignant ne pourra pas être engagée, ce qui est conforté par les intérêts protégés en cause.

L'état de nécessité, cependant, n'est pas le seul mécanisme de droit pénal général qui pourrait inciter le professionnel de santé à lever dans certains cas le secret médical. Un autre est celui de sa possible poursuite en cas d'inaction pour protéger son patient.

10 - Article 4 du Code de déontologie des médecins, article R.4127-4 du Code de la santé publique.

11 - Article 111-3 du code pénal.

12 - Selon le principe de légalité des délits et des peines décrit par Cesare Beccaria au XVIII^{ème} siècle, pour qu'une infraction puisse être retenue elle doit être prévue dans ses éléments constitutifs par la loi ainsi que la peine encourue. Sur ce point, T. Garé, C. Ginestet, *Droit pénal. Procédure pénale*, Dalloz, 2021, p13-28.

13 - Cass. crim., 27 décembre 1961, Bull. crim. n°563.

14 - Article 111-4 du code pénal.

15 - La matière pénale ne supporte pas d'interprétation extensive par exemple par analogie. Sur ce point v. B. Bouloc, *Droit pénal général*, Dalloz, 27^{ème} édition, 2021, p. 140-147.

16 - T. corr. Avesnes sur Helpe, 19 novembre 1958, JCP 1959, II, 366, note Laplatte.

B - Le secret médical face à l'article 223-6 du code pénal

Lorsque les conditions de l'état de nécessité sont réunies, le médecin peut lever le secret, comme cela a été précisé plus haut. La question qui se pose toutefois est de savoir si cela est uniquement une possibilité qui lui est offerte ou bien s'il s'agit d'une injonction qui lui est faite.

Le code pénal prévoit à l'article 223-6 alinéa 1, le délit d'omission d'empêcher une infraction. Il s'agit de réprimer le fait que « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende* ». Dans le cas étudié ici, l'action du soignant consiste à dénoncer le fait que son patient subit des atteintes à son intégrité corporelle.

L'alinéa 2 de ce même article, dispose que « *sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ». La caractérisation de cette infraction de non-assistance à personne en péril suppose que le péril soit d'une imminente gravité et nécessite une intervention immédiate du soignant pour y mettre un terme¹⁷.

Une question reste toutefois en suspens : comment articuler ces infractions avec le secret médical ? Plus concrètement, la question qui se pose est celle de savoir comment doit agir le professionnel de santé lorsqu'il fait le constat que la vie de son patient est en péril au regard du comportement d'un tiers. De manière schématique, deux possibilités semblent s'offrir à lui : s'il révèle le péril afin d'y mettre un terme, il viole le secret professionnel auquel il est astreint. En revanche, s'il n'agit pas, il est coupable d'une omission d'empêcher une infraction ou de porter secours.

L'intérêt protégé par les infractions prévues par l'article 223-6 du code pénal est celui de la vie humaine, ce qui n'est pas nécessairement le cas derrière l'infraction de violation du secret professionnel, laquelle protège avant tout les rapports de confiance entre les professionnels de santé et les malades¹⁸. D'une manière plus large, le secret professionnel protège les droits de la personnalité puisque l'article 226-13 du code pénal se situe dans le chapitre VI du code qui prévoit les infractions portant atteinte à ces droits.

Même s'il pourrait paraître évident que la protection de la vie humaine prime sur tout autre valeur, cela n'est pas prévu de manière expresse. Or, la jurisprudence est constante et ancienne sur ce point ; elle n'accepte pas facilement de dérogation non prévue par la loi au secret

médical. L'une des seules dérogations existante¹⁹ se trouve dans le cas où le silence du soignant, le rendrait complice d'une infraction, celui-ci étant du point de vue du droit pénal, assimilable à l'auteur principal de l'infraction²⁰. Or, appliquée à notre objet d'étude, cette conception revient à considérer que le médecin peut ne pas respecter son secret professionnel sous peine d'être considéré comme le complice de l'auteur principal de l'infraction.

Il a déjà été évoqué que la violation du secret médical pourrait être accompagnée de l'état de nécessité afin d'éviter que la responsabilité pénale du soignant soit engagée. La jurisprudence concernant l'état de nécessité peut également nourrir cette réflexion sur la hiérarchisation entre les différentes valeurs protégées. La chambre criminelle de la Cour de cassation rappelle que « *si l'état de nécessité peut enlever aux faits leur caractère délictueux, il suppose que le bien sacrifié soit d'une valeur inférieure à celle du bien ou de l'intérêt sauvegardé* »²¹. La vie humaine, en tant que valeur protégée, étant considérée comme la valeur la plus importante, le respect du secret médical ne semble pas pouvoir empêcher la poursuite du médecin pour omission de porter secours ou d'empêcher une infraction.

Dans le cas où le médecin choisirait de respecter le secret médical et se trouverait en situation de commettre l'une des infractions de l'article 223-6 du code pénal, se pose également la question de l'efficacité du commandement de la loi en tant que fait justificatif. L'article 122-4 du code pénal précise à ce propos que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires* ». Or, le secret professionnel est prévu par le code de la santé publique tant dans sa partie législative que réglementaire ce qui semble répondre au commandement de la loi.

La chambre criminelle de la Cour de cassation a cependant rappelé qu'il est possible que soit « *sans insuffisance ni contradiction, et sans méconnaître le principe du secret médical, caractérisé les éléments constitutifs* » de l'omission d'empêcher une infraction²². Il conviendrait alors de pencher davantage pour le raisonnement hiérarchisant les valeurs protégées.

En conséquence, le médecin ne peut se protéger derrière le secret professionnel afin de justifier son inaction ; il a une obligation d'agir au regard du droit pénal général. Dans le cadre du droit pénal spécial, et plus particulièrement en ce qui concerne les violences commises au sein du couple, le législateur a également prévu des dispositions spécifiques permettant de lever le secret professionnel.

19 - Cass. crim., 20 décembre 1967, n°66-92.779.

20 - Article 121-6 du Code pénal.

21 - T. corr. Bobigny, 22 novembre 1972, *Gaz. Pal.*, 1972, 2, 890.

22 - Cass. crim., 23 octobre 2013, n°12-80.793.

17 - Cass. crim., 18 juin 2003, n°02-85.199.

18 - A. Leca (dir.), *Le secret médical*, LEH, 2012, coll. « Les cahiers de droit de la santé du sud-est », p. 6.

II - L'autorisation de violation du secret professionnel faite par la lettre de loi.

Le secret médical connaît des exceptions qui font échec à l'engagement de la responsabilité pénale du détenteur du secret en dehors des cas où la personne fait face à un danger **(A)**. Cependant la nouvelle utilisation de la notion de danger fait perdre de la cohérence à la législation pénale **(B)**.

A - Les exceptions au secret médical en dehors de la notion de danger

Les mécanismes du droit pénal général ne sont pas les seuls qui peuvent décider du sort du détenteur du secret médical lorsqu'il choisit de le lever. L'article 226-14 du code pénal prévoit, dans 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* ». Il s'agit d'un fait justificatif qui n'est applicable que dans le cadre de l'infraction de violation du secret professionnel, comme cela est précisé au premier alinéa de cet article qui dispose que « *l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret* ».

Ces faits justificatifs « spéciaux » concernaient traditionnellement deux types de situations : les hospitalisations d'office, qui seront abordées ultérieurement, ou les situations concernant les mineurs ou les personnes incapables.

Concernant les mineurs et les personnes incapables, il s'agit de situations où le médecin constate que ces derniers ont subi des « *séviesses ou privations [...] sur le plan physique ou psychique, [...] et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* »²³. La pratique révèle, hélas, que même plus de quinze ans après leur entrée en vigueur²⁴, l'application des règles relatives à la protection de l'enfance par les instances disciplinaires²⁵, n'est pas toujours aisée.

L'arrêt du Conseil d'État en date du 19 mai 2021²⁶ illustre bien les difficultés que l'on peut rencontrer en la matière.

En l'espèce, un médecin psychiatre signale qu'il soupçonne qu'un enfant de trois ans est victime de violences sexuelles de la part de son père. Ce dernier saisit la chambre disciplinaire de première instance de

Bretagne de l'Ordre des médecins qui le déboute de sa demande de condamnation du médecin pour violation du secret médical. Après qu'il ait interjeté appel, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins (CDNOM) a fait droit à sa demande et condamné le médecin à une interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'un mois. La CDNOM justifie sa décision par le fait que le médecin a effectué les signalements à la fois auprès du juge des enfants et du Procureur de la République. Or, l'article 226-14 du code pénal prévoit que le signalement doit être effectué uniquement auprès du Procureur de la République et non pas auprès du juge des enfants. A la suite de cette condamnation, le médecin a saisi le Conseil d'État qui a annulé la décision de la CDNOM sur le fondement de l'article 226-14 du code pénal. Cet arrêt permet de constater que la mise en œuvre des règles relatives aux signalements des faits de maltraitance et d'abus sexuels n'est pas sans soulever certaines difficultés. En effet, le Conseil d'État fait une lecture moins stricte de l'article 226-14 que la CDNOM. Le principe « *lex specialis derogat legi generali* » implique que la règle de droit spécial s'applique et écarte la règle de droit commun. Cependant, dans cet arrêt, le Conseil d'État ne suit pas ce raisonnement. Il semble faire une lecture de l'article 226-14 du code pénal à l'aune de l'état de nécessité et ne limite pas les institutions auprès desquelles le médecin peut ne pas respecter son secret professionnel. Ce faisant, le Conseil d'État n'exclut plus le droit pénal général, pour une règle de droit spécial, mais interprète le droit spécial à la lumière du droit pénal général. Néanmoins, il est aussi possible de relativiser le positionnement du Conseil d'État par le fait que le juge des enfants en question était déjà saisi de cette affaire, rendant la violation de la procédure de levée du secret médical par le médecin plus artificielle.

Il est évident que s'il reste des problèmes d'interprétation des critères dans le cadre des dispositions anciennes concernant les mineurs et les personnes vulnérables, il semble réaliste de penser qu'il s'en posera également concernant la nouvelle exception concernant les violences conjugales. La levée du secret médical met alors le soignant dans une position délicate qui ne lui permet pas d'être certain de son immunité.

La récente réforme vient aggraver cet état de fait. En effet, les critères retenus dans le cas des mineurs et des personnes vulnérables pour la levée du secret professionnel du soignant sont fondés sur la notion de violence. Cette notion n'est que peu, en apparence, soumise à interprétation. La récente réforme intègre de nouveau la notion de danger ce qui laisse une place encore plus importante à l'interprétation, et crée donc pour le médecin une insécurité juridique encore plus grande quant à sa possible responsabilité pénale.

23 - Article 226-14 du Code pénal.

24 - Loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.

25 - Les instances disciplinaires de l'Ordre des Médecins sont en première instance les chambres disciplinaires régionales et en appel, la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins (CDNOM).

26 - CE, 4^{ème} - 1^{ère} chambres réunies, 19 mai 2021, req. n°431352.

B - Les exceptions au secret médical dans le cadre du danger

La loi du 30 juillet 2020²⁷ a été adoptée à la suite du Grenelle sur les violences conjugales. Cette loi visant à protéger les victimes de violences conjugales a modifié l'article 226-14 du code pénal, en insérant un alinéa supplémentaire²⁸, lequel prévoit que l'infraction de violation du secret professionnel ne peut pas être retenue contre tout « *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* ».

Cette nouvelle exception se fonde à la fois sur la notion de violence, et sur le fait que le patient doit être dans une situation de danger immédiat. Dès lors, le danger devient explicitement un critère d'exclusion de la responsabilité pénale du médecin en cas de non-respect du secret médical. Jusque-là, ce critère était réservé à la question de l'hospitalisation d'office.

En respectant le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale, il ne semble pas qu'il s'agisse du même danger que celui prévu dans l'hypothèse de l'état de nécessité, celui-ci ne pouvant être qu'immédiat et non pas également imminent comme dans le cas nouveau des violences conjugales. Le danger imminent ne s'est pas encore produit, il y a une idée de précaution alors que le danger immédiat lui n'est plus une hypothèse, il existe. Néanmoins, il est aujourd'hui trop tôt pour savoir si le danger évoqué pourrait également être imminent, et non uniquement immédiat. Bruno Py, Professeur de droit et spécialiste de ces questions, considère qu'il s'agit bien du même danger²⁹. Il faudra attendre l'interprétation de la jurisprudence pour avoir une confirmation de cette interprétation doctrinale qui apporte de la cohérence mais contrevient au principe d'interprétation stricte de la loi pénale.

Le critère de la notion de danger en tant qu'il autorise la levée du secret médical n'est pas nouveau. Cela était déjà prévu afin de prévenir le Préfet dans le cadre des

hospitalisations d'office³⁰. Par ailleurs, l'article 226-14 du code pénal prévoit dans son actuel 4°, anciennement 3°, que les médecins peuvent transmettre des informations sur l'état de santé des personnes qui présentent un « *caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui [...] dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une* ». En parallèle, l'article L.3213-2 du code de la santé publique établit le danger imminent comme critère de l'hospitalisation d'office. Il ne s'agit donc là pas d'un danger immédiat.

Il y a alors un manque flagrant de cohérence entre les deux dernières exceptions de l'article 226-14 du code pénal.

À ces nombreuses incertitudes, la nouvelle disposition inclut également le fait que le patient doit être incapable « *de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences* ». Or, la contrainte morale trouve dans ce texte sa source à travers la notion d'emprise, qui n'est pas non plus définie par le code pénal. Cela est d'autant plus problématique qu'il n'y a pas, à ce jour, de jurisprudence pour nous éclairer sur ces dispositions. Le pourvoi en cassation de Georges Tron à la suite de sa condamnation par la Cour d'appel de Paris pour viols et agressions sexuelles au regard de l'emprise qu'il détenait, permettra peut-être d'éclairer cette notion.

Pour l'heure, la situation est complexe pour le médecin qui ne peut être certain d'être dans le cas de l'exception qui le délivre de son secret. La lettre de l'article 226-14 du code pénal autorise le médecin à lever le secret médical mais ne l'y oblige pas. De prime abord, cela laisse à penser que si le médecin n'est pas certain d'être dans le cadre de l'exception, il peut rester silencieux. Cela serait oublier ce qui a été vu précédemment, concernant l'omission de porter secours ou d'empêcher la commission d'une infraction.

Conclusion

L'allongement de la liste des exceptions pose un problème quant à la portée du secret médical qui s'amointrirait : il devient illisible et ne correspond pas au standard de clarté et d'intelligibilité de la loi qui est pourtant un objectif à valeur constitutionnelle³¹. Face à ces injonctions contradictoires, le médecin se trouve aujourd'hui dans une situation bien délicate.

Audrey Irastorza

27 - Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

28 - A. Zelcevic-Duhamel, « Les nouveaux défis des professionnels de santé - à propos de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 luttant contre les violences au sein du couple », [Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, numéro spécial, n°30](#), p.53-56.

29 - B. Py, « La place du professionnel de santé face aux violences commises sur mineur dans le cercle intrafamilial », [Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, numéro spécial, n°30](#), P57-60.

30 - Article L. 3213-1 et L. 3213-2 du Code de la santé publique.

31 - C. Const., 16 décembre 1999, n°99-421 DC, sur la loi portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Frédéric Erard

Dr. iur., avocat, juriste au SIB Institut Suisse de Bioinformatique, frederic.erard@sib.swiss

Secret médical et violences intrafamiliales : regard sur le droit suisse

1. Introduction

Les soignants sont les témoins privilégiés de l'état de santé d'une population¹. Pour l'État, l'idée d'« exploiter » la position du corps médical en vue de détecter certaines situations jugées problématiques peut donc se révéler tentante. En Suisse comme dans beaucoup d'ordres juridiques étrangers, ce phénomène se traduit par une multiplication progressive des limitations du secret médical. La redéfinition de la portée du secret médical n'a pourtant rien d'étonnant : les études historiques montrent en effet que le secret médical est une institution malléable, dont les contours s'adaptent d'époque en époque selon l'évolution du contexte social, économique ou technologique². Ainsi, les limites du secret médical font l'objet de discussions permanentes, souvent en lien direct avec l'actualité (ex. : détection des personnes présentant des risques de radicalisation ou pilotes de ligne à tendance suicidaire).

L'affaiblissement du secret médical aux fins de signalisation des violences intrafamiliales, ou plus généralement pour signaler la mise en danger de personnes mineures ou majeures, est lui aussi régulièrement discuté. La nécessité de mener ce débat est fondée tant les violences intrafamiliales sont un fléau difficile à détecter. Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue qu'un affaiblissement du secret médical pourrait priver les victimes de l'aide précieuse du corps médical, par crainte des répercussions que pourrait avoir un signalement aux autorités. Le débat sur la portée du secret médical dans de telles situations met alors en lumière des

conflits d'intérêts complexes et multiples.

Les lignes qui suivent offrent un bref panorama des règles de droit suisse relatives aux signalements de violences constatées par les soignants. Le droit suisse prévoit des solutions particulièrement variées qui dépendent non seulement du type de situations ou de victimes, mais aussi du canton dans lequel exercent les soignants concernés. Il est cependant utile de commencer par présenter brièvement les fondements juridiques du secret médical en droit suisse.

2. Protection du secret médical en droit suisse

En Suisse, la protection du secret médical repose à titre principal sur l'article 321 du Code pénal suisse (CP)³, qui réprime la violation du secret professionnel. Inspirée en partie du Code pénal français de 1810⁴, cette disposition impose une obligation individuelle d'observer le secret professionnel à une liste exhaustive de professions. À côté des ecclésiastiques et des avocats par exemple, sont tenus d'observer le secret professionnel les médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens, sages-femmes, psychologues, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, optométristes et ostéopathes. Les auxiliaires de ces professions sont également tenus au secret, ce qui permet en pratique de soumettre au secret la majeure partie du personnel exerçant dans les établissements médico-hospitaliers par exemple. Les obligations de confidentialité des professions qui ne sont pas visées par l'article 321 CP sont régies par le droit cantonal sanitaire ou par les législations générales sur la protection des données personnelles.

L'infraction pénale de violation du secret professionnel est poursuivie uniquement sur plainte et vise, à tout le moins dans le contexte médical, à protéger une pluralité d'intérêts juridiques. Sous l'angle individuel, le respect du secret médical protège aussi bien la sphère privée et intime du patient que son intérêt à protéger sa santé. Il doit en effet permettre au patient de se confier librement en vue de recevoir les meilleurs soins possibles⁵. La protection du secret médical repose par ailleurs sur un intérêt public essentiellement lié

3 - Code pénal suisse du 21 décembre 1938, Registre systématique suisse (RS) 311.0.

4 - Erard Frédéric, Le secret médical. Étude des obligations de confidentialité des soignants en droit suisse, thèse, Zurich 2021, N 45.

5 - En ce sens, par ex. : Arrêt du Tribunal fédéral (ATF) 75 IV 74 ; Mausbach Julian, Die ärztliche Schweigepflicht des Vollzugsmediziners im schweizerischen Strafvollzug aus strafrechtlicher Sicht, thèse, Zurich 2010, p. 45.

1 - Pelet Odile, Médecine et droit : le médecin malgré lui, in : Guillod/Sprumont (édit.), Rapports entre médecins et autorités : indépendance ou collaboration ?, 18^e Journée de droit de la santé, Berne 2011, p. 59, 62.

2 - Rieder Philip/Louis-Courvoisier Micheline/Huber Philippe, The end of medical confidentiality? Patients, society and the state in history, Medical Humanities, 3/2016, p. 149, 153.

à la confiance du public à l'égard des professions de soins⁶.

Le secret professionnel peut être limité de différentes manières. D'abord, la révélation d'un tel secret n'est pas punissable si elle intervient avec le consentement de la personne intéressée, soit en principe le patient. La révélation n'est pas non plus punissable si, sur proposition du détenteur du secret (pour le secret médical : le soignant), l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance compétente l'a autorisée par écrit. Il s'agit là d'une spécificité helvétique qui permet à tout soignant de saisir une autorité désignée par le droit de son canton aux fins de se faire délier du secret professionnel dans une situation donnée, pour laquelle la loi ne prévoit pas de dérogation. Sauf exception, seul le soignant peut saisir cette autorité. Cette dernière doit alors procéder à une évaluation minutieuse des intérêts en présence et doit se limiter à lever le secret s'il existe, dans la situation particulière, un intérêt privé ou public clairement supérieur au maintien du secret⁷.

Le secret professionnel peut aussi être limité si une loi le prescrit, ou plus précisément s'il existe une disposition légale de droit fédéral ou cantonal prévoyant un droit d'aviser une autorité et de collaborer, une obligation de renseigner une autorité ou une obligation de témoigner en justice (art. 321 ch. 3 CP). Ces dérogations légales peuvent prendre la forme de « facultés » d'annonce. Le soignant doit alors procéder lui-même à une pesée des intérêts en présence et évaluer si l'intérêt à la révélation des faits (par ex. : le bien d'un enfant qui subit des violences) l'emporte sur le maintien du secret médical dans le cas concret⁸. En présence d'une faculté légale d'annonce, le Tribunal fédéral a jugé que le soignant n'endossait pas un rôle de garant et qu'il ne pouvait donc pas être poursuivi en responsabilité pour les dommages survenus suite à sa décision de ne pas signaler une situation dangereuse aux autorités⁹. Les dérogations légales au secret professionnel peuvent aussi prendre la forme d'« obligations » d'annonce, même si elles sont plus rares. Dans ce cas, le législateur fédéral ou cantonal a jugé en amont que l'intérêt opposé au secret médical était si important qu'il devait écarter toute marge de manœuvre des soignants. Aujourd'hui, le droit suisse fédéral et cantonal (vingt-six cantons et autant de droits cantonaux) regorge de

dispositions limitant la portée du secret professionnel par le biais de facultés ou d'obligations de signalement, dans des domaines aussi variés que la prévention contre les maladies transmissibles, la circulation routière ou les personnes présentant des risques de dépendance par exemple.

Enfin, la partie générale du Code pénal helvétique rend licites les actes constitutifs d'une infraction qui sont commis en présence d'un état de nécessité, c'est-à-dire pour préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement un bien juridique (soit un intérêt protégé par le droit pénal comme la vie, l'intégrité corporelle, l'honneur ou le patrimoine) appartenant à l'auteur ou à un tiers (art. 17 CP). Pour autant que les conditions prévues par cette disposition soient réunies, le soignant qui fait face à un danger imminent peut ainsi déroger licitement au secret professionnel.

Conformément au principe de proportionnalité, l'étendue de l'information communiquée lors d'un signalement à une autorité doit se limiter aux seules informations nécessaires pour atteindre le but visé par la communication, autrement dit les seules informations pertinentes en droit¹⁰. Lorsqu'il procède à un signalement, le soignant doit ainsi s'abstenir de communiquer le dossier médical dans son intégralité par exemple¹¹.

Parmi les motifs dérogatoires susmentionnés, le consentement de la personne concernée est celui qui doit être favorisé dans toute la mesure du possible, car c'est celui qui préserve au mieux la relation thérapeutique¹². Sans perdre de vue la possibilité de déroger au secret médical par la voie du consentement, de la levée du secret par l'autorité compétente ou de l'existence d'un état de nécessité, l'exposé qui suit se concentre essentiellement sur la présentation des dispositions légales qui pourraient justifier un signalement de violences intrafamiliales par des soignants.

3. Signalement de suspicions d'infractions pénales

À l'exception de l'obligation de signaler les morts suspectes qui figure à l'article 253 al. 4 du Code de procédure pénale suisse (CPP) et qui s'applique de manière plus ou moins uniforme sur l'ensemble du territoire helvétique¹³, le signalement des infractions pénales constatées par les soignants dans le cadre de leurs activités n'est pas réglé par le droit fédéral et relève donc de la compétence des cantons. En d'autres termes, il existe potentiellement en Suisse vingt-six régimes juridiques différents en la matière.

10 - Donzallaz Yves, (note 8), N 6792.

11 - Erard Frédéric, (note 4), N 1028.

12 - Arrêt du Tribunal fédéral 2C_658/2018 du 18 mars 2021, c. 3.3; Martin Jean/Guillod Olivier, Secret médical. Quelle attitude du praticien quand des instances ou personnes extérieures demandent des renseignements à propos d'un patient?, Bulletin des médecins suisses, vol. 81, no 37, 2000, p. 2047, 2048.

13 - Le Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007, RS 312.0, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Jusque-là, la procédure pénale était réglée à l'échelon cantonal. L'art. 253 al. 4 CPP énonce que « *les cantons désignent les membres du personnel médical tenus d'annoncer les cas de morts suspectes aux autorités pénales* ».

6 - ATF 120 Ib 606 c. 2b, JdT 1987 IV 150 (pour le secret de l'avocat) ; ATF 87 IV 105 c. 2b, JdT 1962 IV 4 (pour le secret du médecin) ; arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) Z c. Finlande du 25 février 1997, requête n° 22009/93, § 95. Pour un examen plus détaillé des catégories d'intérêts publics qui justifient le respect du secret médical en droit suisse : Erard Frédéric, (note 4), N 247 ss.

7 - Arrêt du Tribunal fédéral 2C_622/2017 du 19 février 2018, c. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_37/2018 du 15 août 2018, c. 6.4.2.

8 - Donzallaz Yves, Traité de droit médical, Vol. 2 Le médecin et les soignants, Berne 2021, N 6794.

9 - Arrêt du Tribunal fédéral 6B_924/2009 du 18 mars 2010, c. 2.6. Dans cette affaire, la famille d'un cycliste décédé dans un accident de la route avait attaqué en responsabilité le médecin d'un conducteur âgé qui avait causé l'accident, sous prétexte que l'incapacité de conduire de l'auteur aurait dû être signalée aux autorités. Or, le droit suisse autorise mais n'oblige pas les médecins à signaler une incapacité de conduire (art. 15d al. 3 Loi fédérale sur la circulation routière du 19 décembre 1958, RS 741.01).

En pratique, les disparités ne sont pas totales, car de nombreux cantons ont adopté des dispositions légales similaires qui autorisent (sous forme de faculté) les soignants à signaler aux autorités pénales les soupçons de crimes ou de délits contre la vie, l'intégrité physique, psychique et sexuelle ou la santé publique¹⁴. Dans le canton d'Uri, le signalement de ce type d'infractions devient obligatoire lorsqu'il est commis contre un mineur. Le canton de Schwyz a quant à lui étendu la possibilité de signaler aux autorités pénales les constatations qui indiquent la propension accrue d'une personne à la violence. Quelques cantons ont choisi d'octroyer une marge de manœuvre large aux soignants, en les autorisant par exemple à signaler les faits qui laissent soupçonner tout type de crime ou de délit, pour autant toutefois que l'intérêt à la découverte de l'acte l'emporte sur l'intérêt au maintien du secret professionnel¹⁵.

La législation du canton italoophone du Tessin mérite une attention particulière. En 2017, le parlement tessinois a adopté une révision de la loi cantonale sanitaire qui avait notamment pour effet d'obliger les soignants à signaler au ministère public tout cas de maladie, de blessure ou de décès dont ils prenaient connaissance dans le cadre de leur profession et dont ils avaient la certitude ou suspectaient qu'il résultait d'une infraction poursuivie d'office. Quatre médecins tessinois ont recouru contre cette loi devant le Tribunal fédéral, qui leur a partiellement donné raison¹⁶. Après avoir rappelé l'importance de l'institution du secret médical, la plus haute Cour helvétique a affirmé que les dérogations légales au secret médical ne devaient être admises que de manière restrictive. Pour être conformes au droit, celles-ci doivent notamment porter sur des situations bien définies, être justifiées par un intérêt public et respecter le principe de proportionnalité. Le législateur doit privilégier les solutions qui portent le moins atteinte au secret médical et qui, surtout, ne rendent pas le secret médical illusoire en le vidant de sa substance. Sur cette base, le Tribunal fédéral a annulé la disposition tessinoise attaquée dans la mesure où elle prévoyait un devoir de signalement trop étendu et qu'elle ne permettait pas la prise en compte de la gravité du danger dans chaque situation concrète. Elle était donc susceptible d'ébranler la relation de confiance entre les patients et les médecins. Cet arrêt du Tribunal fédéral a eu le mérite d'apporter des lignes directrices bienvenues dans un panorama législatif helvétique souvent critiqué pour ses disparités et ses atteintes parfois trop incisives à l'institution du secret médical¹⁷.

Aucun canton ne semble avoir adopté de dispositions légales en lien avec le signalement d'infractions pénales commises spécifiquement dans le contexte intrafamilial. De telles violences tomberaient cependant dans le champ d'application plus large d'éventuelles dispositions relatives aux signalements de crimes ou délits contre la vie, l'intégrité physique, psychique ou sexuelle mentionnées ci-dessus.

4. Protection de l'enfant et de l'adulte (droit civil)

En parallèle du droit pénal, le droit civil helvétique contient des règles qui visent à détecter et à prendre en charge les personnes qui ont besoin d'aide. Ces règles ne se concentrent pas sur l'auteur des violences, mais sur la personne en difficulté, dans une perspective de protection et de prévention. À cet effet, le Code civil suisse¹⁸ prévoit différentes normes qui autorisent les soignants à signaler, sous certaines conditions, les situations où une personne a besoin d'aide à l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA). Instituée par le Code civil (art. 440 CC), l'APEA est une autorité interdisciplinaire et indépendante, dont l'organisation est déterminée par chaque canton¹⁹. Elle est compétente pour prendre l'ensemble des mesures de protection de l'enfant et de l'adulte, à l'image des curatelles, du retrait du droit de garde ou du placement des mineurs²⁰.

a. Mise en danger d'un mineur

Les règles du Code civil relatives aux signalements à l'APEA ont fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019²¹. Cette révision, qui a suscité passablement de débats à l'Assemblée fédérale, établit désormais à l'échelon fédéral des règles de signalement qui s'appliquent à toute une série de professionnels lorsqu'ils se trouvent en contact régulier avec des enfants, à l'image des personnes occupant une fonction officielle ou des intervenants du domaine religieux ou du sport (art. 314d CC). Ces professionnels ont désormais l'obligation d'aviser l'APEA lorsqu'ils constatent des indices concrets que l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'un enfant est menacée et qu'ils ne peuvent pas remédier eux-mêmes à la situation dans le cadre de leur activité.

Les personnes soumises au secret professionnel au sens de l'article 321 CP (ex. : médecin, infirmier) bénéficient toutefois d'un régime particulier puisque l'article 314c CC leur réserve seulement un « droit » (faculté) et non une obligation d'aviser l'APEA lorsque l'intérêt de l'enfant le justifie. Cependant, ce droit d'aviser ne s'applique pas aux

14 - De telles dispositions légales ont par exemple été adoptées par les cantons de Bâle-Campagne, Berne, Fribourg, Lucerne, Neuchâtel ou Saint-Gall.

15 - Par ex. le canton du Jura.

16 - Arrêt du Tribunal fédéral 2C_658/2018 du 18 mars 2021, en italien. Pour un résumé en français : Erard Frédéric, Secret médical et dénonciations d'infractions pénales : le Tribunal fédéral tranche enfin, 1^{er} avril 2021 in www.swissprivacy.law/67.

17 - Par ex. : Dumoulin Jean-François, Pour une harmonisation du secret professionnel des soignants ?, Jusletter 27 août 2012.

18 - Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210.

19 - Guillod Olivier, Droit des personnes, 5^{ème} éd., Bâle Neuchâtel 2018, N 241.

20 - Pour un aperçu complet des compétences de l'APEA : Guillod Olivier, (note 19), N 245 ss.

21 - Introduit par la Loi fédérale du 15 déc. 2017 (Protection de l'enfant), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2019 (Recueil Officiel 2018 2947).

auxiliaires des professions désignées par l'article 321 CP²². Ces derniers doivent se contenter de signaler les cas à leur supérieur hiérarchique ou, s'ils tiennent à saisir eux-mêmes l'APEA, à saisir préalablement l'autorité cantonale de levée du secret professionnel afin de se faire délier du secret.

En cas de soupçon de violences intrafamiliales à l'encontre d'un mineur, le soignant doit plus précisément se demander si le bien de l'enfant, soit son intégrité physique, psychique ou sexuelle, semble menacé et si l'intérêt du mineur justifie effectivement un signalement²³. Il doit alors lui-même déterminer s'il est préférable de préserver la relation de confiance établie avec le mineur ou au contraire l'intérêt à ce que l'autorité soit informée du cas. L'intérêt plus large d'autres enfants à être protégés contre l'auteur des menaces doit lui aussi être pris en compte²⁴.

Les règles de droit fédéral décrites ci-dessus constituent toutefois seulement un cadre minimal. Lors des débats liés à la révision du Code civil, il a été décidé de réserver la possibilité pour les cantons d'adopter des règles de droit cantonal plus sévères (art. 314d al. 3 CC). Avant la révision du droit fédéral, plusieurs cantons obligeaient effectivement les soignants à signaler certaines mises en danger de mineurs et les Chambres fédérales ont décidé qu'il convenait de préserver leurs « acquis ». À titre d'exemple, le droit cantonal vaudois oblige les professionnels de la santé à signaler à l'autorité les situations où un mineur semble avoir besoin d'aide²⁵. La Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) a établi un document qui recense les dispositions légales de droit cantonal qui reprennent ou dérogent au droit fédéral en la matière²⁶.

Le soignant soumis au secret professionnel est autorisé par la loi à collaborer dans le cadre des procédures ouvertes par l'APEA. Il est cependant tenu de le faire lorsque la personne concernée par le secret l'y a autorisé ou que l'autorité de levée du secret professionnel l'a délié du secret à la demande de l'APEA (art. 314e al. 2 et 3 CC). La saisine de l'autorité de levée du secret professionnel par l'APEA est une exception au principe pourtant bien ancré selon lequel seul le soignant peut demander que l'autorité cantonale de levée du secret le délie de son obligation de confidentialité (art. 321 ch. 2 CP)²⁷.

22 - Critique : Maranta Luca, Im « Irrgarten » zwischen Meldepflichten, Melderechten und Berufsgeheimnissen – die Revision der Meldevorschriften im Kinderschutz, Revue de la protection des mineurs et des adultes (RMA) 4/2018, p. 231, 237.

23 - COPMA, Droit et obligation d'aviser l'APEA selon les art. 314c, 314d, 443 et 453 CC, Revue de la protection des mineurs et des adultes (RMA) 2/2019, p. 159, 170.

24 - COPMA, (note 23), p. 159, 171.

25 - Art. 32 de la Loi cantonale vaudoise d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant du 29 mai 2012 (LVPAE), RS VD 211.255.

26 - COPMA, Droit et obligation d'aviser l'APEA selon les art. 314c, 314d, 443 et 453 CC, annexe 2 Dispositions cantonales en matière de signalement, disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.kokes.ch/fr/documentation/recommandations>.

27 - Critiqué en doctrine, voir par ex. : Pelet Odile, Protection de l'adulte : le secret médical ébréché, REISO, 28 juin 2012 (en lien avec l'exception similaire prévue dans le contexte de la protection de l'adulte).

b. Mise en danger d'un adulte

À l'inverse des règles relatives à la protection de l'enfant, le droit civil fédéral n'autorise pas, de manière générale, les soignants à signaler à l'APEA les situations où un adulte aurait besoin d'aide et réserve d'ailleurs expressément le secret professionnel (art. 443 al. 2 CC). Par principe, le soignant qui constate qu'une personne adulte est victime de violence domestique doit donc, sous l'angle du droit civil, se faire délier du secret en recueillant le consentement de la personne concernée ou en obtenant l'autorisation écrite de l'autorité de levée du secret professionnel.

Sous l'angle de la collaboration avec l'APEA, l'article 453 CC prévoit toutefois une règle particulière pour les cas les plus graves, soit ceux où « *il existe un réel danger qu'une personne ayant besoin d'aide mette en danger sa vie ou son intégrité corporelle ou commette un crime ou un délit qui cause un grave dommage corporel, moral ou matériel à autrui* ». Dans ces situations, les soignants sont déliés de leur secret professionnel et peuvent communiquer les informations nécessaires à l'APEA²⁸. Les informations communiquées peuvent alors potentiellement tomber entre les mains de la police puisque l'article 453 al. 1 CC énonce que l'APEA, les services concernés et la police sont tenus de collaborer.

Tout comme pour la protection des enfants, les cantons peuvent ici aussi adopter des obligations d'aviser plus étendues (art. 443 al. 3 CC)²⁹. La législation du canton de Fribourg autorise par exemple les professionnels de la santé à aviser l'APEA du cas d'une personne semblant avoir besoin d'aide, sans se faire délier du secret professionnel³⁰. On peut toutefois questionner la validité d'une dérogation si large et si peu précise, tant sa formulation risque de vider de sa substance le secret professionnel.

5. Conclusion

Sous réserve d'éventuelles rares dispositions légales de droit cantonal, ce bref tour d'horizon conduit au constat que le droit suisse ne contient pas de règle spécifique au signalement de violences intrafamiliales par les soignants. Néanmoins, ce type de situation n'est pas pour autant délaissé puisque les soignants qui s'y trouveraient confrontés disposent de multiples voies légales pour procéder à un signalement : consentement du patient, dérogations légales prévues par le droit fédéral ou cantonal (généralement des facultés d'aviser une autorité), levée du secret par l'autorité cantonale ou encore état de nécessité pour les situations qui présentent un danger imminent et impossible à détourner autrement.

28 - Biderbost Yvo, KESB ante portas – ein Beitrag zu Melderechten und -pflichten im Kinderschutz, in : Eitel/Graham-Siegenthaler (édit.), Aspekte rechtlicher Nähebeziehungen Liber amicorum für Regina E. Aebi-Müller, Zurich 2021, p. 25, 29. Voir aussi : COPMA, (note 23), p. 159, 172.

29 - Pour un panorama des dispositions cantonales concernées : COPMA, (note 26).

30 - Art. 1 al. 2 de l'Ordonnance fribourgeoise concernant la protection de l'enfant et de l'adulte du 18 décembre 2012, RS-FR 212.5.11.

À la lecture des lignes qui précèdent, le juriste étranger sera certainement frappé par la disparité des régimes légaux de l'ordre juridique suisse en matière de signalement. Certains verront ce morcellement d'un bon œil, l'assimilant à une preuve d'un fédéralisme efficace ou d'une saine démocratie. Les disparités cantonales présentent d'ailleurs l'avantage d'offrir une forme de « laboratoire », où les cantons peuvent évaluer leurs expériences respectives et adapter leurs propres législations en conséquence.

Il n'empêche que pour être efficace, le secret médical doit bénéficier d'une sécurité juridique suffisante. Le lien de confiance entre le patient et son soignant, que le secret médical vise à protéger, semble en effet difficile à garantir dans un système complexe et disparate, où les dérogations au secret médical sont peu prévisibles du point de vue des patients ou potentiels futurs patients. Cette insécurité juridique affecte d'ailleurs probablement de manière négative la résolution des états de fait délicats, à l'image des violences intrafamiliales. Selon qu'elle est prévisible ou non, la perspective d'un signalement aux autorités pourrait en effet conduire les personnes en position de faiblesse à renoncer à chercher une aide pourtant souvent essentielle auprès du corps médical³¹. En matière de signalements par les soignants, une uniformisation des règles à l'échelon fédéral est par conséquent souhaitable, même si elle se fait au détriment du fédéralisme fort qui prévaut aujourd'hui dans ce domaine.

Frédéric Erard

.....

31 - Les études visant à démontrer si un patient a renoncé à consulter un professionnel de la santé en raison des risques de divulgation d'informations le concernant sont rares, car difficiles à mener pour des raisons pratiques évidentes. Certaines études ont cependant montré qu'un secret médical déficient pouvait à tout le moins avoir un impact négatif sur les personnes en situation de faiblesse. À ce sujet, Erard Frédéric, Le secret médical. Étude des obligations de confidentialité des soignants en droit suisse, thèse, Zurich 2021, Erard Frédéric, (note 4), N 277 ss.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Maëlienn Corfmat

Doctorante en cotutelle à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris et à l'Université de Montréal

Le secret médical et les violences intrafamiliales au Québec : quelques éléments de droit comparé

Tout comme en France, la pratique médicale québécoise est en principe exercée dans le respect du serment d'Hippocrate, décliné en « serment professionnel » par le Collège des médecins du Québec. Ainsi, l'idée d'un secret qui gouverne les relations entre le médecin et chacun de ses patients y est d'ores et déjà intégrée. Ce secret fait ensuite l'objet d'une protection juridique particulière pour la province québécoise. Une précision s'impose avant de s'y intéresser.

Le Québec est une province du Canada, qui fonctionne selon le modèle d'un État fédéral et possède deux paliers d'autorité juridique et politique distincts. C'est la Constitution du Canada qui organise la répartition des compétences exclusives et partagées entre la Fédération et les provinces et territoires. La *Loi constitutionnelle de 1867* prévoit ainsi que les législatures provinciales, y compris donc la législature du Québec, sont exclusivement compétentes pour les domaines concernant, entre autres : les travaux et entreprises de nature locale (hormis ceux expressément énumérés) ; les droits civils dans la province ; l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux et établissements de santé ; et enfin, « toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province »¹. Une grande partie des règles relatives à l'exercice de la profession médicale au sein de la province de Québec ont dès lors été prises sur ce fondement. Cependant, la même *Loi constitutionnelle* donne compétence exclusive au parlement fédéral pour la matière criminelle, qui englobe plus ou moins directement plusieurs volets de la pratique médicale (par ex. interruption de grossesse, avortement ou aide médicale à mourir) et la répression des violences, y compris celles d'ordre intrafamilial².

1 - *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, c 3, art. 92.

2 - *Id.*, art. 91.

Les lignes qui vont suivre s'attèlent donc à présenter les règles québécoises encadrant le secret professionnel du médecin qui relèvent d'un intérêt particulier pour l'enjeu des violences intrafamiliales. Nous entendrons ces dernières de façon générale, comme tout type de violence, psychique, sexuelle ou physique, ayant lieu entre ou par l'un des membres d'un même foyer, peu importe leur âge et leur situation³. Sans ancrer ces lignes dans une démarche de droit comparé à proprement parler, de brefs commentaires tenteront, ici et là, de mettre en lumière les points comparables à ceux établis en France. Est en particulier visée l'exception prévue par la *loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales*.

I. La garantie juridique du secret professionnel au Québec

La protection du secret professionnel est prévue au Québec par voie législative et réglementaire **(a)** et trouve bien entendu application pour un contenu particulier d'informations **(b)**.

a. Les sources légales et réglementaires de l'obligation de confidentialité

Au Québec, la source du secret professionnel se retrouve dans plusieurs dispositions de la *Charte des droits et des libertés de la personne*⁴, laquelle a une valeur législative particulière puisqu'il s'agit d'une loi fondamentale et qu'elle doit être respectée par toutes les autres lois québécoises⁵. On pourrait ainsi fonder la source du secret tant dans la proclamation du droit au respect de la vie privée (article 5), que du droit à la liberté (article 1) ou à la sauvegarde de la dignité (article 4) qui concernent toute personne. Son origine se retrouve aussi dans le Code civil du Québec qui protège le droit à la vie privée en son article 3. Néanmoins, le droit de toute personne « au secret professionnel » est spécialement

3 - Cette définition s'inspire notamment de : Gouvernement du Canada, « La violence familiale », *Site du Gouvernement canadien*, en ligne : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/vf-fv/apropos-about.html> ainsi que de la fiche indicateurs de l'INSEE, reprenant les Objectifs de Développement durable des Nations Unies : Institut national de la statistique et des études économiques, *Indicateurs pour le suivi national des objectifs de développement durable. Objectif 5 : égalité entre les sexes*, Document ouvert de l'INSEE, décembre 2019.

4 - *Charte des droits et des libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12.

5 - Elle a valeur « quasi-constitutionnelle », ce qui suppose qu'elle a été adoptée par la procédure ordinaire de vote de la loi, mais qui a préséance sur les autres lois. Voir notamment : André MOREL, « La Charte québécoise : Un document unique dans l'histoire législative canadienne » (1987) 21 *Revue juridique Thémis*, pp. 1-23.

et expressément prévu à l'article 9 de ladite Charte⁶. On notera ici que n'est donc expressément pas mentionnée l'obligation de confidentialité incombant au professionnel ; le droit consacré en constitue cependant le corollaire. Pour retrouver le fondement de cette obligation, il suffit de se laisser guider par la suite de l'article 9, qui vise « *toute personne tenue par la loi* », et nous mène ainsi jusqu'à l'article 60.4 du Code des professions⁷. Les professionnels indirectement visés par la Charte correspondent aux membres qui dépendent des ordres professionnels cités à l'annexe I du même code. Dès lors, le médecin et de nombreux autres praticiens de la santé⁸ sont qualifiés de professionnels auxquels incombent l'exigence du secret.

Dès son entrée en vigueur, le Code des professions a imposé l'adoption de codes de déontologie⁹ précisant notamment les droits et les devoirs du professionnel dans l'exercice de sa profession. Ainsi, le Code de déontologie médicale¹⁰ complète en particulier les conditions dans lesquelles le secret professionnel doit être préservé¹¹. S'il est initialement de nature déontologique, sa valeur est désormais réglementaire puisqu'il a été intégré au droit positif. Le Code des professions¹² et la Loi médicale¹³ en sont les lois habilitantes¹⁴. Découle donc de ces droits garantis une obligation générale de confidentialité incombant aux professionnels.

b. Le contenu de l'information protégée

Le champ d'application du secret est large. Il comprend toutes les informations qui peuvent venir à la connaissance du praticien dans l'exercice de sa mission thérapeutique, et non seulement celles littéralement confiées par le patient à son médecin dans le cadre d'une consultation¹⁵. Dès lors, des révélations qui lui sont rapportées par des proches du

patient ou de la patiente (on peut ici prendre l'exemple des réactions ou des propos que pourrait rapporter un enfant dans la salle d'attente ou pendant la consultation à propos d'un événement concernant sa famille), des constatations qu'il fait lors d'un examen physique (on citera ici l'exemple d'hématomes ou d'autres marques de coups que le médecin peut déceler ou remarquer sur le corps du patient pendant l'examen clinique), ou même encore des paramètres biologiques ou données de monitoring non directement relevés par le médecin relèvent du secret professionnel. Bien sûr, l'obligation de confidentialité s'étend à tous les renseignements de nature médicale qui font, la majeure partie du temps, partie du dossier médical de la personne¹⁶. Il faut cependant comprendre qu'elle s'étend, au Québec, à d'autres renseignements de nature non médicale¹⁷ qui peuvent concerner les violences intrafamiliales. Une femme qui fait état du comportement alcoolisé de son conjoint et des difficultés que cela entraîne dans la façon dont il s'occupe de ses enfants, par exemple, ne relève pas de la nature médicale *stricto sensu*. Pourtant, ces informations entreront dans le contenu de l'obligation de confidentialité du médecin. A titre de comparaison, les informations couvertes par le secret semblent correspondre à celles protégées par la loi française et le code français de déontologie des médecins, quoique le critère délimitant à l'exercice de la profession y semble un peu moins strict.

Le fait que le médecin exerce en clinique privée ou dans un établissement public de santé n'a, en outre, aucune incidence ni sur son obligation de confidentialité, ni sur son objet. Notons cependant que s'ajoute au secret professionnel, de façon indépendante et autonome, d'autres obligations de confidentialité. Ainsi, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁸ organise le régime de collecte, de conservation, de divulgation ou d'accès des dossiers médicaux patients ou usagers, et instaure notamment une obligation de confidentialité à la charge des établissements de santé et de services sociaux, qui pèse aussi sur leur personnel. De plus, les régimes québécois de protection des renseignements personnels, incluant des obligations de confidentialité connexes, sont prévus les lois sur l'accès et sur le secteur privé¹⁹ qui s'appliquent respectivement aux organismes publics (par exemple, les établissements de santé) et privés (par exemple, un médecin exerçant dans le secteur privé). Ces régimes prévoient, eux aussi, des cas possibles d'exception à l'obligation de confidentialité

6 - *Charte des droits et des libertés de la personne*, préc. note 4, art. 9.

7 - *Code des professions*, LRQ, c. C-26.

8 - *Id.*, annexe I. On peut par exemple citer les acupuncteurs, les dentistes, les infirmières et infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les podiatres (professionnel médical habilité à soigner la plupart des douleurs et maux du pied), les psychologues ou encore les physiothérapeutes.

9 - *Code des professions*, préc. note 7, art. 87.

10 - *Code de déontologie des médecins*, RRQ, c. M-9, r. 17.

11 - L'art. 87 al. 4 du Code des professions prévoit plus particulièrement que les codes de déontologie précisent les conditions d'exercice du secret et les cas autorisés de communication d'informations.

12 - *Code des professions*, préc. note 7.

13 - *Loi médicale*, LRQ, c. M-9. Précurseur du secret professionnel intégré en 1994 au Code des professions, cette loi adoptée en 1973 contient une règle de « non contraignabilité ». Prévues à l'article 42, celle-ci complète non seulement le secret, mais en constitue même sa formulation historique initiale (voir l'article 284 du Code de procédure civile).

14 - Les lois habilitantes sont celles qui autorisent le Gouvernement à prendre tout mesure dépendant d'un domaine normalement réglé par la loi. Les textes réglementaires issus de cette procédure ne peuvent donc être pris qu'en vertu d'une loi habilitante. Voir par exemple : François CHEVRETTE, et al., *Droit Constitutionnel : Principes Fondamentaux : Notes Et Jurisprudence*, 2^e éd. revue et augmentée, Montréal, Ed. Les Éditions Thémis, (2021).

15 - *Code de déontologie des médecins*, préc. note 10, art. 20.

16 - Les règles relatives à la confidentialité, à l'accès, à la rectification du dossier médical sont régies par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRQ c. S-4.2.

17 - Chapitre IV « L'obligation au secret professionnel » dans Philips S. NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4^e édition, Montréal, Ed. Yvon Blais, (2016).

18 - *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, préc. note 16, en particulier l'art. 19.0.1 et les autres art. 17 à 28.

19 - *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, A-2.1, en particulier l'art. 59.1 et *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, p-39.1, en particulier l'art. 18.1.

imposée à leurs débiteurs. Ceux-ci ne seront cependant pas traités ici, puisque nous nous concentrons sur le secret professionnel médical.

Comme de nombreux droits consacrés, celui au secret professionnel n'est pas absolu. Ainsi, certaines possibilités de divulgation sont prévues par voie législative et réglementaire, principalement justifiées par la sauvegarde de la vie ou de l'intégrité de l'individu.

II. Les exceptions au secret professionnel au Québec

La divulgation de certaines informations ou circonstances arrivées à la connaissance du médecin sans le consentement de la personne concernée constitue l'exception au principe de confidentialité qui gouverne la relation de soin. Le Code des professions prévoit trois cas principaux de divulgation autorisée. Outre le premier qui implique l'autorisation par le patient lui-même, le code prévoit que le professionnel peut divulguer ces informations « *lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne* »²⁰ (a) ou « *en vue de prévenir un acte de violence (...) lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable* »²¹ (b). Tandis que le Code de déontologie des médecins reprend les mêmes deux premiers cas²², il apporte une particularité au troisième que nous verrons plus tard (b). Il n'existe donc pas d'exception désignant expressément les cas de violences conjugales. Cependant, les cas de dérogations précités semblent pouvoir constituer des cas de prévention ou de protection contre la commission de certains actes ou violences intrafamiliales, en particulier sur les enfants.

a. La divulgation autorisée par la loi

Plusieurs lois sont venues, tour à tour, préciser dans quelle mesure un professionnel lié par le secret professionnel pouvait, ou devait, s'en libérer. Nous les présentons dans leur ordre chronologique d'entrée en vigueur.

i. La protection de la jeunesse

La *Loi sur la protection de la jeunesse*²³ autorise une première divulgation de renseignements par le médecin dans

20 - *Code des professions*, préc. note 7, art. 60.4.

21 - *Id.*

22 - Sur l'autorisation du patient lui-même cependant : si le consentement admis pour justifier la divulgation doit être explicite, il existe cependant des cas admis pour lesquels le patient renonce de façon implicite à son droit au secret. Par exemple, lorsque le patient demande un justificatif médical à son médecin qu'il fournira à son employeur, à son université, etc. Pour plus de détails, voir : Chapitre IV « L'obligation au secret professionnel » dans Philips S. NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, préc. note 17.

23 - *Loi sur la protection de la jeunesse*, LRQ. c. P-34.1. Adopté en 1977, l'article prévoyant cette exception est même précurseur du secret professionnel tel que consacré par la voie législative du Code des professions, l'article 60.4 datant en effet de 1994. Cependant, le droit au secret venait d'avoir été consacré dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (1975).

l'objectif, entre autres, de protéger les victimes de ces actes de violence au Québec. Elle s'adresse à tout professionnel qui, « *par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants* »²⁴. Le médecin est donc directement concerné. Ainsi, si, dans l'exercice de sa profession, le médecin ou tout autre professionnel visé a « *un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis* »²⁵, il doit le signaler « *au directeur* ». Quelques précisions s'imposent ici.

Le destinataire de l'information divulguée ne peut être que le « directeur ». Ce titre renvoie au directeur de la protection de la jeunesse qui est nommé pour un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse²⁶. Dès lors, aucun signalement aux autorités publiques, par exemple un officier de police ou de gendarmerie, n'est prévu ni même autorisé dans le cadre de cette loi. Notons de surcroît qu'à défaut de prévoir un simple cas possible de divulgation laissé à la libre discrétion du médecin, la loi l'oblige : la communication des informations est obligatoire. La protection de l'enfant le justifie.

La même loi apporte quelques précisions sur les cas dans lesquels on peut considérer « *la sécurité ou le développement d'un enfant* » comme compromis :

« *a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse ;* » ou

« *c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.* ».

Ainsi, il faudra considérer que le médecin a l'obligation de porter à la connaissance du directeur de la protection de la jeunesse l'un ou l'autre de ces cas. On comprend donc que cette prévision balaye des circonstances bien plus larges que les cas de violences familiales. On pourrait aussi regretter qu'un seul destinataire du signalement ne puisse exister, et que d'autres autorités n'y sont pas prévues. Cependant, au vu des situations étendues que supposent ces cas, on comprend qu'il serait difficile de les ajouter sans précision plus spécifique sur les circonstances à dévoiler, en indiquant beaucoup plus strictement les cas de violences psychologiques, physiques ou sexuelles, pour lesquels on pourrait envisager de circoncrire le signalement à d'autres tiers susceptibles d'agir rapidement et de mieux protéger l'enfant.

Notons ici qu'en France, il semble qu'aucune dérogation au secret ne correspondrait à celle-ci. Les dérogations ayant pour objectif la protection de l'enfance sont limitées aux

24 - *Id.*, article 39 al. 1.

25 - *Id.*

26 - *Id.*, article 1 b).

cas de violences sexuelles présumées²² qui peuvent être communiquées au ministère public avec ou sans l'accord de la victime ou de son représentant légal, ou « *des privations, des sévices ou des atteintes sexuelles dont (le médecin) a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans* »²³.

ii. La loi Anastasia : la protection contre les armes à feu

La « Loi Anastasia » tient son nom de celui d'une jeune femme de 18 ans, fusillée lors d'un sombre évènement au Collège Dawson en 2006. Suite à cette tragédie, la *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu et modifiant la Loi sur la sécurité dans les sports*²⁷ a été adoptée. Outre un ensemble de règles interdisant ou balisant l'utilisation ou la possession d'armes à feu au Québec²⁸, en particulier dans les établissements ou lieux publics accueillant des jeunes et enfants, cette loi introduit une autre exception au secret professionnel.

Ainsi, dès lors que le médecin ou un autre professionnel de la santé²⁹ a « *des motifs raisonnables de croire qu'une personne a un comportement susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui avec une arme à feu* »³⁰, il peut signaler ces soupçons aux autorités policières. Afin d'encadrer au mieux la dérogation au secret, la loi précise que le professionnel ne peut communiquer que les renseignements « *nécessaires* » pour faciliter l'intervention de la police. Le Collège des médecins a élaboré un document à destination de ses membres, qui liste les éléments à inscrire au dossier médical³¹. Il ne s'agit cependant pas des éléments qui devraient être communiqués, et l'appréciation du critère de nécessité reste à la libre discrétion du médecin. On suppose qu'il pourrait être apprécié à l'image du critère tel qu'encadré par les différents régimes de protection des renseignements personnels³², c'est-à-dire à ce qui est indispensable à l'objectif poursuivi, et non simplement utile ou commode³³. Notons-le,

27 - *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu et modifiant la Loi sur la sécurité dans les sports*, LRQ, c. P-38.001.

28 - Christiane LAROUCHE, « Les dérogations au secret professionnel pour prévenir des actes de violence » (2011) 46-5 *Le Médecin du Québec* 79, p. 81.

29 - *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu et modifiant la Loi sur la sécurité dans les sports*, LQ 2007, c 30, art. 8. Les professionnels visés sont les suivants : un médecin, un psychologue ; un conseiller ou une conseillère d'orientation et un psychoéducateur ou une psychoéducatrice ; une infirmière ou un infirmier ; un travailleur social et un thérapeute conjugal et familial.

30 - *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant les armes à feu et modifiant la Loi sur la sécurité dans les sports*, préc. note 29, art. 8 à 10.

31 - Collège des médecins du Québec, « Le signalement par le médecin du danger que représente un patient », Montréal, 2015, en ligne : <http://www.cmq.org/pdf/banque-info/binfo484.pdf>

32 - On peut notamment citer : la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*; RLRQ, c.A-2.1 et la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c.P-39.1.

33 - En vertu notamment du jugement rendu par le tribunal administratif du Québec : *Syndicat des employés et employés professionnels et de bureau, section locale 57 et Caisse populaire St-Stanislas de Montréal*, D.T.E. 99T-59 (T.A.).

la loi ne prévoit cette fois aucune obligation de signalement, mais une simple autorisation. Néanmoins, ce caractère non obligatoire soulève l'interrogation. En effet, en combinant cette divulgation autorisée avec le devoir du médecin de « *protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif* »³⁴, le « peut » signaler reste-t-il toujours si facultatif ?³⁵

Suite à l'instauration de ces dispositions, certaines critiques de la part du Collège des médecins du Québec ont concerné le risque de donner au médecin une trop grande responsabilité qui n'est pas la sienne³⁶. Le médecin, qui a pour rôle de soigner, d'écouter et d'inspirer la confiance au cœur d'une relation de soin avec son patient, risquait de devenir un délateur officiel. Le Collège a par ailleurs cru bon de venir préciser³⁷ qu'il ne s'agissait bien pas de délation automatique, mais que le jugement juste et raisonnable des médecins n'en faisait qu'une sauvegarde de l'ordre public et de protection des potentielles victimes. Si elles restent légitimes, il est curieux de remarquer combien ces préoccupations ont été soulignées, tandis que la possibilité de signalement des cas d'incapacité de l'individu à prendre la conduite³⁸ a beaucoup moins défrayé la chronique du Collège³⁹.

iii. La lutte contre la maltraitance envers les majeurs vulnérables

Une autre loi s'avère digne d'intérêt pour le cas des violences intrafamiliales : certaines victimes pourraient correspondre à celles visées par l'article 21 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*⁴⁰. Les dispositions évoquent en effet les cas dans lesquels le professionnel a « *un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif (...) qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique* »⁴¹. A travers « *le geste singulier ou répétitif* », on décèle bien sûr les déclinaisons d'actes de violence qui, le législateur en fait expressément état, peuvent avoir un impact de nature physique ou psychologique. Les actes visés semblent d'ailleurs plus larges que pour les cas évoqués ci-dessus.

Cependant, les victimes auxquelles s'appliquent cette exception font partie d'un champ particulièrement réduit

34 - *Code de déontologie*, préc. note 10, art. 3.

35 - Voir notamment : Juliette OUDIN, *L'article 20(5) du Code de déontologie des médecins : simple possibilité ou véritable obligation ?*, Essai de maîtrise en droit et politiques de la santé, Université de Sherbrooke, janvier 2020, en ligne : https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/17011/Oudin_Juliette_LLM_2020.pdf

36 - Christiane LAROUCHE, préc. note 28.

37 - Yves ROBERT, « La loi Anastasia et le secret professionnel », (2009) 49-1 *Le Collège* 12, en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-5-2009-01-01-en-hiver-2009.pdf>

38 - *Code de la sécurité routière*, RLRQ, c C-24.2, art. 603.

39 - Voir : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2007-03-01-fr-evaluation-medicale-aptitude-conduire.pdf>

40 - *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, LQ 2017, c 10.

41 - *Id.*, art. 20.

puisqueseulesontviséeslespersonnesmajeuresbénéficiant d'un régime de protection (tutelle, curatelle ou mandat de protection homologué) et résidant à domicile⁴². Ainsi, de très nombreuses victimes de violences intrafamiliales en sont exclues, et cet article ne peut bien sûr avoir l'ambition ou l'intention de s'y adresser particulièrement. La volonté du législateur semble avoir été ici celle d'une protection accrue, la circonscrivant cependant aux cas les plus particuliers possibles, dans lesquels la personne concernée serait moins à même de se défendre ou de s'extirper de sa situation difficile.

Un autre élément important mérite d'être soulevé : il ne s'agit plus d'un cas de divulgation autorisée, mais bien ordonnée par la loi. Dès lors, le professionnel n'a plus aucune discrétion quant à la communication de ces informations, qui peuvent pourtant avoir été livrées dans la plus grande confiance, parfois conditionnée à la couverture du secret. La difficulté que pose cette obligation est au cœur de certaines critiques que nous évoquons un peu plus loin. Enfin, aucune marge de manœuvre n'est non plus laissée au professionnel quant aux personnes destinataires du signalement. Le dernier alinéa de l'article mentionne expressément que ces cas doivent être signalés aux services de police, lorsque le majeur protégé vit à domicile et non en établissement. La protection légale des victimes et la répression des commettants semble bel et bien gouverner cette stricte exception, qu'on pourrait voir s'appliquer, certes de façon limitée, aux personnes subissant des violences intrafamiliales.

b. La menace ou le danger sur la sécurité d'un individu

Ce dernier cas dérogatoire au secret professionnel, qui peut éventuellement toucher la protection des victimes de violences conjugales et intrafamiliales, pourrait en fait se distinguer en deux exceptions. En effet, elles trouvent leur source d'une part dans le Code des professions et d'autre part dans le Code de déontologie médicale. Elles réunissent des conditions similaires, mais certaines différences semblent subsister.

Si le Code de déontologie médicale relève du pouvoir réglementaire, nous en présenterons les dispositions en premier lieu pour des raisons historiques. Il indique en effet que le médecin peut divulguer les faits ou confidences protégés « lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage »⁴³, et ce déjà dans son ancienne version préalable à la création du secret au sein du Code des professions⁴⁴. Ici encore, les circonstances de violences intrafamiliales ne sont pas

expressément au cœur du dispositif. Cependant, la « raison impérative » du Code de déontologie semble offrir une certaine latitude, en s'attachant non pas à l'urgence du danger mais aux raisons qui lui pousse à croire et penser cette menace. On peut par exemple à la fois penser aux troubles psychiatriques d'un patient qui peuvent porter son médecin à craindre qu'il commette un acte de violence sur les membres de sa famille, ainsi qu'aux confidences faites à demi-mot par une conjointe ou un enfant sur les sévices qu'ils pourraient subir. La faculté laissée au médecin reste circonscrite par son devoir de prudence ou de diligence, en application duquel il y porterait un intérêt particulier et se libérerait du secret pour venir en aide aux potentielles victimes. De plus, aucun destinataire particulier n'est prévu, laissant à l'entier jugement du médecin la souplesse de son action pour leur venir en aide. L'article 20(5) a peu fait l'objet d'interprétation jurisprudentielle et les tribunaux ont donc rarement eu à dessiner la portée de l'article⁴⁵.

Certains auteurs⁴⁶ proposent néanmoins de se référer aux critères posés dans l'affaire *Smith c. Jones*⁴⁷. La Cour suprême du Canada y avait eu à statuer sur les circonstances dans lesquelles un avocat et un psychiatre tenus au secret professionnel pouvaient en être exempté. Si l'affaire concerne la Colombie Britannique, une autre province canadienne, et que la Cour n'a bien sûr en aucun cas eu à donner une interprétation de l'article 20(5) du Code québécois de déontologie des médecins, le législateur québécois s'en est tout de même ensuite inspiré. En effet, à la suite de cette affaire, le Code des professions a intégré l'article 60.4 et prévu que le professionnel peut déroger au secret professionnel « lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable »⁴⁸. A l'article d'ajouter :

« Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication. »

Les mots choisis par le législateur ne reprennent pas le texte du Code de déontologie médicale : il semblerait qu'il institue ainsi un cas dérogatoire au secret plus étroit, qui réduirait encore son application aux victimes de violences conjugales. En ne visant que les cas de « danger imminent » de « mort » ou de « blessures graves », le Code des professions exclut finalement une partie de ces cas. D'abord, on peut imaginer que les cas de violences psychologiques ou de violences physiques d'un niveau de gravité moindre au sens médical risqueraient de ne pas tomber dans le

45 - Voir notamment : Juliette OUDIN, préc. note 35.

46 - Emmanuelle LEVESQUE, Bartha M. KNOPPERS et Denise AVARD, « La protection de l'information génétique dans le domaine médical au Québec : principe général de confidentialité et questions soulevées par les dispositions d'exception », (2005-06) 36 *R.D.U.S.* 101, p. 118.

47 - *Smith c. Jones*, [1999] 1 R.C.S. 455, para. 77, en ligne : <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/fr/item/1689/index.do>

48 - *Code des professions*, préc. note 6, art. 60.4 (adopté en 1994).

42 - D'autres majeurs protégés résidant en établissement sont aussi visés par le 1^o de l'article, mais relèvent moins du présent propos.

43 - *Code de déontologie des médecins*, préc. note 10, art. 20(5).

44 - Dès 1981, à l'article 3.04. L'ancienne version du code est consultable en ligne : <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rlrq-1981-c-m-9-r-4/derniere/rlrq-1981-c-m-9-r-4.html>

champ couvert. De plus, la pratique montre que la plupart du temps, lorsque l'urgence est caractérisée, il est souvent déjà trop tard. Il faudrait alors que l'imminence du danger soit appréciée largement par le professionnel.

Notons enfin ici que le juge en chef Lamer et les juges dissidents dans l'affaire *Smith c. Jones* avaient évoqué un aspect justement déjà abordé en France au sujet de la dérogation spécifique aux cas des violences familiales. Il s'agit du risque d'atteinte à la confiance qui tisse la relation de soin entre un patient et son médecin et que nous évoquions déjà plus haut. Cette caractéristique au cœur de la relation concerne d'ailleurs autant les paroles que pourraient prononcer l'acteur qui commettrait des violences, que les propos que la victime pourrait confier à son médecin. Ainsi, les juges précisent à l'égard d'une possibilité de divulgation stricte et non obligatoire, cette fois à propos de la personne qui commet les violences :

« Ainsi que les circonstances de l'espèce le montrent, l'accusé a fait l'objet d'un diagnostic et a appris qu'il pourrait être traité uniquement parce que le psychiatre avait toute sa confiance. Si cette confiance est affaiblie, ces personnes ne révéleront pas le danger qu'elles représentent, elles ne seront pas reconnues et la sécurité publique en subira les conséquences. »⁴⁹

Un enjeu de taille lorsqu'on sait que les coprésidentes du récent rapport *Rebâtir la confiance*, évoquaient la nécessité des victimes de violences sexuelles ou conjugales de retrouver confiance dans le système de justice⁵⁰. Si ces mots renvoient aussi à la capacité d'agir des victimes, la possibilité de briser le secret médical pourrait être vue comme antagoniste.

Une dernière difficulté mérite d'être évoquée. La loi prévoit une fois encore de façon restrictive les destinataires autorisés de l'information divulguée. S'approcher du dispositif français supposerait que les « personnes susceptibles de (...) porter secours » à la victime puissent correspondre à l'équivalent du procureur de la République, soit le directeur des poursuites criminelles et pénales (ou anciennement le procureur de la Couronne). Or, ce dernier semblerait bien mal constituer celui le plus susceptible de porter secours. Ce sont plutôt les autorités de police ou d'autres services de sécurité qui seraient les intervenants concernés, tout en étant plus à la portée du médecin. Bien sûr, l'entourage proche de la victime peut aussi faire partie des destinataires englobés par le texte de la loi. Cela resterait cependant à l'appréciation du médecin, quoiqu'en diraient les critiques d'une « délation » exacerbée.

Conclusion

On peut ainsi retenir que ces dispositifs dérogoires au secret, sans jamais prévoir expressément le cas spécifique des violences intrafamiliales, ont le mérite d'englober de nombreuses situations. Ils laissent le plus souvent libre court au jugement et à l'appréciation du médecin. Cette particularité peut apparaître louable, notamment parce qu'elle altère le moins possible le lien de confiance au cœur de la relation particulière entre un médecin et son patient. Elle peut cependant être aussi source d'insécurité juridique pour les professionnels, tout en restant une possible inquiétude ou instabilité pour les patientes et patients.

En avril dernier, le Collège a toutefois communiqué sur les enjeux jugés les plus préoccupants par les médecins du Québec, omnipraticiens ou spécialistes. Sur le plan sociétal, « la maltraitance envers les enfants (69 %) et les personnes âgées (57 %), ainsi que la violence conjugale (57 %) »⁵¹ sont des enjeux ressortis en tête de liste prioritaire par les médecins. Des thématiques sur lesquelles l'urgence d'agir se fait sentir, et qui sont directement visées par le récent rapport sur l'accompagnement des victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale⁵². Reste alors en suspens la question de savoir si des mesures plus permissives quant au secret, ou plus restrictives en agissant sur d'autres plans, pourraient voir le jour.

Maëllenn Corfmat

49 - *Smith c. Jones*, préc. note 47.

50 - Elizabeth CORTE et Julie DESROSIERS (coprésidé par), *Rebâtir la confiance*, Rapport du comité d'experts, victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale, décembre 2020, p. 3, en ligne : <http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Rapport-accompagnement-victimes-AG-VC.pdf>

51 - Mauril GAUDREULT, « Ces enjeux qui vous préoccupent », *Site officiel du Collège des médecins du Québec*, 22 avril 2021, en ligne : <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/enjeux-qui-vous-preoccupent.aspx>

52 - Elizabeth CORTE et Julie DESROSIERS (coprésidé par), préc. note 50.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Isabelle Lonvis-Rome

Haute-fonctionnaire chargée de l'égalité femmes-hommes au Ministère de la Justice, ancienne présidente des cours d'assises de la Cour d'appel de Versailles et autrice

Juges, médecins et soignants : ensemble pour mieux protéger des violences

Le Grenelle des violences conjugales organisé par le gouvernement entre septembre et novembre 2019 a permis une mobilisation forte de tous les acteurs susceptibles d'être impliqués dans la lutte contre ces violences, sur l'ensemble du territoire national.

Ce temps fort, inédit dans l'histoire de notre République a permis de mettre en exergue la nécessité de repérer et de signaler tôt les violences commises au sein du couple, comme celle de faciliter la révélation des faits par les victimes, de les protéger rapidement – le danger n'attend pas – tout en les accompagnant sur le plan psycho-social. La prévention de la récurrence des auteurs, notamment par la prise en charge de leur violence, en a été également l'un des axes importants.

De la prise en compte du phénomène d'emprise, rendue possible grâce à l'apport des sciences sociales, sont inspirés plusieurs des mesures issues du Grenelle. Il est aujourd'hui possible de comprendre et décrypter ce processus psychologique qui conduit un conjoint à placer l'autre sous sa domination et à le rendre dépendant. Dans une telle situation, la victime ne prend parfois conscience du danger qu'elle encourt au sein de son couple que tardivement – parfois trop tard – et se montre souvent hésitante à révéler les faits qu'elle subit, à moins qu'elle ne veuille les dissimuler par honte ou par crainte. Une dérogation au secret médical a été ainsi introduite dans la loi, afin de favoriser les signalements. Faciliter la révélation des faits par la victime a été considéré également comme prioritaire. Ces deux objectifs ne sont atteignables que si une synergie existe entre les différents professionnels concernés, en particulier les médecins et les soignants, les magistrats, les policiers et les gendarmes et les travailleurs sociaux.

I. Signaler et faciliter la révélation des faits

A. La modification de l'article 226-14 3° du Code pénal

Les échanges menés au sein du groupe de travail que je pilote au sein du ministère de la Justice ont été élargis au Conseil national de l'ordre des médecins et à la Haute autorité de santé et ont abouti à proposer la modification de l'article 226-14 3° du Code pénal, visant les dérogations au secret médical. La loi du 30 juillet 2020 a ainsi reconnu la possibilité, pour tout médecin ou soignant, de porter des faits de violences conjugales à la connaissance du procureur de la République, « 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.

Conscients que cette loi était nécessaire mais devait être accompagnée dans sa mise en œuvre, afin d'aider les soignants à procéder à des signalements mais aussi de garantir une protection effective des victimes, les membres du groupe de travail ont élaboré un *vade-mecum* intitulé « Secret médical et violences au sein du couple ». On y trouve une fiche de signalement réalisée par le Conseil national de l'ordre des médecins, ainsi qu'une notice explicative du signalement, une recommandation de la haute autorité de santé, un document d'aide à l'évaluation du danger immédiat et de l'emprise, un schéma du traitement juridictionnel du circuit de signalement et une présentation pédagogique de la loi¹.

Afin de faciliter le circuit de signalement et de renforcer les liens entre les professionnels de la justice et ceux de la santé – notamment par l'organisation de formations – des protocoles locaux ont d'ores et déjà été signés dans plusieurs départements entre les tribunaux judiciaires et les conseils départementaux de l'ordre des médecins. Leur déploiement devra se poursuivre sur l'ensemble du territoire national.

1 - *Vade-mecum Secret médical et violences au sein du couple*, Ministère de la Justice, Conseil national de l'ordre des médecins, octobre 2020. Téléchargeable sur le site justice.gouv.fr.

B. Favoriser le dépôt de plainte

La révélation des faits par la victime passe, en particulier, par le fait de lui offrir la possibilité de déposer plainte à l'hôpital. Il est, en effet, fréquent qu'une victime renonce à se rendre au commissariat de police ou à la gendarmerie après s'être rendue à l'hôpital afin qu'y soient effectuées toutes les constatations utiles. Afin d'éviter un tel cas de figure, un dispositif de dépôt de plainte simplifiée est aujourd'hui mis en place. Quatre-vingt-huit conventions entre structures hospitalières, commissariats et gendarmeries ont été signées à ce jour, en lien avec les agences régionales de santé, pour la mise à disposition d'un officier de police judiciaire à la demande du médecin pour recueillir la plainte de la victime.

Ce dispositif a fait l'objet d'une reconnaissance particulière du Conseil de l'Europe qui a attribué au ministère de la Justice français le prix de la « balance de cristal » pour cette pratique judiciaire innovante.

Par ailleurs, une circulaire intitulée « Déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé » sera diffusée, sous la signature du ministre de la Justice, du ministre de l'Intérieur et du ministre de la Santé. Elle comportera notamment un modèle de protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé, ainsi que des fiches actions, des trames de signalement et des documents de liaison avec les associations d'aide aux victimes.

C. Favoriser la preuve

Afin de permettre à la victime de disposer des preuves nécessaires à l'appui de son éventuelle plainte, un décret du 31 mars 2021 prévoit notamment que la victime de violences² doit être informée par l'officier de police judiciaire de son droit à se voir remettre le certificat médical établi à la suite des réquisitions judiciaires. Le certificat peut lui être immédiatement remis par le médecin légiste s'il le rédige sur le champ, ou une copie s'il le rédige ultérieurement, le cas échéant par l'officier de police judiciaire en charge de la procédure, ou, *a posteriori*, par le magistrat en charge de la procédure. Cette possibilité est rappelée sur la réquisition judiciaire.

D. Favoriser l'écoute et l'orientation

Le numéro d'écoute et d'orientation 3919 pour les femmes victimes de violences est désormais accessible 24heures /24 et 7jours/7. L'appel à ce numéro constitue souvent, pour la victime, un premier pas vers la révélation des faits. C'est pourquoi les plages horaires en ont été élargies à la suite du Grenelle des violences conjugales.

II. Accompagner les victimes et prévenir la récurrence des auteurs :

A. Améliorer le suivi des victimes

Un accompagnement des victimes peut s'avérer nécessaire sur différents plans : juridique, social, sanitaire et psychologique. Une coordination entre les différents intervenants est, dans ce cadre, également une nécessité. S'agissant du suivi psychologique de la victime, celui-ci est particulièrement important pour l'aider à s'extraire de la situation d'emprise dans laquelle son conjoint l'a placée. Sans ce soutien, elle risque d'abandonner le cheminement judiciaire qu'elle a commencé à opérer. Elle risquerait aussi de ne plus activer le téléphone grave danger que le procureur a pu lui remettre ou à ne plus accepter la géolocalisation suscitée par le prononcé d'un bracelet anti-rapprochement à l'encontre de la personne mise en cause pour les faits de violences dont elle est victime. Elle pourrait alors être tentée de le rapporter au tribunal. C'est pourquoi le suivi psychologique de la victime, s'il constitue incontestablement pour elle une chance de mieux-être, permet aussi de renforcer l'efficacité des mesures judiciaires ordonnées, en termes de protection de la victime.

B. Améliorer la prise en charge des auteurs

S'agissant des auteurs de violences conjugales, nombreux sont ceux soumis à une obligation de soin. Sans prise en charge de la violence, pas de prévention de la récurrence efficace. Pour rendre effective cette contrainte, un lien étroit doit exister entre les juges et les soignants, psychothérapeutes ou psychiatres en charge de la mise en œuvre de cette obligation. C'est notamment le cas dans le cadre du contrôle judiciaire avec placement probatoire, actuellement expérimenté sur les deux sites pilotes que sont Nîmes et Colmar et en cours d'extension sur dix sites au total. Fondée sur l'article 138, 18^e du code de procédure pénale, cette mesure impose au mis en cause de respecter les conditions d'une prise en charge sanitaire, sociale, éducative ou psychologique, celle-ci pouvant intervenir, le cas échéant, au sein d'un établissement d'accueil adapté dans lequel la personne est tenue de résider. Un référentiel précis fixant les points essentiels et incontournables du suivi permettra de s'assurer de l'effectivité de ce dernier.

Une pratique nouvelle, permettant au tribunal d'être mieux éclairé au moment du jugement, a vu le jour et concerne l'évaluation psychologique des auteurs. Une expérimentation est menée à ce titre par le Parquet général de Paris, dans le cadre de la procédure à délai différé.

Dans ce système, l'expertise est effectuée par l'un des praticiens du pool d'experts constitué à cet effet – soit six psychologues et huit psychiatres. Il a été veillé à ce que ces experts soient représentatifs de la diversité des territoires – urbains et ruraux. En 2020, 100 dossiers ont fait l'objet d'une telle évaluation. Les juges se montrent satisfaits de ce dispositif, car les éléments apportés sont plus précis que ceux

2 - Décret n°2021-364 du 31 mars 2021 relatif aux modalités de remise des certificats médicaux aux victimes de violences.

dont ils disposaient auparavant, s'agissant de la personnalité de l'auteur, mais aussi de la situation de la victime et de celle des enfants.

Au-delà des compétences et des prérogatives de chacune et de chacun des professionnels de la santé, du soin et de la justice, un impératif commun s'impose à toutes et tous : protéger la victime des violences qui lui sont infligées au sein du couple. Seuls des liens étroits entre ces deux sphères, la mise en œuvre de pratiques concertées, ou encore la construction d'une culture partagée peuvent le permettre afin d'empêcher l'escalade des violences, d'éviter l'irréparable et de sauver plus de vies.

Isabelle Lonvis-Rome

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Marie-Pierre Glaviano-Ceccaldi

Vice-Présidente du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Présidente du Comité Nationale des Violences Intra-Familiales, Médecin Généraliste diplômée d'une Capacité de pratiques médico-judiciaires et d'un DU de victimologie

Le rôle du Conseil national de l'Ordre des médecins en matière de violences intrafamiliales

La crise sanitaire a mis l'accent sur un problème de santé publique que sont les violences intrafamiliales, véritable fléau sociétal. Lors du premier confinement, une augmentation de 30 % des violences intrafamiliales a été constatée et, depuis le début de l'année 2021, une hausse de 20 % de ces violences est observée. 5 % des signalements de victimes de violence sur mineurs sont réalisés par des médecins, dont 2 % par des médecins généralistes. Les signalements sont principalement réalisés par les professionnels médico-sociaux et de l'éducation nationale. Face à ce constat, l'institution ordinale, mobilisée de longue date, lance un nouveau dispositif au sein de chaque Conseil départemental pour permettre aux médecins de signaler plus facilement, en sécurité, à l'aide d'outils adaptés. Il apparaît important d'accompagner les praticiens dans la pratique du signalement dans le respect des mesures législatives et du code de déontologie médicale.

Il sera ainsi vu successivement le cas des violences conjugales (I) et le cas des violences intrafamiliales (II).

I. Les bonnes pratiques dans le signalement des violences conjugales

Le signalement des violences conjugales a subi une évolution récente visant à offrir au professionnel de santé une plus grande latitude afin de protéger au mieux la victime. Aussi, pour éclairer celui-ci, il est important de communiquer sur les bonnes pratiques du signalement dans le contexte de la dérogation prévue par la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 qui modifie les dispositifs de l'article 226-14 troisième alinéa du Code pénal.

En présence d'une victime de violences conjugales, en situation de danger immédiat, sous l'emprise de l'auteur

des violences, ne lui permettant pas de se protéger, il est désormais possible pour le professionnel de santé de déroger à son obligation de secret. Le professionnel estimant en conscience et craignant une issue fatale peut ainsi réaliser un signalement sans l'accord de la victime avec des critères précis strictement encadrés par la loi. Il est rappelé que si le professionnel doit tout mettre en œuvre pour obtenir son accord, son absence ne constitue pas un obstacle dirimant au signalement. Seule une information sur ce signalement sera alors donnée à la victime. Le signalement ne peut être que l'ultime recours devant une issue fatale fortement redoutée.

Afin d'amener le professionnel à juger correctement de la situation, celui-ci peut s'appuyer sur un faisceau d'indices concordants. Notamment, la présence d'une arme ou la manifestation de l'intention d'en acquérir. Par ailleurs, d'autres éléments de fait peuvent encore être relevés comme la notion de séparation, le chantage scénarisé, la présence de menaces de mort ou encore l'augmentation du cycle de la violence avec une réduction des « lunes de miel »¹.

Devant toutes ces situations critiques, le médecin, n'étant pas un justicier mais un soignant, ne peut pas se substituer aux forces de l'ordre. Dans ce contexte particulier, la seule arme du praticien est le dispositif du signalement. Afin d'accompagner le médecin dans ce dilemme éthique et déontologique, des outils ont été développés pour répondre aux besoins du praticien. En outre, le *vade-mecum* constitue le recueil de référence élaboré par le ministère de la Justice, la Haute Autorité de Santé et le Conseil National de l'Ordre des Médecins². Ce document se veut être un outil pédagogique à la disposition des médecins. Il intègre notamment une fiche de signalement complète permettant de guider le soignant dans sa démarche et lui indiquant les éléments à renseigner. Par ailleurs, celle-ci se trouve accompagnée d'une notice d'utilisation explicitant les conditions justifiant son utilisation. La notion de danger immédiat ou d'emprise pouvant se révéler floue, le *vade-mecum* inclut une liste de questions auxquelles le professionnel peut se référer pour étayer son jugement. Enfin, outre la présentation du circuit juridictionnel du signalement, le document fait œuvre de pédagogie en présentant de manière claire le processus d'emprise ainsi que les différentes formes que celui-ci peut prendre.

1 - Périodes de rémission durant lesquelles le conjoint minimise les faits, justifie son comportement et promet de ne plus recommencer.
https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Violence_48_pages_20_10-2.pdf

2 - Ministère de la Justice, *Secret médical et violences au sein du couple : Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du Code pénal*, octobre 2020, 41p.

En complément, l'Institution ordinaire a œuvré pour améliorer la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales et notamment des violences conjugales, par la création du Comité national des violences intrafamiliales (CNVIF). Créé en avril 2020, le CNVIF est un comité indépendant du Conseil national de l'Ordre des médecins qui n'apporte qu'un soutien logistique, administratif et juridique pour l'accomplissement de ses missions³. Le Comité regroupe aussi bien des représentants des institutions ordinaires (médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, podologues, avocats), que des membres de la Haute Autorité de Santé (HAS), de la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), du Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) et d'autres associations savantes ou de victimes. Le Comité a notamment pour mission de se saisir et d'émettre des avis et des recommandations pour perfectionner le repérage, la prise en charge et la prévention des violences intrafamiliales. Enfin, il souhaite être un acteur de coordination et de diffusion entre les différents acteurs du monde de la santé, de la justice et du monde associatif. Il promeut enfin la formation et la recherche autour de ces questions.

A partir d'une réflexion au niveau national, la réforme de l'article 226-14 du Code pénal est déployée sur les territoires. À cet effet, de nouveaux dispositifs sont développés. Ainsi, des protocoles pilotes mettant en place une convention entre le procureur, le président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins et les directeurs d'hôpital, ont vu le jour en début d'année 2021. Ces protocoles visent à permettre une relation simplifiée entre les médecins du département et la Justice. Ils apportent un soutien aux médecins dans l'accompagnement et la prise en charge des victimes de violences conjugales. Si ces protocoles ont vocation à se multiplier, trois territoires ont été choisis pour leurs particularités :

- Un protocole en milieu urbain, les Bouches-du-Rhône, signature au TGI de Marseille
- Un protocole en milieu rural, le Puy-de-Dôme à Clermont-Ferrand
- Le protocole des Pyrénées-Atlantiques à Pau illustre la collaboration particulière entre le monde libéral et le monde hospitalier en s'appuyant sur l'UMJ de Pau

À la suite de ces signatures, un protocole type a été diffusé dans tous les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins permettant une harmonisation des pratiques. Grâce à l'engagement des signataires, des événements de sensibilisation seront organisés sur la thématique des violences conjugales et intrafamiliales. Ces actions devraient améliorer la prise en charge des victimes bien en amont du cycle de la violence doit être privilégié.

3 - Article VI des statuts du Comité National des Violences Intra-Familiales, <https://cnvif.fr/content/statuts>

Le professionnel doit faire la démarche pour améliorer sa pratique, ses connaissances. Ainsi, il doit être sensibilisé à la thématique des violences intrafamiliales, au fléau des violences conjugales. À cet effet, il existe des diplômes inter universitaires, des diplômes universitaires, des formations médicales continues ou encore des colloques dédiés à cette thématique⁴.

Pour accompagner les professionnels, au sein des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, se sont créées des commissions vigilance-violences jouant un rôle de sensibilisation sur le dépistage, le repérage et le signalement. Ainsi, chaque particularité territoriale peut être prise en compte. Ces commissions, constituées de plusieurs élus formés aux thématiques des violences, des questions juridiques, éthiques et déontologiques, ont pour objectif d'accompagner chaque praticien dans ses démarches et ses échanges avec la justice. Par leur spécificité, elles pourront accompagner et répondre aux demandes des médecins concernant les démarches médico-légales du signalement et de l'information préoccupante sans se substituer à eux. La sécurité du signalant est facilitée et prise en considération grâce à ces commissions⁵. Par ailleurs, elles seront également un support en donnant les contacts de partenaires associatifs de leur territoire permettant d'orienter la victime pour une prise en charge complémentaire. Les conseillers ordinaires pourront se former au cours d'un colloque qui aura lieu le 15 octobre 2021.

Le rôle du soignant est donc majeur dans la prise en charge des violences conjugales. Il ne doit pas rester seul face à cette situation complexe et particulièrement devant une décision de signalement qui est pour lui un dilemme éthique et déontologique. Pour optimiser la prise en charge de la victime, il est essentiel que le soignant ait une parfaite connaissance du maillage associatif, institutionnel, hospitalier propre à son territoire. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins soutient le médecin dans son exercice professionnel particulièrement sur cette thématique grâce à l'expertise de la Commission vigilance-violences créée en son sein.

Après avoir traité l'aspect particulier des violences conjugales, il apparaît primordial d'évoquer toute la thématique du signalement des mineurs, victimes de violences commises dans le cercle intrafamilial, le rôle du soignant et plus largement l'engagement de l'institution ordinaire.

4 - Par exemple, un colloque intitulé « Violences intra familiales. De la détection de la violence aux outils de protection » est organisé le 15 octobre 2021 par le CNVIF et le centre de recherches juridiques de Paris 8. Il sera question de l'évolution juridique et sociétale des violences au sein de la famille.

5 - M.-P. Glaviano-Ceccaldi et J. Morali, « Des commissions vigilance-violences pour accompagner les médecins dans leurs rapports avec la justice », *Médecins*, n°73, mai-juin 2021, p.30.

II. Les bonnes pratiques dans le signalement des violences sur mineur commises dans le cercle intrafamilial

Le seul moyen que possède le professionnel de santé pour protéger le mineur face à la maltraitance et les sévices est le repérage systématique. Autrement dit, à chaque occasion, le professionnel doit penser à questionner l'enfant sur le climat familial, sur son ressenti, il doit l'inviter à s'exprimer. Dans ce contexte, on rappellera l'article 44 du Code de déontologie médicale⁶ qui impose deux types d'obligations :

- Une obligation à caractère général qui vaut à l'égard de toute personne, quelle qu'elle soit : celle de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger et faire cesser les sévices et privations.

- Une obligation renforcée qui s'applique dans le cas d'une victime mineure. Cette obligation peut aller jusqu'à conduire le médecin en conscience à signaler les sévices ou privation à l'autorité judiciaire et administrative. En fonction de la situation, le praticien procédera à la réalisation d'un signalement administratif ou dans les cas particulièrement graves et de danger imminent à un signalement aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République⁷.

Il est impératif que le professionnel soit informé de toutes ces mesures réglementaires. Il s'agit d'un point essentiel. Il doit être préparé à la gestion de ces situations complexes et ainsi pouvoir réaliser un repérage des situations à risque et dépistage de toutes formes de violences sur mineur en s'adaptant à l'âge de l'enfant pour le recueil de l'information.

Il doit considérer et comprendre le cercle familial. Des exposés le démontrent. Le praticien doit être préparé afin d'appréhender l'autorité parentale comme un droit découlant de la filiation, ce qui en fait un droit-fonction lié au statut de parent. Les parents sont non seulement en droit, mais également dans l'obligation de décider et d'agir dans l'intérêt de leur enfant. De plus, les besoins fondamentaux de l'enfant au soutien de son développement doivent être connus du professionnel.

Si le professionnel est préparé à l'éventualité d'être confronté à une situation de violences intrafamiliales, et notamment de violences sur mineur, celui-ci aura les bons

réflexes. Il réalisera une prise en charge médicale adaptée et une prise en charge judiciaire ou administrative réalisée en toute connaissance et sécurité pour répondre aux besoins de protection de la victime.

Lorsque l'appréciation apportée par le médecin sur la réalité et l'ampleur de la maltraitance se révèle plus délicate, il y a lieu pour lui d'effectuer des examens complémentaires ou de faire appel à d'autres professionnels de santé à même de l'éclairer : pédiatres, médecins référents en protection de l'enfance, psychiatres, gynécologues, UMJ pour mineur.

Dans ce contexte, quel que soit le signalement ou l'information préoccupante, il existe des modèles types sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins et sur le site de la HAS. La règle de rédaction la plus importante est : le médecin ne doit pas chercher à se substituer au procureur de la République en désignant nommément la personne qu'il considère comme étant l'auteur des faits condamnés. L'ensemble des renseignements rapportés dans l'écrit doit pouvoir aider le service saisi à évaluer rapidement la gravité de la situation pour permettre la protection de l'enfance le cas échéant. Ainsi, cinq points essentiels sont à retenir car très souvent de mauvaises rédactions engendrent des difficultés :

- L'identité et les coordonnées du signalant
- L'identité et les coordonnées du mineur
- L'identité et les coordonnées de chaque titulaire de l'autorité parentale si elles sont connues
- La façon dont les faits ont été portés à sa connaissance et ses éventuels liens avec la victime
- La description circonstanciée des faits qui justifient la levée du secret (narration objective sans jugement).

Puis, le signalant doit préciser l'anamnèse des faits. Les dires de l'enfant et d'un tiers doivent être repris non déformés, entre guillemets. Les signes observés lors de l'examen clinique doivent être détaillés sans éléments d'interprétation, qu'ils soient somatiques ou psychiques. Le médecin ne peut reporter dans son signalement ou dans l'information préoccupante, que les constatations qu'il est en mesure de faire et/ou les confidences qu'il a reçues. Le signalement doit, bien sûr, être daté et signé par le signalant.

L'information au mineur et à la famille n'est pas prévue en cas de signalement au procureur mais est prévue pour une information préoccupante selon les modalités adaptées sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant⁸ selon l'article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles. L'accord du mineur n'est pas obligatoire.

Dans le cas du signalement, l'envoi se fait au procureur de la République du tribunal du ressort de la résidence habituelle de l'enfant. Dans le cas d'une information préoccupante, l'envoi du signalement se fait à la cellule de recueil, de

6 - Article R.4127-44 du Code de la santé publique, « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.*

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. ».

7 - Une obligation à mettre en relation avec l'article 434-3 du Code pénal qui dispose que « *Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.* ».

8 - Nous retrouvons cette notion d'intérêt de l'enfant dans l'article 43 du Code de déontologie médicale (R.4127-43 du Code de la santé publique) qui dispose que « *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* ».

traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil départemental du ressort de la résidence habituelle de l'enfant. Concernant le signalement judiciaire, un double peut être envoyé à la CRIP si le signalant est un médecin libéral. La démarche est systématique pour les médecins exerçant dans un établissement public et/ou privé. Les signalements et l'information préoccupante ne devraient être transmis qu'au procureur de la République ou à la CRIP et non à des tiers (parents, enseignants, directeurs d'établissement). Ceci doit être connu par tout signalant.

Un soutien sera, là aussi, apporté au médecin par l'institution à travers la commission vigilance-violences constituée au sein de chaque Conseil départemental de l'Ordre des Médecins. Cette commission aidera le professionnel pour le respect des bonnes pratiques et permettra de répondre aux besoins d'évoquer ses craintes concernant sa sécurité et les risques de représailles.

De manière générale, il apparaît que les médecins exerçant dans les établissements publics ou privés ont principalement besoin d'échanger sur des considérations déontologiques et certaines modalités de la levée du secret. Contrairement aux médecins libéraux, les relations avec le procureur sont assez faciles en raison de l'absence de structures dotées d'une administration et pouvant apporter un support juridique.

Les besoins des libéraux sont donc plus larges :

- Un rappel des conditions de la levée du secret
- L'explication des mesures dérogatoires
- Une mise en contact avec les parquets
- Avoir à disposition des documents types de référence
- Connaître les contacts pour prise en charge spécifique.

Marie-Pierre Glaviano-Ceccaldi

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Ghada Hatem-Gantzer

Gynécologue-obstétricienne, Médecin-chef de la Maison des femmes de l'hôpital de Saint-Denis

Rôle du professionnel de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences intrafamiliales

Contexte

Une femme sur trois a subi des violences dans sa vie nous disent les statistiques. Ces violences peuvent être de toute nature, physiques, psychologiques, sexuelles, sociales, financières... Un enfant sur 10 est victime d'inceste nous disent ces mêmes statistiques, et les enseignants de s'interroger : dans ma classe, lesquels sont concernés ? Il est en conséquence temps que les médecins et tous les professionnels de santé se posent cette même question : et dans ma salle d'attente, qui ? Car nos patients, hommes, femmes, enfants peuvent faire partie de ces statistiques.

La plupart d'entre nous affirment n'avoir jamais rencontré de patient victime de violences, mais omettent de préciser ne pas avoir recherché l'information. Pourtant, avoir subi des violences affecte la santé, augmente le risque de maladies chroniques, de comportements dangereux et suicidaires. Or, si nous sommes conscients de l'importance des antécédents de nos patients dans la compréhension de leurs pathologies, voire dans leur prévention (antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, tabac, alcool et addictions diverses, tout nous intéresse et nous concerne), les antécédents de vie violents ne sont que rarement interrogés.

Le travail des associations féministes, les publications scientifiques et la médiatisation ont fini par porter leurs fruits, et le dépistage systématique des violences ne fait plus débat. Nous devons poser ces questions à tous nos patients, quel que soit leur motif de consultation. A chaque praticien d'investiguer ce sujet avec les questions qui lui sont « confortables », au moment qui lui semblera opportun. Certains demanderont si le patient a vécu des situations difficiles, d'autres seront plus précis dans leur questionnement. Le patient quant à lui répondra. Il répond

toujours. Et même s'il ne vous dit pas tout, vous comprendrez qu'il a pu traverser des épisodes douloureux, humiliants, déprimants et que peut-être il les vit encore.

Certains soignants craignent que la révélation des violences subies ne ravive des traumatismes et conduise le patient à s'effondrer en consultation voire à se suicider. Il n'en est rien. La première réaction du patient varie entre une certaine incompréhension (pourquoi m'avez-vous posé cette question ? Comment avez-vous su ? Personne ne me l'a jamais demandé) et le sentiment de pouvoir partager son fardeau (Merci !).

L'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies, dans sa déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes de 1993, définit, dans son article premier, les violences faites aux femmes, comme : « *Tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ». Une définition qui peut être transposée à la situation des hommes, également touchés bien que dans une moindre fréquence.

1/ Les différents types de violences

Les violences faites aux femmes sont de différente nature, et sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Physiques	Economiques	Psychologiques	Sexuelles	Traditions néfastes
<ul style="list-style-type: none"> • Coups • Crachats • Brûlures • Tirer par les cheveux • Séquestration • Privation de nourriture • Abîmer les biens personnels • Violences sur les animaux domestiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre son salaire • Prendre les aides financières, allocations • Interdiction d'avoir un compte bancaire • Confiscation des papiers (CNI, passeport, carte de séjour, relevé d'imposition...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Attaques verbales • Mépris, isolement • Menaces, insultes • Contrôle des activités • Espionnage • Harcèlement • Accès aux mails et courriers • Géolocalisation • Chantage • Dénigrement • Blagues sexistes 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploitation sexuelle • Viol • Harcèlement sexuel • Prostitution • Attouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutilations sexuelles • Mariage forcé • Lévirat • Crimes d'honneur • Fœticides et infanticides des filles • Jets d'acide

L'avènement du numérique, omniprésent dans nos vies, a malheureusement permis l'émergence d'une nouvelle forme de violences : les cyberviolences conjugales. Des logiciels permettent aux conjoints de géolocaliser leurs femmes à tout instant, de lire leurs mails, de modifier leurs comptes bancaires ou de sécurité sociale. Ils peuvent également les humilier sur les réseaux sociaux et utiliser avec malveillance des photos partagées dans un cadre intime. Rester en contact avec leurs enfants en cas de séparation leur permet, au travers de téléphones offerts par exemple, de poursuivre leur contrôle et leur harcèlement.

Nous pouvons aussi identifier les violences migratoires que les patientes rencontrent sur la route de l'exil : violences physiques, menaces, chantage, viols, prostitution, grossesses non désirées... Une prise en charge adaptée par des professionnels formés est alors indispensable.

Enfin, une attention particulière doit être portée aux femmes en situation de handicap ou présentant certaines vulnérabilités (migrantes, isolées, ne maîtrisant pas la langue, porteuse de maladies chroniques), car les violences y sont 5 fois plus fréquentes dans ce cas.

2/ Enquêtes et chiffres clés

Plusieurs enquêtes ont permis de disposer de chiffres clés des violences en France. La première enquête d'envergure est initiée par l'enquête **ENVEFF**¹ réalisée par l'Institut de démographie de l'Université Paris-I en 2000 qui a permis d'interroger par téléphone 7 000 femmes résidant en ménage ordinaire et âgées de 20 à 59 ans. La seconde grande enquête, l'enquête **VIRAGE**², réalisée en 2015 auprès d'un

échantillon de plus de 27 000 femmes et hommes résidant en ménage ordinaire sur le territoire métropolitain, constitue un outil majeur de mesure et d'analyse.

Des enquêtes régulières sont menées et permettent d'obtenir des données actualisées sur les tendances dans la société. On peut ainsi citer les enquêtes CVS³ (Cadre de vie et sécurité) ou encore les enquêtes EVS⁴ (Événements de vie et santé).

À travers ces enquêtes, il est possible de faire ressortir quelques chiffres clés. Ainsi :

- 223 000 femmes de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ancien ou actuel.
- 1 femme sur 3 est maltraitée durant sa vie et parmi elles 14% déclarent avoir porté plainte.
- 1 femme est violée toutes les 7 minutes et elle connaît son agresseur dans 90% des cas. Dans 37% des cas, l'agresseur est son conjoint.
- 1 femme décède sous les coups de son compagnon tous les 2,5 jours.
- 70 000 mineures sont concernées par le mariage forcé en France.
- 120 000 femmes sont concernées par les mutilations sexuelles.

1 - M. Jaspard, A.-F. Demur et al., *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Les violences envers les femmes en Île-de-France, 2000*, 26p., <https://www.essonne.fr/fileadmin/egalite/EFH/Enquete-ENVEFF-IDF.pdf>

2 - A. Debauche, A. Lebugle et al., *Enquête Violences et Rapport de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*, Institut national d'études démographiques (éd.), « Documents de travail », n°229, janvier 2017, 67p., https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences_sexuelles_enquete.fr.pdf

3 - Institut national de la statistique et des études économiques, *Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. Victimization, délinquance et sentiments d'insécurité*, décembre 2019, 123p., <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019> ; *Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2018. Victimization, délinquance et sentiments d'insécurité*, décembre 2018, 111p., <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2018>

4 - F. Beck, C. Cavalin, F. Maillochon, I. Robert-Bobée, R. Mahieu, et al., *Violences et santé en France : état des lieux*, DREES, « Études et statistiques », janvier 2021.

3/ Pour tenter de comprendre

« Pourquoi reste-t-elle ? » est en général la première question que se pose l'entourage. Les réactions les plus fréquentes dans les situations de violences itératives sont des réactions d'incompréhension et de jugement. Pourquoi n'est-elle pas partie ? Pourquoi a-t-elle accepté cette situation depuis si longtemps ? Elle devait bien y trouver son compte...

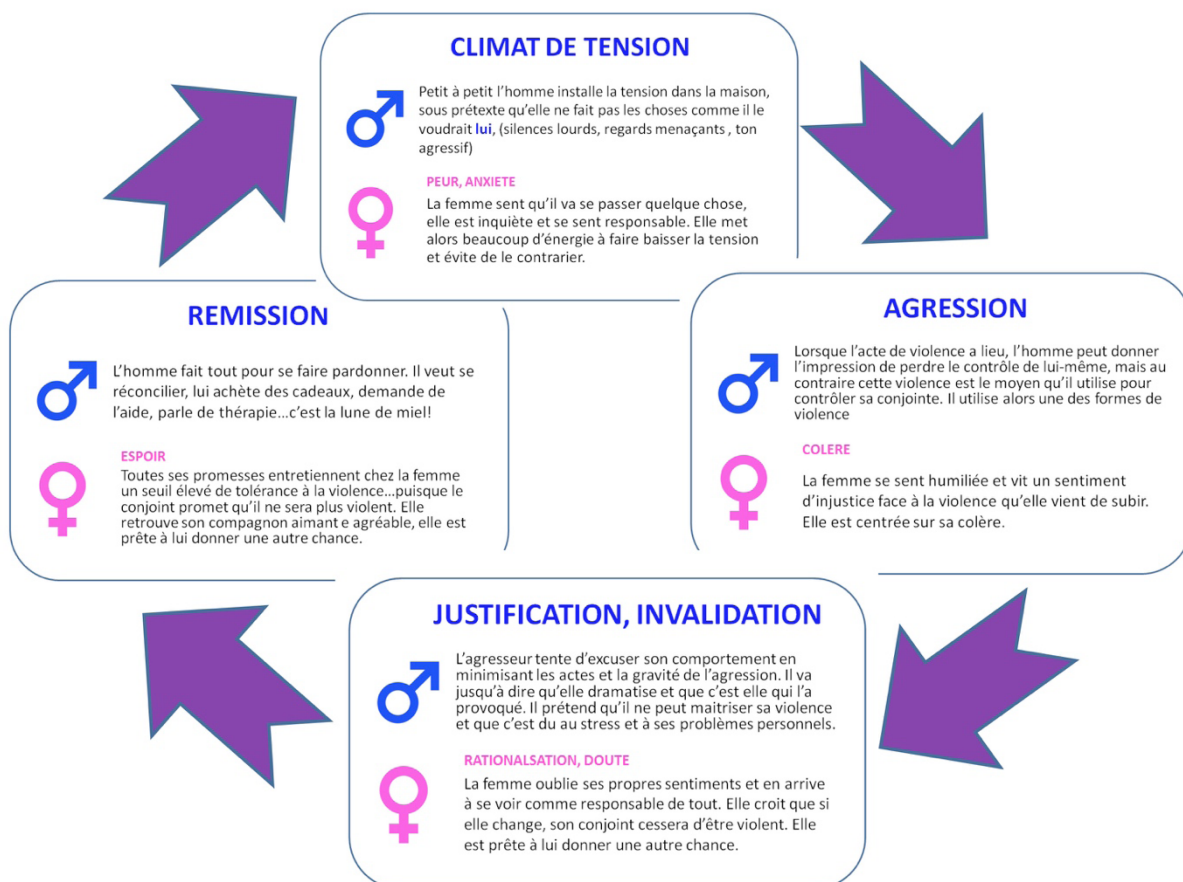
C'est méconnaître totalement deux phénomènes clés des violences, la stratégie de l'agresseur qui est illustrée par le cycle de la violence, et l'emprise qu'elle lui permet d'exercer sur sa victime.

La stratégie de l'agresseur est, à quelques manifestations près, rigoureusement identique et particulièrement efficace dans toutes les situations. Afin d'assurer sa domination et de

perpétrer des actes violents en toute impunité, l'agresseur va repérer et séduire sa victime, l'isoler, la dévaloriser et l'humilier. Il va rapidement réussir à inverser la culpabilité en lui faisant croire qu'elle est responsable de la situation de par sa propre nullité, instaurant ainsi un climat de terreur. Enfin, il impose, grâce à diverses menaces - notamment celle de ne pas être crue - le silence à la victime pour assurer son impunité. Impunité qu'il aura pris soin de garantir en étant par ailleurs le meilleur des hommes en public.

Cette stratégie, associée à la succession des cycles de violence, contribue à enchaîner complètement la victime, persuadée au gré des jours qu'elle est coupable, que tout va s'arranger, que son conjoint est simplement très amoureux et très jaloux, et qu'elle a beaucoup de chance qu'il s'intéresse à elle alors qu'elle ne vaut rien.

Le cycle de la violence



La victime se retrouve donc piégée, sous l'emprise de son compagnon lequel réussit même à contaminer sa pensée et à abolir tout jugement de sa part. L'emprise⁵ est une forme de domination exercée par une personne sur une autre qui a mainmise sur son esprit et/ou sa volonté. C'est une forme de domination morale et/ou intellectuelle, dans laquelle la victime ne se rend pas compte de ce qui se joue pour elle.

5 - Sur ce point, É. Martinet et I. Rome, *L'emprise et les violences au sein du couple*, Dalloz, « Thèmes et commentaires », 2021, 328p.

4/ Quelles conséquences sur la santé ?

Ces conséquences sont principalement d'ordre physique et psychique, et sont résumées sur le tableau ci-dessous.

Physiques	Santé psychique et comportementale	Santé sexuelle et reproductive	Maladies chroniques
<ul style="list-style-type: none"> • Blessures • Traumatismes cérébraux • Brûlures, coupures • Morsures • Fractures • Handicaps divers • Décès • Obésité morbide 	<ul style="list-style-type: none"> • Sd de stress post-traumatique • Dépression, anxiété • Troubles de l'alimentation, du sommeil • Pensées et comportements suicidaires • Addictions : alcool, tabac, drogue • Comportement autoagressif 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes chroniques • Hémorragies • Infections vaginales et urinaires • Complications de la grossesse, • fausses couches, morts in utero • Grossesses non désirées, avortements à risque • VIH et autres IST (1,5) • Comportement sexuel à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies auto-immunes • Arthrite, asthme • Cancers • Maladies cardiovasculaires • Accident vasculaire cérébral • Diabète • Hypertension • ...

Le Grenelle des violences a validé la notion de suicide forcé, décès qui n'étaient pas jusque-là comptabilisés dans les féminicides « indirects ».

Avoir subi des violences entraîne un mauvais état de santé général et induit une surconsommation médicale pour des motifs divers, imposant la réalisation de nombreux examens en général peu contributifs.

Les victimes vont également se rendre à de multiples reprises aux urgences, et en l'absence de formation des soignants, aucun lien ne sera fait entre les divers traumatismes.

Heureusement, poser des questions adaptées permet la plupart du temps d'obtenir des réponses claires et de réorienter le diagnostic et la stratégie de prise en charge, avec une amélioration notable des divers symptômes.

Le trouble du stress post-traumatique est un tableau clinique spécifique fréquemment retrouvé chez les victimes de violences itératives responsables de traumatismes complexes.

Il associe plusieurs symptômes :

- Souvenirs intrusifs, cauchemars traumatiques
- Conduites d'évitement, que cela soit pour des situations externes (éviter des personnes, des lieux, certaines conversations) ou pour éviter d'être envahie par des pensées obsédantes et qui réactivent le traumatisme
- Hyperréactivité : irritabilité, hypervigilance, troubles du sommeil, difficultés de concentration
- Pensées et émotions négatives : mauvaise estime de soi, culpabilité, honte et détachement
- Symptômes dissociatifs : dépersonnalisation, déréalisation, amnésie ou détachement émotionnel

Il est important de connaître ces différents symptômes

qui peuvent parfois perturber le soignant. Ainsi, une patiente très détachée voire à la limite de la dissociation pourra sembler très peu concernée par les violences qu'elle expose, amenant le professionnel à douter de la sincérité de ses propos alors qu'elle est dans une posture d'évitement et de protection inconsciente.

Les souvenirs fluctuants font également partie du tableau, en particulier si la victime s'est dissociée. Elle donnera alors des versions différentes des faits lors des interrogatoires successifs, amenant les forces de police à la suspecter de mentir.

5/ Comment faire le diagnostic ?

D'après une enquête de la Fabrique Spinoza⁶, chaque médecin généraliste reçoit entre 2 et 3 femmes victimes de violences conjugales chaque jour, mais 3 médecins sur 4 ignorent la situation de violences.

Pourtant, les professionnels de santé sont souvent les premiers interlocuteurs des victimes. Ils sont témoins des dysfonctionnements des couples et des familles, prennent en charge les facteurs de risque tels que addictions, dépression, insatisfaction conjugale ou précarité. Mais ils sont rarement formés et travaillent dans la solitude de leurs cabinets.

Si le diagnostic est relativement aisé devant des séquelles physiques récentes, seul un questionnement systématique permettra aux professionnels de dépister les situations dont la patiente ne parle pas spontanément.

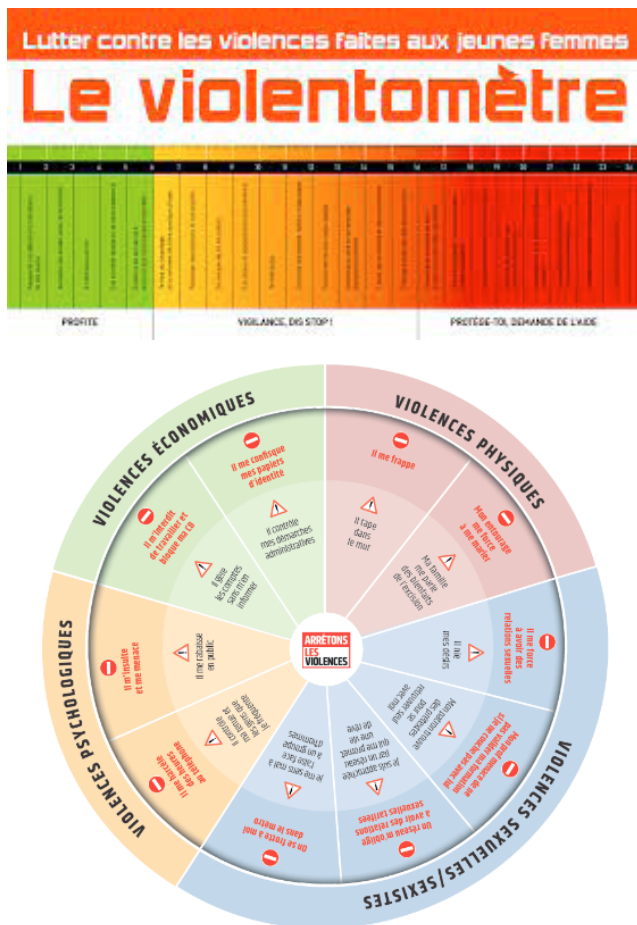
6 - S. Larabi et C. Roturier, *Violences conjugales et sexuelles : un enjeu de santé publique*, Fabrique Spinoza, 14 février 2018, pp.6-7.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il ne provoque pas de détresse supplémentaire et laisse à la victime l'opportunité de s'en saisir si elle le souhaite. De nombreuses victimes sont soulagées et reconnaissent n'avoir jamais été interrogées sur ce sujet.

Il est recommandé d'interroger les antécédents de violences dès la première consultation, au même titre que l'on recherche les antécédents médicaux personnels et familiaux, les allergies ou les addictions.

Les termes des questions peuvent être variables, car le professionnel doit se sentir à l'aise avec leur expression. Il pourra demander si la patiente a eu une enfance heureuse, si elle a vécu des situations qui l'ont faite souffrir ou qui continuent à le faire. On peut également interroger le fonctionnement du couple, la manière dont les décisions sont prises et les conflits résolus ou encore le respect du choix dans les rapports sexuels. Afin d'accompagner le professionnel de santé, des questionnaires validés sont disponibles⁷.

Le médecin peut aussi utiliser des outils qui permettent de visualiser les violences, tels que le violentomètre ou la roue des violences, lesquels peuvent aider les victimes à mieux comprendre leur situation.



Enfin, une attention particulière sera portée aux situations de vulnérabilité ou de gravité : grossesse, présence d'enfants à la maison, personne âgée, porteuse d'un handicap, ou encore patiente isolée sur divers plans (amical, familial, géographique ou linguistique ; patiente exprimant des idées suicidaires ; divorce ou séparation en cours).

Le fait de disposer dans sa salle d'attente des affiches, des flyers ou des adresses d'associations spécialisées contribue à mettre la patiente en confiance et lui montre que ce sujet fait partie des préoccupations de son médecin.

6/ Les enfants, co-victimes à part entière

Les enfants peuvent être directement exposés à des formes de maltraitance : abus physiques, réprimandes violentes, éducation basée sur la peur et la menace, débordements violents parentaux, humiliations, actes d'agression sexuelle.

Les conséquences sur leur santé seront alors identiques, imposant une prise en charge la plus précoce possible.

Les situations de négligence, qu'elles soient matérielles, affectives ou de protection doivent également alerter.

7/ Quelle prise en charge proposer ?

Les différentes conséquences des violences doivent faire l'objet d'une prise en charge.

- Concernant la santé physique, soigner les plaies bien sûr, mais aussi, face à des symptômes polymorphes sans explications évidentes, rechercher des événements de vie violents dont la prise en charge améliorerait l'état de santé du patient.

- Les conséquences psychiques doivent faire l'objet d'une prise en charge adaptée, par des psychologues et des psychiatres formés au psycho-traumatisme. L'approche sera multiple, incluant des méthodes telles que l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (MEDR) ou l'Intégration du Cycle de la Vie (ICV), et médicamenteuse si nécessaire. Une orientation vers un centre référent est en général indispensable.

- Le praticien devra également rédiger un certificat descriptif autant que de besoin, et ce même si la patiente ne souhaite pas en disposer. Il pourra alors le conserver dans le dossier médical, et le remettre à la patiente lorsqu'elle se sentira prête à entreprendre des démarches. Le certificat doit aussi décrire l'impact des violences sur la santé psychique de la personne.

- Signaler : lorsque le praticien est amené à prendre en charge un patient vulnérable (mineur, en situation de handicap, femme enceinte), il doit impérativement signaler la situation à la cellule de recueil des informations préoccupantes de son département (CRIP) ou au procureur de la République.

7 - On pourra citer le Women Abuse Screening Tool (WAST) composé de 8 questions très générales : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_2.html

Lorsque le patient est majeur, ce signalement doit se faire avec le consentement de ce dernier. Mais une nouvelle loi⁸ encadre le secret médical et permet, lorsque *le praticien est particulièrement inquiet et le danger avéré* (termes dont la clarification n'est pas toujours aisée) de signaler même sans l'accord du patient. Il s'agit bien sûr de protéger ce dernier, pas toujours conscient de la situation et de sa gravité, mais cette attitude induit un risque de perte de confiance entre le soignant et le soigné dont il faudra étalement tenir compte.

- Il faudra enfin orienter le patient vers des associations d'aide aux victimes et, s'il le souhaite, vers les services de police ou de gendarmerie dans le cadre d'un dépôt de plainte.

Conclusion

Les conséquences des violences sur la santé sont multiples et graves. Leur prise en charge impose de mobiliser des professionnels d'horizons très différents afin d'accompagner les différents besoins des victimes. La coordination et le partage d'informations sont des éléments clés du succès de cette prise en charge. De même, la création de lieux proposant un parcours complet et coordonné est une action qui a fait la preuve de leur pertinence et constitue certainement l'une des réponses possibles.

Ghada Hatem-Gantzer

.....
8 - Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Gisèle Apter

PU-PH Université Rouen Normandie, Groupe Hospitalier du Havre, chef du secteur de pédopsychiatrie.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales sur l'enfant : état des lieux et perspectives

C'est fatigant de fréquenter les enfants.
Vous avez raison.
Vous ajoutez :
Parce qu'il faut se baisser, s'incliner,
Se courber,
Se faire tout petit.
Là, vous avez tort,
Ce n'est pas cela qui fatigue le plus,
C'est le fait d'être obligé de s'élever,
De se mettre sur la pointe des pieds
Jusqu'à la hauteur de leurs sentiments,
Pour ne pas les blesser.

Janus Korczak

L'hôpital, service public par excellence est un lieu de refuge, un lieu d'accueil, à tout moment, à toute heure, en urgence. Il n'est donc pas surprenant qu'on y constate souvent les souffrances de tous ordres qui résultent de violences intrafamiliales. Quelle place incombe alors au médecin et en particulier au psychiatre de l'enfant ou au psychiatre en période périnatale ainsi qu'aux équipes médicales avec lesquelles il/elle travaille en milieu hospitalier aujourd'hui ?

Les besoins de protection face aux violences intrafamiliales sont une préoccupation du quotidien pour une psychiatrie qui s'intéresse tout à la fois au développement précoce de l'enfant, à sa santé comme à celle de la mère, lors de la grossesse et au péripartum.

Nous voudrions ici décrire à quoi sont confrontés les praticiens hospitaliers médecins et leurs équipes dans les services de soins qui reçoivent des femmes enceintes et des nouveaux nés, ainsi que des enfants et des adolescents : quelles difficultés rencontrons-nous pour exercer l'évaluation, les soins, et le devoir de protection qui représente notre cœur de métier ? En quoi ces obstacles

peuvent-ils nous éclairer sur les besoins des bébés ou des enfants et même de leurs parents ?

Les mineurs accueillis dans nos services à l'Hôpital

L'ensemble des maltraitements, carences ou négligences qui peuvent exister dans la population, se retrouvent dans l'observation et les soins des enfants hospitalisés dans nos services ou vus en ambulatoire et lors de consultations hospitalières¹. De nombreux services hospitaliers de pédiatrie, même lorsqu'ils ne disposent pas d'une unité médico-judiciaire, ont ainsi mis en place des protocoles d'accueil des enfants ayant subi des violences ainsi que des aides au repérage de la violence et des abus².

La pleine reconnaissance de ces phénomènes et la nécessité de la mise en place, récente, de « conduites à tenir », ont dû s'imposer face au déni, à l'incompréhension, au retard à agir, qui ont longtemps empêché de prendre la pleine mesure de la maltraitance en milieu intrafamilial. Il faut dire que cette difficulté à discerner les abus physiques sexuels et psychologiques, les négligences et les carences graves a pour pendant la très tardive (tout juste la fin du XX^e siècle) reconnaissance de l'existence de la douleur chez l'enfant.

À la fin des années 1980, on enseignait encore dans les facultés de médecine que les prématurés et les enfants brûlés avaient moins mal que les adultes, voire ne ressentaient pas la douleur (notamment celles des soins) du fait de l'immaturation de leur développement. Il a fallu à la fois accepter de « voir » ce qui était observé et entendu : les cris, les gémissements, les sidérations ; construire des outils d'évaluation : échelles diverses pour enfants non verbaux, échelles analogiques et instruments de jeux pour les enfants plus grands ; développer des médicaments et des techniques antalgiques efficaces et adaptées. Il en résulte qu'aujourd'hui, on prend enfin acte que la douleur de l'enfant existe, qu'elle doit être évaluée et prise en charge. Le pas a été pris et la reconnaissance de l'existence d'une douleur enfantine est

1 - Lorsqu'il s'agit d'un accueil en urgence, il existe souvent un facteur de gravité ou un élément déclenchant majeur.

2 - Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques (UAMJP) ont été imaginées en 1997, et s'appellent désormais des Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger (UAPED). Il en existerait un peu plus de 60 en France. Le secrétaire d'Etat A. Taquet avait annoncé en 2020 que tous les départements seraient dotés d'au moins une unité de ce type en 2022. <https://www.lci.fr/politique/maltraitance-adrien-taquet-d-ici-2022-des-lieux-d-accueil-d-enfants-en-danger-dans-tous-les-departements-2170589.html>.

maintenant acquise. Elle est devenue une norme reconnue³.

Pour la souffrance psychique, comme pour l'existence de souffrances en lien avec de la maltraitance, la carence, la violence active, les abus ou la négligence (violence passive ou négative), nous sommes encore très loin du compte. Le meilleur indice en est... que nous ne disposons pas aujourd'hui en France de chiffres fiables mesurant la maltraitance et les violences menées à l'encontre des enfants. Au moins cette question majeure de l'absence de données fiables est-elle devenue un objet de recherche et d'intérêt : en mars 2021, Anne Oui, chargée de mission à l'Observatoire national de la Protection de l'Enfance (ONPE) propose une synthèse dans la revue *Dialogue*, des difficultés et des avancées récentes pour mesurer le phénomène, au premier plan desquelles se trouve la définition de ce que l'on entend par maltraitance⁴ (carence, négligence, violence, etc.). Les hospitalisations pour maltraitements physiques avérées sont aujourd'hui évaluées au travers des chiffres de codage des séjours en pédiatrie dans les hôpitaux. Ces données ont montré une augmentation notable d'hospitalisations pour maltraitance physique, pendant la période du premier confinement, pour les moins de 5 ans⁵. Et quelques dispositifs récents, encore insuffisants, ont au moins permis de mieux appréhender le nombre de décès : en 2019, 94 infanticides dont 53 en intrafamilial dont 2/3 concernant des enfants de moins de 5 ans selon les chiffres de l'ONPE⁶. Cependant la fiabilité des chiffres reste en question tant leur sous-estimation est probable⁷.

Reste que les données sur les caractéristiques, les carences et négligences, les violences psychologiques et intrafamiliales dans leur ensemble sont encore lacunaires. Les données nationales manquent de cohérence. La décentralisation, du fait de l'hétérogénéité des organisations départementales, entrave le recueil de données homogènes. Les enfants confiés le sont avant tout à l'Aide Sociale à l'enfance, dont l'organisation et le financement dépend des conseils départementaux. Les derniers chiffres disponibles fournis par l'ONPE font état d'une augmentation du nombre de mineurs suivis (312 500 avec 1.6 % de plus qu'en 2018) et de la part de judiciarisation de ces mesures (+2,7 %) ⁸. Cette population représente donc une part non négligeable des

enfants nécessitant des soins dans les services spécialisés tant de pédiatrie que de pédopsychiatrie⁹. Il est en effet constaté empiriquement par les services de pédopsychiatrie une surreprésentation dans leur file active des enfants en situation de protection de l'enfance, en particulier dans les demandes en urgence.

Les obstacles auxquels se heurtent les services qui accueillent

Reconnaître la maltraitance

Un enfant ne « ment pas » dès lors qu'il ne « sait pas » qu'il dit faux. Sa parole est juste au sens où il dit SA réalité et l'énonce tel qu'il la comprend avec les compétences développementales qu'il a à sa disposition. Il dit ce qu'il comprend : « *J'ai eu mal, Untel m'a fait mal, ou Untel m'a dit d'être gentil ou gentille, etc. Papa ou maman a dit x ou y, etc.* ». Parfois, les difficultés et les violences ont été telles et règnent depuis si longtemps qu'elles sont devenues un fait établi, une réalité qui est devenue LA réalité dont l'enfant ne se plaindra pas. Parfois encore, il se tait par sidération, par renoncement, par habitude.

Dans le cas de violences intrafamiliales, ceux qui lui font des demandes inacceptables, lui infligent des coups, abusent de lui ou encore ne lui fournissent pas les nourritures physiques et psychiques dont il a besoin pour se développer (ne le stimulent pas, ne lui parlent pas, n'interagissent pas ou peu avec lui) sont ceux-là mêmes qui sont présentés comme des figures de soins ou de protection, ce que les anglosaxons nomment les « *caregivers* ».

Récemment, une autrice ayant vécu à l'adolescence des abus intrafamiliaux décrivait la souffrance qu'elle avait éprouvée à l'âge adulte du fait de maltraitements qui se poursuivaient, comme plus délétère pour elle que ce qu'elle avait vécu lors de son adolescence. Son argument, rétrospectif, était qu'adolescente « elle pouvait espérer que cela cesserait » alors que la persistance des faits à l'âge adulte signifiait implicitement que les abus seraient sans fin. Il n'est pas question ici de réfuter ce qui est éprouvé par cette femme : la perception individuelle est unique et le récit que la victime de violences se fait à elle-même et aux autres, pour tenter d'instaurer une forme de cohérence dans ce qu'elle a vécu, lui permet de survivre. C'est un phénomène constant et indispensable en cas de traumatismes majeurs.

Notre interrogation est d'un tout autre ordre. Elle porte sur la manière dont des propos de ce type, relayés par des médias de masse, viennent conforter tous les préjugés selon lesquels l'enfant serait intérieurement en mesure de résister, immunisé en quelque sorte. Dans cet espoir que ça

3 - Pédadol, la Société scientifique de la Douleur de l'enfant a été fondée en 1994 : <https://pedadol.org/>.

4 - Oui A., Observer Et Mesurer La Maltraitance Infantile : Complexité De La Démarche Et Données Disponibles ; 2021/3, 233, p 159- 173, *Revue Dialogue*, Èrès.

5 - Loiseau M., Cottenet J., Bechraoui-Quantin S., Gilard-Pioc S., Mikaeloff Y., Jollant F., François-Purcell I., Jud A., Quantin C., Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period, *Child Abuse & Neglect*, Vol.122, 2021, 105299, ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105299>.

6 - https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf.

7 - Tursz A., *Les oubliés : Enfants maltraités en France et par la France*, Seuil, 2010.

8 - Quinzième rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement, 2020 ; https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/15e_rapg_final_complet.pdf.

9 - Bronsard G., Alessandrini M., Fond G., Loundou A., Auquier P., Tordjman S., et al., The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system, a systematic meta-analysis review, *Medicine* (Baltimore), 2016; 95(7):2622.

« s'arrête » se déploierait une résilience salvatrice. C'est méconnaître que le tout-petit, le jeune enfant qui vit des violences et est témoin de celles-ci au sein de son milieu familial ne connaît d'autre horizon. On ne peut en réalité espérer que cela s'arrête s'il en a toujours été ainsi¹⁰.

En réalité, plus l'enfant est jeune, plus son environnement est durablement et depuis toujours violent, moins il peut imaginer qu'il en soit autrement. Ce qui façonne l'enfant c'est ce qu'il connaît au quotidien¹¹. L'enfant ne se souviendra pas obligatoirement des bons moments qu'il aura vécus, il se souviendra des moments les plus fréquents : si le quotidien est fait de violence, c'est la violence qui devient la norme¹² (Center on the Developing Child).



Figure 2. Un cadre écologique pour représenter les facteurs de risque de la maltraitance des enfants [16].

13

10 - Il est certes vrai que quelques rares individus peuvent déployer une méta-capacité en dépit du bain constant de violence de l'environnement. La « résilience » qui les caractérise est en fait fondée sur des ressources dont ils disposent, qui contrebalancent les vulnérabilités communes. Malheureusement, la résilience est rare si les ressources ont été inaccessibles d'emblée, dès la naissance voire déjà *in utero*. Cf schéma ci-après de facteurs de risque qui doivent donc être compensés. L'on voit qu'une dimension de cumul vient souvent déborder les ressources potentielles.

11 - Pernel A.-S., Garret-Gloaneac N., Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de 3 ans, *EMC - Psychiatrie*, 2021 ; [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(21\)44443-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(21)44443-3).

12 - Developing Child NSC. The science of neglect: the persistent absence of responsive care disrupts the developing brain: working paper 12 [Inter-net]. 2012. Disponible sur : <http://www.developingchild.harvard.edu>.

13 - Sethi D., Parekh N., Yon Y., Mikkelsen B., Progress in preventing child maltreatment in Europe. *Lancet Child Adolesc Health*, 2018 ; 2: 774-5 ; In Pernel A.-S., Garret-Gloaneac N., Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de 3 ans, *EMC - Psychiatrie* ; [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(21\)44443-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(21)44443-3).

Apprendre à observer et à décrire minutieusement afin d'être en mesure de transmettre les informations aux autres institutions est un enjeu essentiel pour les professionnels de santé. Ceci exige une formation spécialisée (encore trop peu disponible) visant à reconnaître les signes de traumatismes tant chroniques qu'aigus, à connaître le développement de l'enfant et ses aléas, pour appréhender les besoins fondamentaux et les schémas d'attachement¹⁴ qui font partie du développement normal.

Le manque d'outils pour circonscrire, décrire et évaluer l'existence des carences, négligences et maltraitements renvoie souvent les professionnels au sentiment que leur analyse tient du jugement personnel à l'égard des familles et des enfants. Cette difficulté d'objectivation peut alors être source de refus et de déni, voire de culpabilité.

La question de la temporalité de l'enfant

Un problème essentiel auquel l'ensemble du système de protection de l'enfance est confronté est celui de la temporalité.

La médecine est habituée et adaptée à l'urgence et à l'intervention rapide. Il en va différemment de la justice ou du secteur éducatif. On pourrait même dire que la garantie de leur bon fonctionnement est de donner du temps au temps. Ces truismes doivent être pris au sérieux. La réticence à agir de manière trop rapide des uns peut limiter considérablement l'action des autres...

Autre truisme : le temps de l'enfant n'est pas celui de l'adulte. Lorsque cela est dit, tout le monde opine. Et puis, on passe à autre chose. Il faudrait pourtant pouvoir tirer les conséquences de cette vérité ; plus l'enfant est jeune, plus le temps d'intervention se doit d'être rapide. De ce fait, l'intervention considérée nécessaire en urgence (hospitalisation pour trauma, pour retard staturo-pondéral et/ou retard de développement) donne lieu à bilans et analyses en quelques jours, quelques semaines tout au plus. Or, la décision de protection de l'enfance, qui relève du judiciaire ou du social, qui se doit de peser les conséquences de ce constat, tend à être reportée, repoussée, en attente de l'accord et de l'adhésion des familles (car l'esprit de la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 perdure malgré le changement de paradigme de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant). Cette attente, ces analyses qui sont menées avec les meilleures intentions du monde, s'inscrivent dans une temporalité totalement inadaptée à l'enfant. Ceci est d'autant plus perceptible aux professionnels de santé qu'ils sont ceux qui sont censés avoir la meilleure connaissance experte du développement de l'enfant et ses caractéristiques. Comme cela a été souligné dans le rapport de la conférence de consensus sur les besoins fondamentaux

des enfants en Protection de l'enfance¹⁵, les professionnels de santé supportent difficilement de ne pouvoir transmettre ce qu'ils savent des besoins de l'enfant et en premier lieu de sa sécurité. Rappelons-le, un délai d'un an (voire plus) pour un enfant de 12 mois, c'est l'équivalent de toute sa vie. S'il a 24 mois, une attente d'un an représente encore pour lui la moitié de tout ce qu'il a vécu. À la différence de l'adulte qui peut protester, s'enfuir, patienter, il continuera de s'abîmer dans les conditions délétères de vie qui sont les siennes, faute de décision prise au bon moment.

De plus, le développement de l'enfant n'est pas linéaire, il est exponentiel dans la première année de la vie. Il n'est que de voir la courbe de croissance du périmètre crânien pour le comprendre. Aujourd'hui, les connaissances de l'évolution intracérébrale durant la première année de la vie puis durant les trois premières confirment un impact majeur, à l'issue de la période intra-utérine, de l'environnement au sens large (produits physiques, toxiques, température, et bien entendu relationnelles cf. schéma). Cet impact est non seulement majeur, mais durable jusqu'à l'âge adulte. Des études témoignent aujourd'hui de l'impact négatif sur la santé physique (maladies cardiovasculaires notamment) des maltraitements et carences précoces. Les recherches encore rares de suivis longitudinaux tendent à démontrer alors l'augmentation du risque de suicides et de troubles mentaux sévères à l'âge adulte^{16,17,18}. Or, les « insultes environnementales » pendant cette période sont au pire déniées, au mieux sous-estimées et sous-évaluées, leurs conséquences négatives jugées douteuses, négligeables, au mieux sans caractère d'urgence.

Le paradigme de la loi de 14 mars 2016 : un renversement de la norme difficile à mettre en œuvre

Il est évidemment toujours plus facile de prédire le passé et de dire après coup, comment l'on aurait dû ou pu intervenir avant. Face à des situations extrêmement dégradées constatées au quotidien, les professionnels se demandent souvent pourquoi les interventions de protection

15 - *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* : Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais, à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes ; 28 février 2017, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf.

16 - Tanguy M., Rousseau D., Roze M., Duverger P., Nguyen S., Fanello S., *Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière sociale [Course and progression of children admitted before 4 years of age in a French child welfare center]*. *Arch Pediatr*. 2015 Nov.; 22(11):1129-39. French. doi: 10.1016/j.arcped.2015.07.016. Epub 2015 Oct. 9.

17 - Kerker B. D., Zhang J., Nadeem E., Stein R. E., Hurlburt M. S., Heneghan A., Landsverk J., McCue Horwitz S., *Adverse Childhood Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children*. *Acad Pediatr*. 2015 Sep.-Oct.; 15(5):510-7. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.005. Epub 2015 Jul 14.

18 - Dube S. R., Anda R. F., Felitti V. J., Chapman D. P., Williamson D. F., Giles W. H., *Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study*. *JAMA*. 2001 Dec. 26 ; 286(24):3089-96. doi: 10.1001/jama.286.24.3089.

14 - La Théorie de l'attachement a été conceptualisée par J Bowlby à partir de 1969 mettant en évidence un besoin de l'enfant de sécurité de base autorisant les fonctions d'exploration dans la mesure où le retour et la réassurance et la sécurité assurée par une ou plusieurs figures d'attachement étaient constantes et stables pour l'enfant.

ne se sont pas produites dans un délai plus court. Alors que le rapport sur les besoins fondamentaux des enfants en protection de l'enfance indique sans ambiguïté que ce sont les réponses aux besoins fondamentaux de l'enfant qui sont prioritaires, il est encore fréquent d'entendre qu'il convient d'abord¹⁹ d'obtenir l'accord des parents pour qu'une mesure quelconque puisse se mettre en place. Pourtant, depuis mars 2016 et la conférence de consensus des Besoins fondamentaux de l'Enfant en Protection de l'enfance le texte est précis. Il est prévu que « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* »²⁰. La rupture est nette avec la loi du 5 mars 2007 qui disposait que « *La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* »²¹.

Les changements opérés dans la législation sont donc porteurs d'orientations claires. Encore faut-il modifier les représentations de la protection et des besoins de l'enfant et les pratiques, ce qui ne va pas de soi.

Comment faire en sorte que nous mettions en PREMIER les besoins de l'enfant, sans pour autant nier les difficultés parentales et le besoin de soutien (et de soins) qui sont les leurs ?

Les violences intrafamiliales et leur reconnaissance ont évolué avec les années ; l'enfant maltraité de 1989²² est devenu progressivement l'enfant en danger, à protéger. Avec la loi de 2007, ce sont les parents et la famille qui sont devenus l'objet d'intérêt. C'est par le soutien aux parents que l'on cherche à protéger les enfants. La conséquence en est une certaine invisibilisation des enfants : la loi décentre le regard, le détourne de l'enfant. Ce n'est que très récemment que la loi de 2016 s'est (enfin) recentrée sur les besoins fondamentaux des enfants, qu'il importe de reconnaître en les mettant au cœur de l'attention. Osons ici une hypothèse pronostique pleine d'espoir, favorable aux enfants : en considérant que les besoins fondamentaux de l'enfant importent avant tout, le droit de la famille lui-même est mis en question et ne manquera pas d'être l'objet de nouvelles dispositions dans l'avenir.

Les changements législatifs entérinent et accélèrent des mutations sociales. Il en découle des réajustements de ce qui est attendu des intervenants de différents champs professionnels impliqués dans la protection de l'enfance.

19 - Sans précision de limite temporelle, d'abord jusqu'à quand ?

20 - Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant – Art. 1.

21 - Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance – Art. 1.

22 - Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

Les deux « vignettes » cliniques suivantes illustrent les enjeux auxquels ils sont confrontés.

Première situation :

Une enfant, âgée de cinq ans, est témoin de la tentative de viol suivie de meurtre de sa jeune sœur de deux ans par un homme adulte, le compagnon de sa mère. L'homme était censé garder les enfants.

Les policiers qui font le constat du décès de l'enfant, suggèrent que soit procédé à une évaluation de l'enfant dit « témoin ». La mère, absente au moment des faits, se dit en grande difficulté. Elle refuse toute séparation avec son enfant et, s'appuyant sur son autorité parentale, s'oppose à l'hospitalisation de celle-ci, qui aurait permis d'effectuer un bilan physique et psychique. Le juge ne procède pas à une mesure provisoire pour imposer cette hospitalisation.

La mère finira par accepter une consultation unique et ne donnera pas suite pendant des mois aux propositions de suivi. Deux ans plus tard, à la suite de nombreux symptômes comportementaux (troubles du sommeil, troubles du comportement à l'école), l'enfant est vue en consultation pour un syndrome post-traumatique sévère. L'enfant, comme ses aînées, qui étant à l'école, n'avaient pas été témoins du meurtre, décrit des faits de violence sexuelle. Ceux-ci auraient été commis à l'encontre des quatre enfants par le meurtrier présumé. Et c'est seulement alors que nous apprenons que l'agresseur incarcéré s'était déjà vu retirer auparavant la garde et l'hébergement de ses propres enfants. Il semblerait que la mère de l'enfant tuée avait connaissance de cette interdiction.

Pour les professionnels de santé, il apparaît que les besoins de l'enfant victime et témoin n'ont pas été envisagés pour eux-mêmes. Seule a été entendue la demande expresse de la mère de ne pas être seule, son souhait de garder ses enfants auprès d'elle²³. Le raisonnement juridique consistait en l'absence d'un danger imminent/immédiat, l'assassin présumé étant incarcéré, l'impossibilité de s'opposer à l'autorité parentale maternelle et le besoin de cette dame de ne pas être seule après la perte de son enfant. Il en résulte qu'il s'est avéré impossible de faire entendre que les besoins prioritaires de l'enfant, la probable incapacité maternelle à les assurer adéquatement et d'assurer leur sécurité depuis un temps significatif, exigeaient de procéder à une évaluation rapide, voire une suspension de l'autorité maternelle en l'attente de cette évaluation.

Au-delà du caractère proprement « sidérant » de cette histoire, il faut la considérer comme révélatrice d'une certaine routine, d'automatismes qui sont mis en œuvre face à une situation de maltraitance majeure. Reprenons les faits : nous avons évoqué un moment explosif où la maltraitance est devenue éclatante. S'agissant d'une

23 - Il a même été souligné par une personne des services sociaux, que « *cette dame venait de perdre un enfant, on n'allait tout de même pas la séparer d'une autre en "la mettant à l'hôpital"* ».

situation aiguë, exceptionnelle, l'urgence de décisions ne s'est pas imposée aux institutions non médicales, le danger le plus flagrant et le plus important étant écarté. Même en de telles circonstances, les intérêts de l'enfant n'ont pu être hissés au centre de l'attention. Circonstance aggravante : des maltraitances anciennes et répétées des autres enfants s'étaient produites antérieurement aux faits, n'étaient pas connues, et n'avaient pas été recherchées.

On invoque parfois des raisons d'ordre « socio-psychologique » pour expliquer que l'action des institutions ait fait défaut : la situation aurait été tellement sidérante que les bonnes pratiques de toutes les personnes concernées n'auraient pu être mises en œuvre. Une telle explication est cependant insatisfaisante : ce sont plutôt des considérations routinières et mal pensées, dans le champ judiciaire et social, une absence de capacité de s'appuyer sur les propos des partenaires entre institutions, qui ont prévalu sur les intérêts des enfants.

Seconde situation :

Il s'agit ici d'une fillette, que nous nommerons A., de presque quatre ans, la dernière d'une fratrie de cinq, issue de trois unions.

Le géniteur de la quatrième enfant s'est livré à des abus sexuels à l'encontre de deux de ses aînées, en présence de la mère. Précisons que les travailleurs sociaux savent que cette mère a elle-même été victime d'inceste.

Les enfants ont été placés dans deux familles d'accueil après les révélations de la quatrième à l'âge de 4 ans, alors qu'elle manifestait des comportements très violents dès l'âge de deux ans. La mère a conservé un droit de visite médiatisé pour ses aînées (les enfants ont été placés dans des familles d'accueil différentes). Aucun soin n'a été imposé à la mère. Elle ne s'est rendue à aucun des rendez-vous qui lui ont été proposés. Les visites du géniteur de l'enfant ont été suspendues jusqu'à ce que son jugement conduise à un non-lieu quelques années plus tard ; il ne demande pas de revoir l'enfant. Cette enfant dit et manifeste souvent violemment (cauchemars et crises clastiques pendant plusieurs jours à la suite de chaque audience où la question a été évoquée une fois le non-lieu prononcé) son refus de le revoir.

La mère donne ensuite naissance à A., la 5e enfant, avec un autre partenaire avec lequel elle ne vit pas. Celui-ci présente un handicap et n'est pas en mesure d'assumer l'éducation de l'enfant.

Très rapidement, les services sociaux qui rencontraient la mère pendant les visites médiatisées alertent sur l'état d'hygiène déplorable de A à quelques mois de vie, sur les difficultés de portage, et l'absence d'interactions visibles entre Madame et son bébé. Quatre informations préoccupantes successives de la part des services de protection des aînés et de l'école maternelle donnent lieu,

l'une après l'autre, à des demandes d'évaluation d'abord et de proposition d'assistance éducative ensuite par la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP).

Aucune de ces propositions d'assistance n'a abouti en trois ans, jusqu'à ce que, pendant une période de vacances, les forces de police soient amenées à procéder à l'interpellation d'adultes (amis de la mère) ayant accueilli cette enfant de presque 4 ans, avec laquelle ils procédaient, semble-t-il, à des jeux sexuels. La mère, qui n'aurait pas été présente dans la pièce au moment des faits allégués à l'encontre de A. est emmenée avec l'enfant pour un examen médico-judiciaire pédiatrique puis revient ensuite dans son domicile, accompagnée de son enfant (aucune hospitalisation ne lui a été proposée ou n'a été demandée). Quelques semaines plus tard, à la suite d'une nouvelle (la cinquième, donc) information préoccupante, une hospitalisation en pédiatrie avec avis pédopsychiatrique permet enfin d'évaluer le fonctionnement de cette enfant, constater les séquelles dont elle est porteuse et confirme les besoins de séparation, décrit les probables difficultés majeures et incapacités de la mère, du fait de sa propre pathologie, à répondre aux besoins de son enfant.

Ici, des professionnels ont été présents et alertent depuis de nombreuses années ; des écrits ont circulé ; les enfants aînés (garçons et filles) ont déjà été placés (tardivement) et souffrent des nombreuses séquelles des maltraitances, carences et négligences graves dont ils ont été l'objet.

Comment expliquer ces retards, cette impossibilité de protéger l'enfant au bon moment, avant qu'il ne souffre de séquelles qui pourront être irréparables ? En ce cas, on ne peut invoquer la sidération due à la découverte brutale de faits. Cependant, ce que l'on observe est l'immense difficulté des différents services et personnels de l'organisation de la protection sociale, à se coordonner et à tirer les conséquences de leurs échecs éducatifs et leur difficulté à se concerter pour prendre des décisions dans une temporalité raisonnable concernant le nouvel enfant. Les services médico-judiciaires et de police n'ont pas proposé d'hospitalisation non plus. Ni le suivi au long cours ni l'évènement déclenchant n'ont été suffisants pour proposer une protection immédiate malgré tous les éléments connus de tous.

Les exemples sont nombreux de minimisation, de non prise en compte, d'impossibilité de se recentrer sur l'enfant. Avec la loi du 14 mars 2016, les besoins de l'enfant deviennent pourtant la préoccupation première. Dès lors que l'on se place du côté de l'enfant, la question parentale devient presque « technique ». Il ne s'agit ni de les accuser ni de les disculper, il ne s'agit ni de les rejeter ni de les « sauver ». Ils ont en effet souvent, très souvent été eux-mêmes victimes d'abus, présentent des troubles mentaux séquellaires de ces abus. S'il faut tenir compte de l'exigence juridique de respecter l'autorité parentale, peut-on accepter que celle-ci mette au second plan les besoins et les droits de l'enfant ?

Si des éléments précoces existent, de façon répétée sur des fratries nombreuses, quelle paralysie s'installe qui reporte sans cesse la prise de décision voire anesthésie la capacité de proposer les conduites à tenir balisées du système de santé (l'hospitalisation) ?

Les pistes et propositions

La formation des professionnels de toutes les institutions concernées par les besoins de l'enfant

La nécessité d'améliorer la formation de tous les professionnels de toutes les institutions, éducatives, juridiques, sanitaires et sociales fait consensus. La mise en évidence de ces besoins a été soulignée lors de la conférence de consensus sur les Besoins fondamentaux dès janvier 2017. De nombreux obstacles, à la fois structurels et circonstanciels se heurtent à des avancées dans ce domaine. Le nombre de professionnels à former est très important. Modifier les cursus pour les nouveaux entrants est toujours difficile. C'est d'autant plus compliqué quand les formations sont par la force des choses hétérogènes.

Les formations des différentes professions sont pour certaines nationales — un seul cursus pour tous comme à l'École Nationale de la magistrature ; cursus morcelés pour les éducateurs formés dans des écoles éparpillées sur tout le territoire. Les études médicales ou paramédicales bénéficient d'une validation universitaire nationale, mais les apports de connaissances nouvelles quand elles sont dites « molles » (comme les sciences humaines) sont beaucoup plus lents à inclure dans les programmes, que les sciences dites « dures ». Autrement dit, l'avancée des connaissances, par exemple en matière épigénétique sur l'impact du stress et des traumatismes en périnatalité ou encore les progrès considérables opérés dans l'étude du fonctionnement cérébral et des mécanismes neuroendocrinologiques, ont peine à se traduire en conduites à tenir ou en préconisations pharmacologiques pour prévenir ou « réparer » ces dommages²⁴. De ce fait, les réponses à donner sont trop souvent perçues comme hors de portée pour le champ sanitaire²⁵.

La poussée de l'opinion publique est incitative. Un premier DIU maltraitance a vu le jour à la faculté de Médecine de Paris-Sud en 2016²⁶ et un deuxième DU en psychopathologie

a vu le jour concomitamment à Paris ex-Paris Diderot²⁷.

Les formations des travailleurs sociaux s'efforcent d'intégrer la théorie de l'attachement et des connaissances de base sur le très jeune enfant dans des cursus jusqu'ici très centrés sur les adolescents et les grands enfants et sur l'exercice de la parentalité avec de grands enfants et des adolescents. Les connaissances de base des signes précoces de dysfonctionnement psychologiques et psychiatriques restent cependant encore peu diffusées, et la reconnaissance de la maladie mentale de l'enfant comme des parents n'est pas encore bien reconnue, évaluée, prise en compte et transmise.

Le chantier est immense. La première étape à accomplir est bien de se recentrer sur l'enfant.

D'autres insistent sur la nécessité d'inclure dans les modules de formation initiale comme de formation continue, des « regards croisés » où professionnels de métiers différents (juriste en droit médical, médecin à l'ENM) favorisent la prise en compte des contraintes et possibilités de chacun.

Pourtant, si le développement de l'enfant et ses besoins fondamentaux étaient enfin considérés comme cruciaux, même les professionnels non encore formés se mettraient en quête de connaissances et celles-ci pourraient rayonner jusqu'à concerner la plus grande part des acteurs institutionnels eux-mêmes. Il s'agit d'un message fort, de santé publique : *Regardez l'enfant et ses besoins ; adressez-vous ensuite au parent pour l'aider à voir et à répondre, et s'il n'y parvient pas du fait de ses propres troubles, incitez-le à laisser d'autres le faire pour lui (avec ou sans lui) ; s'il refuse, protégez l'enfant et répondez à ses besoins, maintenant, tout de suite !*

« Un bébé, ça n'attend pas » disait en d'autres termes Selma Fraiberg, pionnière des soins parents-bébé à domicile en cas de dysfonctionnements précoces²⁸. C'est ce que toute une équipe s'efforce de montrer à Harvard avec le Center of the Developing Child déjà cité. Sans changement de paradigme, sans amélioration des connaissances sur les besoins, les bonnes volontés et les initiatives individuelles des uns et des autres ne porteront leurs fruits que trop lentement et trop tard pour de nombreuses générations d'enfants.

La collégialité des acteurs au service de la lutte contre la confusion des besoins et des droits des enfants et de leurs familles

Une des règles absolues en matière de maltraitance et de protection de l'enfance pour un professionnel tient en deux mots : jamais seul !

C'est la première recommandation qui est faite aux professionnels de santé à tous les niveaux des

24 - Cecil C. A. M., Smith R. G., Walton E., Mill J., McCrory E. J., Viding E., Epigenetic signatures of childhood abuse and neglect: Implications for psychiatric vulnerability, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 83, 2016, pages 184-19.

25 - Khan A., McCormack H. C., Bolger E. A., McGreenery C. E., Vitaliano G., Polcari A., Teicher M. H., Childhood Maltreatment, Depression, and Suicidal Ideation: Critical Importance of Parental and Peer Emotional Abuse during Developmental Sensitive Periods in Males and Females, *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 6, 2015, 42, DOI=10.3389/fpsy.2015.00042.

26 - DIU Maltraitance de l'enfant : du diagnostic aux aspects médico-légaux. Faculté de médecine, Université Paris-Saclay, Dir. C. Adamsbaum, G. Apter, M. Proisy.

27 - DU Protection de l'Enfance. UFR Institut Humanités Sciences et Sociétés, Université Paris, Dir. E. Ghozlan, C. Masson.

28 - Selma H. Fraiberg, *The Magic Years: Understanding and Handling the Problems of Early Childhood*, 1957.

recommandations des questions de maltraitance, de carences et de négligences²⁹. Pour les professionnels de santé, le « staff », système de réflexion collégiale d'équipe pour procéder à l'analyse diagnostique et à la décision thérapeutique, est un mode de fonctionnement structurant indispensable à tous les services de médecine. C'est un moment privilégié où la possibilité et l'exigence d'échange sont au rendez-vous. Autrement complexes sont les organisations de temps communs avec les professionnels d'autres institutions. D'une part, chacun a des emplois du temps contraints et des possibilités de déplacement limitées. D'autre part, les institutions ont des modalités de fonctionnement, des « cultures » diraient certains, très différentes. Grossissons un peu le trait pour bien nous faire comprendre : la santé est souvent morcelée, limitée dans son champ et pressée par les contraintes temporelles notamment financières ; la justice est solitaire (le juge est seul et décide) ; les services sociaux sont souvent fortement dotés en personnel, et décident peu, tant les décisions sont diluées voire constamment reportées ou non exécutées faute de stabilité des équipes et d'un certain flou sur qui est responsable de l'interprétation et de la mise en œuvre de la décision prise par la justice, de la manière de l'appliquer. Comment ménager une souplesse nécessaire de décision : l'évolution des droits de visite doit se faire en fonction de l'attitude et du comportement de tel ou tel ? Qui est en mesure d'évaluer — et avec quels outils — les évolutions d'attitude et de comportement ? Selon quelle temporalité ?

Ces contraintes inhérentes au système sont souvent des points aveugles : les institutions en sont prisonnières et ne peuvent les voir ou s'en extraire seules³⁰. C'est le plus souvent lors d'échanges qu'ensemble nous constatons ce qui « pêche ». Encore faut-il pouvoir échanger dans la collégialité et la compréhension des contraintes et possibilités des partenaires... Or, les conditions seront d'autant moins réunies pour ces concertations que les acteurs sont peu formés et surtout incertains quant à la destination de leur action : l'enfant d'abord ou sa famille ? L'enfant, dit la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 a droit à UNE famille. S'il importe toujours de garder cette boussole, il faut préciser que cette famille n'est pas forcément sa famille biologique et surtout ne pas oublier que ladite famille a avant tout le devoir de protéger et assurer la sécurité de l'enfant.

Conclusion

Les nécessités sont nombreuses : affiner les définitions ; améliorer la quantité et la qualité des outils d'évaluation à notre disposition, lutter contre les dénis et les représentations idéalisées et idéologiques familialistes qui occultent les besoins des enfants ; financer à la hauteur des enjeux, les recherches sur les besoins précoces, de la période périnatale à la première enfance afin d'enrichir les connaissances sur les systèmes de compensation à promouvoir ; continuer à développer de nouvelles formes de prises en charge qui puissent améliorer le devenir d'enfants déjà fortement vulnérabilisés. Les études longitudinales, les plus difficiles à mettre en œuvre sont indispensables. L'amélioration des données nationales est essentielle.

Le partage des connaissances est d'une importance cruciale : faute de connaissances concernant le développement de l'enfant et les réponses indispensables que l'environnement doit fournir (soins, prise en charges adaptées qu'elles soient éducatives, médicales ou juridiques), aucune situation ne sera reconnue à temps. Nous arriverons trop tard et le plus souvent beaucoup trop tard, ce qui est proprement insupportable pour les professionnels de toutes les institutions dont le rôle premier est de protéger, soulager la souffrance, apporter des solutions justes et équitables dans le but d'améliorer le quotidien des enfants afin de leur assurer un meilleur avenir.

Le lecteur qui m'aura suivie jusqu'ici aura compris l'essentiel de mon propos : même si les professionnels préoccupés de l'enfance sont nombreux et présents dans notre pays, leur travail en commun demeurera balbutiant et pour une part, insatisfaisant tant que nous ne saurons pas opérer une véritable révolution copernicienne dans nos métiers : se mettre à hauteur d'enfant, dans la temporalité de l'enfance, à l'heure du bébé, au jour du tout-petit, à la semaine de l'enfant.

Gisèle Apter

29 - Fiche HAS : Maltraitance chez l'enfant, repérage et Conduite à tenir, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf.

30 - S. Tomkiewicz, « Violences institutionnelles », in. P. Straus, M. Manciaux et al., *L'enfant maltraité*, Fleurus psychopédagogie, 1993.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Véronique Péchey, MSc

Première Vice-présidente, Ordre National des Infirmiers

La place de l'infirmier¹ face aux violences intrafamiliales

Les femmes sont les principales victimes des violences intrafamiliales, violences qui peuvent être physiques, psychiques, verbales, économiques, sexuelles. L'auteur - le conjoint le plus souvent - domine la victime et la tient sous emprise, ce qui rend sa prise en charge complexe. L'infirmier, maillon d'une équipe pluriprofessionnelle, a pour mission la prévention, le dépistage systématique et l'accompagnement de la victime pour lui permettre de recouvrer son autonomie.

« **La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique** ». Haute Autorité de Santé (HAS)

La prise en charge de victimes de violences intrafamiliales est pluriprofessionnelle et multisectorielle. Elle implique à la fois le secteur sanitaire, social et judiciaire. Les violences intrafamiliales sont fréquentes avec des conséquences parfois dramatiques et représentent un problème majeur de santé publique. La complexité des situations rend la prise en charge infirmière délicate. Dans un premier temps, les données nous aideront à comprendre la situation pour mieux agir dans un second temps et enfin nous dévoilerons le projet porté par l'Ordre national des Infirmiers.

Gravité et fréquence

L'ensemble des recherches internationales et nationales montrent que les femmes et les filles sont exposées à un risque plus élevé de violences que ne le sont les hommes².

Les femmes sont les principales victimes des homicides au

sein du couple (84 %). En 2019, 146 femmes sont décédées sous les coups de leur partenaire officiel (mari, concubin, pacsé) ou non officiel (petit-ami, amant, relation épisodique). Dans le même temps, 27 hommes sont morts dans les mêmes conditions. Toutefois, plus de la moitié des femmes autrices avaient été victimes de violences au préalable de la part de ce partenaire³.

Les enfants sont co-victimes des violences au sein du couple. 25 enfants sont morts tués par l'un de leurs parents, 111 sont orphelins⁴.

La violence conjugale s'exerce dans tous les milieux, quel que soit la classe socioéconomique, le type d'union, l'âge, la race ou l'ethnie⁵. Toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées nous précise la HAS⁶.

La violence au sein du couple est une situation fréquente et représente un véritable problème de santé publique. En moyenne en France, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année (soit 25 victimes par heure). Concernant les femmes victimes de viols et/ou tentatives de viol sur une année, près de la moitié des cas sont commis par le conjoint ou l'ex-conjoint. Il faut rajouter à ces chiffres les violences psychologiques et verbales (non comptabilisées dans les études) qui ont aussi des conséquences graves sur la santé physique et psychique et le vécu de la victime.

3 - *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2019, Ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes*. In Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

4 - *Enquête « Cadre de vie et sécurité » (ONDRP-Insee). Ces chiffres sont des moyennes obtenues à partir des résultats des enquêtes 2012- 2019*. In Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

5 - *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, Garcia-Moreno C, Hansen HAFM, Ellsberg M, et al.. Lancet 2006; 368:1260-9*. In Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19. Nori L. Bradley MD MSc, Ashley M. DiPasquale MD, Kaitlyn Dillabough BSc, Prism S. Schneider MD PhD. JAMC | 9 NOVEMBRE, 2020 | VOLUME 192 | NUMÉRO 45.

6 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

1 - Lire partout infirmier/infirmière.

2 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMELLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

Parmi ces femmes victimes, seulement 19 % déclarent avoir déposé une plainte auprès des autorités (gendarmerie ou commissariat de police) à la suite de ces violences⁷.

La violence

La définition des violences faites aux femmes retenue par la France est celle de la Convention européenne dite d'Istanbul entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014 en France. Elle reconnaît que « *la violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation* »⁸.

La mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) précise qu'il est question de « violence au sein du couple » si le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler sa partenaire et de la maintenir sous emprise. Il s'agit d'un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'agresseur sur la victime. Par ses propos et comportements, l'agresseur veut contrôler et détruire sa partenaire⁹.

Les violences au sein du couple se définissent comme des situations où les faits de violences (agressions physiques, verbales, psychologiques, économiques, sexuelles, administratives...) sont à la fois récurrents, et cumulatifs. Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent et le plus souvent s'aggravent et s'accroissent avec le temps¹⁰ d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce¹¹.

La violence évolue par cycle nous explique la HAS. On distingue quatre périodes. La première phase se caractérise par la montée en tension dans le couple provoquée par l'auteur. La phase d'agression suit avec les épisodes de violences. Puis arrive la phase de justification par l'auteur avec la culpabilisation de la victime. Enfin la période d'accalmie permet la réconciliation au cours de laquelle l'auteur promet que cela ne se reproduira plus. En l'absence d'intervention, le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence et une diminution de la durée et de l'intensité des

7 - *Ibid.*

8 - Le parlement européen en bref. La Convention d'Istanbul, un outil pour lutter contre les violences à l'encontre des femmes et des filles. PRS | Service de recherche du Parlement européen Auteurs: Ulla Jurviste, Rosamund Shreeves, Service de recherche pour les députés PE 659.334 - novembre 2020.

9 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMEILLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

10 - *Ibid.*

11 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

phases d'accalmie¹².

Les indicateurs de risque de violence conjugale connus sont : un faible statut socioéconomique, un réseau social insuffisant, un faible degré d'instruction, la toxicomanie, la maladie mentale, la jeunesse, la grossesse non désirée, la dépendance financière et le statut d'emploi¹³.

Les moments de risque d'apparition ou d'aggravation des violences au sein du couple sont identifiés. Il s'agit de la grossesse et de la rupture conjugale pour laquelle les premiers temps constituent une situation à risque¹⁴.

Une étude visant à mesurer les violences subies par les femmes et leurs impacts sur la santé à partir d'enquêtes produites dans plusieurs pays a été réalisée en 2013 par l'OMS. Il en ressort que les femmes victimes de violences de la part de leur partenaire intime ont une probabilité deux fois plus élevée de connaître des problèmes de consommation d'alcool, de dépressions, de recours à l'avortement et quatre fois et demi plus élevée de se suicider¹⁵.

Le rôle infirmier

L'article R.4311-1 du Code de la santé publique précise que « *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* ».

Les articles R.4311-5 à R.4311-6 de ce même code disposent en outre que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

Les infirmiers sont dès lors compétents pour évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Il s'agit de la première compétence infirmière. Pour atteindre cet objectif, les infirmiers évaluent les besoins de santé de la personne, sélectionnent et recherchent les informations utiles, identifient les signes et symptômes, conduisent un entretien de recueil de données, repèrent les potentialités des personnes, analysent la situation de santé et de soins, élaborent un ou des diagnostics infirmiers,

12 - *Ibid.*

13 - *World disasters report 2007 — focus on discrimination. Geneva: International Federation of Red Cross; 2007. Accessible ici : www.ifrc.org/en/publicationsand-reports/world-disasters-report/wdr2007/ (consulté le 1^{er} avril 2020).* In Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19 Nori L. Bradley MD MSc, Ashley M. DiPasquale MD, Kaitlyn Dillabough BSc, Prism S. Schneider MD PhD JAMC | 9 NOVEMBRE, 2020 | VOLUME 192 | NUMÉRO 45.

14 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMEILLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

15 - *Ibid.*

identifient les interventions infirmières et évaluent les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance et déterminent les mesures prioritaires¹⁶.

Le repérage

Par leur nombre, 744 307 infirmiers en France au 1^{er} janvier 2020, et la variété des lieux d'exercice, les infirmiers sont des interlocuteurs privilégiés des victimes de violence intrafamiliales¹⁷. En effet, les infirmiers travaillent dans les établissements hospitaliers publics et /ou privés. Or, les femmes victimes de violence intrafamiliales se rendent surtout dans les services d'urgence, de chirurgie traumatologique ou de chirurgie maxillo-faciale ou de service ORL¹⁸. En effet, les traumatismes à la tête et au cou et les blessures aux membres supérieurs sont les lésions physiques plus fréquemment liées à la violence conjugale¹⁹.

L'infirmier peut aussi accueillir des victimes en addictologie, aux urgences psychiatriques lors de tentatives de suicide ou dans les Centres Médico-Psychologiques lors de crises d'angoisse ou de signes de stress post-traumatique. Les lieux de vie tels que les entreprises ou le domicile sont des terrains propices au dépistage de la violence intrafamiliale par les infirmiers libéraux notamment ou les puéricultrices de la protection maternelle et infantile. Chez les enfants, le dépistage peut se réaliser en milieu scolaire ou universitaire pour les étudiants.

La spécificité des infirmiers est de prendre en charge les personnes de la naissance à la mort et ceci 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pendant tous les jours de l'année.

Certaines situations de violences sont facilement identifiées par l'infirmier à la suite des révélations spontanées de la victime elle-même lors de sa venue à l'hôpital ou lors d'une visite à domicile. Cependant, dans la majorité des situations ces violences sont tues²⁰.

16 - Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Annexe 2, référentiel de compétences.

17 - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des statistiques.

18 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

19 - Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P III, et al.; Violence Against Women Health Research Collaborative. *Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. J Trauma 2006;61:1473-9* In Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19 Nori L. Bradley MD MSc, Ashley M. DiPasquale MD, Kaitlyn Dillabough BSc, Prism S. Schneider MD PhD JAMC | 9 NOVEMBRE, 2020 | VOLUME 192 | NUMÉRO 45.

20 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMEILLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

Les signes observables

Ces femmes ont perdu toute estime d'elle-même et se dévalorisent. Elles craignent les représailles pour elle-même et/ou leurs proches et/ou leurs enfants. Elles sont en perte de confiance, elles craignent de ne pas être crues, ont honte et culpabilisent. Elles minimisent les violences, sont angoissées face aux obstacles qu'engendrerait la séparation (logement, ressources, travail...), elles sont isolées et méconnaissent leurs droits, les dispositifs et les ressources d'assistance²¹. Les victimes de violences craignent le plus souvent de s'exprimer. Paralysées par la peur, une forte dévalorisation d'elles-mêmes, l'isolement et la honte, elles ne parviennent plus à sortir du cycle des violences précédemment décrit²².

Les violences verbales sont le plus souvent banalisées par la victime. Récurrentes, elles renforcent et accompagnent fréquemment les autres formes de violences. Les violences physiques peuvent être de tous types. Elles se distinguent des blessures accidentelles parce qu'elles siègent en règle générale sur les zones saillantes nous explique la MIPROF²³. Les violences psychologiques accompagnent toutes les autres formes de violences. Elles installent une stratégie d'emprise destinée à dévaloriser la victime, à la priver de toute autonomie et à la convaincre de ses incapacités et de son infériorité par rapport à l'agresseur. La femme a parfois des difficultés à les reconnaître. Les preuves matérielles de ces violences peuvent être des SMS, des messages téléphoniques, des courriers électroniques, des lettres, etc.

Les violences sexuelles sont encore insuffisamment reconnues par les femmes victimes. Les victimes ne les révèlent que si une relation de confiance est établie avec l'infirmier. Cette relation de confiance est primordiale et plus facile à établir avec des infirmières dont la profession est majoritairement féminine. Les infirmiers sont formés à l'empathie, la relation d'aide, aux comportements bienveillants. Il est indispensable de déculpabiliser la femme et de lui expliquer que la loi interdit la violence pour lui permettre de réagir et d'agir.

Les violences économiques visent à priver la victime de toutes possibilités d'autonomie financière tout en accentuant son isolement. Elles sont à l'origine de nombreuses démarches

21 - *Prevalence of intimate partner violence : findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, Garcia-Moreno C, Hansen HAFM, Ellsberg M, et al. Lancet 2006 ; 368:1260-9.* In Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19. Nori L. Bradley MD MSc, Ashley M. DiPasquale MD, Kaitlyn Dillabough BSc, Prism S. Schneider MD PhD. JAMC | 9 NOVEMBRE, 2020 | VOLUME 192 | NUMÉRO 45.

22 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

23 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMEILLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

mais ne sont pas souvent identifiées par les infirmiers²⁴. Les violences sur la parentalité se caractérisent par une dévalorisation du rôle de mère avec une multiplication des actions en justice pour la garde des enfants, pour l'autorité parentale pour le droit de visite des enfants, surtout si l'agresseur montrait auparavant très peu d'intérêt à l'égard de ses enfants. En raison des dévalorisations devant les enfants de son rôle de parent, la mère peut perdre le respect de certains ou de tous ses enfants.

Le plus souvent plusieurs formes de violences sont présentes de façon concomitante. L'agresseur usera de tout cet arsenal en alternant et articulant ces diverses violences.

Le dépistage systématique

Il est indispensable que l'infirmier réalise un entretien de recueil de données de repérage de violence en cas de signes révélateurs mais aussi en l'absence de signes d'appel surtout pendant la grossesse et le post-partum. En cas de nécessité d'un interprète, il est recommandé qu'il ne soit pas issu du milieu familial²⁵.

C'est l'infirmier qui doit être à l'origine des questions pour créer un premier lien et protéger la victime. C'est un « espace parole » qui est offert et qui devient possible même si la confiance ne se fera pas immédiatement. Il est recommandé de débiter l'entretien par des questions de préférence ouvertes, avec lesquelles l'infirmier se sent à l'aise, et adaptées à la patiente. Bien que ces questions soient destinées à rechercher une situation de violence au sein du couple, elles peuvent initialement et de façon plus générale s'enquérir du sentiment de sécurité de la patiente²⁶. L'infirmier informe au préalable la personne que ces questions sont posées à toutes les patientes et ont pour but de dépister la violence intrafamiliale.

Les signes d'appel ainsi que les questions à poser sont décrits par les recommandations et les fiches techniques de la Haute Autorité de Santé téléchargeables sur son site²⁷. Pour les patientes que le professionnel de la santé soupçonne d'être victime de violence conjugale, les données probantes préconisent des questions directes, en toute discrétion²⁸. Ce dépistage devrait aussi tenir compte de la présence d'enfants.

24 - *Ibid.*

25 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

26 - *Ibid.*

27 - https://www.has-sante.fr/jcms/p_3107788/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple-argumentaire

28 - PRAISE Investigators ; Sprague S, Bhandari M, Della Rocca GJ, et al. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet* 2013;382:866-76. In Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19 Nori L, Bradley MD MSc, Ashley M, DiPasquale MD, Kaitlyn Dillabough BSc, Prism S, Schneider MD PhD JAMC | 9 NOVEMBRE, 2020 | VOLUME 192 | NUMÉRO 45.

Selon la HAS, la nécessité de protéger l'enfant en cas de violences au sein du couple est un élément essentiel à considérer au cours de la consultation. Elle permet aussi de mobiliser les mères dans les démarches à entreprendre dans ces situations²⁹.

Toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés. Dans ces situations, les enfants sont plus fréquemment victimes de violences directes, de violences physiques ou psychologiques à leur rencontre ou de négligences. Ils sont des victimes à part entière qu'il convient d'aider le plus rapidement. Il est recommandé de questionner la patiente sur sa perception de la sécurité et du bien-être de ses enfants³⁰.

Le dépistage des victimes de violence conjugale doit être effectué pour leur proposer une orientation précoce et une prise en charge optimale³¹.

Dépister pour alerter

Le repérage des violences est indispensable pour l'infirmier pour qu'il puisse poser le ou les bons diagnostics infirmiers, identifier et hiérarchiser les priorités de ses actions, mettre en place des prises en charge adaptées et/ou orienter vers d'autres professionnels permettant une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la victime. Ces femmes pourront ainsi être accompagnées de façon adaptée par des équipes pluridisciplinaires au sein desquelles les infirmiers peuvent jouer un rôle central.

Le repérage systématique permettra de faire le lien entre symptomatologie passée et présente et les violences subies. Les connaissances de l'emprise, du cycle des violences, du psychotraumatisme, des conséquences physiques, psychologiques et somatiques permettent à l'infirmier d'adapter sa pratique professionnelle aux besoins de ces victimes. La singularité de ces situations et la spécificité de ce public exigent de l'infirmier une adaptation de sa pratique professionnelle courante³².

L'article R.4311-2 du Code de la santé publique dispose en

29 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

30 - *Ibid.*

31 - Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. *Recommandations pour la pratique clinique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis: HAS; 2019.* https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple [7] Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas Jin in Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, Candy Guiguet-Auclair1, Baptiste Boyer2, Keltoume Djabour3, Mehdi Ninert3, Estelle Verneret-Bord3, Françoise Vendittelli1, Anne Debost-Legrand1,4 (alegrand@chu-clermontferrand.fr) 2 février 2021 | BEH 2.

32 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMEILLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

outre que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...]* ».

Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion dans leur cadre de vie familiale ou sociale [...]

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes [...] »

La détresse psychique ne peut pas être ignorée même si le comportement et les propos des victimes peuvent sembler versatiles. La connaissance du caractère cyclique de la violence au sein du couple est essentielle pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aides et dans leurs démarches. Elle permet également d'adapter les propositions de prise en charge³³. En effet, en phase 1 lors de la période de tension, la victime peut initier des contacts et est accessible aux propositions d'aide des infirmiers. En phase 2, l'agresseur reprend le pouvoir et le contrôle, la victime est en colère et peut engager des démarches, elle sera réceptive aux propositions d'aide. Quand l'agresseur s'excuse en phase 3, la victime doute de ses propres perceptions et des conseils prodigués. Pendant la période d'accalmie encore nommée « lune de miel », la victime n'est que difficilement disposée à dialoguer³⁴.

L'article R.4312-18 du Code de la santé publique prévoit ainsi que « *lorsque l'infirmier discerne qu'une personne auprès de laquelle il est amené à intervenir est victime de sévices, de privations, de mauvais traitement ou d'atteintes sexuelles, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour la protéger.*

S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

Ainsi, même si l'article R.4312-5 de ce même code impose le secret à tout infirmier, le professionnel s'en trouve libéré dans certaines conditions prévues par la loi. Lorsque la victime est majeure, l'infirmier peut signaler les faits à condition qu'il obtienne son accord. Lorsque la victime est mineure ou un adulte vulnérable, son accord n'est pas nécessaire.

33 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

34 - *Ibid.*

Néanmoins, une dérogation, prévue par la loi du 30 juillet 2020, vient modifier les dispositions de l'article 226-14 3° du Code pénal en prévoyant que lorsqu'une victime de violences conjugales se trouve en situation de danger immédiat et sous emprise, le professionnel de santé peut désormais déroger à son obligation de secret. Il peut, en conscience, porter à la connaissance du procureur de la République cette situation sans avoir obtenu le consentement de la victime. La loi nouvelle ne crée dès lors pas une obligation de signalement pour le soignant. Elle lui permet de le faire sans risque de violation du secret auquel il est par ailleurs tenu. Pour accompagner les soignants dans la mise en place de cette nouvelle loi, un *vade-mecum* a été 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. Il contient des fiches critériées pour évaluer un danger immédiat et un état d'emprise³⁵.

L'attestation clinique infirmière

L'article R.4312-23 du Code de la santé publique dispose que « *L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'établissement par le professionnel conformément aux constatations qu'il est en mesure d'effectuer, de certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* ». Lorsqu'il est sollicité, l'infirmier ne peut donc pas se soustraire à une demande d'établissement d'une attestation émanant d'une victime. Il remet l'original de l'attestation directement à celle-ci et l'infirmier conserve un double dans le dossier. L'attestation doit être rédigée de manière lisible, précise et sans terme technique ni abréviation. Une lecture de l'attestation à la victime doit être faite avant de la lui remettre. Cette attestation a été validée par l'Ordre national des infirmiers et est téléchargeable sur le site de l'Ordre³⁶.

Orienter

L'infirmier a le devoir d'alerter en cas de danger imminent si la victime est une personne vulnérable. L'article R.4312-7 du Code de la santé précise que « *L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires* ». L'infirmier est un maillon et joue un rôle de coordination au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Comme nous venons de le comprendre, la prise en soins d'une victime de violence intrafamiliale est complexe. Aussi, il est important que l'infirmier s'entoure d'un réseau et dispose d'un annuaire de victimologie. Un long travail de réassurance de la victime débute. Il est nécessaire que l'infirmier, ainsi que l'équipe pluridisciplinaire, aide la victime à retrouver son autonomie.

35 - Secret médical et violence au sein du couple, Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal, En partenariat avec la haute autorité de santé et le conseil national de l'Ordre des médecins, ministère de la Justice.

36 - <https://www.ordre-infirmiers.fr/>

Les freins

Plusieurs études réalisées au Royaume-Uni, au Canada ou aux États-Unis ont montré que le dépistage était insuffisant quel que soit le lieu de l'enquête ou la profession. Néanmoins, la carence est particulièrement importante en matière libérale³⁷.

Les freins au dépistage tiennent plutôt aux professionnels de santé qui expriment un manque d'expérience et une absence de formation spécifique. La prévalence des violences intrafamiliales est très largement sous-estimée et peu de professionnels de santé pensent à effectuer un dépistage et une orientation appropriés des victimes de violences. Les études ont aussi mis en évidence que ces professionnels manquaient d'outils et de procédures de référence permettant une prise en charge efficace de la victime³⁸. Les infirmiers se sentent parfois impuissants devant des victimes qui ne souhaitent pas réagir mais qui dans les faits ne savent plus comment réagir.

Des enquêtes ont été réalisées en 2017 par la MIPROF auprès d'infirmiers en activité et d'étudiants en soins infirmiers. Dans les deux cas, les réponses convergent et mettent en avant un manque de formation et d'information^{39, 40}. Et pourtant, depuis 2014, la loi a créé une obligation de formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique tant dans la formation initiale que dans la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux⁴¹.

Le projet de l'ordre national des infirmiers

Informier

La première phase du projet consiste à informer tous les infirmiers de la prévalence et de l'incidence des cas de violence intrafamiliale ainsi que de la nécessité du dépistage systématique. À l'aide d'un outil de communication pratique style « fiche mémo », les numéros d'urgence pour les victimes, les dispositifs d'alerte et d'écoute seront mis à la disposition de tous les infirmiers. Les sites utiles à l'exercice professionnel seront répertoriés et les informations juridiques pourront être transmises. L'ordre national des infirmiers dispose des moyens de communication rapides et suffisants.

Une commission nationale de santé publique a été créée au sein du Conseil national des infirmiers qui se penchera sur les questions liées aux violences intrafamiliales.

Des référents « violence » sont nommés au sein de chaque conseil départemental et auront comme mission l'élaboration d'un annuaire de victimologie englobant les principales ressources de leur département d'exercice. Ils pourront mener des travaux de réflexion sur les pratiques de prises en charge avec les autres professionnels du secteur sanitaire, social et judiciaire.

Par ailleurs, toutes les initiatives menées par des conseils départementaux pourront servir de base de réflexion au groupe de travail national.

Former et se former

Des outils de formation sur les violences faites aux femmes s'adressant à l'ensemble des professionnels ont été conçus par la MIPROF, en collaboration avec des équipes pluridisciplinaires d'experts et de professionnels⁴². Ils sont téléchargeables sur leur site internet⁴³. La MIPROF forme aussi directement les professionnels de santé aux violences faites aux femmes. Elle formera les référents infirmiers des conseils départementaux.

L'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement précise l'article L.4311-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 à son article 52. Chaque infirmier pourra s'emparer de ces outils pour encadrer des étudiants et pour s'autoformer.

37 - Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, Candy Guiguet-Auclair¹, Baptiste Boyer², Keltoume Djabour³, Mehdi Ninert³, Estelle Verneret-Bord³, Françoise Vendittelli¹, Anne Debost-Legrand¹, 4 (alegrand@chuc Clermontferrand.fr) 2 février 2021 | BEH 2.

38 - *Ibid.*

39 - Résultats de l'enquête nationale auprès des infirmiers.e.s en activité sur les violences faites aux femmes. MIPROF, Enquête réalisée du 1^{er} octobre 2017 au 1^{er} Novembre 2017 auprès infirmie.r.e.s par la MIPROF, en partenariat avec Le Collège Infirmier Français (CIF), le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), le Conseil National de l'Ordre Infirmier (CNOI), la Croix-Rouge, la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI), le ministère des solidarités et de la santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

40 - Résultats de l'enquête nationale auprès des étudiants en soins infirmiers sur les violences faites aux femmes. MIPROF, Enquête réalisée du 1^{er} octobre 2017 au 1^{er} Novembre 2017 auprès des étudiants en soins infirmiers par la MIPROF, en partenariat avec Le Collège Infirmier Français (CIF), le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), le Conseil National de l'Ordre Infirmier (CNOI), la CroixRouge, la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI), le ministère des solidarités et de la santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

41 - Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement des courts métrages de formation « ANNA » et « ELISA ». Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) Pilotage par Anaïs VERMEILLE et Annie GARCIA. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité, et de l'égalité des chances. Décembre 2020.

42 - *Ibid.*

43 - <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr>

Prévenir

La HAS préconise d'utiliser tous les lieux d'exercice pour y mettre en évidence des affiches et affichettes traitant de la violence intrafamiliale⁴⁴. La prévention concerne tous les milieux et tous les âges. Plus on en parle, plus les personnes sont sensibilisées et plus la parole des victimes peut être favorisée. Des colloques, des conférences comme celles lors du salon infirmier par exemple, des articles de presse, etc. peuvent être des situations de relai et de transmission d'informations et/ou de paroles de victimes.

Dépister

Une étude réalisée récemment prouve que le questionnaire WAST en français est un outil valide et rapide d'utilisation à destination de tous les professionnels de santé. Il permet d'identifier facilement les femmes susceptibles d'être victimes de violence conjugale. Son utilisation en pratique courante doit permettre un dépistage précoce et une mise en place d'un parcours de soins spécifique afin d'optimiser la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale. Il doit être intégré de manière systématique dans l'interrogatoire, notamment dans les services susceptibles d'accueillir des victimes telles que les urgences ou les services de chirurgie ou au cours de consultations dédiées telles que l'entretien prénatal précoce⁴⁵. Une utilisation systématique de dépistage permet une prise en charge pendant la phase une ou deux du cycle de la violence. Un questionnaire similaire devrait s'adresser aux enfants. Ainsi, ces questionnaires pourront faire l'objet de travaux de la commission nationale. Le repérage est une étape indispensable pour évaluer la gravité de la situation en mettant en œuvre une démarche clinique infirmière.

Il conviendra de travailler en étroite collaboration avec l'Observatoire national de la violence en alimentant notamment sa banque des données.

Orienter et accompagner

Le cycle de la violence devrait être connu de tous pour aider les victimes à déculpabiliser et lui permettre d'être en mesure d'agir. La commission nationale mènera également une réflexion sur des outils permettant aux victimes de retrouver une autonomie.

En conclusion

Comme nous venons de le démontrer, l'infirmier a non seulement un rôle à jouer auprès de victimes de violence intrafamiliale dans le cadre du dépistage systématique, de l'accompagnement et de l'orientation mais aussi une mission de santé publique en œuvrant pour la mise en place concrète d'actions de prévention primaire.

Des centres de soins permettant la prise en charge des auteurs de violence intrafamiliale ou de violences sexuelles commencent à voir le jour dans chaque département. Là aussi les infirmiers sont un maillon central de l'équipe pluriprofessionnelle.

Véronique Péchey

44 - Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandation Juin 2019, mise à jour décembre 2020.

45 - Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, Candy Guiguet-Auclair, Baptiste Boyer, Keltoume Djabour, Mehdi Ninert, Estelle Verneret-Bord, Françoise Vendittelli, Anne Debost-Legrand (alegrand@chuc Clermontferrand.fr) 2 février 2021 | BEH 2.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Éric Brin

Docteur en Droit, Masseur-kinésithérapeute, formateur au CEERRF

La place du masseur-kinésithérapeute face aux violences intrafamiliales (1)

La notion de violences intrafamiliales. Le vocable « violence » est emprunté au latin classique *violentia*, qui signifie « *caractère emporté, farouche* »¹. Au XVI^e siècle, il renvoie à « l'abus de la force pour contraindre » quelqu'un à quelque chose. Après être temporairement utilisé pour désigner un acte brutal, ce qui conduit à la création du terme « viol », il reprend son sens originel et désigne la « force irrésistible, néfaste ou dangereuse ». Le Centre national de ressources textuelles et lexicales² définit aujourd'hui la violence comme une « *force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose* », l'« *acte d'agression commis volontairement à l'encontre d'autrui, sur son corps ou ses biens* », l'« *intensité d'une conviction* », la « *puissance, force d'un sentiment, d'une pulsion* », une « *force excessive, brusque et impétueuse* » ou le « *caractère d'une matière qui produit un effet puissant, rapide et brutal* ». Si la « violence » apparaît ainsi, dans son sens commun, polymorphe, son essence semble surtout résider dans l'exercice d'une force qui, dans sa dimension quantitative, qualitative ou sa finalité, possède un caractère manifestement excessif ou illégitime.

Du point de vue du droit, à partir de 1804, la violence est érigée comme vice du consentement, de nature à rendre invalides les conventions. Elle est alors définie à l'article 1112 du Code civil, qui dispose qu'« *il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune*

1 - Rey Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Éd. Dictionnaires Le Robert, 2016, t. II, p. 2614.

2 - Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Violence* [en ligne], <http://www.cnrtl.fr/violence/>

à un mal considérable et présent »³. Le Code pénal de 1810 prévoit quant à lui la répression des violences que lorsque celles-ci prennent la forme de coups portés à un magistrat⁴, un officier ministériel, un agent de la force publique ou un citoyen chargé d'un ministère de service public⁵. À cette date, aucune forme de violence commise dans le cadre intrafamilial ne saurait être poursuivie, le père exerçant toute son autorité sur les autres membres de la famille, tel que le prévoient notamment les dispositions du titre IX du livre I du Code civil, intitulé « de la puissance paternelle ». Il faut attendre la loi du 4 octobre 1970⁶ pour que les pères et mères soient, du moins en droit, sur un pied d'égalité. Ils exercent alors ensemble ce qui est désormais dénommé l'« autorité parentale conjointe ». Cependant, les violences intrafamiliales ne sont toujours pas poursuivies en tant que telles. Cette lacune est comblée par une loi du 22 juillet 1992⁷, qui inscrit au rang des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne les actes de violence. Le fait qu'elles soient commises sur « *un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs* »⁸, « *sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe* » ou « *par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* » constitue un facteur aggravant qui expose l'auteur à vingt ans de réclusion criminelle, en lieu et place de quinze ans. La sanction encourue est élevée à trente ans lorsque la violence est exercée sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur⁹.

La notion de « violence intrafamiliale », implicitement consacrée, apparaît ainsi élargie. Elle recouvre de manière concrète tous les actes d'agression physique, les violences psychologiques, affectives et sexuelles, les négligences, les privations et l'exploitation physique, sexuelle ou financière des individus qui constituent le cercle familial. Celui-ci est explicitement composé, du point de vue du droit, du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS, des ascendants naturels, légitimes ou adoptifs et des descendants. Cependant, dans les faits, les violences

3 - Article 1112 du Code civil, dans sa version de 1804.

4 - Article 228 du Code pénal, dans sa version de 1810.

5 - Article 230 du Code pénal, dans sa version de 1810.

6 - Loi n°70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale, JORF n° 129 du 5 juin 1970, p. 5227.

7 - Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes, JORF n°169 du 23 juillet 1992, p. 9875.

8 - Article 222-8 du Code pénal.

9 - *Ibid.*

intrafamiliales semblent surtout exercées sur les membres de la famille restreinte, lesquels vivent sous le même toit que l'auteur, ou à proximité immédiate. En effet, bien malheureusement, les violences intrafamiliales sont souvent caractérisées par leur caractère récidivant, voire habituel. Il est extrêmement rare que celles-ci ne constituent qu'un épisode exceptionnel de la vie de la famille. Les victimes y sont donc exposées de manière régulière et sur le long court. Avec le temps, faute de trouver les ressources nécessaires pour s'y opposer, par peur d'une exacerbation de l'intensité des violences ou leur déport sur un membre de la famille plus fragile, et dans l'espoir secret que celles-ci cessent, les victimes se font généralement taisantes sur leur situation. Il n'est donc pas surprenant que la grande majorité des violences subies ne soient jamais dénoncées.

Le dépistage des violences intrafamiliales apparaît à ce titre indispensable. Des questions se font alors particulièrement pesantes. Qui est le mieux placé pour procéder à ce dépistage ? Qu'est-ce qui conduit, dans les faits, à supposer qu'une personne est victime de violences au sein de son cadre familial ? Comment amener cette personne à surmonter ses peurs et réticences et se confier sur la situation qu'elle vit au quotidien ? En tout état de cause, il peut être pensé que les professionnels de santé, qui vouent leurs carrières professionnelles à prévenir la dégradation et améliorer l'état de santé de leurs patients, sont particulièrement formés à de tels dépistages et possèdent, aux fins d'alerte, des relations privilégiées avec les services sociaux et l'autorité judiciaire. Cependant, est-ce véritablement le cas ? Cet article vise notamment à répondre à cette question au travers de l'étude du cas particulier du masseur-kinésithérapeute. En effet, les membres de ce corps professionnel, bien implantés sur le territoire national, entretiennent la grande majorité du temps des liens particulièrement étroits avec leurs patients.

Le masseur-kinésithérapeute, un professionnel de santé proche de ses patients. En France peuvent être recensés près de 90 000 masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre¹⁰, ce qui fait du corps professionnel considéré, d'un point de vue quantitatif, le premier corps de rééducateurs et le quatrième corps de professionnels de santé. Point particulier qu'il convient de relever, celui-ci est constitué de manière prépondérante de professionnels libéraux, puisque 81,9 à 91,1 % des masseurs-kinésithérapeutes, selon les régions, exercent leur activité selon un mode libéral ou mixte, pour une moyenne nationale à 85,3 %. S'il peut être déploré que l'offre de soins masso-kinésithérapiques ne soit pas tout à fait homogène sur le territoire français, dans la mesure où la densité professionnelle varie entre 87 et 195

masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, tous les patients peuvent avoir accès, sans réelle grande difficulté, à un masseur-kinésithérapeute.

Bien que la profession ait été profondément réformée par l'intermédiaire d'une refonte des études préparatoires au diplôme d'État, opérée par deux textes réglementaires édictés en septembre 2015¹¹, et du renouvellement du domaine de compétences masso-kinésithérapiques, réalisé par l'article 123 de la loi du 26 janvier 2016¹², le masseur-kinésithérapeute reste pour beaucoup le professionnel qui prodigue des massages et dispense des séances de gymnastique médicale¹³. À ce titre, il est regardé comme celui qui appréhende le corps dans son entièreté, celui qui touche, celui devant lequel on se dévêt et, par conséquent, celui auquel on confie, dans une certaine mesure, une part de son intimité.

Dans ces conditions, le masseur-kinésithérapeute est nécessairement proche de ses patients. À la proximité physique se joute souvent une proximité relationnelle, qui se développe naturellement au gré des séances. Les modalités habituelles des prises en charge masso-kinésithérapiques participent grandement à cela. En effet, dans la mesure où celles-ci possèdent une visée rééducative ou réadaptative, elles sont nécessairement constituées d'une pluralité de séances, réparties sur de nombreuses semaines, mois ou années, et dont le nombre et la fréquence varient en fonction de différents éléments, tels que la pathologie présentée par le patient, les altérations ou déficiences de ses capacités fonctionnelles, etc.

Il en résulte que le masseur-kinésithérapeute est regardé par beaucoup comme un professionnel de santé accessible dans lequel il est possible d'avoir confiance. La confiance réciproque, puisqu'elle ne saurait être unilatérale, apparaît comme une condition indispensable à l'efficacité de la prise en charge. D'ailleurs, au cours des séances individuelles, dont la durée est « *sauf exceptions prévues dans le texte, [...] de l'ordre de trente minutes* »¹⁴, dans le cadre du bilan initial ou non, il est extrêmement fréquent que les patients

11 - Décret n°2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 204 du 4 septembre 2015, texte n° 16 ; arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 204 du 4 septembre 2015, texte n° 17, BO Santé — Protection sociale — Solidarité n° 8 du 15 septembre 2015, p. 39.

12 - Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1.

13 - Avant la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique disposait que « la profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale ».

14 - Assurance maladie, *Nomenclature générale des actes professionnels - Version du 1^{er} juillet 2021* [en ligne], publié le 1^{er} juillet 2021, [consulté le 26 septembre 2021], <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/749478/document/ngap-assurance-maladie-01072021.pdf>, p. 96.

10 - Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Démographie des kinésithérapeutes 2020* [en ligne], publié le 23 mars 2021, [consulté le 25 septembre 2021], <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>

racontent l'histoire de leurs cicatrices, justifient l'origine de telles ou telles ecchymoses présentes sur leur corps ou tout simplement se confient au masseur-kinésithérapeute. C'est notamment pour cela que ce professionnel de santé apparaît particulièrement disposé à détecter les personnes victimes de violences intrafamiliales.

La détection des violences intrafamiliales par le masseur-kinésithérapeute. Bien avant que le décret du 8 octobre 1996¹⁵ n'en fasse expressément mention, dans le cadre de son activité, le masseur-kinésithérapeute tenait déjà « *compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie* ». Cet impératif juridique, aujourd'hui inscrit à l'article R. 4321-2 du Code de la santé publique, est de toute évidence déterminant pour l'ensemble des prises en charge du masseur-kinésithérapeute, qui sont dorénavant fondées sur le paradigme bio-psycho-social, lequel tranche nettement avec le modèle biomédical et invite à considérer l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui ont concouru à la survenue des troubles présentés par ses patients¹⁶. En ce sens, le masseur-kinésithérapeute n'est plus depuis longtemps qu'un simple technicien en santé qui exécute des actes pratiques sur le corps de ses patients. Dans le cadre de son activité professionnelle, il recherche inmanquablement à préciser au mieux les origines et les conséquences personnelles et professionnelles des symptômes présentés par son patient, les éléments propres à restreindre ou permettre l'établissement d'une alliance thérapeutique efficace avec celui-ci et les moyens de prévenir une éventuelle récurrence.

Est-il pour autant correctement formé à procéder au dépistage des violences intrafamiliales, qui ont considérablement augmenté depuis le début de la crise sanitaire liée au Covid-19 ?¹⁷ Afin de répondre à cette question, il convient de se pencher sur la lettre de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Une recherche lexicale permet alors de révéler que le vocable « violence » n'apparaît qu'une seule fois dans l'intégralité de ce texte, annexes y compris¹⁸. Celui-ci figure dans l'explicitation de l'unité d'enseignement 23, intitulé « *interventions spécifiques en masso-kinésithérapie* ». En effet, dans le cadre de cette unité, il est recommandé aux équipes pédagogiques des Instituts de formation en

masso-kinésithérapie d'approfondir l'étude des prises en charge de certaines psychopathologies, et notamment celles des « *syndromes dépressifs et [...] situations de violence* ». Manifestement, il n'est pas ici question des violences subies par le patient, mais plutôt celles auxquelles le masseur-kinésithérapeute pourrait être éventuellement exposé. Pourtant, son référentiel d'activité fait valoir que la pratique de la masso-kinésithérapie comporte le « *dépistage et (l') analyse des situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne* ». N'est-ce pas le cas des violences intrafamiliales ? Très certainement. En tout état de cause, les pouvoirs publics ne semblent pas avoir considéré qu'une formation spécifique au dépistage de ces dernières s'avérait nécessaire.

Le corps des masseurs-kinésithérapeutes n'en demeure pas moins fortement conscient de ses lacunes en matière de la lutte contre les violences intrafamiliales. Ainsi, une enquête réalisée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes¹⁹, à laquelle ont participé 473 étudiants et étudiantes et 345 masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État en activité, a permis de mettre en exergue que près de 90 % des masseurs-kinésithérapeutes estiment être insuffisamment formés sur le sujet et 83 % d'entre eux souhaiteraient bénéficier d'une formation aux fins de mieux dépister ces violences et aider les victimes. Pour les deux tiers des praticiens considérés, « *l'obstacle majeur au repérage des violences est l'absence de formation* ». À cet égard, s'ils sont 70 % à considérer « *avoir un rôle dans la prise en charge globale des femmes victimes de violences* », 94 % de ceux-ci souhaiteraient « *contribuer à repérer les violences* ». Afin de répondre à cet impératif sociétal, l'instance ordinaire nationale a mis à la disposition des membres du corps professionnel un modèle de « *certificat médical masseur-kinésithérapeute* »²⁰ à rédiger en cas de constatation de violences ou de signes de violences sur une personne majeure.

La note explicative adjointe explique alors que suite à l'entrée en vigueur de l'article 12 de la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes des violences conjugales²¹ « *le professionnel de santé ne viole plus le secret médical lorsqu'il porte à la connaissance des autorités judiciaires une information relative à des violences exercées au sein du couple lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est*

15 - Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 236 du 9 octobre 1996, p. 1480.

16 - Pour une explication du modèle bio-psycho-social, cf. Anne Berquin, « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Revue Médicale Suisse*, 2010, vol. 4, n° 258, p. 1511-1513.

17 - Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, *Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions*, Paris, MIPROF, 2020.

18 - Il n'existe, dans ce texte, aucune occurrence des vocables « violent », « victime », « agression », « intimidation » et « harcèlement ».

19 - Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Lutte contre les violences faites aux femmes* [en ligne], publié le 24 novembre 2020, [consulté le 26 septembre 2021], <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/violences-faites-aux-femmes/>

20 - Cette enquête a été présentée au cours de la 8^e rencontre intraprofessionnelles de la MIPROF, cf. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances, 8^e rencontre intraprofessionnelles de la MIPROF, *Se former pour mieux protéger, La formation des professionnels : un enjeu majeur de la lutte contre les violences faites aux femmes*, 17 novembre 2020.

21 - Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes des violences conjugales, JORF n° 187 du 31 juillet 2020, texte n° 2.

pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences ». Ainsi, le masseur-kinésithérapeute doit, sous réserve de ces deux conditions, porter à la connaissance du procureur de la République une information relative aux violences exercées, conformément à son Code de déontologie, et notamment l'article R. 4321-90 du Code de la santé publique, qui dispose que « *lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, il alerte les autorités judiciaires, médicales ou administratives* ».

Cependant, en pareil cas, il appartient au masseur-kinésithérapeute de correctement apprécier la réalité du danger immédiat auquel est exposé son patient, ainsi que l'incapacité de celui-ci à se protéger en raison de la contrainte morale exercée sur lui, faute de quoi il se rendrait coupable du délit de révélation du secret professionnel, puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende, mais également d'une faute déontologique. En effet, l'article R. 4321-55 du code précité impose au masseur-kinésithérapeute, ainsi qu'à l'étudiant en masso-kinésithérapie, le respect de toutes les informations venues à sa connaissance 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* ». Pour ce faire, il pourra notamment se référer aux recommandations de bonne pratique publiées par la Haute Autorité de Santé en juin 2019 à l'attention des professionnels de santé²².

Reste néanmoins la question du patient mineur. La loi du 30 juillet 2020 n'a pas prévu d'exception au respect du secret professionnel dans le cas où la victime dont la vie est en danger immédiat est mineure. Un dilemme se pose alors au masseur-kinésithérapeute. S'il dénonce les violences subies dans le cercle intrafamilial, il se rend coupable de révélation du secret professionnel ; s'il s'abstient, il pourra être poursuivi du chef de non-dénonciation de privations, mauvais traitements ou agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur, réprimés par l'article 434-3 du Code pénal.

L'entreprise de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Récemment, la MIPROF, ayant pris conscience du rôle particulier que pouvait jouer les corps professionnels de santé dans le dépistage des violences intrafamiliales, a entrepris de former, entre autres, les formateurs des Instituts de formation en masso-kinésithérapie au repérage et à l'accompagnement des victimes de violences. Une première formation, organisée le 21 octobre 2021, aura notamment pour objet de « *sensibiliser les participants à l'importance du phénomène et ses conséquences* »²³ et « *permettre d'identifier les contenus à aborder et les outils pédagogiques disponibles pour construire une séquence de formation initiale à destination des futurs masseurs-kinésithérapeutes* ». Gageons que cette entreprise du MIPROF soit suivie d'effets et fasse des membres du corps professionnel des acteurs efficaces de la lutte contre ce fléau social.

Éric Brin

22 - Haute Autorité de Santé, *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, Paris, Haute Autorité de Santé, juin 2019.

23 - Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Plaquette « violences faites aux femmes ».

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

(CNOMK)

La place du masseur-kinésithérapeute face aux violences intrafamiliales (2)

Depuis la mise en place du Grenelle contre les violences conjugales en 2019, une prise de conscience collective a permis une sensibilisation et une mobilisation au profit de cette mission nationale.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en place un comité consultatif avec des pouvoirs de recommandations aux pouvoirs publics, le Comité national de lutte contre les violences intrafamiliales (CNVIF).

Ce comité, actif, réunit les institutions ordinales dont un représentant du Conseil National de l'ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK), la HAS, la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence et la lutte contre la traite des êtres humains), des personnes qualifiées à savoir médecins généralistes, pédiatres des hôpitaux et médecins légistes, médecins de PMI et gynécologues, chirurgiens, avocats et avocates, juristes, magistrats et des associations extrêmement actives.

Le CNOMK, fortement sensibilisé sur ce sujet souhaite établir un plan d'action sur la sensibilisation des professionnels, le repérage des personnes soumises à des violences intrafamiliales et sur la conduite à tenir.

Michel Paparemborde, Conseiller national et membre du bureau, représente le CNOMK au sein de la MIPROF. Aude Quesnot participe aux réunions du CNVIF.

Ce plan d'action qui débutera en octobre 2021 doit permettre à la profession des masseurs-kinésithérapeutes de se positionner comme des acteurs clés de la politique de santé publique.

Les masseurs kinésithérapeutes sont en effet des professionnels de santé qui compte tenu de la proximité tant physique que psychologique avec les patients (adultes et enfants) qu'ils suivent sont à même de dépister tant les signes physiques que psychiques de maltraitance ou de souffrance dans un contexte familial. Nous souhaitons de

plus introduire dans ce contexte de maltraitance, celle qui peut être engendrée par l'aidant principal d'une personne handicapée ou d'un aîné.

Si l'on sait que le nombre de signalement de violences intrafamiliales a augmenté de plus de 30 % à l'issue du premier confinement, nous n'avons pas à ce jour de données quantitatives sur le dépistage ou le signalement de ce type de violence par la profession de masseurs-kinésithérapeutes. Un questionnaire a été mis en place sur le site du CNOMK à destination des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les référentiels de la HAS et de bonnes pratiques sur les violences faites aux femmes.

Les axes que nous souhaitons développer sont :

- Sensibiliser les masseurs-kinésithérapeutes sur l'importance de leur rôle dans ce dépistage et sur les bonnes pratiques,

- Proposer aux organismes formateurs de développer des formations sur cette thématique,

- Mettre à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes des outils objectifs de dépistage de cette violence intrafamiliales chez la femme et chez l'enfant dans un premier temps,

- Diffuser des outils sur la conduite à tenir en cas de repérage de violence familiale,

- Proposer des espaces de discussion ou un numéro de téléphone pour conseiller les masseurs-kinésithérapeutes qui auraient des interrogations tant dans l'accompagnement à proposer aux victimes que dans les démarches à réaliser ou les limites à ne pas dépasser,

- Tenir un tableau de bord dont les critères sont à mettre en place.

Le CNOMK s'engage vivement dans cette problématique de santé publique qu'est le dépistage de la violence intrafamiliale.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

David Meyer

Chef de cabinet et conseiller du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Le rôle des sages-femmes dans la lutte contre les violences intrafamiliales

Les violences conjugales sont un problème sociétal et de santé publique majeur. Chaque année, plus de 120 femmes décèdent sous les coups de leurs conjoints. Si chaque professionnel de santé a un rôle déterminant au quotidien pour repérer, accompagner et orienter les femmes victimes de ces violences, les sages-femmes sont des interlocutrices privilégiées à un moment charnière, la grossesse. La sage-femme doit agir en s'inscrivant dans une démarche bienveillante et transdisciplinaire pour proposer une orientation sécurisée et préserver la continuité des soins. L'objectif est d'assurer la sécurité de la victime tout en l'aidant à retrouver son autonomie.

Les violences conjugales sont désormais un « fait de société » et un enjeu politique

La lutte contre les violences conjugales est aujourd'hui une problématique sociétale centrale qui s'inscrit dans un mouvement plus large d'émancipation des femmes et d'égalité entre les femmes et les hommes. Les violences conjugales sont devenues un fait de société nommé et condamné à partir des années 1970-1980¹ sous l'influence des mouvements féministes de deuxième génération notamment au travers des études sur le genre. L'émergence de cette notion a permis de révéler le caractère construit et inégalitaire des rapports entre les sexes et au sein des couples². Les sociétés passées, construites sur un modèle patriarcal de la famille, ont ainsi ignoré voire légitimé les violences conjugales.

Désormais, depuis les années 2000, les pouvoirs publics ont orienté les politiques publiques en faveur de l'égalité

1 - Victoria Vanneau, *La paix des ménages : Histoire des violences conjugales XIXe -XXIe siècle*, Onamosa, 2016.

2 - Eléonore Lépinard et Marylène Lieber, *Les théories en études de genre*, La Découverte, 2020.

vers des actions pour lutter contre les stéréotypes ainsi que contre les violences faites aux femmes. Progressivement, la parole s'est libérée³, les dispositifs juridiques de répression se sont adaptés⁴ et la reproduction structurelle des inégalités est ciblée au travers de dispositifs pédagogiques et d'actions de sensibilisation⁵.

Les violences conjugales sont par ailleurs un problème majeur de santé publique puisque, selon l'OMS, une femme victime de violences conjugales perd en moyenne entre 1 et 4 années de vie en bonne santé. Les études ont permis de mettre en évidence les répercussions importantes à court, moyen et long terme pour la santé des femmes.

En 2019, à la suite de la médiatisation de nombreux féminicides, la politique de lutte contre les violences conjugales en France a pris un tournant. Depuis de nombreuses années, les acteurs associatifs et féministes tels que le planning familial ou Osez le féminisme⁶ ont mis en avant la comparaison avec l'Espagne qui a adopté une législation protectrice des victimes dès 2004⁷. Le nombre de féminicide y a décliné de façon significative, passant de 71 en 2003 à 47 en 2018, soit 2 fois moins qu'en France⁸. Ces associations rappellent en outre que l'Espagne a alloué un milliard d'euros pour combattre les violences faites aux femmes. L'Espagne a ainsi délivré en 2019, 17 fois plus d'ordonnances de protection que la France, et dispose de 33 % d'hébergements spécialisés de plus que la France⁹. Dans le même temps, le Conseil de l'Europe a signalé dans un rapport publié en 2019 que la lutte contre les violences faites aux femmes est insuffisante en France¹⁰. Les raisons

3 - Le mouvement #MeToo s'est développé en 2017 à la suite de l'affaire Weinstein et a encouragé la prise de parole des femmes afin de dénoncer les violences sexuelles et les viols.

4 - La Loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice a par exemple créée l'infraction d'outrage sexiste.

5 - La Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes affirme dans son article premier que « des actions destinées à prévenir et à lutter contre les stéréotypes sexistes » doivent être mises en place.

6 - lemonde.fr/societe/article/2019/11/19/au-grenelle-des-violences-conjugales-des-attentes-a-la-hauteur-de-l-espoir-suscite_6019744_3224.html, consulté le 01 octobre 2021.

7 - Loi organique 1/2004, du 28 décembre 2004, relative aux mesures de protection intégrale contre la violence de genre ; *BOE*, 29 décembre 2004, n°313, pp.42166-42197.

8 - *Les politiques publiques de lutte contre les violences conjugales en Espagne : regards croisés avec la France*, Rapport du Centre Hubertine Auclert, 2020.

9 - S. Tardy-Joubert, « Violences conjugales : faut-il suivre le modèle espagnol ? », *LPA*, 5 mars 2021, p.3, consultable sur <https://www.actu-juridique.fr/droit-compare/violences-conjugales-faut-il-suivre-le-modele-espagnol/>, consulté le 1^{er} octobre 2021.

10 - GREVIO, *Rapport d'évaluation de référence France (« Convention d'Istanbul »)*, Conseil de l'Europe, 2019.

invoquées par le groupe d'experts sont nombreuses : manque d'hébergements, de centres d'aide d'urgence pour les victimes, définition du viol dans le code pénal, tendance à requalifier les crimes de viols en agressions sexuelles, inapplicabilité de l'ordonnance de protection à toutes les formes de violence, etc. Le Grenelle des violences conjugales organisé à l'automne 2019 avait pour objectif de dépasser les failles en réunissant les acteurs concernés par les problématiques liées aux violences conjugales pour construire un ensemble de mesures cohérentes et globales à prendre pour les combattre.

Définition et épidémiologie

Les violences conjugales se définissent comme l'ensemble des violences physiques, psychologiques, sexuelles ou économiques commises au sein des couples mariés, pacsés ou en union libre, même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son Pacs. Elles se développent lors de l'annonce et durant les premiers temps de la séparation. Les femmes sont les principales victimes des violences au sein du couple. Elles s'insèrent plus largement dans le champ des violences faites aux femmes. Ces dernières ont été définies dans la Déclaration sur l'élimination des violences contre les femmes de 1993 par l'Organisation des Nations Unies comme : « *Tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ». La France a adopté en 2014 la définition issue de la convention européenne dite d'Istanbul¹¹ : « *La violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation* ».

Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) de 2000¹², 1 femme sur 10 a subi des violences conjugales au cours de l'année précédente. Ainsi, chaque année, plus de 219 000 femmes de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire, ancien ou actuel. Parmi elles, 52 % ne font aucune démarche. 27 % consultent un médecin et 20 % un psychiatre ou un psychologue. Uniquement 19 % se rendent dans un commissariat ou une gendarmerie.

Ces chiffres sont malheureusement incomplets et ne couvrent pas l'ensemble des violences notamment celles verbales, psychologiques, économiques ou administratives¹³.

La place spécifique de la sage-femme

Aujourd'hui, il y a en France plus de 24 000 sages-femmes en exercice. La sage-femme accompagne par essence les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue. Mais, la profession de sage-femme a muté pour suivre les évolutions des besoins et des désirs des femmes. Pour répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans le domaine de la santé gynécologique des femmes, la sage-femme s'est adaptée : elle est devenue compétente, depuis 10 ans, pour assurer le suivi gynécologique de prévention, pour dépister des cancers gynécologiques et les infections sexuellement transmissibles. Depuis 2016, les sages-femmes œuvrent au quotidien pour garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)¹⁴. Elles peuvent désormais prescrire et pratiquer des IVG médicamenteuses et pourront prochainement réaliser des IVG instrumentales¹⁵.

Le métier de sage-femme dans un système de santé construit sur la pathologie est particulier et porteur de valeurs essentielles : autonomie des femmes, liberté de disposer de son corps, respect de la physiologie et du choix des femmes. Les sages-femmes agissent au quotidien en autonomie avec pour principal outil la prévention pour préserver la physiologie, éviter la surmédicalisation afin de garantir aux femmes leurs droits fondamentaux génésiques et permettre leur émancipation¹⁶. Ces professionnelles de la santé génésique essaient de développer une approche holistique de leurs patientes qui prend en compte les dimensions physiques, psychiques et émotionnelles. Leurs missions auprès des femmes leur permettent de créer des relations de confiance fortes qui ouvrent aux confidences. De plus, la sage-femme, intervient dans l'intimité physique des femmes et des couples : dans le cadre du suivi post-partum, elles se rendent au domicile de leurs patientes. Ainsi, la sage-femme est un interlocuteur privilégié pour dépister, soutenir, orienter et accompagner les femmes victimes de violences conjugales. D'autre part, la période de la grossesse est une période qui favorise l'émergence et le renforcement des violences conjugales. Elle peut être un déclencheur des violences chez l'homme rendant effectif un passage à l'acte alors que la violence était déjà latente. En effet, pour 40 % des femmes identifiées comme ayant été

11 - Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Conseil de l'Europe, 2011.

12 - Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP), Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Enquête "Cadre de vie et sécurité" 2012-2018. www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS.

13 - Ernestine Ronai, Mathilde Delespine, « Violences faites aux femmes, le rôle de la sage-femme », *Sages-femmes*, janvier-février 2001, p.18-24.

14 - Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

15 - Sur ce point, Proposition de loi n°3292 visant à renforcer le droit à l'avortement.

16 - Anne-Marie Curat, *Lettre ouverte de la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes*, CNOSF, octobre 2021.

victimes de violences conjugales lors de l'enquête ENVEFF¹⁷, les actes de maltraitance ont débuté lors d'une grossesse.

Enfin, les violences au sein du couple ont de nombreux effets sur la santé génésique de la femme, champ de compétence des sages-femmes¹⁸. L'homme violent peut imposer des rapports sexuels non souhaités physiquement ou par la pression psychique qui peuvent être à l'origine de troubles gynécologiques (dyspareunies, pesanteurs pelviennes, vaginisme...), d'infections¹⁹ sexuellement transmissibles (hépatites B et C, herpès, chlamydia, VIH...)²⁰ et de grossesses non désirées. La recherche a ainsi montré que les femmes victimes de ces violences avaient des difficultés à utiliser un moyen de contraception et recouraient davantage à l'interruption volontaire de grossesse²¹.

Le rôle des sages-femmes

La sage-femme se doit d'intervenir pour protéger les patientes ou leurs enfants victimes de sévices. Il s'agit d'une obligation déontologique.

Le premier enjeu pour la sage-femme est de dépister les femmes victimes de violences conjugales. Ces violences sont très rarement dénoncées spontanément par les victimes. D'où l'importance pour les soignants de poser des questions. Les femmes rencontrent parfois des difficultés à identifier ce qui relève de la violence au sein de son couple²². Il faut alors expliquer la différence entre conflit et violence. Le conflit suppose le débat et ouvre à la négociation. Dans un rapport d'égalité, les positions au sein du couple peuvent évoluer. La violence est un processus de domination durant lequel un membre du couple installe et exerce une emprise sur l'autre.

En effet, généralement, les violences conjugales débutent par des violences psychologiques avec des propos dévalorisants (relatifs à la tenue, la cuisine...) qui souvent s'accompagnent d'injures, de cris aboutissant à la mise en place d'un climat anxigène. Les violences sexuelles sont également très nombreuses puisque l'homme va imposer les rapports. Si les violences physiques sont plus facilement identifiables, elles n'interviennent qu'après ces humiliations et s'intensifient progressivement²³.

C'est pourquoi le dépistage doit être systématique. Si des signes extérieurs (lésions visibles) ou certains indices comportementaux facilitent parfois le dépistage, cela doit souvent passer par un dialogue systématique. Alors que des outils existent avec des questionnaires simples et rapides et que de nombreux pays le recommandent et l'utilisent, ce dépistage systématique n'a été que très peu utilisé en France. Le repérage systématique est un « aller vers » qui permet de briser la loi du silence²⁴ qui est toujours un diktat que l'agresseur impose pour garantir son impunité²⁵. Cela permet à la victime de sortir de la solitude et d'évoquer les violences dans le cadre d'une consultation. Il s'agit d'un acte thérapeutique qui réduit la tolérance à la violence évite l'aggravation de la situation²⁶. Il est important d'évoquer les questions des violences intrafamiliales sans la présence du mari ou des enfants.

D'autre part, si la grossesse est un facteur de risque supplémentaire, c'est aussi un moment propice à la révélation de situations difficiles et au repérage des violences. Durant la grossesse, les consultations sont régulières et si possible avec un même professionnel de santé, souvent la sage-femme, ce qui permet de créer un climat de confiance. Ainsi, désormais un entretien prénatal précoce (EPP) et 7 consultations prénatales sont obligatoires. Devenu obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020²⁷, l'EPP est moment privilégié d'échange avec le professionnel de santé qui suit la grossesse. Il permet non seulement de faire le point sur l'état de santé de la femme enceinte mais également sur le projet de naissance ainsi que sur le contexte et le vécu de la grossesse. Aussi, lors d'un échange bilatéral (hors du second membre du couple) et lorsque la confiance est installée, il peut être propice pour la sage-femme de poser quelques questions simples et explicites²⁸. C'est pourquoi la Haute autorité de santé, dans ses recommandations de 2019, préconise de questionner systématiquement même sans signe durant la grossesse et le post-partum²⁹.

Après le repérage, la sage-femme doit accompagner les victimes dans un positionnement bienveillant afin de contrer la stratégie de l'agresseur et de comprendre les mécanismes du psycho-traumatisme³⁰.

L'agresseur cherchant ainsi systématiquement à isoler la victime, la sage-femme peut proposer à ne plus être la

17 - Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP), Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Enquête "Cadre de vie et sécurité" 2012-2018. www.interieur.gouv.fr/interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS.

18 - Lucile Cillart, « Les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales : état des lieux des pratiques en Auvergne », *Médecine humaine et pathologie*, 2016.

19 - Campbell J.C, *Health consequences of intimate partner violence*, 2002.

20 - Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio L, *Rapport mondial sur la violence et la santé*. World Health Organization, 2002.

21 - Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker AL, *Un temps et un lieu d'écoute et de parole. L'IVG*, Presses Universitaires de France, (Que sais-je?), 2012.

22 - Ernestine Ronai, Mathilde Delespine, « Violences faites aux femmes, le rôle de la sage-femme », *Sages-femmes*, janvier-février 2001, p.18-24.

23 - *Ibid.*

24 - *Ibid.*

25 - Delespine M., « Violences faites aux femmes : la prévention par les professionnels des maternités », *La santé en action*, 2016.

26 - Morvant C. *Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude auprès des médecins généralistes* (Thèse), Faculté de médecine Saint-Antoine, 2000.

27 - Loi de financement de la sécurité sociale de 2020, décembre 2019.

28 - Henrion R., « Aspects périnataux de la maltraitance. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants », *J. Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005.

29 - Haute Autorité de santé, *Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-évaluer*, 2019.

30 - Ernestine Ronai, Mathilde Delespine, « Violences faites aux femmes, le rôle de la sage-femme », *Sages-femmes*, janvier-février 2001, p.18-24.

seule professionnelle à suivre la femme et à rapprocher les consultations. L'objectif est, d'une part, que la victime renoue le lien social et trouve du soutien. D'autre part, il s'agit de valoriser la victime afin qu'elle regagne confiance en elle. Les professionnels de santé doivent rappeler aux victimes que l'unique responsable est l'auteur des violences et que rien ne peut les justifier. Ces professionnels doivent être vigilants : les auteurs essaient de recruter des alliés par le biais de manipulation.

Lorsque les victimes subissent des événements violents, la réponse émotionnelle n'est pas modulée du fait de la sidération. Les victimes ont alors la sensation d'être spectatrices de ce qui leur arrive³¹. Ces mécanismes conduisent à des troubles psycho-traumatiques qui affectent la mémoire émotionnelle. Ces événements ne peuvent pas devenir « *un souvenir autobiographique qui se raconte et dont la charge émotive se modifie avec le temps* »³² mais peuvent au contraire ressurgir créant ainsi une détresse similaire à celle expérimentée. La victime essaie de lutter contre la réactivation de cette mémoire traumatique par des conduites d'évitement consommatrices d'énergie ou dissociantes qui renforcent le sentiment de culpabilité de la victime³³. Pour les sages-femmes, comprendre les mécanismes en jeu permet de mieux écouter les victimes. La sage-femme peut ainsi expliquer ces mécanismes ce qui donne la possibilité aux femmes de faire le lien entre les violences et leurs symptômes et d'éteindre progressivement les réponses émotionnelles³⁴.

La sage-femme doit donc adopter un positionnement bienveillant. Elle doit être à la fois proactive pour aider la femme à identifier les violences dont elle est victime en recueillant la parole et en favorisant la reformulation et la verbalisation qui permettent de mettre des mots sur les maux sans pour autant agir à la place de la victime³⁵. Cette approche nécessite de la disponibilité et de s'adapter au rythme des victimes. En donnant la parole à ces femmes, la sage-femme lutte à la fois contre la stratégie de l'agresseur et contre les conséquences négatives du traumatisme. Les actions de la sage-femme sont alors thérapeutiques³⁶. Elle doit respecter les choix de ses patientes et les accompagner.

Elle ne doit pas prendre de décision à leur place sauf péril imminent³⁷ car dans ce mouvement de réhabilitation, l'objectif est de redonner son autonomie à la victime. En effet,

le secret professionnel prévu par le code pénal à l'article 226-13 interdit la révélation d'une information obtenue dans le cadre de l'exercice de la profession. Toutefois, ce code et le code de déontologie, obligent la sage-femme à rédiger un signalement au procureur sans le consentement pour une victime mineure ou pour une victime majeure dans l'incapacité de se protéger³⁸. Il s'agit de dérogations au secret professionnel. De plus, pour les personnes mineures, si le risque existe mais n'est pas imminent, la sage-femme peut transmettre cette information à la cellule départementale de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes (Crip).

Dans le même temps, la sage-femme peut rédiger un certificat médical descriptif. Il permet d'attester de l'existence de lésions traumatiques et de retranscrire les déclarations des patientes. Ce document est un élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner en cas d'enquête par les services de police ou de gendarmerie. Cet écrit doit toujours être remis en mains propres à la patiente concernée. Impérativement daté du jour de l'examen, même si les faits relatés sont antérieurs, il ne contient pas d'affirmation quant à la responsabilité d'un tiers et n'estime pas l'incapacité de travail qui est déterminée par un médecin légiste ou dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

L'accompagnement des victimes des violences conjugales doit être global. Ainsi, afin d'assurer la continuité des soins, la sécurité de la victime et l'aider à retrouver son autonomie, la sage-femme doit proposer à la patiente victime une orientation sécurisée. Cette orientation sécurisée doit éviter un nouveau saut dans l'inconnu et limiter le sentiment d'abandon. En travaillant en équipe et dans la pluridisciplinarité, la sage-femme permet de sortir de la fatalité de la violence³⁹.

Par une orientation sécurisée, un accompagnement global peut être proposé. Il permet une prise en charge médico-psycho-sociale par des professionnels multiples spécialisés (Centre médico-psychologue, structures hospitalières, libéral...), les associations de victimes comme la Fédération nationale solidarité femmes et les unités médico-judiciaires. Par ailleurs, un accompagnement juridique des victimes est nécessaire, il est donc indispensable que les sages-femmes orientent les victimes vers des juristes compétents. De nombreuses associations proposent ce soutien. Enfin, pour faciliter les procédures, il est important d'identifier les relais et des personnes ressources au sein des forces de l'ordre locales. C'est pourquoi, il est conseillé aux sages-femmes de se construire un répertoire pour orienter les femmes selon les besoins⁴⁰.

31 - *Ibid.*

32 - Salmona M., « Mémoire traumatique et conduites dissociantes », in. Coutanceau R, Smith J, Lemitre S (dir), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*, Dunod, 2012, p.113-20.

33 - *Ibid.*

34 - *Ibid.*

35 - Delespine M., *Prévention des violences conjugales en périnatalité : la part du soin et du processus pénal* (Mémoire de Master 2 prise en charge des victimes et des auteurs d'agressions), Faculté de médecine Paris Descartes, 2012.

36 - *Ibid.*

37 - En cas de péril imminent, le code pénal à l'article 223-6 oblige les personnes face à cette situation à agir. Cela peut consister en un signalement au procureur de la République et/ou aux forces de l'ordre.

38 - Article 226-14 du Code pénal.

39 - Ernestine Ronai, Mathilde Delespine, « Violences faites aux femmes, le rôle de la sage-femme », *Sages-femmes*, janvier-février 2001, p.18-24.

40 - *Ibid.*

Les actions du Conseil national de l'Ordre de sages-femmes

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes s'implique dans la lutte contre les violences faites aux femmes depuis de nombreuses années et accompagne les sages-femmes. L'instance a entamé ainsi une collaboration concrète et fructueuse avec la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) dès 2014.

La MIPROF a en effet axé ses travaux sur la formation des professionnels concernés par ces problématiques. Les professionnels de santé et les sages-femmes sont particulièrement visés par ses formations. Le CNOSF collabore activement avec l'instance en apportant notamment une aide financière pour le développement de certains projets (films, livrets...), en participant aux actions organisées par la MIPROF (colloques, formations) et en relayant de façon active et régulière les informations liées à la lutte contre les violences faites aux femmes.

L'Ordre a d'autre part apporté des outils concrets aux sages-femmes. Il a élaboré un certificat médical descriptif des violences, accompagné d'une notice d'utilisation, afin d'inciter les sages-femmes à accompagner de façon concrète les femmes victimes de violences, dans le respect de la loi. Le service juridique de l'ordre est également une ressource : il est régulièrement sollicité pour la rédaction de certificats et sur l'articulation entre le respect du secret professionnel de la sage-femme d'une part et les obligations et facultés de signalement en cas de violences prévues par le code pénal d'autre part. Il est également intervenu au sein de l'école de sages-femmes de Nantes en février 2020.

Parallèlement, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes relaie toutes les actualités relatives à la lutte contre les violences aux sages-femmes notamment en diffusant les recommandations de la HAS. Plusieurs articles et dossiers ont été consacrés à ce sujet dans la revue de l'Ordre toujours dans un but de diffusion de l'information et de pédagogie.

Aujourd'hui, la profession est globalement de mieux en mieux formée pour dépister les femmes victimes de violences conjugales. Cependant, l'effort doit maintenant se concentrer davantage sur la formation des sages-femmes à agir dans de telles situations. Les dernières recommandations de la HAS sur le sujet sont une aide. Ainsi, il est nécessaire aujourd'hui de former la sage-femme à mieux mettre en place des mesures de protection (conseiller de déposer plainte, réaliser un signalement au Procureur de la République, faire un signalement à la CRIP...) et à mieux orienter la patiente. La logique de réseau doit également s'améliorer avec une meilleure coopération avec les services de police et de justice.

Grenelle des violences conjugales : emprise et dérogation au secret médical, une mesure controversée

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes s'est montré extrêmement réservé⁴¹ à propos de la dérogation supplémentaire au secret professionnel⁴² issue du Grenelle des violences conjugales comme de nombreux acteurs.

Cette nouvelle dérogation permet en effet de saisir le procureur lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : le danger immédiat et l'emprise. Cependant, pour l'Ordre, le secret médical est un droit fondamental pour les patients et est au cœur du soin : il fonde la confiance entre le patient et le professionnel de santé. Or, d'une part, maintenir le lien de confiance est indispensable pour que les femmes puissent continuer à se confier aux soignants mais aussi à consulter les professionnels de santé qui ne doivent pas décider pour les patients mais éclairer leur consentement. D'autre part, cette dérogation peut être contraire à l'objectif de l'accompagnement des victimes de violences conjugales à savoir les réhabiliter, leur redonner le choix et leur rendre leur autonomie.

Cette dérogation soulève des interrogations juridiques et législatives. La loi a en effet rendu le cadre législatif moins intelligible. Le secret professionnel connaissait pourtant déjà une limite et des dérogations. La notion d'« assistance à personne en péril » oblige les personnels médicaux à agir en cas de péril immédiat, ce qui constitue une limite au secret. De plus, lorsqu'une victime de sévices et/ou de privations est une personne majeure vulnérable dans l'incapacité de se protéger, le soignant avait déjà la faculté de le signaler au procureur de la République. Enfin, l'emprise est aujourd'hui un phénomène psychique non défini pénalement qui suppose des compétences médicales spécifiques pour être apprécié. Or, les sages-femmes, profession à compétences définies, n'ont pas cette compétence.

Une priorité : répondre aux attentes des femmes

Les femmes attendent des professionnels de santé une écoute bienveillante sans crainte de révélation de leur intime. Elles désirent un accompagnement global, des conseils et une orientation vers les services spécialisés existants. Mais pour cela les professionnels de santé doivent être formés, informés et intégrés à des réseaux⁴³.

Il est donc indispensable de pallier le manque d'information et de coordination auxquels peuvent être confrontés les professionnels. Pour cela, le Conseil national

41 - Anne-Marie Curat, *Lettre ouverte aux parlementaires concernant la proposition de loi relative aux violences conjugales et à la possibilité de déroger au secret médical*, CNOSF, 22 décembre 2020.

42 - Article 226-14 du Code pénal modifié par Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020.

43 - Anne-Marie Curat, « Violences conjugales : "Lever le secret médical sans accord contribuerait à la perte d'autonomie de la patiente" », *Le Monde*, juillet 2020.

de l'Ordre des sages-femmes a proposé par exemple la mise en place de référents dans chaque département, sous l'égide des Agences Régionales de Santé, qui pourraient délivrer des informations claires et précises au niveau local aux professionnels de santé tout en créant les liens entre les multiples acteurs pour favoriser la logique de réseau⁴⁴.

Conclusion

Les seuls professionnels de santé ne peuvent répondre aux problématiques des violences : c'est l'ensemble des acteurs qui doit être impliqué, des forces de l'ordre aux instances judiciaires. Ainsi, si la généralisation de la possibilité de déposer une plainte directement dans un établissement de santé est importante, il semble indispensable de créer un poste de procureur dédié à la problématique des violences dans chaque parquet afin que les plaintes des femmes victimes de violence soient traitées rapidement par des spécialistes.

La formation aux violences conjugales de l'ensemble des professionnels de proximité concernés demeure aujourd'hui une priorité. Chaque policier, gendarme, procureur, travailleur social, sage-femme, médecin peut être confronté chaque jour à de telles situations. Un effort budgétaire sur cette dimension doit être une priorité. C'est uniquement collectivement qu'un accompagnement de qualité peut être mis en place, permettant ainsi de diminuer les drames et de rompre la fatalité de la violence.

Si le Grenelle des violences conjugales a matérialisé une prise de conscience sociétale de la problématique des violences au sein du couple, des efforts restent à faire pour rejoindre le modèle espagnol.

David Meyer

.....
44 - *Ibid.*

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Paul Sougnac

Doctorant à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145,
Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris,
Cabinet Fidal, paul.sougnac@fidal.com

Le rôle du pharmacien d'officine face aux violences intrafamiliales

Si la crise de la Covid-19 a mis en lumière les fragilités du système de santé, d'autres domaines ont eux aussi lourdement pâti de la situation sanitaire. Plusieurs études ont ainsi démontré les effets psychologiques induits par les restrictions dans les relations sociales et les périodes successives de confinement ou de limitation des déplacements¹.

Dès la mise en place de la première période de confinement débutée en mars 2020, le ministre de l'Intérieur en exercice a indiqué avoir constaté une augmentation de l'ordre de 32 % des violences conjugales². Face à ce phénomène, le pouvoir exécutif a souhaité rappeler les moyens d'actions à disposition des victimes de violences, et notamment la mobilisation des services de police, de gendarmerie et du SAMU, l'existence d'une plateforme internet de signalement des violences sexuelles ou sexistes anonyme et sécurisée, active 24h/24h, les numéros d'urgence dédiés tels que « enfance en danger » au 119 ou encore « violences femmes info » au 3919³.

En plus de ces moyens d'action, le Gouvernement a également mis en place un dispositif innovant, dans lequel les pharmaciens d'officines occupent une place centrale. Cet article propose donc un focus sur les enjeux d'un tel dispositif et sur le rôle du pharmacien d'officine en tant que professionnel de santé de premier recours face aux violences intrafamiliales.

1 - Voir en ce sens, A. Mengin, M. C. Allé, J. Rolling, F. Ligier, C. Shroder, L. Lalanne, F. Berna, R. Jardri, G. Vaiva, P. A. Geoffroy, P. Brunault, F. Thibaut, A. Chevaance, A. Giersch, « Psychopathological consequences of confinement », *in L'encéphale*, Volume 46, Issue 3, Supplément, June 2020, Pages S43-S52.

2 - Discours de Christophe Castaner, ministre de l'Intérieur en exercice au 26 mars 2020.

3 - Communiqué de presse du ministre de l'Intérieur, 25 et 26 mars 2020.

1. Le pharmacien d'officine, professionnel de santé de premier recours :

Dans le cadre de la lutte contre les violences intrafamiliales, le choix du pharmacien d'officine en tant que professionnel de santé acteur de ce dispositif n'est pas anodin. En effet, les pharmaciens d'officine jouissent d'une place inédite à plusieurs titres. Ceux-ci sont en effet disponibles 24h/24h en fonction des plannings de garde, et répartis sur le territoire dans des conditions dédiées à l'optimisation de leur répartition en lien avec la densité des populations. Cela témoigne de la volonté du législateur de rendre les pharmaciens d'officine plus accessibles en tous lieux où résident des habitants, en permanence et sans rendez-vous.

La liste des missions qui incombent au pharmacien d'officine est longue et n'a cessé d'être étoffée au fil des textes législatifs ou réglementaires portant réforme du système de santé⁴. A ce titre, le pharmacien d'officine contribue notamment aux soins de premier recours, participe à la coopération entre les professionnels de santé, à la mission de service public de la permanence des soins, concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients, assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social, être désigné comme correspondant par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné, proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, effectuer des vaccinations – notamment contre la grippe saisonnière –, ou encore délivrer certains médicaments pour certaines pathologies, dans le cadre d'un exercice coordonné et en respectant les recommandations de la HAS⁵.

La liste des missions du pharmacien d'officine est donc conséquente, et le poids de celles relevant de la prévention est très important. Cette réalité fait écho à la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009⁶ qui a donné une nouvelle impulsion à la profession, en confiant au pharmacien d'officine un rôle clé dans le parcours de soins du patient, sous le signe de la prévention des risques et des maladies. Les réformes suivantes ont poursuivi l'objectif de la loi de 2009 en permettant notamment aux pharmaciens

4 - Article L.5125-1-1-A du Code de la santé publique.

5 - Article L.5125-1-1-A du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n°2019-771 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

6 - Loi n°2008-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

d'officine de réaliser des actes de vaccination, par exemple contre la grippe saisonnière⁷. La récente crise sanitaire de la Covid-19 a également mis en lumière le rôle prépondérant du pharmacien d'officine dans le système de santé, en lui confiant plusieurs missions de prévention, de dépistage puis de vaccination⁸.

En tout état de cause, bien que le pharmacien d'officine puisse renvoyer l'image d'un professionnel de santé chargé de la dispensation des médicaments et du conseil pharmaceutique, il s'avère qu'il occupe un rôle beaucoup plus complexe, aux missions variées et en constante évolution depuis les dernières années. De fait, il ne constitue donc pas uniquement le dernier maillon de la chaîne de distribution du médicament, mais occupe au contraire un rôle prépondérant en tant que professionnel de santé au cœur du parcours de soins du patient. Accessible sans rendez-vous et présent au plus proche des habitants (même après le départ de médecins) grâce au maillage officinal piloté par les agences régionales de santé, le pharmacien d'officine est ainsi un professionnel de santé de confiance, vers lequel s'est naturellement tourné le pouvoir exécutif pour lui demander d'assurer une mission de veille et d'alerte dans le cadre de la lutte contre les violences intrafamiliales.

2. Le dispositif alerte pharmacie et les moyens d'actions à disposition du pharmacien d'officine

Dès le 27 mars 2020, face à la recrudescence des actes de violences au sein des familles, et dans le sillage du discours du premier ministre prononcé sur ce sujet quelques jours auparavant, le Gouvernement et l'Ordre des pharmaciens ont conjointement élaboré le dispositif « alerte-pharmacie ».

Ce dispositif vise à permettre aux victimes de violences intrafamiliales de se « signaler » en pharmacie ; le pharmacien d'officine se chargeant alors de contacter la police ou la gendarmerie. Si la médiatisation du dispositif a sans nul doute participé à sa réussite, l'activation auprès de 22.000 officines réparties sur l'ensemble du pays a également contribué à son efficacité, assurant un redoutable maillage territorial au service de la lutte contre les violences intrafamiliales.

La ministre déléguée auprès du Premier ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Elisabeth Moreno, s'est d'ailleurs exprimée à ce sujet, indiquant « *Dans le contexte sanitaire inédit que nous traversons et face à l'ampleur du phénomène des violences au sein du couple dont le confinement constitue un facteur aggravant, le Gouvernement demeure pleinement mobilisé. En plus de l'ensemble des dispositifs d'alerte et de secours qui sont opérationnels, le*

7 - Décret n°2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière.

8 - Décret n°2021-606 du 18 mai 2021 modifiant les décret n°2020-1262 du 16 octobre 2020 et n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

dispositif "alerte pharmacie" mis en place avec l'Ordre des pharmaciens est un précieux moyen supplémentaire pour se signaler discrètement et donner l'alerte en cas d'urgence. La lutte contre les violences faites aux femmes est une priorité de chaque instant et je remercie les pharmaciennes et les pharmaciens pour leur engagement à nos côtés afin d'éradiquer ce fléau »⁹.

Sur le plan juridique, si la participation du pharmacien d'officine au dispositif ne se traduit pas par une obligation au sens réglementaire, le Comité national des violences intrafamiliales (CNVIF) a émis un avis et des recommandations en ce sens. L'objectif de celles-ci est d'accompagner le pharmacien dans la conduite à tenir lorsqu'une personne victime de violences se présente à lui, et également lorsqu'elle ne souhaite pas l'intervention des forces de l'ordre. Ainsi, dès lors qu'une victime se signale au comptoir, le pharmacien d'officine est invité à solliciter l'accord préalable de la victime avant de contacter les forces de l'ordre, puis à la placer dans une zone d'attente à l'abri des regards et de la vue du public. Si la victime ne souhaite pas que les forces de l'ordre soit contactées, le pharmacien est invité à proposer d'appeler avec la victime un professionnel de confiance, tel que le médecin traitant, un infirmier ou encore la sage-femme pour la femme enceinte. Le pharmacien peut également proposer d'appeler le SAMU (15), un avocat, mais également une association de victimes. Dans tous les cas, le pharmacien peut proposer à la victime la liste des numéros utiles, s'agissant de la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales tel que la permanence téléphonique gratuite mise en place par le Conseil National des Barreaux.

En tout état de cause, les recommandations émises par le CNVIF suggèrent la mise en place de formations à destination des pharmaciens d'officine consacrées au repérage, à l'accueil et à l'orientation des victimes de violences intrafamiliales.

Ainsi, les moyens d'actions à la disposition du pharmacien d'officine restent limités à l'alerte des secours et à la délivrance d'informations fiables à la victime. Néanmoins, ce dispositif mis en place en 2020 a suscité plusieurs questions de la part des pharmaciens. Aurait-on pu imaginer des moyens d'actions supplémentaires à disposition du pharmacien d'officine prenant en charge une victime de violences intrafamiliales ? Cela aurait-il pu alors faire peser sur le professionnel de santé une responsabilité plus lourde ?

9 - Communiqué de presse – dispositif « alerte pharmacie » du 29 octobre 2020, émis par le ministère des solidarités et de la santé, le ministère délégué à l'Égalité entre les femmes et les hommes, à la Diversité et à l'Égalité des chances, le ministère délégué à l'Intérieur et le secrétariat d'État chargé de l'enfance et des familles.
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/communiquede-presse-dispositif-alerte-pharmacie-29-10-2020/>

3. Vers une évolution de la place du pharmacien d'officine face aux violences ?

Il est évident que l'exercice de la profession de pharmacien d'officine a largement évolué ces vingt dernières années, renforçant la place et le rôle de ce professionnel de santé au cœur du système sanitaire.

Cette nouvelle mission au service de l'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales à l'occasion de la pandémie de la Covid-19 illustre le rôle clé que peut jouer le pharmacien d'officine dans l'accès aux soins. Ce rôle inédit met également en lumière le lien de confiance qui existe entre les patients et leur pharmacien. Pourtant, si des missions supplémentaires avaient pu lui être confiées au cours des dernières réformes sanitaires, notamment par la loi HPST du 21 juillet 2009 ou encore la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, s'agissant par exemple de la vaccination contre la grippe, cette mission de lutte contre les violences est inédite, tant par sa nature que par les moyens d'actions mis à la disposition du pharmacien.

Il est évident que l'une des attentes de la profession dans le cadre de l'exercice de cette nouvelle mission réside dans la possibilité de voir engager la responsabilité de ces professionnels de santé. Si une formation psychologique au cours des études de pharmacie pourrait permettre d'appréhender au mieux la gestion de ce type de mission, les pharmaciens d'officine en exercice doivent néanmoins s'adapter à la gestion de cette mission en l'absence de formation spécifique.

Mais la question essentielle n'est-elle pas au fond de se demander si l'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales relève réellement du rôle du pharmacien d'officine et dès lors s'il n'est pas nécessaire d'organiser réglementairement les conditions de réalisation de cette mission ?

Paul Sougnac

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Gérard Lopez

Psychiatre, co-fondateur de l'Institut de victimologie de Paris, Laboratoire d'éthique médicale Université de Paris (UMR_S 1138, Inserm)

La prise en charge de la victime mineure ou devenue majeure

La mise en lumière des violences subies par la victime ne doit pas seulement servir à la mise en mouvement de l'action publique, elle doit également permettre une prise en charge médicale de la victime. L'accompagnement médical et notamment l'accompagnement psychologique des victimes souffre, à cet effet, d'un manque d'intérêt public dans les réflexions touchant aux violences intrafamiliales.

Le traitement d'une victime dépend beaucoup de son passé traumatique. Une victime bien structurée ayant un style d'attachement sécure, qui aura été la cible d'un criminel, posera moins de problèmes qu'une personne ayant subi des traumatismes anciens et répétés comme une maltraitance ou des viols incestueux dans l'enfance.

Depuis une quinzaine d'années, des techniques psychothérapeutiques ont été adaptées au psychotraumatisme. Mais ces techniques ne remplacent pas une longue fréquentation de la problématique des victimes et en particulier des victimes d'agressions sexuelles et des processus de domination sexiste qui les sous-tendent.

Les troubles psychotraumatiques sont en relation « directe et certaine » avec l'événement subi comme l'écrivent les rédacteurs du guide barème des pensions militaires.

Il est indispensable de traiter en priorité les troubles psychotraumatiques spécifiques : les pensées, images, sensations physiques, cauchemars, répétitifs et intrusifs de l'événement, les évitements, les troubles neurovégétatifs, la colère, etc.

Le traitement proprement dit doit, autant que possible, privilégier les thérapies dites brèves centrées sur le traumatisme psychique et ses conséquences sur la vie courante.

Il gagnerait à être entrepris le plus tôt possible. Parfois, cadeau dans l'horreur, la psychothérapie brève peut déboucher sur une demande de travail psychothérapeutique.

La recherche indique que l'expérience du traitement du psychotraumatisme est plus importante que le savoir-faire technique du thérapeute. De solides connaissances victimologiques sont également indispensables pour orienter la victime dans le réseau d'aide et d'accompagnement social et judiciaire, faute de quoi le cadre thérapeutique ne résisterait pas à la pression des événements qui compliquent le parcours de la victime : cette protection limite le risque de maltraitance sociale (survictimation).

Les thérapies brèves sont indiquées quand la symptomatologie psychotraumatique spécifique est prédominante.

En revanche, lorsque les troubles identitaires et narcissiques dominent le tableau clinique, les psychothérapies prolongées sont indispensables. Dans ces cas, la chimiothérapie et les thérapies brèves à visée principalement symptomatique permettent de traiter ponctuellement des troubles intrusifs ou des stratégies d'évitement, mais elles n'ont pas vocation à se substituer à la poursuite de la thérapie de reconstruction psychodynamique.

La force des recommandations de la Haute Autorité de santé est définie dans le tableau suivant ; elles ne sont valables que pour les troubles du stress post-traumatique (TSPT).

Technique thérapeutique	Indications principales / contre-indications	Force des recommandations
Chimiothérapie	TSPT (intrusions psychotraumatiques) États dépressifs	A/B
TCC	TSPT	A
Thérapie psychodynamique	TSPT	B
EMDR	TSPT	A/B
Hypnothérapie	Tr. Dissociatifs (contre-indiquée en cas d'agressions sexuelles)	C
Thérapie familiale	Globalement contre-indiquée	E
Thérapie de groupe	Groupe de paroles	C

La thérapie relationnelle des personnalités traumatiques complexes

Les sujets victimes de traumatismes répétés, reconnus comme étant des états de stress post-traumatique complexes dans la onzième édition de la classification internationale des maladies (CIM 11), perdent progressivement confiance en toutes formes d'aide possible. Un enfant maltraité ne peut espérer une aide quelconque puisque les personnes chargées de son éducation ont été défailtantes. S'il entamait une psychothérapie, il serait difficile de gagner sa confiance pour parvenir à mettre en place un cadre adapté où les limites librement acceptées ne seraient pas constamment négociables, comme elles le furent dans son rapport familial : de là dépend une bonne compliance thérapeutique.

D'une manière générale, ces « *sujets mal structurés* » consultent rarement pour les conséquences cliniques d'événements traumatiques anciens qu'ils ne relient pas à leurs difficultés actuelles, mais plus souvent pour un trouble comorbide comme un état dépressif après une rupture vécue comme un intolérable abandon, une addiction, un trouble anxieux ou somatique.

Lors des premiers entretiens, les risques d'idéalisation du thérapeute sont à la hauteur des désillusions survenant à la moindre frustration. Les personnalités traumatiques complexes s'ingénient à reproduire littéralement avec leurs thérapeutes les situations abandonniques vécues dans l'enfance, courant le risque de passage à l'acte suicidaire impulsif. Les femmes victimes de violences conjugales répétant fréquemment littéralement les violences subies dans l'enfance dans le cadre familial, par exemple, génèrent des sentiments complexes d'incompréhension irritée de la part des professionnels : elles sont rapidement rejetées par les policiers qui estiment « qu'elles aiment ça », par les assistantes sociales qui se heurtent à ce qu'elles considèrent être de la passivité, par les médecins qui ne les comprennent pas, par les parquets qui classent sans suite leurs plaintes ou demandent des médiations pénales ; cet exemple est emblématique, mais le sort des borderlines étiquetés « psychopathes », de certaines prostituées, des femmes qui « s'exposent » à être violées plusieurs fois dans leur vie n'est pas différent.

Les risques de répétition littérale se manifestent dans le transfert et le contre-transfert traumatique, c'est-à-dire dans la relation thérapeutique. Le thérapeute doit faire preuve d'une grande tolérance largement étayée sur une solide expérience de ce type de patients pour ne pas se sentir remis personnellement en cause et éviter de s'identifier à l'agresseur que le patient pense trouver en tout être humain. Il doit permettre de réécrire le scénario traumatique.

Il est nécessaire de commencer le traitement en utilisant des techniques favorisant la gestion des émotions (relaxation, tai-chi, yoga, mindfulness, etc.).

D'une façon générale, des aménagements techniques sont nécessaires, car les modalités éprouvées mises au point pour les thérapies de névrosés sont inadaptées.

Les principaux aménagements consistent à :

- poser clairement et simplement des questions sur le passé traumatique, dès le premier entretien ;
- être préparé à recevoir et à gérer les réponses par une bonne connaissance du réseau de prise en charge médico-socio judiciaire ;
- prendre clairement parti pour la victime pour ne pas se faire le complice (involontaire) du déni caractéristique du « système agresseur » qui entretient la confusion ;
- établir une relation de confiance avec ces sujets qui ont toujours été trahis par les personnes qui étaient chargées de les protéger, mais indispensable pour obtenir une bonne alliance thérapeutique ;
- se référer constamment à la loi, mais ne pas imposer un dépôt de plainte comme préalable indispensable au travail thérapeutique ;
- définir le cadre thérapeutique de façon démocratique avec un sujet qui a toujours vécu dans un système de domination imposée (la loi du plus fort) et recadrer à chaque tentative de transgression du cadre ;
- faire preuve d'empathie en tentant d'identifier les émotions ressenties par le patient, tout en gardant la distance qui maintient le cadre thérapeutique dans les limites préalablement définies (il ne s'agit pas de sympathie, laquelle consisterait à s'identifier totalement à la personne souffrante) ;
- contrôler le contre-transfert traumatique et les mécanismes d'identification projective pour ne pas risquer de se mettre inconsciemment en position d'agresseur ; le thérapeute doit s'interroger s'il a tendance à se comporter de façon agressive ; toutes transgressions et *a fortiori* tout passage à l'acte sexuel seraient la répétition littérale des événements traumatiques avec une victime de viol par inceste par exemple, signant l'échec de la thérapie (même si les rapports sexuels paraissent librement consentis).

Une supervision est indispensable dans ce type de prise en charge difficile. Par ailleurs, il est également nécessaire de savoir repérer les troubles dissociatifs psychotraumatiques qui peuvent se reproduire de façon fâcheuse lorsqu'une victime se trouve confrontée à une pensée, une image, une situation lui rappelant les situations traumatiques antérieurement vécues. L'état de conscience modifié la protège de l'angoisse psychique et physique qui accompagne la reviviscence de la scène traumatique, mais il pérennise le trouble dissociatif qui bloque toute possibilité d'élaboration. Dans ces cas, nous avons vu que l'hypnose est un traitement efficace si toutefois on ne se trouve pas en présence d'une victime d'agression sexuelle.

Malgré ces énormes difficultés et la patience qu'il convient de manifester à ces victimes déstructurées, il faudra parvenir, vaille que vaille, à créer un cadre sécurisant où nul abandon, nulle violence, nul risque de répétition littérale du scénario traumatique spécifique ne pourront jamais survenir. C'est

ainsi que les sujets présentant des traumas complexes parviennent à se reconstruire, surtout s'ils ont obtenu une reconnaissance judiciaire.

Nous allons illustrer la mise en pratique d'une thérapie psychodynamique relationnelle aménagée avec un cas clinique particulièrement démonstratif.

Caroline, comédienne connue, prend rendez-vous chez un psychiatre spécialisé en psychotraumatologie. Elle a subi des viols, restés longtemps secrets, dont l'auteur est son grand-père.

Après avoir repoussé trois fois le rendez-vous pour raisons professionnelles, elle se présente sans illusions, expliquant qu'elle a épuisé de nombreux thérapeutes, muets, incompetents, ou trop fascinés par son charme et sa réputation de comédienne célèbre.

Sa demande de soins est motivée par des troubles caractériels qu'elle appelle « caprices » et par des attaques de panique avec sensation de dépossession de soi-même, qui surviennent parfois en plein tournage, surtout lorsqu'il s'agit de scènes sexualisées qu'elle refuse par principe, comme toutes les scènes trop déshabillées, ce que sa notoriété lui permet d'éviter.

Apprendre à gérer les émotions

Caroline présente des épisodes de dissociation lorsqu'elle joue des scènes sexualisées qui la confrontent au scénario traumatique malgré plusieurs thérapies. Le thérapeute lui propose de consulter un kinésithérapeute qui pratique la relaxation, mais elle s'y refuse.

Il est pourtant de bonne règle de commencer la thérapie d'une personnalité traumatique en proposant des techniques de gestion des émotions.

Décrypter le scénario traumatique

Le thérapeute prend en compte tous les aspects du scénario traumatique de Caroline. Il sait par expérience qu'il va se reproduire littéralement dans la thérapie et qu'il représente l'agresseur par **transfert traumatique** direct négatif. Caroline le consulte sans illusion et ne peut par conséquent pas lui faire confiance. Elle a fait l'expérience de plusieurs prises en charge tantôt par des femmes, tantôt par des hommes, qui se sont terminées rapidement sans aucun profit, lui laissant goût amer et un vif sentiment d'abandon.

Négocier le cadre thérapeutique

La négociation du cadre thérapeutique est des plus ardues parce que les contraintes professionnelles de Caroline ne permettent pas une périodicité préétablie, ce que le thérapeute accepte en lui demandant de s'engager à s'investir dans le traitement. Il lui demande quelle a été jusqu'alors la durée moyenne des thérapies antérieures. « Cinq séances » répond-elle sur un ton à la fois enjoué et provocateur. Il lui précise qu'il le lui rappellera au début de la cinquième séance pour éviter qu'elle claque la porte, se mette très en colère et présente secondairement un

insoutenable sentiment d'abandon.

Caroline fera tout ce qui est possible pour décourager le thérapeute et interrompre le traitement. Il va par conséquent négocier démocratiquement le cadre thérapeutique pour ne pas mettre en place une situation d'autorité voire d'emprise à la manière de son grand-père.

Le cadre accepté de part et d'autre permet de recadrer le patient à chaque tentative de transgression qui a également pour but d'éprouver le thérapeute. Il faut parfois tolérer que le patient fume s'il est addict au tabac. Mais il est important d'acter que tout passage à l'acte, et notamment tout contact physique, est prohibé pour ne pas répéter littéralement un aspect du scénario traumatique.

Établir une relation de confiance

Caroline rate de nombreux rendez-vous ou tente de les repousser, ce que le thérapeute tolère. Elle paie rubis sur l'ongle les séances ratées, comme cela a été décidé lors de la négociation du cadre thérapeutique. Elle se présente toujours légèrement en retard, se plaint du manque de progrès, de l'absence de conseils qu'elle réclame obstinément. Elle exige des tranquillisants. Malgré ces tentatives de déstabilisation, le thérapeute maintient une attitude empathique. Elle peut disparaître pendant trois semaines pour des motifs plus ou moins fallacieux, mais elle continue à venir en maîtrisant tant bien que mal la colère que lui inspire l'apparente passivité du thérapeute : « Vous ne dites pas grand-chose ! Vous ne faites rien pour m'aider », se plaint-elle fréquemment.

Établir une relation de confiance est une épreuve éprouvante pour le patient et le thérapeute qui s'évertue à ne reproduire aucun des aspects du scénario traumatique en étant tolérant, mais contenant. Parfois le patient entre dans une épreuve de force avec surenchère permanente pour revivre le scénario traumatique. Mais progressivement, une relation de confiance se met en place. Le thérapeute devient un parent suffisamment bon au sens de Winnicott.

Au bout d'une année assez décourageante pour le thérapeute, émaillée de provocations permanentes, de remarques désobligeantes, la patiente commence à s'investir dans la thérapie. Elle ne rate une séance que lorsqu'elle y est contrainte. Il lui devient possible de parler du grand-père, de la possible complicité de sa mère, de l'indifférence de son père. Elle reconnaît que ses relations masculines sont toujours décevantes, que sa sexualité ne lui apporte aucune satisfaction et qu'elle n'est attirée que par les hommes âgés.

La réécriture du scénario traumatique spécifique marque la fin de la thérapie

Caroline devient progressivement très familière. Confiante. Détendue. Elle essaie de se rapprocher du thérapeute, d'en savoir davantage sur sa vie, sa famille. Elle lui donne des conseils vestimentaires.

Au cours d'une séance, elle lui déclare : « Le psy de mon amie Paquita, il lui prend la main quand elle ne se sent pas bien. »

Prendre la main de la patiente serait un passage à l'acte transgressif qui remettrait en cause tous les progrès thérapeutiques accomplis. Le contraire en revanche

permettrait de réécrire par l'exemple plus que par une quelconque interprétation, le scénario traumatique spécifique : des passages à l'acte sexuel transgressifs. Le thérapeute se contentera de faire un lien avec le scénario traumatique (avec une pointe d'humour, la solidité de la relation l'y autorise à présent) en lui faisant remarquer qu'il a précisément l'âge du grand-père quand ce dernier a commencé de lui prendre la main avant de la violer.

Les tentatives de remise en actes du scénario traumatique spécifique, l'événement traumatique spécifique initial, peuvent ne pas être aussi subtiles que dans ce cas particulier. Il peut s'agir d'une invitation au restaurant, d'une déclaration d'amour ou de propositions directes à des rapports sexuels, que la négociation préalable du cadre thérapeutique avait bien entendu interdite de façon explicite, comme toute autre forme de passage à l'acte.

Les passages à l'acte sexuel commis par des thérapeutes et des médecins sont beaucoup plus fréquents qu'on peut l'imaginer, en particulier avec les victimes de viols subis dans l'enfance. Certaines victimes ont vécu cette inacceptable situation à plusieurs reprises avec des thérapeutes différents. L'une d'entre elles nous a confié avoir eu des interactions sexuelles avec huit psychiatres différents. La chape de plomb les concernant commence à se fissurer. Louise de Urtubey (2006) leur a consacré une étude récente. Des associations se créent pour les dénoncer, comme l'association SOS Thérapies (prevensectes.com) dont l'objet est de prévenir les pratiques psychothérapeutiques déviantes et abusives : d'accompagner, d'aider les victimes de telles pratiques, ainsi que leurs proches, de travailler en collaboration avec les pouvoirs publics, les particuliers, les associations et mouvements de lutte contre ces pratiques psychothérapeutiques déviantes et abusives, afin de faire évoluer la législation dans ce domaine ; de contribuer à promouvoir des accompagnements psychologiques de qualité, respectueux de la dignité humaine.

Gérard Lopez

Bibliographie

- CIM-11. Classification Internationale des Maladies Onzième Révision, OMS, traduction française en cours.
- G. Lopez et al., *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2e éd. 2020.
- L. Jehel, F. Ducrocq, « La prise en charge des victimes de catastrophe et d'accident collectif », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- A. Chavez, « La thérapie des enfants victimes », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- M. Kedia, A. Séguin-Sabouraud, *Aide Mémoire du Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 3^e éd. 2020.
- A. Séguin-Sabouraud, « La thérapie cognitivo-comportementale : principes, indications », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- M. Ait Aoudia, M. Vlahogiannis, « La thérapie EMDR : principes, indications », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- M. Fareng, « Hypnose : principes, indications, controverses », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- G. Lopez, N. Kadi, « Les thérapies psychodynamiques », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- D. Morali, « La chimiothérapie dans le Trouble de Stress Post-Traumatique », in *Traiter les psychotraumatismes*, Dunod, 2020.
- Conférence de consensus, *Les conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir*, John Libbey Eurotext, 2004.
- L. Urtubey, *Si l'analyste passe à l'acte*, Paris, PUF, 2006.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Haritini Matsopoulou

Professeur de droit privé et sciences criminelles à l'université Paris-Saclay

Violences sur mineur commises dans le cercle intrafamilial : la répression des auteurs

La minorité de la victime constitue constamment une cause d'aggravation des peines en matière de violences volontaires, et ce, quelle qu'en soit la forme. À cet égard, l'article 222-13 du Code pénal prévoit que les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises sur un mineur de quinze ans. Il est à noter que les violences « légères » exposent normalement leurs auteurs, personnes physiques, à l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe (art. R. 624-1, al. 1^{er}, C. pén.), dont le montant maximal est de 750 euros (art. 131-13 C. pén.). De même, les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de cinq ans d'emprisonnement, au lieu de trois, et de 75 000 euros d'amende, au lieu de 45 000, lorsqu'elles sont commises sur un mineur de quinze ans (art. 222-12 C. pén.). La jurisprudence prend en considération, en dehors du dommage corporel, tout comportement ayant pour seule conséquence la production d'un trouble émotionnel ou psychologique chez la personne agressée. Ainsi, les juges répressifs ont-ils déclaré coupable de violences commises sur une mineure de 15 ans n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail personnel pendant plus de huit jours, la personne qui avait cherché à attirer la mineure, âgée de 9 ans, et qui, devant sa résistance, l'avait prise de force dans ses bras pour la lâcher un peu plus loin alors qu'elle se débattait vivement. On remarquera que les juges avaient ajouté que la qualification de violences sur mineure de 15 ans devait « être retenue pour une agression qui a[vait] fortement choqué la fillette »¹.

De plus, et surtout, pour aggraver davantage les peines

encourues, le législateur a pris en considération la qualité de l'auteur des violences ainsi que les circonstances dans lesquelles ces actes ont été accomplis. On peut constater que les violences commises sur un mineur dans le cercle intrafamilial exposent leurs auteurs à des peines aggravées.

On rappellera, par ailleurs, que, alors que la jurisprudence a reconnu un droit de correction aux parents pouvant justifier, dans certaines situations, l'exercice de violences légères sur des enfants ou des adolescents², le Comité européen des Droits sociaux du Conseil de l'Europe a reproché au législateur français de n'avoir pas prévu « d'interdiction suffisamment claire, contraignante et précise des châtiments corporels »³. Il a, par conséquent, estimé que notre législation n'était pas conforme à l'article 17, 1-b de la Charte sociale européenne, qui impose aux États parties de « protéger les enfants et les adolescents contre la négligence, la violence ou l'exploitation ». Le législateur français a réagi, avec la loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. En particulier, ce texte a complété l'article 371-1 du Code civil, par un nouvel alinéa, tendant à préciser que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychiques ». Il en résulte donc que la loi précitée a mis un terme au « droit de correction », la pratique de la fessée étant désormais interdite.

De même, en matière de violences sexuelles, le législateur a prévu des circonstances aggravantes applicables à l'auteur ayant un lien de filiation avec le mineur victime. Puis, il a fait entrer la notion d'inceste dans le Code pénal en tant que simple surqualification des infractions de viol et d'agressions sexuelles commises sur des victimes mineures. Enfin, tenant compte des liens familiaux, parfois associés à l'existence d'une autorité de droit ou de fait, la loi récente n°2021-478 du 21 avril 2021 a créé deux nouvelles infractions, celles de viol incestueux et d'agression sexuelle incestueuse, constituées dès lors que la victime est mineure et que l'auteur des faits est un ascendant ou un autre membre de la famille indiqué dans la liste de l'article 222-22-3 du Code pénal et ayant une autorité de droit ou de fait sur la victime.

Mais, en dehors des règles de fond, le législateur a adopté des règles de forme dérogatoires à celles du droit commun, afin que les intérêts des victimes soient mieux protégés. Ainsi, le régime de la prescription des infractions sexuelles commises sur des mineurs a fait l'objet de nombreuses

2 - Crim. 21 févr. 1990, *Dr. pénal* 1990, comm. n° 216, note M. Véron, RSC 1990, p. 785, obs. G. Levasseur (en l'espèce, les juges répressifs ont sanctionné « les violences qui, par leur nature et par leurs conséquences, dépass[ai]ent les limites du droit de correction »).

3 - Décision publiée le 4 mars 2015, *JCP G* 2015, n° 338, obs. H. Matsopoulou.

1 - Crim. 4 févr. 1997, n° 96-83.273.

réformes ayant pour objectif, d'une part, de repousser le point de départ du délai de prescription et, d'autre part, d'allonger ce délai compte tenu des spécificités de la situation des mineurs.

Il convient, dès lors, d'étudier le dispositif répressif tendant à sanctionner certaines formes de violences commises dans le cercle intrafamilial (I), puis les règles spécifiques de la prescription tendant à faciliter la poursuite de ces infractions (II).

I. Les formes de violences incriminées

Si la qualité de victime mineure justifie une aggravation systématique des peines encourues, celles-ci sont sensiblement aggravées lorsque **les violences volontaires (physiques ou psychiques) sont commises sur un mineur de quinze ans** par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Il y a ici un « *cumul de deux circonstances aggravantes* »⁴ ; c'est qu'en effet, en dehors de la qualité de la victime mineure, le législateur a pris en considération celle de l'auteur des violences, qui doit exercer une autorité de droit ou de fait sur le mineur. Cependant, cette autorité doit, selon la jurisprudence, être dûment établie à partir des circonstances précises de l'affaire⁵. Aussi bien, la qualité de concubin de la mère de la victime ne peut-elle, par elle seule, justifier l'aggravation de la peine, sans indication d'aucune autre circonstance, telle la cohabitation de l'accusé avec la victime, de nature à établir « l'autorité de fait » qu'il exerçait sur elle.

En outre, à l'instar de ce qui est prévu pour les infractions sexuelles commises sur des mineurs, la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 a introduit une nouvelle circonstance aggravante lorsque le mineur assiste aux actes de violence et que ceux-ci sont commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ou, si la victime est mineure, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur le mineur victime. Dans l'hypothèse envisagée, le législateur ne considère pas seulement comme victime celle qui subit l'acte de violence, qu'il s'agisse d'un conjoint ou d'un mineur, mais aussi celle qui assiste à la scène, dès lors qu'il s'agit d'un mineur. Comme il a été indiqué lors des travaux préparatoires de la loi de 2018, « *en cas de violences conjugales, les enfants sont très souvent présents et peuvent subir des traumatismes aussi graves que s'ils en étaient les victimes directes* »⁶. L'introduction de ce dispositif permet donc de protéger les enfants et « *d'éviter qu'ils ne reproduisent ce schéma. Même s'ils ne sont pas les victimes directes des coups, ils subissent la violence des scènes qu'ils ont sous les yeux* »⁷. En réalité, ce faisant, le législateur a mis notre législation en

conformité avec l'article 46 (d)⁸ de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (signée le 11 mai 2011 et entrée en vigueur le 1^{er} août 2014).

Ces précisions données, dans les deux cas précédents, qui visent les violences volontaires sur mineur commises dans le cercle intrafamilial, les peines encourues pour violences « légères » sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende (art. 222-13 C. pénal), alors que celles prévues pour les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours peuvent atteindre dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (art. 222-12 C. pénal). La peine de réclusion criminelle est portée à vingt ans lorsque les violences volontaires commises avec l'une des circonstances aggravantes précédentes ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (art. 222-10 C. pénal) et à 30 ans lorsque de tels actes ont provoqué la mort de la victime sans intention de la donner (art. 222-8 C. pénal).

Les auteurs s'exposent, par ailleurs, aux peines complémentaires énumérées par les articles 222-44, 222-45 et 222-47 du Code pénal qui prévoient plusieurs interdictions et formes de confiscation. On relèvera que lorsque l'infraction est commise sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime, les auteurs peuvent également être condamnés à un suivi socio-judiciaire (art. 222-48-1 C. pénal). Cette peine est même obligatoire en matière correctionnelle lorsqu'il s'agit de violences habituelles, sauf en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement assortie du sursis probatoire ou si le tribunal considère, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu de prononcer cette mesure. En matière criminelle, la cour d'assises délibère de façon spécifique sur le prononcé d'un suivi socio-judiciaire. Enfin, lorsque les actes de violence sont commis par le père ou la mère sur la personne de son enfant, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité, en application des articles 378, 379 et 379-1 du Code civil (art. 222-48-2 C. pénal). On pourra faire observer que si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés.

La qualité de mineur victime est également prise en considération en matière de **violences sexuelles commises dans le cercle intrafamilial**.

On rappellera que la notion d'inceste a fait son apparition dans le Code pénal avec la loi n°2010-121 du 8 février 2010, tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux⁹. Antérieurement à cette

4 - E. Dreyer, *Droit pénal spécial*, LGDJ, 2020, n° 79.

5 - A. Lepage et H. Matsopoulou, *Droit pénal spécial*, éd. PUF, coll. Thémis, 2015, n° 126.

6 - Rapport n° 938, Ass. nat., Mme A. Louis, mai 2018, p. 142.

7 - *Ibid.* p. 143.

8 - Cet article vise expressément l'hypothèse où l'infraction a été commise à l'encontre ou en présence d'un enfant.

9 - A. Lepage, « Réflexions sur l'inscription de l'inceste dans le Code pénal par la loi du 8 février 2010 », *JCP G* 2010, étude n° 335.

loi, le comportement incriminé était implicitement visé par les dispositions relatives aux circonstances aggravantes applicables au viol et aux agressions sexuelles, qui étaient fondées sur le lien de filiation unissant l'auteur avec la victime. Le législateur, tenant compte de la demande de nombreuses associations de victimes, a fait le choix, avec la loi précitée, de prendre en considération l'inceste comme une simple surqualification des infractions de viol ou d'agressions sexuelles commises sur des mineurs, puisqu'aucune aggravation du quantum de la peine n'était prévue dans ces hypothèses¹⁰. En pratique, celles-ci ont continué à être régies par les dispositions relatives aux circonstances aggravantes applicables au crime de viol et aux agressions sexuelles commis par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime. Cependant, le Conseil Constitutionnel a déclaré, par une décision n°2011-163 QPC du 16 septembre 2011, non conformes à la Constitution les dispositions de l'article 222-31-1 du Code pénal concernant les viols et agressions sexuelles incestueux, « *commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin ou d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait* ». Selon les juges constitutionnels, « *s'il était loisible au législateur d'instituer une qualification pénale particulière pour désigner les agissements sexuels incestueux, il ne pouvait, sans méconnaître le principe de légalité des délits et des peines, s'abstenir de désigner précisément les personnes qui doivent être regardées, au sens de cette qualification, comme membres de la famille* ».

À la suite d'une telle censure, la loi n°2016-297 du 14 mars 2016, relative à la protection de l'enfant, a fourni une liste limitative d'auteurs : ascendant, frère, sœur, oncle, tante, neveu et nièce. Puis, dans le prolongement de ce texte, la loi n°2018-703 du 3 août 2018, renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, a étendu la surqualification pénale d'inceste aux viols et autres agressions sexuelles commis à l'encontre de majeurs, prenant en considération l'importance du retentissement psychologique spécifique de la victime d'un comportement incestueux par rapport à une victime de viol non incestueux¹¹. À vrai dire, cette extension du champ d'application de la surqualification d'inceste n'est que « symbolique », sans conséquences pratiques. C'est qu'en effet, alors que la juridiction de jugement peut prononcer, à l'encontre de l'auteur de violences sexuelles incestueuses sur mineurs, le retrait total ou partiel de l'autorité parentale (art. 222-31-2 C. pénal), une telle conséquence n'est logiquement pas possible lorsque le comportement incestueux concerne des victimes majeures¹².

Récemment, la question de l'inceste a été remise au premier plan lors des travaux préparatoires de la loi n°2021-478 du 21 avril 2021, visant à protéger les mineurs

des crimes et délits sexuels et de l'inceste¹³. Dans le projet initial, une disposition sur l'inceste a été introduite à la suite d'un amendement qui proposait de créer une circonstance aggravante du délit d'atteinte sexuelle sur mineur de quinze ans. On pourra faire observer que le rapport d'évaluation de la loi du 3 août 2018 suggérait également la création d' « *une circonstance aggravante relative aux comportements incestueux* » justifiant une aggravation des peines encourues en la matière¹⁴.

Partageant la volonté du Sénat de faire évoluer la législation sur l'inceste, l'Assemblée nationale a souhaité la création de deux nouvelles infractions de viol incestueux et d'agression sexuelle incestueuse. Ainsi, la loi du 21 avril 2021 a-t-elle introduit les articles 222-22-3 et 222-29-3 dans le Code pénal, ayant pour objectif de réprimer, de manière autonome, ces comportements visant des mineurs, et sans que la question du consentement de ces derniers ne soit posée. En particulier, l'article 222-22-3 dispose que « *hors le cas prévu à l'article 222-23, constitue un viol incestueux tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital, commis par un majeur sur la personne d'un mineur ou commis sur l'auteur par le mineur, lorsque le majeur est un ascendant ou toute autre personne mentionnée à l'article 222-22-3 ayant sur le mineur une autorité de droit ou de fait* ». Quant à l'article 222-29-3 du Code pénal, il prévoit que « *hors le cas prévu à l'article 222-29-1, constitue une agression sexuelle incestueuse toute atteinte sexuelle autre qu'un viol commise par un majeur sur la personne d'un mineur, lorsque le majeur est un ascendant ou toute autre personne mentionnée à l'article 222-22-3 ayant sur le mineur une autorité de droit ou de fait* ». On pourra faire observer que le viol incestueux est sanctionné d'une peine de vingt ans de réclusion criminelle, alors que les agressions sexuelles incestueuses le sont d'une peine de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

Des dispositions précédentes, il résulte que tous les mineurs de dix-huit ans sont protégés par les nouvelles incriminations, et non seulement ceux de quinze ans. Si la réforme doit être approuvée sur ce point, elle nous laisse cependant perplexe quant à la qualité des auteurs. C'est qu'en effet, on est surpris de constater que, lorsque la victime est mineure, la loi exige que, outre l'ascendant auteur de l'infraction incestueuse, les personnes mentionnées à l'article 222-22-3 du Code pénal aient sur le mineur une autorité de droit ou de fait. Une telle restriction permet de réserver un traitement différent aux infractions incestueuses commises sur un mineur par rapport à celles ayant pour victime un majeur.

La question qui se pose donc est celle de savoir quelles sont les raisons ayant justifié une telle différence de traitement.

13 - C. Hardouin-Le Goff, « La loi visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste - Une avancée attendue de longue date ... au goût d'inachevé », *JCP G*, 2021, aperçu n° 513 ; Ch. Dubois, « L'inceste en droit pénal ou la consécration de la famille selon Vianney » - « Y'a pas que les gènes qui font les familles », *JCP G*, 2021, étude n° 622.

14 - Recommandation n° 38 ; v. Rapport d'évaluation *op. cit.*, p. 145.

10 - V. A. Louis, *Rapport d'évaluation de la loi du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes*, 2020, p. 141.

11 - V. A. Louis, *Rapport d'évaluation, op. cit.*, p. 142.

12 - *Ibid.*, p. 142.

Lors des travaux préparatoires de la loi du 21 avril 2021, il a été indiqué que l'exigence d'une autorité de droit ou de fait était nécessaire afin d'éviter que l'incrimination soit automatiquement appliquée en cas de relation, notamment entre collatéraux, dès lors que les personnes concernées ont des âges assez rapprochés. En particulier, les parlementaires ont cité l'exemple d' « *une grande sœur, de tout juste dix-huit ans, violée par son frère de dix-sept ans* »¹⁵. L'absence d'exigence de l'autorité risquerait de traiter la sœur, comme elle est majeure, comme l'auteur de l'acte incestueux et le frère mineur comme victime. Il convient donc de déterminer qui est responsable dans ces affaires délicates impliquant des collatéraux. Il faut bien reconnaître que le coupable n'est pas forcément le majeur, si bien qu'il a paru au législateur indispensable « *de conserver la notion d'autorité de droit ou de fait* »¹⁶. En outre, le garde des Sceaux a fait observer que supprimer l'exigence d'une relation d'autorité reviendrait à « *criminaliser des relations qui peuvent être consenties entre un garçon de dix-sept ans, par exemple, et sa tante de dix-huit ans, ce qui n'est évidemment pas envisageable et serait du reste inconstitutionnel* »¹⁷.

Enfin, le législateur a décidé d'élargir le périmètre familial de l'inceste, en ajoutant à la liste de l'article 222-22-3 du Code pénal le grand-oncle et la grand-tante.

Le problème consiste à savoir s'il faudrait étendre le champ d'application de l'incrimination aux faits commis par d'autres personnes¹⁸, telles que les cousins germains ou cousines germaines des victimes¹⁹. Sur ce point, on a fait valoir qu'il convient de conserver une définition pénale de l'inceste cohérente avec celle donnée par le droit civil, qui se déduit des prohibitions à mariage, de l'interdiction de conclusion d'un pacte civil de solidarité ou des prohibitions de filiation incestueuse.

On pourrait toutefois faire valoir que la jurisprudence a toujours affirmé l'autonomie du droit pénal par rapport au droit civil, si bien qu'on peut parfaitement dissocier le droit pénal du droit civil et donc l'inceste pénal de l'inceste civil. À notre avis, si on peut élargir le périmètre familial en s'éloignant de la conception civiliste de l'inceste, il n'est pas raisonnable d'étendre son champ d'application à des personnes extérieures au « cercle familial », qui abusent de leur autorité pour imposer des actes de nature sexuelle. Une solution contraire aurait pour conséquence de dénaturer la notion d'inceste « *sous peine de fragiliser le dispositif* »²⁰.

Ces réserves formulées, les crimes et délits sexuels sur mineurs ont justifié l'adoption d'un régime dérogatoire applicable à la prescription de l'action publique, ainsi que

la création de certains mécanismes innovants pouvant conduire à une imprescriptibilité de fait de ces infractions.

II. Les règles spécifiques de la prescription tendant à faciliter l'exercice des poursuites

Comme il a été précédemment indiqué, le législateur est intervenu, à de nombreuses reprises, en multipliant les règles dérogatoires tendant, soit à reculer le point de départ du délai de prescription, soit à allonger ce dernier, afin de préserver les intérêts des victimes mineures.

Parmi les différents textes, on pourra d'abord citer la loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, qui avait permis, en cas de crime de viol commis sur une victime mineure par un ascendant ou par une personne ayant autorité sur elle, de rouvrir le délai de prescription ou de le faire courir à nouveau, pour la même durée, à partir de la majorité de la victime. Cependant, une telle réouverture n'était possible que si la prescription n'était pas acquise. Puis, la loi n°95-116 du 4 février 1995 avait prévu, pour les crimes et délits commis par un ascendant ou par une personne ayant autorité sur une victime mineure, une « *suspension* » du délai de prescription « *pendant la minorité de la victime* », ce qui ne signifiait toutefois pas qu'il était « *nécessaire d'attendre, pour agir, l'échéance de sa majorité* »²¹. La loi n°98-468 du 17 juin 1998 a étendu l'application de cette règle à tous les crimes ainsi qu'aux délits d'agression et d'atteinte sexuelles commis sur des mineurs, quelle que soit la qualité d'auteur.

Quant au délai de prescription, la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 a allongé ce délai de 10 ans à 20 ans pour les crimes de nature sexuelle mentionnés à l'article 706-47 du Code de procédure pénale, lorsqu'ils étaient commis sur des mineurs ; et il en était de même des délits d'agression et d'atteinte sexuelles ayant pour victimes des mineurs de quinze ans.

Ce dispositif a été complété par la loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, qui a porté le délai de prescription des crimes sexuels commis sur des mineurs à trente ans à compter de la majorité de la victime. Lors des travaux préparatoires de ce texte, Madame M. Schiappa, alors secrétaire d'État, a fait valoir que ce nouvel allongement du délai se justifiait par la nécessité de « *mieux prendre en compte la difficulté qu'ont les victimes à signaler les faits, explicable notamment par le mécanisme de la mémoire traumatique* »²². Or, « *cette évolution donnera davantage de temps à la victime pour surmonter le traumatisme* »²³ et « *pour rompre la loi du silence, particulièrement pesante lorsque le crime a eu lieu dans un*

15 - Rapport n° 467, Sénat, fait par Mme M. Mercier, 23 mars 2021, p. 50.

16 - *Ibid.*

17 - *Ibid.* p. 19.

18 - Ch. Dubois, *op. cit.*, JCP G 2021, étude n° 622, nos 8 et s.

19 - A. Lepage, « Le retour de la qualification d'incestueux dans le Code pénal : une cote toujours mal taillée », *Dr. Pénal*, 2016, étude n° 11, spéc. n° 6.

20 - Rapport n° 3939, Ass. nat., fait par Mme A. Louis, mars 2021, p. 99.

21 - Crim. 2 déc. 1998, n°98-80.655, *Bull. crim.* n° 329.

22 - Rapport d'évaluation de la loi du 3 août 2018, fait par Mme A. Louis, déc. 2020, p. 93.

23 - *Ibid.*

contexte familial »²⁴, en engageant une action en justice.

C'est donc la volonté de mieux prendre en considération les effets d'une amnésie traumatique ou d'une situation d'emprise, dont les mineurs victimes font souvent l'objet, qui a incité les parlementaires à aller encore plus loin, lors de l'adoption de la loi n°2021-478 du 21 avril 2021, en instituant un nouveau régime de prescription pour les crimes et délits sexuels commis sur des mineurs.

En particulier, à la suite de la proposition de loi visant à protéger les jeunes mineurs des crimes sexuels, présentée par Madame A. Billon le 26 novembre 2020²⁵, le Sénat a adopté un amendement, tendant à compléter l'article 9-2 du Code de procédure pénale, qui prévoyait que « pour les crimes mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article 7, lorsqu'ils sont commis sur des mineurs, le délai de prescription est également interrompu en cas de commission par leur auteur d'un même crime contre d'autres mineurs »²⁶. Selon le texte proposé, la commission d'un crime sexuel commis sur un mineur pouvait donc interrompre le délai de prescription de l'action publique d'un ancien crime similaire, non encore prescrit. On rappellera ici que l'interruption de la prescription efface le temps déjà écoulé avant sa survenance et fait courir un nouveau délai, dont la durée est la même que celle du délai initial interrompu.

Ces précisions données, la proposition en cause était surprenante, car le délai de prescription de l'action publique ne peut jamais être interrompu par la commission d'une infraction, quelle qu'en soit la nature (crime, délit ou contravention), mais par certains actes limitativement énumérés par la loi. Contrairement au droit antérieur, l'article 9-2 du Code de procédure pénale, introduit par la loi n°2017-242 du 27 février 2017²⁷, détermine désormais limitativement les actes susceptibles d'interrompre le délai de prescription : actes émanant du ministère public ou de la partie civile, actes d'enquête, actes d'instruction, jugements ou arrêts même non définitifs (s'ils ne sont pas entachés de nullité)... On soulignera que les rédacteurs de la loi du 27 février 2017 précitée ont souhaité établir une liste limitative des actes interruptifs de prescription afin de mettre un terme à l'arbitraire judiciaire.

Par conséquent, l'amendement adopté par le Sénat méconnaissait les dispositions de l'article 9-2 du Code de procédure pénale et allait, par conséquent, à l'encontre de l'objectif poursuivi par le législateur.

Puis, la Commission des lois de l'Assemblée nationale a adopté un autre amendement suggéré par le Gouvernement, ayant pour objet d'instituer un mécanisme de prescription « prolongée » des viols commis sur des mineurs. On a

également parlé de la prescription « réactivée », « glissante » ou encore « échelonnée ». En particulier, le recours à ce mécanisme permet de prolonger le délai de prescription de l'action publique des crimes sexuels les plus anciens si des nouveaux crimes similaires sont commis par le même auteur (« viols sériels »). L'idée était d'accorder le statut de « victime », et non celui de « simple témoin », aux victimes des crimes sexuels les plus anciens. Ainsi, après quelques remaniements, ce dispositif, qui a été par la suite étendu aux agressions et atteintes sexuelles commises sur des mineurs, a été adopté par l'ensemble des parlementaires et a fait l'objet de l'article 10 de la loi du 21 avril 2021.

Plus précisément, ce texte complète le troisième alinéa de l'article 7 du Code de procédure pénale afin de prévoir que, dans l'hypothèse où, avant l'expiration du délai de prescription d'un viol commis sur un mineur, le même auteur commet un nouveau viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle sur un autre mineur, le délai de prescription du premier crime sera prolongé, le cas échéant, jusqu'à la date de prescription de la nouvelle infraction, si bien que les deux infractions pourront se prescrire à la même date. Comme il a été souligné, ce dispositif n'autorise pas à « rouvrir les prescriptions acquises, ce qui poserait un problème sur le plan constitutionnel. Mais, il permet de retarder la prescription d'un viol sur mineur ... »²⁸. En principe, la prescription de ce crime est acquise à l'âge de 48 ans de la victime. Toutefois, lorsque l'auteur commet, dix ans après la réalisation de ce crime, un nouveau viol sur un autre mineur, le délai de prescription du premier crime sera prolongé jusqu'à l'âge de 58 ans de la première victime. Ainsi, dans les affaires mettant en cause des violeurs en série, le recours à ce mécanisme permettra « de juger l'ensemble des faits commis sur toutes les victimes, dès lors que les faits frappant l'une d'entre elles échappent à la prescription »²⁹. L'objectif de la réforme est donc de reconnaître le « statut de victime à l'ensemble des personnes qui ont eu à souffrir d'un même criminel »³⁰ et de ne plus se contenter de les entendre « en qualité de témoin de moralité »³¹.

Une disposition analogue a été également insérée après le troisième alinéa de l'article 8 du Code de procédure pénale pour les délits d'agression sexuelle et d'atteinte sexuelle commis sur un mineur. C'est qu'en effet, la commission d'une nouvelle agression sexuelle ou atteinte sexuelle par le même auteur sur un autre mineur pourra permettre de prolonger le délai de prescription de la première infraction, dès lors que celle-ci n'est pas prescrite, jusqu'à la date de prescription du nouveau délit.

En revanche, la commission d'un viol commis sur mineur ne pourra pas prolonger le délai de prescription des délits d'agression sexuelle et d'atteinte sexuelle jusqu'à la date de prescription de ce crime, car une telle prolongation, jugée

24 - Rapport n° 271, Sénat, fait par Mme M. Mercier, 13 janv. 2021, p. 14.

25 - Sénat, n° 158.

26 - Sénat, n° 46, 21 janv. 2021.

27 - V. A. Lepage et H. Matsopoulou, « La prescription de l'action publique entre pérennité et innovations », *Dr. pénal* (mai) 2017, Dossier, étude n° 1, p. 17 et s. ; J. Leblois-Happe, « La réforme de la prescription, enfin ! », *JCP G* 2017, n° 424, p. 738.

28 - Rapport n° 467, Sénat, fait par Mme M. Mercier, 23 mars 2021, p. 33.

29 - Rapport n° 3939, Ass. nat., fait par Mme A. Louis, 3 mars 2021, p. 34.

30 - *Ibid.*, p. 34.

31 - *Ibid.* p. 108.

« excessive »³², se concilierait mal avec le principe à valeur constitutionnelle de proportionnalité de la répression.

Il en résulte donc que la loi du 21 avril 2021 a adopté, en matière de crimes et délits sexuels, la prescription « glissante ». Certes, il s'agit d'un système innovant, qui ne prend appui sur aucun principe ou mécanisme existant dans le domaine de la prescription de l'action publique. Il est utile de rappeler ici que, tenant compte des critères dégagés par une jurisprudence constante, le législateur a été amené à prévoir le report du point de départ du délai de prescription des infractions occultes ou dissimulées, ainsi qu'à définir les actes interruptifs et les causes générales de suspension de ce délai. Or, ce nouveau mécanisme ne pourra se rattacher à aucun des principes législatifs fixant le régime actuel de la prescription. S'agit-il d'une solution de commodité créée pour les besoins de la cause, qui aura vocation à s'appliquer uniquement aux crimes et délits sexuels commis sur des mineurs ? Lors des travaux préparatoires de la loi du 21 avril 2021, on a fait valoir que les « dispositions relatives à la prescription dite glissante (...) répondent à une attente majeure des associations et des victimes, qui pourront bénéficier d'un délai de prescription rallongé »³³.

Mais, vouloir instituer une règle originale, conçue spécialement pour une ou deux incriminations, entraîne une rupture d'égalité de traitement à l'égard des victimes d'autres infractions présentant la même gravité, en méconnaissance du principe à valeur constitutionnelle d'égalité des citoyens devant la loi. En outre, la multiplication des règles dérogoatoires, applicables à telle ou telle catégorie d'infractions, ne peut qu'être une source d'insécurité juridique dans une matière particulièrement complexe. Enfin, l'adoption de certains mécanismes, susceptibles de conduire à une imprescriptibilité de fait³⁴, remet en cause le propre fondement de la prescription de l'action publique, qui prend appui sur le danger du dépérissement des preuves, et se concilie mal avec le droit de toute personne à être jugée dans un délai raisonnable, comme l'exige l'article 6 § 1 de la Convention EDH.

A ces critiques, on pourrait aussi ajouter celles formulées par certains parlementaires, à propos de la prescription « glissante », qui se sont demandés, à juste titre, quelles seraient les incidences d'une décision d'acquiescement ou de relaxe pour le second crime ou délit sur la prescription du premier³⁵. Ils ont même exprimé la crainte qu'« à partir du moment où les faits auront été dénoncés, la personne sera potentiellement présumée coupable du crime le plus récent afin de pouvoir faire sauter la prescription acquise du crime le plus ancien »³⁶, ce qui porterait atteinte au principe de la présomption d'innocence.

En réponse à ces arguments, il a été indiqué que « si

*l'affaire la plus récente se solde par un classement sans suite, un non-lieu, une relaxe ou un acquiescement, la prescription des faits les plus anciens devra être constatée »*³⁷.

Ainsi, pour pallier ces difficultés pratiques, l'article 9-2 du Code de procédure pénale a été complété par un nouvel alinéa, qui « prévoit que le délai de prescription d'un viol, d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle commis sur un mineur [sera] interrompu par l'un des actes ou l'une des décisions mentionnés aux 1° à 4° intervenus dans une procédure dans laquelle est reprochée à la même personne une de ces mêmes infractions commises sur un autre mineur ».

Sans le dire explicitement, le législateur considère donc, par ce texte, que les crimes ou délits sexuels commis sur des mineurs par le même auteur présentent un lien de connexité entre eux, si bien que les actes interruptifs de prescription effectués à l'occasion de la commission des nouveaux crimes ou délits par le même auteur peuvent interrompre la prescription des crimes ou délits sexuels les plus anciens, dès lors que ceux-ci ne sont pas encore prescrits. En réalité, ce dispositif a été inspiré de la proposition de loi visant à lutter contre les violences sexuelles et sexistes, présentée par Mme A. Louis le 9 février 2021³⁸, qui suggérait de créer un cas spécifique de connexité dans l'hypothèse où plusieurs crimes ou délits sexuels seraient commis par le même auteur (art. 7).

On rappellera que la loi du 27 février 2017 a consacré, dans l'article 9-2, avant-dernier alinéa, du Code de procédure pénale, le critère de connexité dégagé par la jurisprudence dans de nombreuses décisions, affirmant que les actes interruptifs de prescription produisent des effets à l'égard des infractions connexes.

Toutefois, le critère de « connexité » ne pourra recevoir application qu'accessoirement, c'est-à-dire lorsque « l'auteur ne serait finalement pas condamné dans l'affaire la plus récente »³⁹.

Il en résulte donc que le législateur s'est rendu compte de la fragilité du mécanisme de prescription « glissante » et a voulu sécuriser le système par le recours aux règles de la connexité. À notre avis, il aurait été préférable de laisser la place à la seule application de ces règles, au lieu d'opter pour un dispositif complexe dont l'efficacité est loin d'être garantie, à tel point que le législateur a été amené à adopter une solution subsidiaire.

Mais, si ce nouveau régime de prescription suscite de sérieuses réserves, l'idée d'écartier l'imprescriptibilité des crimes sexuels commis sur des mineurs, comme certains le préconisaient, mérite d'être pleinement approuvée. Un tel choix est justifié, d'abord et avant tout, par des raisons constitutionnelles. On doit faire observer que, bien que le Conseil constitutionnel n'ait pas conféré au principe de la prescription de l'action publique une valeur

32 - Rapport n° 467, Sénat, *op. cit.*, p. 34.

33 - Rapport n° 4048, Ass. nat., fait par Mme A. Louis, 7 avril 2021, p. 31.

34 - Rapport n° 3939, Ass. nat., fait par Mme A. Louis, *op. cit.*, p. 111.

35 - *Ibid.*, p. 108.

36 - *Ibid.*, p. 109.

37 - Rapport n° 467, Sénat, *op. cit.*, p. 34 et 35.

38 - Ass. nat., n° 3854.

39 - V. Rapport n° 467, Sénat, *op. cit.*, p. 35.

constitutionnelle⁴⁰, il résulte d'une décision importante du Conseil n°98-408 DC du 22 janvier 1999 que l'imprescriptibilité doit être réservée aux infractions les plus graves. On rappellera que la Haute juridiction a indiqué, à propos du statut de la Cour pénale internationale, « *qu'aucune règle, ni aucun principe de valeur constitutionnelle, n'interdit l'imprescriptibilité des crimes les plus graves qui touchent l'ensemble de la communauté internationale* », comme c'est le cas des crimes contre l'humanité (art. 7, dernier alin., C. proc. pén.).

Par ailleurs, le principe à valeur constitutionnelle d'égalité des citoyens devant la loi, consacré par l'article 6 de la DDHC, impose d'assurer une égalité de traitement aux personnes qui se trouvent dans des situations identiques ou comparables. Cela signifie que si le législateur prévoyait l'imprescriptibilité des crimes sexuels commis sur des mineurs, il devrait également le faire pour d'autres infractions présentant une particulière gravité, tels les crimes terroristes ou les assassinats. Une solution contraire aurait pour conséquence de créer une rupture d'égalité de traitement, ce qui serait contraire à la Constitution.

En conclusion, le mouvement législatif tendant à lutter contre les violences commises sur mineurs dans le cercle intrafamilial se caractérise, d'une part, par la sévérité des peines frappant les auteurs des comportements incriminés et, d'autre part, par la création d'infractions spécifiques tenant compte des liens familiaux, parfois associés à l'existence d'une autorité de droit ou de fait. Quant aux règles de forme, on assiste actuellement à une multiplication des règles de prescription dérogatoires, ayant vocation à s'appliquer aux infractions sexuelles commises sur des mineurs, et à la création de certains mécanismes, comme celui de prescription « glissante », pouvant conduire à une imprescriptibilité de fait. Cependant, un tel dispositif remet en cause le propre fondement de la prescription de l'action publique et se concilie mal avec le droit de toute personne à être jugée dans un délai raisonnable.

Haritini Matsopoulou

40 - Cons. const., 24 mai 2019, n°2019-785 QPC, § 6.

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Frédéric Lauféron

Ancien directeur général de l'Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale et actuel directeur général de Union départementale des associations familiales de Haute-Savoie.

La lutte contre les violences intrafamiliales passe par une prise en charge individualisée des auteurs

En préambule, les quelques chiffres tirés du rapport de l'inspection générale de la Justice du 17 novembre 2019¹ sont suffisamment éclairants pour mesurer la complexité de la lutte contre la récidive :

- 30 % des auteurs d'homicides dans le cadre conjugal avaient déjà été condamnés pour des faits de violence ;
- 40 % étaient dépendants à l'alcool et/ou à d'autres drogues ;
- 8 % faisaient l'objet d'une interdiction d'entrée en contact avec la victime ou de se rendre au domicile ;
- 41 % des victimes avaient dénoncé des violences antérieures (mains courantes, plaintes).

Le rapport conclut, de manière explicite, à la nécessité de prendre en charge les auteurs afin de leur faire prendre conscience des conditions de leur passage à l'acte et ses conséquences. Une approche adoptée depuis plusieurs années au Canada à travers des dispositifs dédiés aux auteurs de violences conjugales aboutissant à un taux de récidive de 6 à 8 % contre 45 % sans cette intervention adaptée. Il est dès lors possible de mesurer toute l'importance de se doter non seulement d'un arsenal répressif pour sanctionner les conjoints violents. Cependant, cette répression ne doit pas venir se substituer à des dispositifs d'accompagnement destinés à changer les comportements de ces délinquants.

La prise de conscience de ce phénomène qui traverse nos sociétés est relativement récente et s'est faite progressivement. C'est ainsi qu'en 1994, les violences conjugales sont considérées comme une circonstance

aggravante. L'article 222-13 du Code pénal punit de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende l'auteur des violences sur le conjoint, le partenaire ou le concubin si elles ont entraîné une ITT inférieure à 8 jours. La peine est portée à 5 ans et 75 000€ quand l'ITT est égale ou supérieure à 8 jours². Les peines se retrouvent encore aggravées si l'auteur cumule à cette circonstance aggravante d'autres faits aggravants comme le fait de préméditer les violences, de faire usage d'une arme, ou de se trouver en état d'ivresse³. Néanmoins, il faudra attendre la loi du 4 avril 2006⁴ pour que soit introduite la notion de viol entre époux⁵. Enfin, issue de la loi du 9 juillet 2010⁶, l'article 222-33-2-1 du Code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende le fait de harceler son conjoint, son partenaire de PACS ou son concubin, lorsque ces faits de harcèlement ont entraîné chez la victime, une ITT de moins de huit jours. Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque l'ITT est supérieure à 8 jours. Cette infraction fut encore aggravée par loi du 30 juillet 2020⁷ en portant la peine à dix ans de prison et 150 000 euros d'amende si le harcèlement conduit au suicide ou à la tentative de suicide de la victime⁸.

À côté du volet répressif, le législateur a également tenu à assurer la protection de la victime. Néanmoins, nous ne pouvons que constater la différence de traitement qui en est fait par celui-ci. C'est ainsi qu'il faudra attendre la loi du 9 juillet 2010 pour que soit instaurée l'ordonnance de protection à destination des victimes, mesure renforcée par la loi du 4 août 2014⁹. Plus récemment, la loi du 30 juillet 2020 vient nettement renforcer l'arsenal législatif tant sur le plan pénal que sur le plan civil. La loi prévoit notamment l'attribution prioritaire du logement conjugal à la victime et à ses enfants. Lorsqu'il statue sur la résidence séparée des

2 - Article 222-12 du Code pénal.

3 - Les peines sont portées alors respectivement à 7 ans et 100 000€ en présence d'une circonstance aggravante supplémentaire et à 10 ans et 150 000€ en présence de deux faits aggravants additionnels lorsque les violences entraînent une ITT supérieure à 8 jours (art. 222-12 du Code pénal). Dans les mêmes conditions, les peines sont portées à 5 ans et 75 000€ d'amende et 7 ans et 100 000€ lorsque les violences provoquent une ITT inférieure à 8 jours (art. 222-13 du Code pénal).

4 - Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

5 - Article 222-24 du Code pénal.

6 - Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

7 - Loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

8 - Article 9 de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020.

9 - Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

1 - Inspection générale de la Justice, *Mission sur les homicides conjugaux*, octobre 2019, 36p., <http://www.justice.gouv.fr/publication/Rapport%20HC%20Publication%2017%20novembre%202019.pdf>

époux, le juge aux affaires familiales doit ainsi attribuer la jouissance du logement conjugal au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences et les frais de location du logement pourront être mis à la charge du parent violent. La loi a également entendu renforcer l'interdiction de s'approcher de la victime par la généralisation du recours aux bracelets anti-rapprochements.

Cependant, le législateur ne s'est pas contenté d'apprécier la situation du conjoint victime des violences, il s'est par ailleurs intéressé au sort des enfants, victimes collatérales, pour lesquels vivre dans un environnement de violence peut venir en perturber le développement. Ainsi, le juge aux affaires familiales pourra également suspendre le droit de visite et d'hébergement d'un enfant mineur pour un parent placé sous contrôle judiciaire. De même, le juge pénal pourra désormais statuer sur le retrait de l'autorité parentale lorsque les pères et mères sont condamnés comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur la personne de leur enfant.

Enfin et depuis peu, les parquets sont invités à analyser attentivement les registres de main courante afin de détecter les situations de violences conjugales qui nécessiteraient d'engager des poursuites.

Force est de constater que malgré la réponse répressive toujours plus sévère apportée par le législateur à la demande des associations de victimes, de l'opinion publique et à la suite de faits divers tragiques, le phénomène se n'en trouve pas pour autant enrayer. Il nous semble en effet qu'au-delà de la question purement punitive, il est essentiel d'assurer la surveillance (I) et le suivi de l'auteur (II) afin de prévenir de toute récidive. Sur ce point, l'Espagne est-elle un exemple à suivre ? (III).

I. Les dispositifs électroniques de surveillance

A) Le placement sous surveillance électronique (PSE)

Ce dispositif existe depuis la loi du 19 décembre 1997¹⁰ et, contrairement au bracelet antirapprochement, ne concerne que l'auteur de violences. Le juge a la faculté de l'imposer avant le jugement (assignation à résidence), pendant la peine en détention ou hors de la détention (dans le cadre d'un projet d'insertion). Il revient au personnel de l'administration pénitentiaire de réaliser une étude de faisabilité. Si celle-ci se révèle probante, le PSE est paramétré pour autoriser un déplacement dans une zone déterminée (domicile, travail par exemple) et à des heures précises.

En cas de violation de la zone ou en cas de sortie en dehors des heures autorisées un signal est envoyé à un centre de contrôle qui en informe l'administration pénitentiaire et le

magistrat. Ce dernier décide ou non de placer l'intéressé en détention. Dans les faits, cette issue n'arrive pas systématiquement, notamment en raison de l'existence de fausses alertes qui feront l'objet de vérifications. Hormis ces situations, l'éventuel incident est analysé par l'administration pénitentiaire avec la personne surveillée au cours d'entretiens individuels pour comprendre les raisons de cette alerte et en éviter d'autres. Une démarche éducative est ainsi privilégiée.

B) Le bracelet anti-rapprochement

Il s'agit ici d'un nouveau dispositif de surveillance prévu par le décret du 23 septembre 2020¹¹ qui concerne à la fois l'auteur de violences et la victime. Le juge peut y recourir dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'une peine ou d'une mesure de sureté après la peine. C'est dire combien le législateur a souhaité élargir l'accès à ce bracelet à tous les stades de la procédure pénale mais aussi civile.

Concrètement, dès que le porteur du dispositif se rapproche de la victime, celle-ci est alertée grâce à un téléphone qui lui a été remis, qui la géolocalise en permanence et qui est relié à un centre d'urgence. Le bracelet est équipé d'une puce multi-opérateur qui couvre 98 % du territoire.

Au civil, un juge aux affaires familiales pourra également y avoir recours dans le cadre d'une ordonnance de protection d'une femme qui dénonce des violences et pour laquelle, le juge estime qu'il existe un réel danger. Ce bracelet réclame le consentement de l'auteur et de la victime et en cas de refus de l'auteur, le juge aux affaires familiales a la possibilité de solliciter le parquet pour ouvrir une procédure pénale, ce qui est dissuasif.

Au pénal, nul besoin d'accord de l'auteur. Cependant, s'il s'y oppose lors de la pose, son contrôle judiciaire peut être révoqué, signifiant pour lui un séjour en détention provisoire.

En principe, le dispositif est prévu pour une durée de 6 mois maximum mais des prolongations sont possibles jusqu'à 2 ans. Sur de telles durées, la question de la soutenabilité de cette « prison chez soi » est légitime, sans compter le fait que plus la durée est longue et plus le risque de violation est important.

À l'instar du PSE, ce bracelet est géré par l'administration pénitentiaire qui a la capacité théorique de gérer à ce jour environ 1 000 bracelets. Comme nous verrons plus bas, l'Espagne utilise actuellement 7 000 bracelets pour lesquels il a fallu 10 ans pour atteindre la pose du premier millier d'unités à partir de 2004. Le développement du recours à ces nouveaux outils de surveillance apparaît bien long, notamment aux yeux des politiques. En effet, la mise en place de ces dispositifs nécessite de coûteux investissements ainsi qu'une logistique pour les gérer, de nouvelles missions pour l'administration pénitentiaire et un changement dans les pratiques des juges. Le bracelet antirapprochement est un

10 - Loi n°97-1159 du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté.

11 - Décret n°2020-1161 du 23 septembre 2020 relatif à la mise en œuvre d'un dispositif électronique mobile antirapprochement.

dispositif ambitieux mais encore trop récent pour pouvoir en tirer de quelconques enseignements quant à son efficacité.

À ces mesures techniques, peuvent s'associer une prise en charge humaine des auteurs de violences intrafamiliales.

II. La prise en charge des auteurs de violences intrafamiliales

A) Hors du cadre judiciaire

Bien que méconnus du grand public et de nombreux professionnels, quelques dispositifs représentent pour les auteurs de violences intrafamiliales un lieu d'écoute et de ressource pour éviter le passage à l'acte.

Il s'agit tout d'abord de plateformes téléphoniques telles que le 08 019 019 11, gérée par la Fédération nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales & familiales (FNACAV), ou le 0 806 23 10 63, gérée par la Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAUS). Ces centres d'appel offrent en toute confidentialité de l'information, des conseils et une orientation adaptée selon le contexte et le profil de l'auteur afin d'éviter que la situation conjugale ne s'envenime.

Concernant les actes de pédophilie, une association propose également d'accueillir la parole de l'auteur pour lutter contre un éventuel passage à l'acte ou une récidive. L'Ange Bleu propose ainsi de recourir à la justice restaurative pour libérer la parole. Le groupe de parole confronte des pédophiles « abstinents » ou « ex-criminels » avec d'anciennes victimes, dans le but de raconter leurs parcours et de s'entraider. En effet, le dialogue avec les victimes permet une prise de conscience des dégâts potentiels, en cas de premier passage à l'acte pour les uns ou d'une récidive pour les autres.

On le devine aisément, ces initiatives s'adressent exclusivement à des auteurs de violences qui ont suffisamment cheminé pour volontairement prendre contact avec ces structures d'aide. Cela illustre une véritable capacité à reconnaître leur responsabilité et le danger qu'ils représentent pour leur entourage, ce qui est loin d'être le cas de la majorité des auteurs de violences intrafamiliales.

B) Dans le cadre judiciaire

Plaçons-nous à présent dans le cadre judiciaire, où une multiplicité de modes de prise en charge est possible. Sur le versant sociojudiciaire, nous évoquerons tour à tour la participation à un stage ou à un groupe de parole et l'obligation pour le parent violent d'être éloigné du domicile, hébergé et suivi par une association spécialisée. Complémentairement, le secteur médical est également sollicité par la justice à travers le prononcé d'obligation de soin ou d'injonction de soin.

1) Le soin au secours de la lutte contre les violences conjugales

Depuis la loi du 17 juin 1998¹², le législateur s'est toujours efforcé de concilier la préoccupation sécuritaire de lutte contre la récidive avec le principe du consentement aux soins. C'est l'équilibre qui a été retenu en matière d'obligation et d'injonction de soins. Comment les soignants doivent-ils comprendre cette « intrusion » du judiciaire dans le médical ?

La loi du 17 juin 1998 définit *de facto*, pour le clinicien, quatre temps judiciaires qui doivent être interprétés comme des temps thérapeutiques présentant chacun leur spécificité.

- Temps 1. Instruction et jugement : cette période ouvre le temps judiciaire et aucune obligation de soin n'est faite à l'auteur présumé (sauf pour les consommations d'alcool ou de drogue). L'instruction est aussi le temps pour le justiciable de la première rencontre avec le ou les experts (psychiatre et/ou psychologue).

- Temps 2. Incarcération : c'est le temps de l'incitation aux soins.

- Temps 3. Libération : Anticipée de longue date, cette temporalité de transition fait partie de tout un jeu institutionnel, celui des remises de peine, mais surtout elle présente un impact très fort dans le temps thérapeutique. C'est toute l'importance du travail de liaison que d'assurer la continuité des investissements thérapeutiques de celui qui devient un probationnaire, entre l'équipe du milieu « fermé » et celle du milieu « ouvert ».

- Temps 4. Le suivi post-détention : c'est l'ouverture du temps thérapeutique sous le contrôle du juge.

Qu'entend-on précisément par obligation et injonction de soin ?

L'obligation de soin s'applique majoritairement aux personnes ayant un problème d'addiction (alcool ou autres drogues). La justice pénale peut l'imposer au délinquant avant le procès (contrôle judiciaire) ou dans le cadre de la peine qui est exécutée. L'intéressé doit alors rapporter la preuve qu'il est entré en contact avec un centre de soin ou un médecin. L'injonction de soin, quant à elle, concerne la délinquance sexuelle et nécessite une expertise médicale préalable. Elle est pratiquée dans le cadre de l'exécution de la peine et du suivi post-peine. Un médecin coordonnateur est alors désigné par le juge d'application des peines pour piloter le bon déroulement de l'injonction de soin.

Complémentairement à ces interventions thérapeutiques, nous allons découvrir le rôle occupé par les associations habilitées par la justice à intervenir auprès du parent violent.

2) Les stages pour auteurs de violences conjugales

Le stage pour les auteurs de violences conjugales est un premier niveau de réponse pénale. Il est pratiqué comme une alternative aux poursuites et, à ce titre, ne laisse aucune

12 - Loi n°98-468 du 17 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

mention au casier judiciaire. Il cible tout particulièrement les primodélinquants qui sont présumés avoir commis des faits mineurs de violences conjugales.

Depuis la loi du 4 août 2014¹³, l'auteur présumé peut être incité par le procureur à participer à un stage d'une ou deux journées ainsi qu'à payer à l'organisateur (en l'occurrence une association) des frais d'inscription. Bien au-delà de ce qui est parfois compris comme une amende, le stage a pour objectif de sensibiliser les conjoints violents aux conséquences de leurs actes, qui sont l'expression d'une difficulté personnelle mais aussi et avant tout d'une transgression sociale. Les stages mis en place par des associations habilitées, sont généralement animés par des psychologues et comportent les modules suivants :

- les représentations de la violence ;
- les violences conjugales en tant que transgression au regard de la loi ;
- la place des victimes et des enfants ;
- l'approche sociologique des modèles familiaux et conjugaux.

Malgré la brièveté de ces stages, l'expérience montre un changement d'attitude entre la résistance, voire la victimisation du début de stage et le questionnement des participants en fin de stage. Celui-ci est vécu comme un choc par certains, l'alerte qu'un interdit a été franchi, et par d'autres comme une simple sensibilisation aux violences dans le cadre familial. Ce stage apparaît tout à fait pertinent mais montre structurellement certaines limites, notamment en raison de sa brièveté.

3) Les groupes de paroles pour auteurs de violences conjugales

Les groupes de parole pour auteurs de violences conjugales s'inscrivent, quant à eux, dans une prise en charge sociojudiciaire plus durable et viennent ainsi renforcer l'impact sur les auteurs. Ils sont de plus en plus pratiqués, principalement lorsque l'auteur est placé sous contrôle judiciaire avec notamment l'obligation de « *faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique* »¹⁴. Le refus d'y participer entraîne potentiellement un placement en détention provisoire. Mais derrière cette épée de Damoclès, la vraie finalité du groupe de parole est de faire émerger une volonté de changer. À travers la dynamique de groupe, l'animateur psychologue va favoriser l'écoute mutuelle et sortir les participants de leur problématique purement personnelle.

Au début, ceux-ci tendent souvent à minimiser, banaliser les faits de violences et sont en quelque sorte « condamnés » à écouter d'autres, un peu plus avancés sur le chemin de la réflexion, de la compréhension et de la capacité à exprimer leurs propres émotions. Ces interactions sont d'ailleurs particulièrement intéressantes dans des groupes dits

« ouverts » où de nouveaux venus entrent dans un groupe où d'autres ont déjà bien avancé.

Ce sont ainsi 4 à 6 séances en moyenne qui facilitent la réflexion autour du passage à l'acte, de la responsabilité personnelle, en redonnant une place à la victime et en s'appuyant sur la dynamique de groupe pour élaborer des stratégies d'évitement de la violence. Marginalement, les groupes peuvent être mixtes, car n'oublions pas que quelques femmes sont également violentes avec leur conjoint et/ou leurs enfants.

Le groupe de parole apparaît, tant aux yeux des acteurs judiciaires qu'associatifs, comme une méthode efficace pour déclencher une prise de conscience et amorcer un changement durable de comportement. Toutefois, qu'en est-il du risque de retour au domicile, notamment pendant le temps si sensible du contrôle judiciaire ?

4) Les dispositifs d'éloignement et de suivi psychosocial des auteurs de violences conjugales

Pour répondre à cette question, l'association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale (APCARS) a ouvert à Paris en 2008 des places d'hébergement et un suivi psychosocial dédié aux auteurs de violences conjugales. Préalablement à ce projet, le parquet de Paris et l'association avaient fait le constat que dans la quasi-totalité des cas, il revenait souvent aux femmes accompagnées de leurs enfants de quitter dans l'urgence le domicile pour mettre un terme aux violences. Cela ressemblait alors à une sorte de double peine pour les victimes : les violences puis la précarité.

Ce dispositif prévoit, en complément d'un hébergement temporaire pour le conjoint violent, des entretiens individuels réguliers avec un travailleur social et un psychologue, et ce, sur une durée moyenne de 10 mois. L'intérêt d'un tel projet tient non seulement à son contenu (la prise en charge psychosociale du conjoint violent) mais aussi à sa réactivité. En effet, il est activé dès le début du contrôle judiciaire, ce qui induit une protection immédiate de la victime et de ses enfants. Par ailleurs, l'expérience de l'APCARS a montré combien il est judicieux de se saisir de la perspective de l'audience (et donc du risque de condamnation) pour enclencher un changement.

D'ailleurs, aucun retour au domicile n'a été enregistré depuis 2008 pendant les 10 mois de prise en charge en moyenne.

Les avantages de ce type de projet sont ainsi nombreux. Tout d'abord, la conjointe garde l'usage du domicile et ses enfants restent scolarisés dans l'école du quartier. Le parent violent ne se retrouve pas à la rue (pas de culpabilisation de sa femme et ses enfants) et ne perd pas son emploi (il peut continuer à payer le loyer du domicile). Par ailleurs, les problématiques d'alcool ou de drogues ainsi que sa santé psychique sont prises en compte par le réseau partenarial. Le conjoint prend peu à peu conscience de la gravité de ses actes et est ainsi préparé à son éventuelle condamnation et

13 - Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

14 - Art. 138-17° du Code de procédure pénale.

aux conséquences au civil de ceux-ci (séparation avec droit de garde ou de visite des enfants).

Ces dispositifs d'hébergements pour auteurs de violences conjugales prennent enfin leur essor avec le soutien du Gouvernement qui a mobilisé l'an passé et cette année de nouveaux moyens pour créer des dispositifs similaires dans plusieurs régions.

Si nous avons largement évoqué les interventions sur les conjoints et parents violents en milieu ouvert, existe-t-il des réponses équivalentes en prison ? Outre la surveillance durant la peine, l'administration pénitentiaire a en effet pour mission de favoriser la réinsertion des détenus tout en luttant contre la récidive.

5) Le suivi des auteurs de violences conjugales en prison

Les violences conjugales étant désormais considérées comme une délinquance spécifique, il serait raisonnable de s'attendre à l'existence de programmes qui leur soient dédiés en prison. Dans la réalité et comme dans d'autres domaines, la prison reste un angle mort des politiques publiques. Plusieurs raisons expliquent cette situation. Il est tout d'abord difficile d'identifier les auteurs de violences conjugales en détention pour une simple question de classification administrative de ce type d'infraction. Souvent noyée au milieu d'autres infractions commises par le condamné, cela pose un problème pour monter des programmes spécifiques. Ensuite, les rares groupes de parole (prévention de la récidive) qui sont organisés en prison sont animés par des conseillers d'insertion et de probation qui sont juristes ou travailleurs sociaux. Cela empêche donc toute visée thérapeutique. Enfin, en détention, à l'exception des actes de pédophilie, les violences dans le cercle familial sont rarement stigmatisantes et la virilité est mise en avant. Ainsi, si un détenu confie avoir frappé sa conjointe ou son enfant, ses promenades ou sa vie en cellule ne s'en trouveront guère perturbées.

Sur un autre plan, le maintien du lien familial est un principe et qui participe à la réinsertion du détenu. Qu'en est-il dans les affaires de parent violent ?

- Soit la peine prévoit explicitement une interdiction du droit de visite ;

- Soit ce n'est pas le cas. Toutefois, de récentes directives rendent plus restrictive la délivrance de permis de visite par les chefs d'établissement pénitentiaire afin de mieux protéger les enfants.

Pour finir, nous allons franchir les Pyrénées pour comprendre ce qui a rendu l'Espagne si pertinente en matière de lutte contre les violences conjugales au point d'en devenir le modèle à suivre en Europe.

III. L'Espagne, la référence à suivre ?¹⁵

Tout est parti d'un plan d'action global mis en place en 2004, date à laquelle le gouvernement de José Luis Rodríguez Zapatero a fait voter une loi qui concerne de nombreux secteurs dans la société : la loi de protection intégrale contre les violences de genre¹⁶. À travers ce plan, plus de 100 tribunaux se sont spécialisés en matière de violences conjugales. En cas de saisine, ceux-ci disposent par ailleurs de seulement 72h pour instruire un dossier. Alors qu'en France, le cloisonnement entre le juge civil et le juge pénal représente un obstacle à la transmission d'informations, y compris dans les situations d'urgence, l'Espagne a fait le choix de confier au juge en charge de ces affaires à la fois une compétence civile et une compétence pénale. Nous devons également à ce plan le développement de l'usage du bracelet antirapprochement. Enfin, un système informatisé rassemble toutes les informations sur les auteurs et victimes de violences conjugales pour évaluer le danger et éviter les « trous dans la raquette ». Il est alimenté par les forces de l'ordre, l'administration pénitentiaire, les instituts de médecine légale, les bureaux d'aide aux victimes, les parquets et les services sociaux. La loi est d'ailleurs venue encadrer la question des données ainsi partagées et leur confidentialité.

Rien qu'à Madrid, 380 policiers municipaux se sont spécialisés pour créer une relation de confiance avec les victimes de violences conjugales et leur intervention est judicieusement graduée en fonction des situations. En cas de risque faible, la police appelle le conjoint pour le mettre en garde et il aura une attention particulière à propos de ce couple. Plus le risque est élevé et plus la protection policière s'intensifie, jusqu'à accompagner la victime dans certains de ses déplacements. Les situations de chaque conjointe sont parfaitement connues des services de police, de l'historique des tensions dans le couple, à l'existence des enfants à protéger jusqu'à la dépendance financière de l'épouse à l'égard de son mari. 60 000 femmes sont ainsi identifiées dans le système informatisé dont 1 700 à Madrid et sont susceptibles de recevoir une intervention adaptée de la police en cas de besoin.

Quels sont les résultats de cette stratégie globale en Espagne ?

Les chiffres sont éloquentes. Le nombre de féminicides a quasiment été divisé par deux. En 2018, les juges formés aux violences conjugales ont prononcé 27 000 ordonnances de protection contre 1 600 en France. En 2018, les tribunaux espagnols ont prononcé 36 000 condamnations contre des

15 - Sur ce point, Centre Hubertine Auclert, *Les politiques publiques de lutte contre les violences conjugales en Espagne : regards croisés avec la France*, 2020, 96p. ; également S. Tardy-Joubert, « Violences conjugales : faut-il suivre le modèle espagnol ? », *LPA*, 5 mars 2021, p.3.

16 - Loi organique 1/2004, du 28 décembre 2004, relative aux mesures de protection intégrale contre la violence de genre ; BOE, 29 décembre 2004, n°313, pp.42166-42197.

auteurs de violences conjugales alors qu'en France nous en étions à la moitié.

Le tableau n'est toutefois pas exempt de critique. Le bracelet anti-rapprochement espagnol est un matériel vieillissant, peu renouvelé, qui a causé jusqu'à 70 % de fausses alertes, entraînant le contact immédiat de la victime sans raison et augmentant son niveau de stress inutilement. Une excellente gestion de ces bracelets complétée par un plan d'investissement pluriannuel est donc nécessaire à un usage massif de ce type d'appareils.

En conclusion...

En France et même sans atteindre l'exemple espagnol, il est possible de nous satisfaire du fait que de plus en plus de compétences se mobilisent pour lutter contre les violences intrafamiliales : la police, la justice pénale et civile, l'administration pénitentiaire, les professionnels du secteur sanitaire et social notamment.

Les causes des violences conjugales étant multifactorielles, aucune solution générique n'est à espérer et l'individualisation de la prise en charge des auteurs demeure la clé, autant que l'éloignement physique des victimes quand cela s'avère nécessaire. Certes, si les bracelets électroniques n'empêcheront jamais un homicide, il convient de reconnaître que dans la très grande majorité des cas, ils sont dissuasifs à condition d'en maîtriser la durée.

En tout état de cause, c'est à travers l'intervention de professionnels spécialement formés que l'on influe le plus sur les comportements des auteurs. Plusieurs années d'expérimentations réussies mais aussi d'échecs ont mis en lumière quelques marges de progrès telles qu'un meilleur partage de l'information et une meilleure coordination entre les différents acteurs qui interviennent sur ces publics. C'est donc ensemble et dans la durée que nous lutterons contre ce fléau qui traversera encore de longues années notre société : mieux alerter dès les premiers signes, bien mesurer le niveau de risque, intervenir rapidement et adapter la réponse socio-judiciaire à chaque situation.

Frédéric Lauféron

La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales

Johan Vanderfaeillie

Professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation du Vrije Universiteit Brussel

Le suivi socio-judiciaire des auteurs de violences sur mineur : l'exemple de la Belgique

Traduction des propos tenus en anglais lors du colloque du 1^{er} juillet 2021.

La Belgique est organisée sous la forme d'un État fédéral divisé en région et en communautés. Dans ce système, l'État fédéral, toutes les régions et toutes les communautés ont leur propre gouvernement qui sont juridiquement équivalents. Tandis que l'État fédéral possède une compétence dans le domaine des affaires étrangères, de la défense nationale, de la justice, des finances, de la sécurité sociale, d'une large compétence en matière de santé ou encore des affaires intérieures, les régions forment, elles, une entité économique dont les pouvoirs concernent avant tout l'économie, l'emploi, l'agriculture, la politique des eaux, les transports, les ouvrages publics et l'environnement. La Belgique compte trois régions : la Flandre, la Wallonie et Bruxelles-Capitale. Les communautés constituent, quant à elles, des entités linguistiques et culturelles dont les compétences touchent à la culture, à l'éducation, l'assistance à l'enfance, les aides familiales, les services d'assistances à l'immigration, etc. Autrement dit, la problématique des violences intrafamiliales touche aussi bien aux compétences de l'État fédéral que des communautés. Cet exposé se concentrera donc sur ce qui se passe dans les communautés et notamment plus particulièrement en Flandre.

La maltraitance des enfants n'est pas seulement une question de justice, mais renvoie à la problématique plus large de la protection de l'enfance. Cela signifie que lorsque les choses ne sont pas gérées par la justice – et donc par l'État fédéral – elles le seront par les communautés à travers leurs compétences en matière de protection de l'enfance et de bien-être social. Or, s'agissant avant tout d'un problème de santé et de bien-être, l'aide volontaire et les interventions thérapeutiques des services extrajudiciaires sont préférées à

une relation plus conflictuelle avec les parents en raison de la prise en charge imposée par les autorités judiciaires.

Ce que nous constatons, c'est qu'en Belgique, on essaie d'imposer des mesures judiciaires uniquement lorsque toutes les possibilités d'aide extrajudiciaire sont épuisées ; de sorte que tout est fait, dans le cadre d'une aide volontaire, avant que nous ne passions à une aide judiciaire et à une aide imposée. En Flandre, dans le décret de l'assistance intégrale à la jeunesse, la notion de situation alarmante renvoie à une situation menaçant le développement d'un mineur parce que son intégrité psychologique, physique ou sexuelle ou celle d'un ou plusieurs membres de sa famille est violée, ou parce que ses possibilités de développement affectif, moral ou social sont menacées, ce qui peut conduire à l'exigence sociale de protection de la jeunesse. Cette définition renvoie peu ou prou à celle d'un enfant maltraité et négligé.

La notion d'exigence sociale est attribuée à des cas alarmants dans lesquels la nécessité d'établir une prise en charge d'aide à la jeunesse a été déterminée par un centre confidentiel d'abus et de négligence envers les enfants ou un service d'aide à la jeunesse. Cette aide peut être volontaire, conditionnelle ou imposée par le juge, mais dont les contours sont fixés par les communautés en raison de leurs prérogatives en la matière.

Si nous nous référons au décret sur l'assistance intégrale à la jeunesse, deux principes sur les sept¹ nous intéressent dans l'hypothèse des violences intrafamiliales envers les mineurs. Tout d'abord, la socialisation de l'aide à la jeunesse consiste à agir de manière appropriée dans une situation d'alerte impliquant que la reconnaissance et la gestion des situations d'alerte ne soient pas seulement une tâche pour des services spécialisés. Ainsi, le recours aux services de protection de l'enfance doit être évité autant que possible et même dans le cas d'abus ou de négligences envers les enfants, les parents sont invités à participer au processus de prise en charge du mineur en continuant de s'occuper d'eux afin de les responsabiliser.

Le problème des violences intrafamiliales n'étant pas une problématique spécifique aux services spécialisés, il est nécessaire que chaque prestataire de soins soit capable de reconnaître les motifs d'inquiétude et d'en discuter avec la

1 - Les sept objectifs poursuivis par le décret sont : - La socialisation de l'Aide à la jeunesse ; - faciliter l'accès aux services de protection de la jeunesse ; - garantir la continuité des soins ; - agir de manière appropriée dans les situations alarmantes ; - assurer une aide en cas de crise ; - maximiser la participation des enfants/adolescents et de leur famille ; - réaliser une approche intégrale (les services de protection de la jeunesse de différents sous-secteurs doivent travailler ensemble et l'aide est coordonnée du point de vue du bénéficiaire).

famille. Les soignants sont épaulés par le centre confidentiel d'abus et de négligence envers les enfants ou le service d'aide à la jeunesse qui, en cas de signalement, demanderont au professionnel de santé les actions entreprises visant à limiter le renouvellement de ces violences.

Le signalement n'est néanmoins pas obligatoire en Belgique et aucune disposition ne régit spécifiquement les cas d'une levée du secret professionnel. Tout de même, ce secret connaît une limite : l'assistance à personne en péril. Cela signifie que si des enfants sont en grand danger et que le professionnel de santé ne peut les protéger, il doit le signaler sous peine de se rendre coupable de non-assistance à personne en péril au sens de l'article 422bis du Code pénal belge. Ce principe vaut pour n'importe quel citoyen et son champ d'application n'est par conséquent pas limité aux seules personnes qui sont liées par le secret professionnel.

Ainsi, l'article 422bis du Code pénal dispose que « *Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents [euros] ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention.*

Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques.

(La peine prévue à l'alinéa 1er est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits) ».

Cette limite est notamment à mettre en perspective avec la possibilité pour le professionnel de santé de lever le secret professionnel dans les conditions définies par l'article 458bis du même code qui prévoit que « *Toute personne qui, par état ou par profession, est depositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue [aux articles 371/1] [à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1er et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies], qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, [de la violence entre partenaires,] d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger*

cette intégrité ».

Le signalement doit donc se faire de manière proportionnée à partir du moment où celui-ci n'est pas toujours dans l'intérêt de l'enfant, et que les problèmes peuvent être traités de manière plus adéquate par les services extrajudiciaires. En effet, ces derniers ont une place prépondérante dans la prise en charge de ces situations ; les rapports aux autorités judiciaires sont transmis aux services extrajudiciaires qui ont l'obligation d'explorer si une aide volontaire peut être mise en place dans les 65 jours à la suite de la saisine. La mise en place de mesure volontaire entraîne un dessaisissement de l'affaire par l'autorité judiciaire qui n'aura pas à connaître des conflits familiaux.

L'absence de signalement automatique répond à la logique des violences intrafamiliales. Celles-ci sont fortement associées à des facteurs de risque tels que la pauvreté, un faible niveau d'éducation ou encore l'existence d'addictions. Or, il s'agit également de problèmes de société, qui doivent donc être traités au niveau sociétal et non au niveau personnel. Bien souvent, les actes de maltraitements découlent d'une situation d'incapacité et d'impuissance résultant de ces facteurs et non d'un choix positif des parents. Ces violences doivent donc être traitées selon un angle curatif et non punitif. Nous savons que les approches judiciaires et répressives ne sont pas si efficaces que cela pour traiter les dysfonctionnements du système familial. Si l'approche répressive peut être efficace pour mettre fin immédiatement à la violence, le fait de ne pas signaler les cas permet de les traiter avec soin et de les aider sans mesures judiciaires sur le long terme.

D'autant que dans un certain nombre de cas, les enfants victimes souhaitent simplement que la violence cesse sans pour autant envoyer leurs parents en prison. Les procédures judiciaires sont traumatisantes pour les victimes lesquelles vivent déjà un premier traumatisme du fait des violences. En effet, il lui incombera de rapporter la preuve des violences alléguées sans quoi l'infraction ne pourra être établie. Or, dans le cas d'abus sexuels, il est très difficile de prouver que celui-ci a eu lieu, ayant pour conséquence le fait que les victimes ne sont pas crues et sont considérées comme indignes de confiance.

Cependant, la situation est totalement différente lorsque l'on parle de violences extrafamiliales. Dans ce cas, le signalement et la saisine du procureur du Roi constituent l'option de choix. Les systèmes de protection de l'enfance et les travailleurs sociaux de l'enfance aideront les victimes.

L'action du procureur du Roi face à un signalement va donc dépendre de la nature des violences. Il peut faire trois choses : premièrement protéger l'enfant, deuxièmement poursuivre l'auteur présumé de l'infraction et troisièmement il peut faire les deux. En cas de violences intrafamiliales commises sur le mineur, la première option est préférée. En cas de violences extrafamiliales, la deuxième option est préférable parce qu'il est impossible d'installer un plan de protection dans la famille parce que la violence ou la menace ne vient pas de la famille.

Ainsi, les centres confidentiels d'abus et de négligence envers les enfants et les services d'aide à la jeunesse traitent principalement des problèmes intrafamiliaux avec pour mission :

- d'évaluer les rapports de suspicion de maltraitance d'enfants émanant de toute personne ou organisation ;
- de fournir des soins adéquats aux victimes de maltraitance et à leur famille ;
- de fournir des conseils aux personnes et aux prestataires de soins qui offrent des soins aux jeunes dans une situation alarmante avec une suspicion de maltraitance ;
- d'évaluer et de suivre les situations alarmantes signalées par la victime, ses parents ou d'autres personnes dont les responsables de la protection de la jeunesse ;
- de garantir au procureur du Roi que les situations alarmantes seront évaluées et feront l'objet d'un suivi. Dans ce cas, la durée de l'évaluation ne peut excéder 65 jours ;
- en cas d'exigence sociale, renvoyer le mineur au procureur du Roi, ce qui peut s'avérer nécessaire dans les cas d'abus et de négligence chroniques.

Pour conclure, l'ensemble du système en Belgique est organisé de manière à définir les violences intrafamiliales comme un problème de société, d'enfance et de bien-être. Les familles sont maintenues au maximum hors des soins et du système judiciaire. Cependant, le fait de renvoyer les cas à ces travailleurs sociaux primaires peut avoir pour conséquence que les professionnels de santé primaires attendent trop longtemps avant d'en référer aux centres confidentiels d'abus et de négligence envers les enfants. De même, les divergences d'évaluation de la dangerosité de la situation entre les travailleurs sociaux et le professionnel de santé peut les amener à sous-déclarer de peur de ne plus être crus.

Un signalement qui n'est d'autant pas incité à partir du moment où celui-ci n'est pas obligatoire, laissant parfois les victimes trop longtemps en danger. Par ailleurs, le fait que le secret professionnel fasse obstacle à l'échange d'information avec d'autres services nuit à la prise en charge globale des violences intrafamiliales.

Johan Vanderfaeillie

Interviews

Jean-François Delfraissy

Président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé

Bernard Dreyfus

Fondateur de l'ANAMEVA

Marie-Anne Montchamp

Présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Dossiers thématiques

Loi de bioéthique - une loi en devenir

Propos introductifs

CLAUDINE BERGOIGNAN ESPER

L'ouverture de l'AMP à toutes : enjeux et scories du débat sur l'établissement de la filiation homoparentale

LAURENCE BRUNET

La filiation des enfants à l'égard des couples de femmes et des femmes seules

LAURE DE SAINT PERN

L'autoconservation de gamètes en débat

MARIE MESNIL

Droit à la connaissance des origines des enfants nés d'un don

ANNE DEBET

Arlésienne bioéthique - La procréation post mortem en débats

LISA CARAYON

Les évolutions du droit suscitées par la GPA

ANA ZELCEVIC-DUHAMEL

L'accès à l'AMP des personnes trans - Transparente et transfilia

CLÉLIA RICHARD

Les évolutions de la médecine face aux nouveau-nés intersexes

CLAIRE BOUVATTIER, LISE DURANTEAU, LAURENCE BRUNET & HERMINE PARKER

La loi de bioéthique et les intersexes

MARIE-XAVIÈRE CATTO

Les recherches sur l'embryon, les cellules souches embryonnaires et les cellules pluripotentes induites : un encadrement en plein évolution

MARIE MESNIL

L'impact de l'IA sur la relation de soin

CLÉMENTINE LEQUILLERIER

La base ANADOC : pour une expertise indépendante des assureurs

Les propos introductifs du comité Anadoc

MICHEL NAUDASCHER - CLAUDINE BERNFELD - PIERRE CORMAN - ALICE BARRELLIER - ÉRIC PEAN - FRÉDÉRIC BIBAL

Réflexions sur la valeur juridique des outils d'expertise et de la base ANADOC

LYDIA MORLET-HAÏDARA

La valeur juridique et le rôle des normes techniques en expertise

AMEL GHOZIA

Le déficit fonctionnel temporaire

JACQUELINE ROSSANT

Le déficit fonctionnel permanent

STÉPHANIE HOUSSIN & ÉRIC TORDJMA

L'assistance tierce personne

FRANCK COLETTE

Le préjudice professionnel

PHILIPPE DONNOU - DIDIER MARUANI

Vers une expertise de qualité dans le respect de la victime et du contradictoire

ISABELLE BESSIÈRES-ROQUES

La création d'une 5ème branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie

La révolution de l'autonomie

STÉPHANE LE BOULER

Vers une « 5ème branche » de la Sécurité sociale ?

PHILIPPE COURSIER

Dépendance : une promesse crépusculaire... en attendant des réponses plus concrètes

JEAN-MARC BOYER

Information sur le DU Silver Economie de l'Université de Paris

Interviews

Claude Evin

Avocat et ancien Ministre de la Santé

Olivier Jardé

Professeur agrégé des Universités de chirurgie et de droit de la santé, Chirurgien au CHU d'Amiens

Dossiers thématiques

1991-2021 : les 30 ans de la loi dite « Evin »

La loi Evin dans son contexte

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Genèse, élaboration et objectifs
FRANÇOIS BOURDILLON

La place du lobbying dans l'élaboration et l'évolution de la loi
MARISOL TOURAINE

La loi Evin en question

Loi Evin, Publicité indirecte et marques
JULIEN CANLORBE

Alcool, tabac, réseaux sociaux et Internet
LUC GRYNBAUM

La loi Evin confortée

La loi Evin : visionnaire, emblématique et donc constamment attaquée
BERNARD BASSET & ALAIN RIGAUD

Bilan de la loi Evin, 30 ans après - Le tabac
LOIC JOSSERAN

Le futur Espace Numérique de Santé : un formidable outil de prévention
LYDIA MORLET-HAÏDARA

Conclusion
CLAUDE EVIN

Parachever la loi Veil 46 ans après

AUTEURS : DIANE ROMAN, MARIE-PIERRE RIXAIN, VÉRONIQUE SÉHIER, SILVIA DE ZORDO, YVES VILLE, NATHALIE TRIGNOL, PHILIPPE FAUCHER, SOPHIE GAUDU, MARIE-FRANCE MAMZER & ALBANE GAILLOT

Les essais cliniques dans un contexte pandémique

Les pandémies en philosophie : des objets protéiformes et des enjeux globaux
JULIA TINLAND

La nécessité d'une coordination efficace des actions de R&D en cas de pandémie
FLORIAN KASTLER

La mise en place des procédures accélérées pour l'évaluation des projets de recherches impliquant la personne humaine COVID 19 : Impacts sur les comités de protection des personnes
LAURA CHEVREAU

Les traitements de données de santé à des fins de recherche liés à la COVID-19 : quelle régulation par la CNIL ?
MANON DE FALLOIS

La protection des données personnelles au cœur de la recherche Covid-19 à l'Inserm
FRÉDÉRIQUE LESAULNIER

La protection des données de santé mises à disposition par le Health Data Hub pour les recherches sur la Covid-19
BÉNÉDICTE BÉVIÈRE BOYER

Les cyberattaques dans les établissements de santé : enjeux et protection

État de la menace cyber à mai 2021
JEAN-FRANÇOIS PARGUET

L'approche de l'Agence du Numérique en Santé
JACQUES LUCAS

L'approche de l'Agence du Numérique en Santé
EMMANUEL SOHIER

Les violations de données à caractère personnel. Notifications, quels constats ?
GASTON GAUTRENEAU

Retour d'expérience, CHU de Rouen confronté à une attaque en 2019
CÉDRIC HAMELIN

Le besoin grandissant de sécurisation des données médicales des établissements de santé et le cadre de développement des réponses apportées
SONIA CORDON

Directrice de la publication

CHRISTINE CLERICI
Présidente de l'Université de Paris

Directeurs de la rédaction

CAROLINE LE GOFFIC
Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, co-directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

LYDIA MORLET-HAÏDARA
Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, co-directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

Coordinatrice de la rédaction

LAURA CHEVREAU
Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, juriste au CPP Ile-de-France 2

Conception graphique

CHARLOTTE DE BRUYN
Responsable de la communication de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

Comité international

FERNANDO AITH
Professeur à l'Université de Sao Paulo - USP, Co-Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches en Droit de la Santé

LARY BROWN
Professor of Health policy and management, Columbia University

SUELI DALLARI
Professeur à l'Université de Sao Paulo, Directrice du centre d'études et de recherches en droit de la santé

PENNEY LEWIS
Professor of Law, School of Law and Centre of Medical Law and Ethics, King's College London

OLIVIER GUILLOD
Professeur à l'Université de Neuchâtel, Directeur de l'Institut Droit et Santé de Neuchâtel

CATHERINE RÉGIS
Professeur à l'Université de Montréal, Chaire de recherche du Canada en droit et politiques de la santé

WILLIAM M. SAGE
Visiting Professor, Yale Law School, James R. Dougherty Chair for Faculty Excellence, The University of Texas at Austin

GENEVIÈVE SCHAMPS
Professeur à l'Université Louvain-la-Neuve, directeur du centre de droit médical et biomédical

DOMINIQUE SPRUMONT
Professeur à l'Université de Neuchâtel, co-directeur de l'Institut Droit et Santé de Neuchâtel

Comité éditorial et scientifique

MIREILLE BACACHE
Professeur à l'École de droit de la Sorbonne, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Sorbonne Assurance (IRJS), Directeur de l'Institut des Assurances de Paris 1 (IAP-Paris 1)

PIERRE-HENRI BRÉCHAT
Membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre de la Chaire Santé de Sciences Po, praticien hospitalier du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris (AP-HP) en mobilité au Centre Cochrane Français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'AP-HP

STÉPHANE BRISSY
Maître de conférences à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

CAROLINE CARREAU
Maître de conférences émérite à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

PHILIPPE COURSIER
Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

ANNE DEBET
Professeur à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

LUC GRYNBAUM
Professeur à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, Avocat Of Counsel chez De Gaulle Fleurance & associés

ANNE LAUDE
Professeur des Universités, Doyen honoraire de la Faculté de droit, d'économie et de gestion, Membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Université de Paris, Président d'honneur de l'Association française de droit de la santé

CAROLINE LE GOFFIC
Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, co-directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

CLÉMENTINE LEQUILLERIER
Maître de conférences à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

LYDIA MORLET-HAÏDARA
Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, co-directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

DAVID NOGUÉRO
Professeur à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

PASCAL PAUBEL
Professeur associé à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

JÉRÔME PEIGNÉ
Professeur à l'Université de Paris, codirecteur de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

RÉMI PELLET
Professeur à l'Université de Paris et à Sciences-Po Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

DIDIER TABUTEAU
Professeur associé à l'Université de Paris, membre de l'Institut droit et santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, professeur affilié à l'Institut d'études politiques de Paris

ANA ZELCEVIC-DUHAMEL
Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris