conseil-national.medecin.fr

Médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins



2026
numéro
spécial

Le médecin face aux violences : repérer, agir, prévenir.

05 Repérer

• **En chiffres** 06
Violences en France : état des lieux

• **Décryptage** 08
Comment déceler les violences intrafamiliales ?

• **L'invitée** 11
Pr Coraline Hingray, fondatrice de la Maison de la résilience

• **Décryptage** 12
Soumission chimique : comprendre pour mieux repérer

• **Focus** 14
Comment accompagner les adultes vulnérables victimes de violences ?

• **Réflexion** 16
Mieux former les médecins au repérage et à la prise en charge des violences

• **En pratique** 18
Repérage des violences et déontologie médicale

19 Agir

• **Décryptage** 20
Violences intrafamiliales : comment agir et accompagner ?

• **En pratique** 23
Violences, maltraitance : comment faire un signalement judiciaire ?

• **En pratique** 24
Comment rédiger un certificat médical ?

• **L'invitée** 25
Certificats, signalements : ne plus laisser les médecins seuls…

• **Réflexion** 26
L'incapacité totale de travail (ITT) : une notion qui fait débat

28 Prévenir

• **En pratique** 29
Comment promouvoir la bientraitance dans le soin ?

• **Focus** 30
Prévenir les violences gynécologiques : construire le soin avec la patiente

32 Contacts utiles

RESTONS CONNECTÉS!

sur le web : conseil-national.medecin.fr
sur X : @ordre_medecins
sur Linkedin : Conseil national de l'Ordre des médecins
sur Instagram : @ordre_medecins

Nous écrire :
Conseil national de l'Ordre des médecins
4, rue Léon-Jost – 75855 Paris Cedex 17

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au RGPD, les personnes concernées disposent de droits concernant leurs données, qu'elles peuvent exercer par courrier ou courriel.

Directeur de la publication : Dr Jean-François Delahaye – Ordre des Médecins – 4, rue Léon-Jost – 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00 –Rédactrice en chef : Dr Catherine Guintoli-Centuri – Rédactrice en chef adjointe : Dr Lucie Jousse – Coordination : Isabelle Marinier – Eva Jednak – Conception et réalisation : CITIZENPRESS – 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris – Responsable d'édition : Hortense Lasbleis – Direction artistique : David Corvaisier – Maquette : Célia Da Fonseca, Marie Dupont – Secrétariat de rédaction : Christine Ferreri – Crédits photo : Gettyimages, Max Bauwens – Couverture : Gettyimages, Max Bauwens – Dépôt légal : à parution – n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Pr Stéphane
OUSTRIC
Président de l'Ordre des médecins

Notre action n'est guidée que par une exigence éthique : **protéger les patients.**



Notre société ne tolère plus que les plus vulnérables ne soient pas suffisamment protégés. Et elle a raison.

Nous, médecins, sommes tous les jours confrontés à des situations qui nous alertent. À une parole, un regard, un comportement d'un patient qui nous font deviner l'intolérable. **Lorsqu'une situation de violence se révèle dans le huis clos de la consultation, notre devoir est clair : agir. Et nous agissons.**

Mais celui qui protège doit, lui aussi, être protégé. L'Ordre le demandait depuis 2022. Nous avons enfin été entendus.

L'Assemblée nationale vient d'adopter la proposition de loi dite « intégrale » contre les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes et aux enfants. Et avec elle, une avancée essentielle portée par l'Ordre : mieux protéger les médecins signalants des procédures disciplinaires très souvent engagées par l'auteur présumé des violences. **Il était inacceptable qu'un médecin ayant agi de bonne foi pour protéger une victime puisse, pour ce motif, subir une procédure disciplinaire.** Bientôt, ce ne sera plus possible. C'est une victoire pour toutes les victimes.

Mais ce n'est pas suffisant. L'Ordre doit, lui aussi, disposer de davantage de moyens pour protéger les patients.

Depuis le 25 juin 2025, nous avons fixé une ligne claire : **face aux médecins agresseurs TOLÉRANCE ZÉRO.** Nous avons renforcé l'action pénale de l'Institution, avec **plus de 160 actions menées** depuis le début de l'année. Et nous voulons pouvoir agir avant qu'il ne soit trop tard. C'est pour cela que nous avons porté la création d'une attestation d'honorabilité pour les médecins. Inscrite aujourd'hui dans le projet de loi relatif à la protection des enfants, elle est indispensable pour nous permettre d'agir davantage en amont, et pas seulement après les faits.

Notre action n'est guidée que par une exigence : protéger les patients.

C'est aussi le sens de la journée « Victimes et médecins : agir ensemble contre les violences », que nous organisons le 17 novembre et qui est au cœur de ce Bulletin. Victimes, médecins, acteurs judiciaires, pouvoirs publics, associations : c'est ensemble que nous devons travailler pour faire évoluer les pratiques.

Les représentants de nos commissions départementales Vigilance Violence Victimes, qui agissent sur l'ensemble du territoire auprès des médecins et des victimes, seront aussi dans la salle. **Face aux violences, l'Ordre doit apporter une réponse coordonnée, concrète et déterminée.**

Les attentes de la société évoluent.

Notre responsabilité est d'y répondre, et nous l'assumons pleinement.

INTERVIEW

« Le médecin est souvent le premier à voir, mais aussi trop souvent seul »

Députée du Val-de-Marne, Maud Petit a présidé, de février à juillet 2026, une commission d'enquête parlementaire sur le traitement judiciaire des violences sexuelles incestueuses commises contre les enfants.



MAUD **PETIT,** Députée du Val-de-Marne

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS AUJOURD'HUI SUR LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE ? QUELLES EN SONT LES PRINCIPALES LACUNES ?

Les violences faites aux enfants forment un continuum : violences éducatives ordinaires, violences intrafamiliales, violences sexuelles – et en particulier l'inceste, qui détruit l'identité même de la victime. Chacune nécessiterait une réponse spécifique, mais il faudrait déjà une réponse globale. C'est précisément ce qui manque aujourd'hui car la réponse actuelle n'est pas à la hauteur des enjeux : des acteurs nombreux, engagés, mais qui travaillent trop souvent chacun de leur côté et qui sont peu, voire pas contrôlés. Je plaide donc pour un Grenelle de la protection des enfants : une feuille de route, un plan d'action, un rôle clair pour chaque acteur (État, départements, communes, associations, professionnels de santé, de justice) et une programmation budgétaire pluriannuelle.

QUELLES SONT AUJOURD'HUI LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES QUE VOUS JUGEZ PRIORITAIRES POUR MIEUX PROTÉGER LES ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES ?

La Commission d'enquête que j'ai présidée sur le traitement judiciaire de l'inceste, le drame subi par la petite Lyhanna et les affaires du périscolaire à Paris ont démontré que les victimes peinent à être reconnues et protégées. Toute cette actualité a fait réagir. Le projet de loi sur la protection de l'enfance (adopté cet été à l'Assemblée nationale) et la proposition de loi dite « Intégrale » apportent des avancées comme le contrôle d'honorabilité des personnels en contact avec des enfants, l'absence de poursuites pour non-représentation d'enfant en cas de signalement pour violences incestueuses. Mais la priorité devrait être la prévention : agir avant qu'il n'y ait des victimes.

LES MÉDECINS OCCUPENT UNE PLACE ESSENTIELLE DANS LE REPÉRAGE DES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS. COMMENT MIEUX LES ACCOMPAGNER ET LES PROTÉGER DANS CETTE DÉMARCHE ?

Le médecin est souvent le premier à voir, mais aussi trop souvent seul. Il doit pouvoir signaler sans craindre pour lui-même : la proposition de loi « Intégrale » y répond et j'ai fait adopter un amendement le protégeant aussi des poursuites disciplinaires lorsqu'il rédige un certificat de bonne foi. Il faut aussi lui donner du temps, avec une consultation dédiée et valorisée ; un appui, en s'adossant aux Unités d'accueil pédiatriques Enfants en danger de chaque département ; des outils, avec un questionnement systématique sur les violences, comme le recommande la Ciivise. Enfin, la formation aux psychotraumatismes, à la dissociation et au signalement doit être commune aux médecins, magistrats et enquêteurs : on protège mieux quand on parle le même langage.

QUEL RÔLE LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS PEUT-IL JOUER DANS L'AMÉLIORATION DE LA PROTECTION DES ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES ?

J'ai apprécié la qualité des échanges avec les représentants du Cnom lors de leur audition pour la Commission d'enquête sur l'inceste et j'y ai trouvé une réelle volonté de tirer les leçons du passé, notamment après l'affaire Le Scouarnec, et d'afficher un soutien clair aux victimes. L'Ordre peut agir concrètement : traiter avec discernement les plaintes visant un médecin signalant, sans le confronter en conciliation au plaignant ; diffuser des modèles de certificats et proposer un appui juridique aux médecins qui signalent ; promouvoir la formation aux violences faites aux enfants et au psychotrauma ; défendre auprès des pouvoirs publics la pédiatrie, dont les effectifs déclinent d'année en année. Car le pédiatre, spécialiste de l'enfant, ne doit pas disparaître : c'est une spécificité française précieuse.

Répérer

« Dans cette partie, nous présenterons les différents contextes de violences et les profils de victimes. Nous ferons également le point sur le repérage qu'il faut tenter de systématiser en consultation, les signes qui doivent alerter, les premières démarches à réaliser dans l'accompagnement des victimes : écoute, recueil de la parole, orientation… Nous évoquerons également les difficultés auxquelles les praticiens peuvent être confrontés et rappellerons que l'Ordre est à leurs côtés pour les accompagner dans cette mission parfois délicate. »

Dr Louis-Vahdat,
présidente de la section Éthique et déontologie

Les invités

Dr Ghada Hatem, gynécologue et fondatrice de la Maison des femmes à Saint-Denis

Pr Coraline Hingray, professeure de psychiatrie et praticienne hospitalière en neurologie au CHRU de Nancy. Fondatrice de la Maison de la résilience à Nancy

Leila Chaouachi, docteure en pharmacie, fondatrice du Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (Crafs)

Dr Claire Siret, présidente de la commission Handicap du Conseil national de l'Ordre des médecins

Dr Pierre-André Delpla, neuropsychiatre et conseiller ordinal du conseil départemental de Haute-Garonne

Pr Pauline Saint-Martin, cheffe de l'Institut médico-légal du CHU de Tours et présidente de la Société française de médecine légale

Dr Mathilde Chouquet, médecin généraliste et chargée de mission régions au sein du syndicat ReAGJIR. Coordonnatrice d'un groupe de travail sur les violences sexuelles faites aux patientes et patients au sein du syndicat

Violences en France : ÉTAT DES LIEUX

Coups et blessures, violences sexuelles, psychologiques, intrafamiliales… En 2025, le nombre de violences physiques et sexuelles enregistrées par les forces de l'ordre a augmenté de 5 % et 8 % par rapport à 2024. Quelques repères essentiels pour mesurer l'ampleur du phénomène.

473 000
victimes de violences physiques enregistrées en 2025, dont **114 500** envers des mineurs, soit 1 victime sur 4.

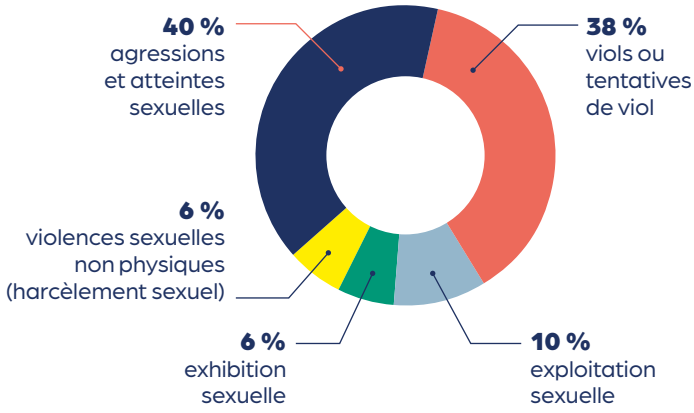
132 300
victimes de violences sexuelles enregistrées en 2025 dont **76 200** de mineurs, soit **58 %** des victimes.

54 %
des violences physiques sont commises dans la sphère familiale.

28 %
des violences sexuelles ont lieu dans la sphère familiale.

Source : Ministère de l'Intérieur

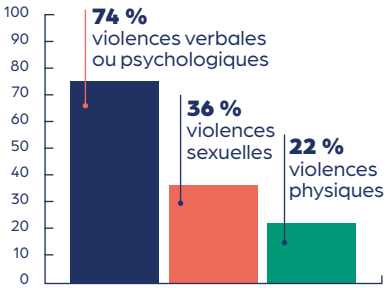
Typologie des violences

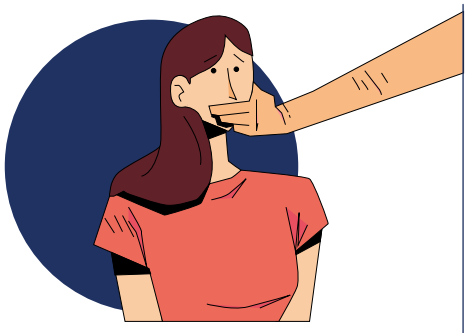


EN 10 ANS, LE NOMBRE DE VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES A ÉTÉ MULTIPLIÉ PAR : 2,6

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Des violences subies souvent cumulatives :





228 000
femmes victimes de violences recensées par les services de police et de gendarmerie en 2024.

Dans **54 %** des cas de violences sexuelles, les femmes connaissent leur agresseur.

376 000
femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences conjugales (physiques, verbales et/ou sexuelles) en 2023 (enquête de victimisation).

1 viol sur 2
est perpétré par le conjoint ou un ex-conjoint.

164
féminicides recensés en 2025.

Sources : Arrêtons les violences, Assemblée nationale, Association Nous Toutes

VIOLENCES FAITES AUX MINEURS

160 000
enfants victimes de violences sexuelles chaque année.

→ **1** enfant victime toutes les 3 minutes.

→ **3** enfants par classe.

5,5 millions d'adultes victimes de violences sexuelles durant leur enfance.

Dans **81 %** des cas, l'agresseur est un membre de la famille.

Sources : Ciivise, Inserm

REPÉRAGE MÉDICAL



1 femme sur 20
déclare avoir été questionnée par son médecin généraliste sur l'éventualité de violences conjugales en 2025, **contre 1 sur 33 en 2022.**

Source : HAS

SOUMISSION ET VULNÉRABILITÉ CHIMIQUE

1377
signalements d'agressions facilitées par des substances en 2024 :

68,3 % des agressions sont des violences sexuelles
→ dans **96,4 %** des cas commises par des hommes

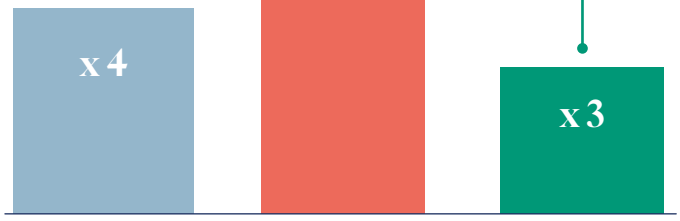
Source : ANSM

VIOLENCES ET HANDICAP

4 fois plus de risques pour les femmes en situation de handicap de subir des violences sexuelles.

6 fois plus de risques en cas de situation de handicap mental.

3 fois plus de risques pour les enfants en situation de handicap.



PRISE EN CHARGE ET ORIENTATION DES VICTIMES

108 241
appels traités par la ligne d'écoute nationale 3919 en 2025.

73 992
victimes de violences sexuelles et sexistes accueillies dans une UMJ en 2024.
→ **9 000 de plus qu'en 2023.**

410 000
victimes prises en charge par des associations soutenues par le ministère de la Justice en 2024.

86 %
des affaires de violences sexuelles et 94 % faits de viols sont classés sans suite.

Source : Arrêtons les violences, ministère de la Justice, Assemblée nationale, Institut des politiques publiques

VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES

8 personnes sur 10 rapportent au moins une atteinte à leur consentement lors d'un examen gynécologique.



45,1 % déclarent avoir subi des violences obstétricales et gynécologiques.

56,3 % rapportent au moins une situation d'examen gynécologique pouvant relever de violences sexuelles.

Source : StopVOG

ENTRETIEN CROISÉ

Comment déceler les violences intrafamiliales ?

Les violences intrafamiliales ne laissent pas toujours de traces visibles et les victimes les évoquent rarement spontanément en consultation. Pourtant, par sa relation privilégiée avec ses patients, le médecin occupe une place essentielle dans leur repérage. Quels signes doivent alerter ? Comment faciliter la parole ? Éléments de réponse avec le Dr Ghada Hatem, gynécologue et fondatrice de la Maison des femmes à Saint-Denis, et le Dr Christine Louis-Vahdat, gynécologue et présidente de la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom).



DR GHADA **HATEM,**
gynécologue
et fondatrice de la
Maison des femmes
à Saint-Denis



DR CHRISTINE **LOUIS-VAHDAT,**
gynécologue
et présidente
de la section Éthique
et déontologie
du Cnom

À quoi correspondent concrètement les violences intrafamiliales ?

Dr Christine Louis-Vahdat : Il s'agit de l'ensemble des violences commises au sein de la sphère familiale : les violences conjugales, les violences sur les enfants, les violences envers les personnes âgées ou en situation de handicap et les violences exercées par un proche de cette sphère familiale. Elles peuvent prendre la forme de violences physiques, psychologiques, verbales, sexuelles, économiques, administratives ou encore numériques…

Dr Ghada Hatem : Pour les violences physiques, tout le monde voit à peu près de quoi on parle : elles peuvent aller jusqu'à la mort de la victime. Concernant les violences psychologiques, il y a une vaste palette : il peut s'agir d'humilier, de terroriser, d'abîmer l'estime de soi, de persécuter, de contrôler. Il n'est pas nécessaire de lever la main pour transformer quelqu'un en « serpillière ». Concrètement, cela peut se traduire par le fait d'imposer à sa conjointe de ne pas travailler, de ne pas avoir de compte en banque, de ne pas avoir de papiers, de lui demander toutes les dix minutes où elle est, de l'empêcher de sortir… Il y a également le cyberharcèlement et les cyberviolences : mettre des trackers dans le téléphone de sa conjointe pour la suivre, lire ses discussions, lire ses mails, faire des transactions sur son compte en banque sans qu'elle le sache…
Il faut savoir que les auteurs de violences commencent toujours ou presque par des violences psychologiques et de l'emprise, ce que l'on appelle aujourd'hui le contrôle coercitif. Les violences physiques interviennent dans un deuxième temps.
Je voulais également ajouter un mot sur les violences sexuelles, c'est-à-dire les agressions sexuelles et les viols. Il y a notamment le sujet du viol conjugal, qui n'est pas très connu. Beaucoup de gens considèrent que, si on est marié, on ne peut pas subir un viol. Or, dans un couple, il y a des moments où on n'a pas envie



et lorsqu'une relation est imposée, ça reste un viol, que l'on soit mariés ou pas. Et, pour le législateur, le viol conjugal est plus grave que le viol non conjugal parce qu'il est commis par quelqu'un qui est censé vous protéger et auprès duquel vous devriez être en sécurité.

Certaines formes de violences sont-elles particulièrement difficiles à repérer ?

C. L.-V. : Les violences psychologiques sont les plus difficiles à repérer et à identifier : les victimes ont peur, elles ont souvent honte aussi ou pensent que c'est leur faute, qu'elles le méritent. Et puis elles consultent rarement pour cela… Elles viennent pour des symptômes indirects : troubles du sommeil, anxiété, douleurs chroniques, fatigue, troubles digestifs, conduites addictives ou encore dépression…

G. H. : L'un des principaux problèmes, c'est que les femmes qui subissent des violences sont passées maîtresses dans l'art de mentir, de se camoufler, de tricher, de donner le change. Et donc, si on ne va pas chercher des réponses, on risque de ne pas en avoir du tout. Elles ne parlent pas parce qu'elles sont terrorisées, parce qu'on les a menacées, elles ou leurs enfants : « *Si tu parles, je te quitte, je prends les enfants. Si tu parles, personne ne te croira parce que je suis quelqu'un d'important et, de toute façon, tu as l'air d'une folle et moi je présente bien.* » Et malheureusement, c'est souvent le cas… Quand on a subi de la violence, on est dans un état de confusion, on a du mal à avoir les idées très claires, on oublie la moitié des choses et on peut faire mauvaise impression.

Les médecins doivent-ils faire un repérage « actif » ? Et comment mettre en place ce repérage ?

G. H. : Oui, vraiment, je pense qu'il faut questionner systématiquement les patients. Dans la mesure où on leur demande leurs antécédents parce qu'on a besoin de savoir s'il y a des maladies génétiques, ou certains cancers dans la famille, s'ils ont des allergies, s'ils sont alcooliques, tabagiques, s'ils consomment des drogues… Toutes ces informations vont déterminer notre façon de les soigner. Donc à mon sens, cela fait partie des questions essentielles : « *Est-ce que vous avez déjà subi… ?* » Après, chacun peut choisir la formulation avec laquelle il est à l'aise : « *des choses difficiles* », « *de la violence* », « *des situations où vous aviez peur* », « *des situations où vous avez eu l'impression de ne pas avoir été respectée* », « *une enfance difficile* »… Ces antécédents-là sont quand même très importants. Je conseille de visionner un court-métrage pédagogique, *Anna*, réalisé à l'initiative de la Mission interministérielle pour la protection des femmes (Miprof), qui permet de voir qu'un médecin peut poser une question très délicatement, même quand la patiente vient pour autre chose. Il montre également le déroulé de la consultation, qui n'est pas si long, et ça, c'est très rassurant pour les médecins.

C. L.-V. : Pour les violences conjugales, la HAS recommande effectivement un questionnement systématique notamment dans certaines situations à risque : grossesse, urgence, consultation de gynécologie, troubles anxio-dépressifs… Pour un repérage actif, je pense qu'il faut que le cadre soit assez favorable : il faut que la personne soit seule, il faut garantir la confidentialité, cela va contribuer à la relation de confiance et aux confidences. Il faut poser des questions simples et ouvertes, par exemple : « *Est-ce que vous vous sentez bien chez vous ?* » C'est une question qui va amener vers quelque chose… En fait, ▶

c'est à partir d'un faisceau de signes, de symptômes, et à l'aide de questions orientées, une fois la relation thérapeutique de confiance créée, que des révélations pourront émerger. En revanche, il ne faut pas attendre de révélations spontanées. C'est d'ailleurs pour cela que, s'il y a un doute, il ne faut pas hésiter à revoir la patiente, quitte à invoquer un prétexte organique. Il existe aussi un outil de sensibilisation et de repérage, le violentomètre, à mettre par exemple à la disposition des patients dans la salle d'attente. Cet outil peut permettre une prise de conscience pour certaines victimes de violences et parfois, même si c'est plus tard, une libération de la parole. C'est un outil que l'on peut télécharger et imprimer.
En ce qui concerne le repérage des violences sur les mineurs, c'est beaucoup plus difficile parce que les enfants arrivent en consultation accompagnés par leurs parents ou par les détenteurs de l'autorité parentale. Or, en cas de violence, ce sont souvent eux les agresseurs. Donc le repérage va plutôt se faire dans les crèches ou les établissements scolaires.

Quels sont les freins à ce repérage chez les médecins ?

G. H. : Je pense que nous ne devons pas nous reposer sur notre grande capacité à voir l'invisible. Une bonne connaissance de nos patients ne suffit pas. Nous devons aller chercher la réponse en posant clairement la question.
Et ensuite, il faut être en mesure d'entendre la réponse.
Un médecin qui va craindre de ne pas savoir quoi faire, ou de ne pas avoir le temps de prendre en charge la personne, ne sera pas capable d'entendre, et la personne le sentira.
Donc il faut que les médecins se préparent à entendre des choses et à savoir comment réagir et quoi répondre.

C. L.-V. : La formation est essentielle, les médecins doivent être formés au repérage des violences et aux psychotraumatismes pour accueillir la parole des victimes et agir. Et c'est pour cela que l'on a décidé, au Conseil de l'Ordre, de mettre en place des groupes de travail avec les victimes et de créer une commission dédiée. Nous souhaitons que les victimes elles-mêmes et les associations de victimes forment les conseillers ordinaux, les assesseurs des chambres disciplinaires et les médecins à cette problématique. Nous souhaitons également travailler avec les universités pour que, dès le premier cycle des études médicales, les étudiants soient sensibilisés à la question du repérage des violences.



« Comme si elles lisaient la liste des courses... »

À Nancy, la Maison de la résilience accueille les victimes de violences sexuelles, enfants comme adultes, et fait office de centre d'expertise des troubles dissociatifs, massivement sous-diagnostiqués. Sa fondatrice, la psychiatre Coraline Hingray, invite les médecins traitants à se défaire du stéréotype de la « bonne victime ».



P[R] CORALINE **HINGRAY,** fondatrice de la Maison de la résilience

LA MAISON DE LA RÉSILIENCE A OUVERT SES PORTES FIN 2024. QU'EST-CE QUI A MOTIVÉ SA CRÉATION ?
L'idée a germé alors que je dirigeais une antenne du centre régional du psychotraumatisme de Strasbourg dotée de tout petits moyens. Je constatais que la très grande majorité des patients que nous suivions étaient des victimes de violences sexuelles. Celles-ci sont un phénomène massif, qui concerne un adulte sur dix, trois enfants par classe, un enfant toutes les trois minutes, une femme toutes les deux minutes. Or il existe des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles et des dispositifs de soins pour ces derniers... mais rien de spécifique pour leurs victimes. Il fallait une offre de soins dimensionnée pour les accueillir. C'est ainsi qu'est né le premier centre en France consacré aux victimes de violences sexuelles.

QUELS SONT SES DIFFÉRENTS DOMAINES D'ACTIVITÉ ?
La Maison de la résilience est un centre d'expertise des troubles dissociatifs : syndrome de dépersonnalisation-déréalisation, amnésie dissociative, trouble dissociatif de l'identité, dissociation somatoforme. Tous sont liés à des violences précoces et répétées, et massivement sous-diagnostiqués : une méta-analyse sur 32 000 étudiants en a retrouvé 11,4 %, dont 3,7 % de troubles dissociatifs de l'identité, alors qu'on en diagnostique moins de 1 000 en France. Nous menons aussi un programme de recherche pour objectiver la dissociation. Et, bien sûr, la Maison de la résilience est avant tout un centre de soins.

À QUI S'ADRESSE-T-ELLE ? ET POUR QUELLE PRISE EN CHARGE ?
Nous accueillons, sans limite d'âge, les victimes de violences sexuelles de Lorraine Sud prêtes à travailler sur leur trauma. C'est le patient qui nous appelle. Un psychiatre et un infirmier posent d'abord le diagnostic et vérifient qu'il est assez stable pour s'engager. Suivent trois demi-journées de psychoéducation en groupe, puis neuf mois à un an de soins pluriprofessionnels : EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires), thérapie cognitivo-comportementale d'exposition, ateliers de régulation émotionnelle, accompagnement juridique et social. Un suivi extérieur est obligatoire pour que la fin de la prise en charge ne soit pas vécue comme un nouvel abandon.

QUELLE EST LA FRÉQUENTATION DE LA MAISON DE LA RÉSILIENCE À L'HEURE ACTUELLE ? ET DEMAIN, QUEL OBJECTIF ?
Depuis l'ouverture, nous avons pris en charge plus de 1 000 patients, majoritairement des femmes. Nous recevons entre cinq et dix demandes par jour. Plus de trois 100 patients sont en liste d'attente avec un délai de plus de 10 mois. L'un de nos objectifs est de ne pas rester seuls sur ce terrain où les besoins sont immenses. L'idée serait de faire émerger d'autres centres en collaboration avec les centres régionaux du psychotraumatisme existants et les Maisons des femmes.

QUEL RÔLE PEUVENT JOUER LES MÉDECINS TRAITANTS ?
Les médecins peuvent contribuer activement au repérage de ces victimes trop souvent invisibles et complètement décrédibilisées parce que leur comportement est très différent de ce qu'on considère comme une « bonne victime ». Certaines de ces patientes, par exemple, racontent les horreurs qu'elles ont subies comme si elles lisaient la liste des courses : ce n'est pas signe qu'elles vont bien, au contraire ! Il est très important que les médecins prennent l'habitude de poser la question des antécédents de violence. Demander à quelqu'un s'il a subi des abus ou des agressions sexuelles dans l'enfance ne coûte rien et peut sauver des vies. Il faudrait aussi que toute la profession médicale se familiarise avec la dissociation somatoforme. Face à des patients qui présentent des symptômes fonctionnels, neurologiques, digestifs, ORL ou cardiaques sans lésion apparente, c'est une piste qu'il faut creuser systématiquement.

ENTRETIEN CROISÉ

Soumission chimique : comprendre pour mieux repérer

En 2024, l'affaire Gisèle Pelicot a mis en lumière la soumission chimique et les difficultés de son repérage. Quels signes doivent alerter les médecins ? Comment accompagner les victimes ? Éclairage du Dr Christine Louis-Vahdat, présidente de la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), et du Dr Leïla Chaouachi, pharmacienne et fondatrice du Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (Crafs). www.lecrafs.com



DR LEÏLA **CHAOUACHI,** pharmacienne et fondatrice du Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (Crafs)



DR CHRISTINE **LOUIS-VAHDAT,** gynécologue et présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom

Que désigne la soumission chimique ?

Dr Leïla Chaouachi : C'est le fait d'administrer une substance psychoactive à l'insu de la victime ou sous la menace dans le but de l'agresser. Elle se distingue de la vulnérabilité chimique : dans ce cas, la personne a consommé volontairement des substances psychoactives et l'agresseur va profiter de son état de fragilité pour passer à l'acte. Dans les deux cas, il s'agit d'agressions facilitées par les substances. Ces deux modes opératoires peuvent constituer des circonstances aggravantes sur le plan pénal.

Comment repérer les situations de soumission chimique ? Quels sont les signes ?

Dr Christine Louis-Vahdat : Il n'existe pas de signes spécifiques mais un tableau évocateur avec par exemple une amnésie partielle ou totale, une somnolence inhabituelle, une désorientation, une sensation de perte de contrôle, un trouble du comportement ou neurologique (vertiges, troubles de l'équilibre…), des nausées ou vomissements et ce, en présence de faits délictuels ou criminels possibles.

L. C. : Même sans amnésie, une personne peut ne pas comprendre son comportement : elle se rappelle signer des chèques ou des contrats auxquels elle s'opposait, elle se voit docile, obéissante, exécutante d'ordres… Il arrive aussi que des victimes, sans signe de violence apparent, présentent des symptômes récurrents. C'est ce qu'on appelle la maltraitance chimique : des enfants ou des seniors chimiquement battus par exemple. On ne les frappe pas, mais on va les assommer avec des médicaments, des drogues, pour se soustraire à ses obligations de soins, de parentalité, etc. Là, ce qui doit alerter, c'est la récurrence de symptômes inexpliqués, liés à un rituel ou à la présence d'une personne en particulier. Le médecin va devoir explorer

Le Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances

Créé en 2024, le Crafs a pour objectifs d'accompagner les victimes mais aussi les professionnels de santé notamment dans le repérage des situations suspectes, l'orientation vers les analyses toxicologiques et le suivi des victimes.

et éliminer les autres explications rationnelles des symptômes qui sont observés. Pour rappel, l'affaire de Gisèle Pelicot, c'est dix ans de violences, mais c'est aussi dix ans d'errance médicale. Face à la dégradation de son état de santé, elle s'était inquiétée et était allée voir des professionnels. Toutes les pistes diagnostiques avaient été abordées : début d'Alzheimer, tumeur cérébrale… À l'époque, les professionnels étaient insuffisamment formés, et moins informés sur cette thématique. Avec l'électrochoc de cette affaire, de plus en plus de professionnels sont mobilisés sur ces questions. D'ailleurs, aujourd'hui, au Crafs, un appel sur deux vient d'un professionnel de santé.

Concrètement, que faire face à une suspicion de soumission chimique ?

C. L.-V. : Les victimes sont dans le doute et ont souvent besoin qu'on leur apporte la preuve qu'elles ont été victimes d'agression sous substance altérant leur conscience. Les objectifs de la consultation sont : examiner pour décrire, rédiger un certificat médical initial, traiter d'éventuelles lésions traumatiques génitales et extragénitales, effectuer les prélèvements biologiques nécessaires à des fins diagnostiques, thérapeutiques et de conservation de preuves, prévenir une éventuelle grossesse ou la contamination par une infection sexuellement transmissible et apporter un soutien psychologique en organisant une prise en charge pluridisciplinaire.

L. C. : En ce qui concerne les analyses toxicologiques, dans les cinq jours, ce sont des prélèvements de sang et d'urines qui sont réalisés. Au-delà, il faut attendre au moins un mois pour faire des prélèvements de cheveux, au plus tard six mois.

Comment repérer les situations de soumission chimique ? Quels sont les signes ?

L. C. : Je pense qu'il faut améliorer la sensibilisation et la formation des médecins. Un diplôme universitaire va d'ailleurs ouvrir dès janvier 2027. Mais on ne veut pas que les médecins aient uniquement la capacité de faire du repérage. Il faut leur donner le pouvoir de prescrire les analyses toxicologiques qui vont permettre d'explorer la suspicion de la victime ou du médecin. C'est tout l'objet de l'expérimentation actuellement menée. Il existe des centaines et des centaines d'agents de soumission chimique possibles : des médicaments, des drogues, des sédatifs, des stimulants, des dissociatifs… Il ne s'agit pas d'un examen de routine dans un laboratoire de quartier. Des experts analystes toxicologues sont mobilisés. À l'aide de spectromètres de masse qui ont la capacité d'être extrêmement spécifiques et sensibles, ils pourront retrouver des nanotraces, voire des picotraces de tout ce qui, de près ou de loin, peut altérer un état de conscience et de discernement. Il n'y a que cette analyse toxicologique qui permettra de dire quel a été le mode opératoire utilisé par l'agresseur pour faciliter son passage à l'acte criminel. Il s'agit de mettre les experts toxicologues au service de la santé. Et c'est là la révolution et la vraie reconnaissance de la soumission chimique comme un enjeu de santé publique, par-delà la problématique judiciaire, sociétale, philosophique, anthropologique…

Remboursement des analyses : une expérimentation bientôt étendue ?

Depuis le 1er janvier 2026, une expérimentation permet aux personnes susceptibles d'avoir été victimes de soumission chimique de bénéficier d'analyses toxicologiques prises en charge par l'Assurance maladie, sans dépôt de plainte préalable. Soutenue par l'Ordre des médecins et par le Crafs, ce dispositif est déployé en Île-de-France, dans les Hauts-de-France et les Pays de la Loire, ainsi qu'en Guadeloupe depuis septembre 2026.

Concrètement, tout médecin peut prescrire des analyses toxicologiques à une personne présentant des signes évocateurs de soumission chimique ou estimant en avoir été victime. Les prélèvements sont réalisés en laboratoire de biologie médicale, puis analysés par des laboratoires spécialisés. Les échantillons sont conservés pour permettre d'éventuelles investigations judiciaires ultérieures.

Prévue pour une durée de trois ans, l'expérimentation fait l'objet d'un suivi régulier, piloté par la Direction générale de la Santé, afin d'adapter les protocoles aux réalités du terrain. L'objectif est de permettre sa généralisation à l'ensemble du territoire.

Comment accompagner les adultes vulnérables victimes de violences ?

Physiques, sexuelles, psychologiques, verbales : les personnes vulnérables ou en situation de handicap sont davantage exposées à toutes les formes de violences. Les femmes et les mineurs encore davantage. Ces violences restent pourtant largement invisibles. Pour les médecins, premiers témoins possibles, savoir les reconnaître et agir est un enjeu de santé publique.



Dépendance à l'égard d'autrui, isolement social, difficulté à signaler les abus : autant de facteurs qui fragilisent et exposent davantage les personnes vulnérables, personnes âgées, en situation de handicap ou en situation de précarité aux violences. Ces vulnérabilités peuvent aussi enfermer dans une infantilisation durable : sous la dépendance d'un aidant qui décide à sa place, la personne apprend peu à peu à se taire.

Un repérage difficile

Les violences sont souvent difficiles à repérer en l'absence de signes évidents ou en raison de difficultés de communication. Le manque de connaissance des professionnels de santé sur les déficiences, leurs conséquences (dépendance, douleurs…) et les outils de communication adaptés constituent des obstacles supplémentaires.
Le repérage est d'autant plus complexe lorsque le médecin ne connaît pas le comportement habituel du patient, notamment si celui-ci peine à s'exprimer. Et lorsqu'il parvient à témoigner, sa parole n'est pas toujours prise en compte. Quant au recours à l'aidant, il peut être problématique lorsque celui-ci est lui-même l'auteur des violences.
Un repli, une agitation, un changement d'humeur… selon l'association Coactis Santé, engagée pour l'accès aux soins, « *les proches et les médecins ont tendance à mettre la plupart des comportements en lien avec le psychotrauma sur le compte du handicap* ». Pourtant, ils peuvent aussi être le signe des violences subies. La victime reste sans prise en charge.

Former pour mieux soigner ?

Les associations le répètent, et une enquête de la commission Handicap du Cnom le confirme : les professionnels de santé sont insuffisamment formés à la prise en charge des patients en situation de handicap. L'offre de formation reste maigre : il existe très peu de diplômes universitaires (DU) sur le sujet et la formation initiale reste insuffisante.

De nouveaux outils pour lutter contre la maltraitance

Un dispositif national structuré est déployé pour mieux repérer et traiter les maltraitances envers les personnes âgées, les adultes en situation de handicap ou de précarité, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances et de la loi du 8 avril 2024 dite « Bien vieillir ». Parmi les nouveaux outils :

- Le 3133, numéro national gratuit (remplace le 3977), joignable 7 jours sur 7, de 9 h à 20 h, et accessible aux personnes sourdes ou malentendantes. Il permet aux victimes, à leurs proches

ou aux professionnels d'obtenir écoute, conseils et orientation.
- Un formulaire de signalement en ligne permet de déclarer des comportements inadaptés ou irrespectueux dans le cadre de soins ou d'un accompagnement, qu'ils concernent un établissement ou un professionnel.
- Des cellules territoriales de recueil et de traitement des signalements, placées auprès des ARS, sont chargées du recueil, du suivi et du traitement des signalements de maltraitance envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap. Elles rendent compte, département par département, à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

L'appel au 3133 ne remplace pas les obligations propres aux médecins. Pour les personnes majeures hors d'état de se protéger en raison de l'âge ou du handicap, et qui sont victimes de sévices, le médecin peut faire un signalement au procureur de la République sans qu'il soit besoin de recueillir l'accord de la victime majeure hors d'état de se protéger.

3 QUESTIONS À



Dr CLAIRE **SIRET,**
présidente
de la commission
Handicap au Cnom

« Savoir reconnaître les formes de violence, prévenir, signaler, offrir un soutien adapté. »

QUELS CONSEILS DONNERIEZ-VOUS AUX MÉDECINS FACE À UN PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP ?

Les médecins ne doivent pas refuser l'accès aux soins. Mais certains peuvent y renoncer par crainte de ne pouvoir proposer une consultation de qualité, par manque de moyens et de temps. Ils ont encore tendance à se tourner vers l'accompagnant, par souci d'efficacité ou pour obtenir un consentement, surtout lorsque la personne n'est pas en pleine capacité de comprendre. Or, au cours d'une consultation, la communication est essentielle pour comprendre la demande de soins. Dans certaines situations, la relation de soins se base uniquement sur les signes indirects. Parfois, il faut savoir renoncer à certains soins pour se concentrer sur les priorités. Voilà pourquoi il est important d'anticiper : une consultation préparée en amont est une consultation réussie.

MESURE-T-ON L'AMPLEUR DE CES VIOLENCES ?

Pas suffisamment. Ce ne sont pas des faits isolés mais un problème majeur de santé publique. La société est trop souvent dans le déni. Il faut savoir reconnaître les formes de cette violence, prévenir, signaler, offrir un soutien adapté. Pour les médecins, en première ligne du repérage, la responsabilité est directe.

QUEL EST LE RÔLE DE LA COMMISSION HANDICAP ?

Nous sommes guidés par trois axes : faire connaître aux médecins leurs obligations, améliorer leur formation, leur donner les outils pour une meilleure prise en charge. Nous aidons à faire le lien entre ces patients et les médecins, nous développons les partenariats avec des associations comme Handidactique, APF France handicap ou Coactis Santé, qui produisent des contenus pour guider patients comme soignants. Autre chantier en cours : référencer sur le site du Cnom des informations utiles.

DES FICHES PRATIQUES À DÉCOUVRIR

Le site HandiConnect.fr propose aux soignants des fiches pour repérer, accompagner les personnes victimes de violences, bien accueillir un patient en situation de handicap en consultation, etc.

En savoir plus : www.handiconnect.fr/fiches-conseils

Mieux former les médecins au repérage et à la prise en charge des violences

Dans le secret de la consultation, les médecins sont en première ligne pour détecter les violences et orienter les victimes. Si la formation initiale sur ces enjeux s'est renforcée ces dernières années, la formation continue peine encore à mobiliser les médecins en exercice. Entre théorie et réalité du terrain, le repérage des situations de dangerosité se forge avec la pratique.



Dr PIERRE-ANDRÉ **DELPLA,**
neuropsychiatre et conseiller ordinal du conseil départemental de Haute-Garonne



Dr MATHILDE **CHOUQUET,**
médecin généraliste et chargée de mission régions au sein du syndicat ReAGJIR. Coordonnatrice d'un groupe de travail sur les violences sexuelles faites aux patientes et patients au sein du syndicat



Pr PAULINE **SAINT-MARTIN,**
cheffe de l'Institut médico-légal du CHU de Tours et présidente de la Société française de médecine légale

Comment vous sentez-vous à la maison ? En cas de dispute, cela se passe comment ? Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? La Haute Autorité de santé (HAS) recommande aux médecins d'aborder de façon systématique la question des violences conjugales en consultation. « *Si on ne les interroge pas, on passe à côté* », résume le Dr Pierre-André Delpla[1], neuropsychiatre et conseiller ordinal du conseil départemental de Haute-Garonne. Sur le terrain, le repérage des violences par les médecins généralistes progresse mais évoquer le sujet reste délicat pour bon nombre de praticiens. « *Savoir dépister les violences implique de poser la question des antécédents de violences, au même titre que les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux. Ce n'est pas encore tout à fait dans la culture médicale, mais ça doit devenir une règle* », affirme-t-il.

Former les jeunes médecins le plus tôt possible

Depuis une dizaine d'années, la formation au repérage s'est imposée comme une priorité dans le cursus. « *De nombreuses facultés ont introduit, en 2e ou 3e année, une formation obligatoire de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes (VSS)* », explique le Pr Pauline Saint-Martin, cheffe de l'Institut médico-légal du CHU de Tours et présidente de la Société française de médecine légale. En 2025, l'UFR de Médecine de Tours a mis en place un enseignement sanctionné par un examen : six heures consacrées aux définitions légales des infractions sexuelles, à la détection des violences et leur impact sur la santé. En fin de deuxième cycle, la thématique peut tomber lors des épreuves nationales. « *Les items sur la médecine légale couvrent l'accueil*

d'une victime de violences sexuelles, la maltraitance infantile, les violences conjugales, la rédaction d'un certificat médical initial avec ITT[2] », détaille-t-elle. « *Les étudiants en médecine doivent connaître l'épidémiologie des violences, leur fréquence, leur gravité potentielle. Il faut qu'ils sachent les interroger et les évaluer* », soutient le Dr Delpla.

« Permettre à la parole de se libérer s'apprend »

À compter du troisième cycle, les formations sur les violences ne sont plus obligatoires. « *On apprend aux étudiants la théorie mais la pratique, ils ne la connaîtront que quand ils exerceront* », observe le conseiller ordinal. « *Les violences restent un sujet lourd à aborder qui peut amener des situations inconfortables, comme lorsqu'on réalise qu'un patient suivi depuis des années est l'auteur de violences sur sa famille* », confie le Dr Mathilde Chouquet, médecin généraliste et chargée de mission régions du syndicat ReAGJIR. « *Cela peut aussi renvoyer à sa propre histoire : les médecins ne sont pas à l'abri d'avoir été eux-mêmes victimes de violences. Permettre à la parole de se libérer s'apprend* », souligne le Dr Delpla. Bien souvent, les victimes de violences psychologiques, conjugales, sexuelles ou de maltraitances infantiles ne manifestent aucun signe visible. « *Des symptômes somatiques, douleurs abdominales ou pelviennes inexpliquées, un contact difficile ou une attitude défensive doivent nous alerter. Il faut apprendre à repérer ces situations* », note le Dr Chouquet. Dans le corps médical, un changement de paradigme s'est opéré, souligne le Pr Saint-Martin : « *Il y a 25 ans, on parlait peu des répercussions psychiques des violences. La nouvelle génération de médecins a été élevée avec cette connaissance des impacts sur la santé mentale et cette volonté de dépister les victimes. Chez eux, le repérage fait partie de la pratique.* » Les moins jeunes, installés dans leur pratique, peuvent se sentir démunis face à une problématique qu'ils maîtrisent peu ou mal. Une enquête sur les VSS menée par l'Ordre en 2024 auprès de 19 104 médecins en activité révèle des lacunes dans la connaissance des aides existantes pour les victimes et des sanctions pénales associées aux infractions. « *Le rôle de l'Ordre, c'est d'éveiller la vigilance des médecins, de veiller à l'entretien des compétences tout au long de l'exercice professionnel et de faire connaître les évolutions législatives et réglementaires* », rappelle le Dr Delpla.



Mobiliser les professionnels en formation continue

Pour accompagner les médecins en exercice, l'Ordre met à disposition sur son site des vade-mecum sur les mécanismes de violences intrafamiliales, le signalement judiciaire ou la rédaction d'un certificat médical. Signée en juillet 2026, la charte inter-ordres des professions de santé doit renforcer la diffusion de recommandations pour le repérage des victimes et la formation sur l'emprise, le contrôle coercitif et le psychotraumatisme. « *Continuer à s'informer et se former est primordial mais il faut en avoir la volonté* », reconnaît le Dr Chouquet. C'est là que le bât blesse : si les médecins ont une obligation de développement professionnel continu (DPC), rien ne les oblige à suivre des modules spécifiques sur les violences. « *Les formations continues sont suivies par les plus intéressés alors que ce sont souvent ceux qui en ont le moins besoin. Nous n'arrivons pas à atteindre les médecins qui ne se sentent pas touchés par le sujet* », déplore le Dr Saint-Martin. Un écueil que la proposition de loi intégrale contre les VSS tente de corriger. En discussion à l'Assemblée nationale, ce texte prévoit de rendre obligatoire une action consacrée à la prévention des VSS au cours de chaque période de DPC. Autre proposition : modifier tous les référentiels de formation initiale pour y intégrer les VSS. Le Dr Chouquet pointe un autre impératif : aider les étudiants à se construire un réseau de personnes-ressources et structures relais (associations, Maisons des femmes, centres de planification familiale, juristes…) pour orienter les victimes. « *Cela permet de se sentir armé et moins seul face à une situation de violences,* formule-t-elle. *Il y a encore beaucoup à faire sur l'accompagnement et la prise en charge des victimes mais je pense que sur la sensibilisation, on a fait des pas de géant.* »

1- Maître de conférence des universités-praticien hospitalier en médecine légale à la Faculté de médecine de Toulouse et président du réseau Prévention Violence Orientation Santé (Previos).
2- Incapacité totale de travail.

Repérage des violences et déontologie médicale

Le Dr Christine Louis-Vahdat, présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom décrypte les principales questions déontologiques soulevées par le repérage et la prise en charge des violences.



DR CHRISTINE **LOUIS-VAHDAT,** gynécologue et présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom

1.

QUE FAIRE LORSQUE L'ON SUSPECTE DES VIOLENCES, MAIS QUE LE PATIENT NE LES RÉVÈLE PAS OU REFUSE QU'UN SIGNALEMENT SOIT EFFECTUÉ ?

Ces situations sont extrêmement difficiles pour les médecins parce qu'il y a la crainte de perdre la confiance de la personne, de rompre le lien et donc d'accroître son isolement. Le rôle du médecin est de créer des conditions qui vont permettre la révélation de violences et la protection de la victime : être à l'écoute, rester disponible, proposer une hospitalisation si nécessaire. Depuis juillet 2026, l'article 44 du code de déontologie précise que lorsqu'un médecin présume qu'une personne est victime de violences, il est dans l'obligation d'agir, par tout moyen, et choisit en conscience les mesures adaptées pour la protéger. Par ailleurs, le secret connaît plusieurs dérogations : le médecin peut effectuer un signalement sans l'accord d'une victime de violences conjugales lorsqu'il estime que sa vie est en danger immédiat et qu'elle est sous emprise. La victime doit être informée qu'un signalement va être adressé au procureur.

2.

UN MÉDECIN PEUT-IL ÊTRE POURSUIVI POUR VIOLATION DU SECRET ?

Le médecin de bonne foi, qui agit dans le cadre prévu par la loi, bénéficie de la protection attachée aux dérogations légales au secret. Mais il peut tout de même faire l'objet d'une plainte devant la juridiction disciplinaire. Nous voyons souvent les auteurs présumés poursuivre les médecins qui ont réalisé un signalement ou une information préoccupante. Il s'agit d'une instrumentalisation des procédures disciplinaires. L'Ordre demande ainsi qu'une modification réglementaire soit réalisée pour empêcher les auteurs présumés de se retourner contre les médecins qui protègent une victime.

3.

LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN PEUT-ELLE ÊTRE ENGAGÉE S'IL NE FAIT RIEN ?

Face à un danger manifeste, l'inaction du médecin peut, selon les circonstances, engager sa responsabilité déontologique et pénale. Le médecin n'a toutefois pas à établir la preuve des faits. Sa mission est de repérer, écouter, évaluer le danger, documenter les constatations, protéger la victime et mobiliser les partenaires compétents. Des protocoles ont ainsi été mis en place en 2022 avec les conseils départementaux, les parquets et les unités médico-judiciaires afin de fluidifier les échanges et de faciliter la protection des victimes. En cas de doute, le médecin peut solliciter la commission Vigilance-Violences-Victimes de son conseil départemental, voire la section Éthique et déontologie du Conseil national.

Un service téléphonique pour prévenir les violences sexuelles sur les enfants

Les Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) ont mis en place STOP – Service téléphonique d'orientation et de prévention –, destiné aux personnes sexuellement attirées par les enfants. Son objectif : orienter vers une prise en charge adaptée afin de prévenir un éventuel passage à l'acte. Les patients concernés peuvent être adressés à ce dispositif, joignable au 0 806 23 10 63.

Agir

« Dans cette partie, nous privilégierons une approche pratique, à travers des articles et des réflexions destinés à guider les médecins dans la prise en charge des patients victimes de violences. L'objectif est notamment de répondre au manque d'information auquel les praticiens peuvent être confrontés, qui peut entraîner des difficultés dans l'accompagnement des victimes. »

Dr Louis-Vahdat,
présidente de la section Éthique et déontologie

Les invités

Dr Nathalie Douay, chirurgienne gynécologue, cofondatrice de la Maison des femmes Gisèle et Simone à Boulogne-Billancourt

Dr Philippe Cathala, médecin légiste et président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Hérault

Yvonne Muller, professeure de droit pénal et sciences criminelles à l'Université Paris-Nanterre

Fatima Le Griguer Atig, psychologue à l'hôpital Robert-Ballanger

Violences intrafamiliales : comment agir et accompagner ?

Face à une suspicion de violences intrafamiliales, le médecin doit à la fois savoir détecter, prendre en charge la victime, mesurer le danger, accompagner et orienter vers les bons interlocuteurs. Certificat médical, signalement, information préoccupante, mise à l'abri… Le Dr Christine Louis-Vahdat, présidente de la section Éthique et déontologie au Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), revient sur les actions à engager selon les situations et l'accompagnement des victimes.



Dr CHRISTINE **LOUIS-VAHDAT,**
gynécologue
et présidente
de la section Éthique
et déontologie
du Cnom

Que faire quand on soupçonne des violences intrafamiliales ?

La première chose à faire est d'accueillir la parole de la victime avec écoute et bienveillance, puis d'évaluer la situation : la gravité des violences, le degré d'emprise et l'existence éventuelle d'un danger immédiat en cas de violences conjugales. Le médecin doit également être attentif, dans ce contexte, à la présence d'enfants potentiellement exposés. Des arbres décisionnels sont disponibles *(cf. infographies ci-contre)* pour accompagner les professionnels dans les actions à mettre en œuvre selon les situations des victimes. En fonction des circonstances et de ses constatations, le médecin peut, lorsqu'il s'agit d'un mineur, être amené à transmettre une information préoccupante à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) de son département ou à effectuer un signalement auprès du procureur de la République *(cf. p. 23 : « Comment faire un signalement ? »)*. Il peut également établir le certificat médical de constatations de violences qui est un élément important, notamment en cas de plainte pénale. Ce certificat doit être rédigé avec objectivité, en distinguant les constatations médicales des déclarations du patient *(cf. p. 24 : « Comment rédiger un certificat ? »)*. Il est remis en main propre à la personne et un double est conservé dans son dossier médical.
Enfin, si le médecin constate le besoin de protection immédiate de la victime, il peut la faire hospitaliser en prévenant le centre hospitalier et en s'assurant, ensuite, qu'elle y est bien arrivée.

Comment évaluer si la victime de violences conjugales est en danger immédiat ou sous emprise ?

Plusieurs éléments doivent alerter : une aggravation ou une accélération des violences, un contrôle coercitif exercé par l'auteur des violences, des menaces de mort, la présence d'armes au domicile, un contexte de séparation ou encore des violences exercées à l'encontre des enfants. L'emprise doit également être évaluée afin de déterminer dans quelle mesure elle empêche la victime de se protéger elle-même. Il existe un outil sur le site de l'Ordre qui présente les critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise. Il s'agit de séries de questions qui vont aider le médecin à évaluer la gravité d'une situation.
Cette évaluation est particulièrement importante dans le cadre des violences conjugales : si le médecin estime qu'une patiente est en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de l'emprise exercée par l'auteur des violences, il peut effectuer un signalement auprès du procureur de la République sans son accord. Il doit toutefois s'efforcer d'obtenir son consentement et, s'il ne l'obtient pas, l'informer du signalement.

Que faire quand un patient ne souhaite pas que le médecin agisse ?

Si la victime est majeure et que les conditions permettant un signalement sans son accord ne sont pas réunies (violences conjugales + emprise ou personne vulnérable), il faut respecter son choix et surtout maintenir le lien et la prise en charge. C'est essentiel car rompre ce lien risquerait de l'isoler et de l'exposer davantage aux violences. Le médecin peut par exemple lui proposer un nouveau rendez-vous dans un délai court. Il peut aussi l'informer sur les associations susceptibles de l'accompagner, lui proposer de contacter le 3919. Il ne s'agit pas de contraindre la victime à agir ou à porter plainte, mais de l'accompagner à son rythme et de lui permettre de revenir et d'agir lorsqu'elle sera prête.

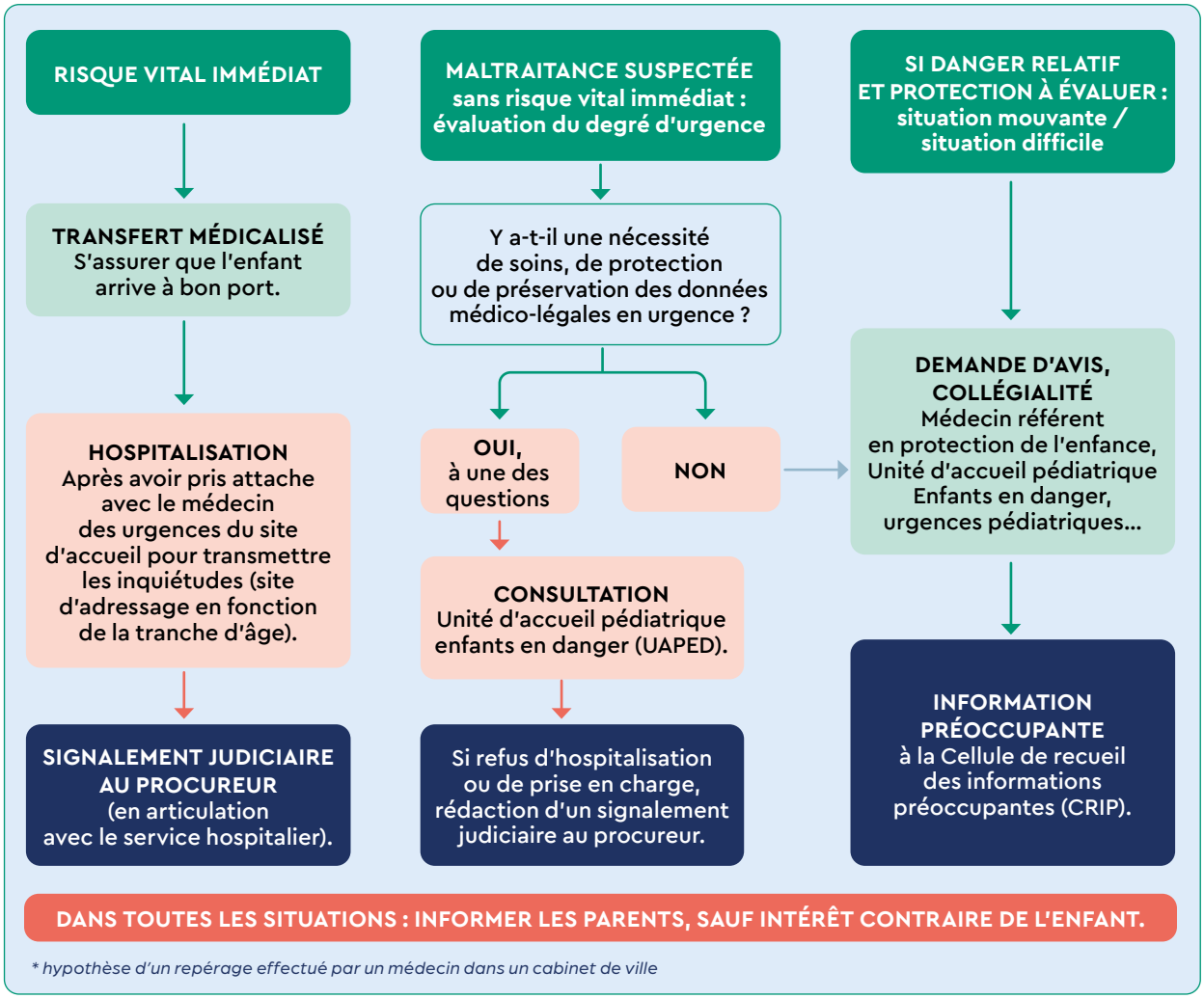
Que faire en cas de doute, quand on n'est pas sûr de la situation de violence ?

Dans une situation incertaine, il est essentiel de ne pas rompre le lien thérapeutique. Il faut maintenir le dialogue, rester disponible, documenter les constatations dans le dossier médical et proposer rapidement un nouveau rendez-vous afin de pouvoir réévaluer la situation. Le médecin ne doit pas non plus rester seul face à ses interrogations. Il peut aussi solliciter la commission VVV (Vigilance-Violences-Victimes) de son conseil départemental de l'Ordre, qui peut l'accompagner dans l'évaluation de la situation et les démarches à entreprendre. Il peut également s'appuyer sur les acteurs spécialisés de son territoire : associations d'aide aux victimes, Maison des femmes lorsqu'il en existe une, Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou encore professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des violences.

En savoir +

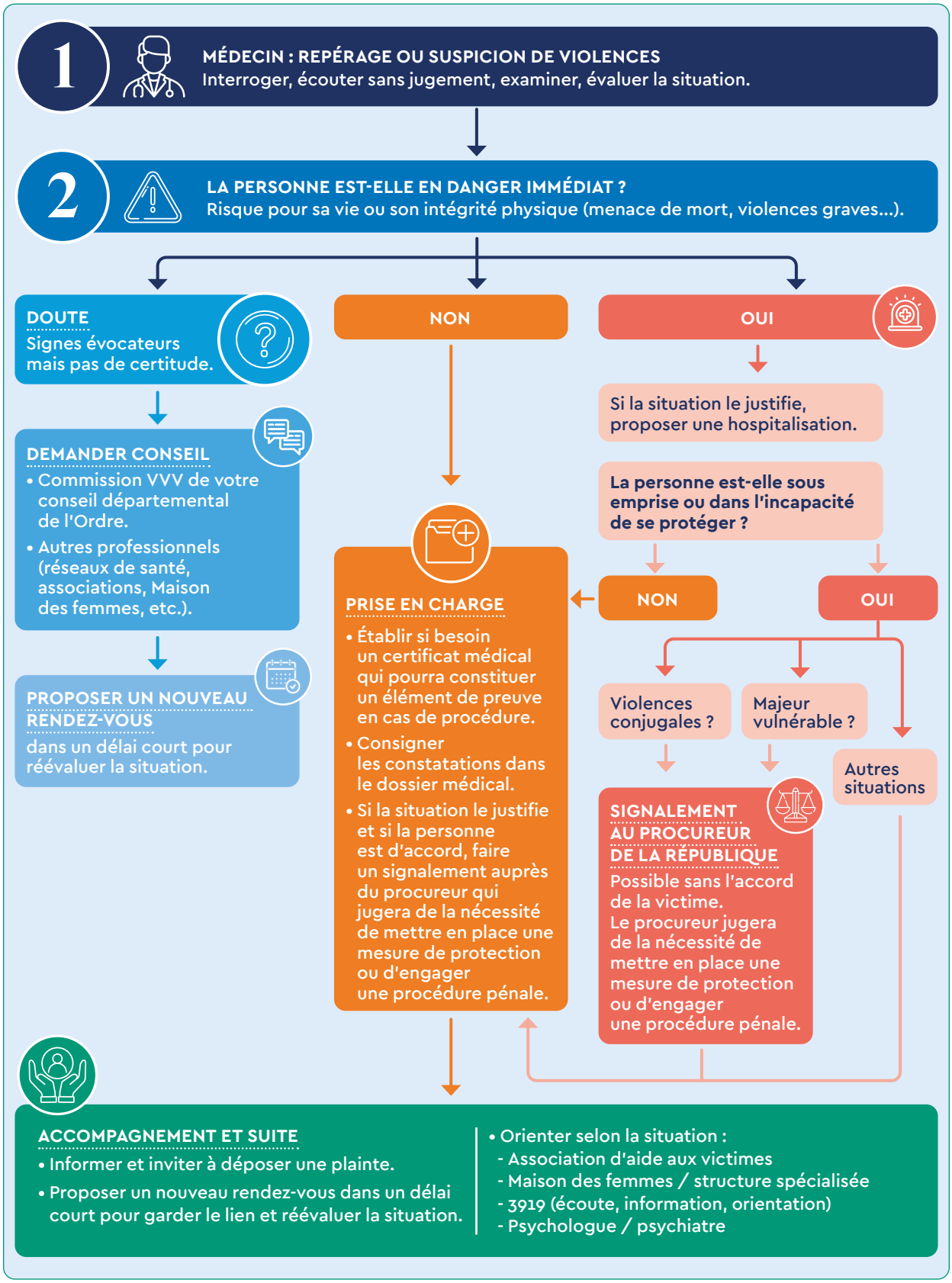
https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/vigilance-violences-victimes

Agir face à une suspicion d'enfant maltraité*



** hypothèse d'un repérage effectué par un médecin dans un cabinet de ville*

Agir face à des personnes majeures victimes de violences



Violences, maltraitance : comment faire un signalement judiciaire ?

Le signalement judiciaire permet au médecin d'alerter directement le procureur de la République lorsqu'il constate des violences.

Encadré par l'article 226-14 du code pénal, le signalement judiciaire permet au médecin de porter à la connaissance du procureur des violences présumées ou constatées et une situation de danger afin de protéger une victime. Il s'adresse exclusivement au procureur de la République dès lors que les faits de violences, quelle que soit leur nature (physiques, sexuelles, psychologiques, privations), justifient une intervention judiciaire. **Lorsqu'il s'agit d'une personne mineure,** son accord au signalement n'est pas nécessaire. **Lorsqu'il s'agit d'une personne majeure,** en dehors des situations dérogatoires *(cf. ci-dessous)*, le médecin doit obtenir son accord avant tout signalement. Le signalement prend la forme d'un écrit précis et objectif, réunissant tous les éléments utiles, relevés ou décelés au cours de la prise en charge de la victime : constatations médicales, propos ou comportement rapportés, etc. Le signalement est destiné au procureur et n'est pas versé dans le dossier médical du patient.

Le secret professionnel face au signalement

Le secret professionnel (article 226-13 du code pénal) n'est pas absolu : la loi prévoit des cas où sa révélation est imposée ou autorisée :

• **Violences au sein du couple :** selon l'article 226-14, le médecin peut alerter le procureur sans l'accord de la victime, à deux conditions cumulatives :
- s'il estime, en conscience, que la vie de la victime majeure est en danger immédiat ;
- si la victime ne peut se protéger elle-même en raison d'une situation d'emprise.

• **Mineur ou majeur vulnérable victime de sévices ou de maltraitance :** l'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger les mineurs et les majeurs vulnérables, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de leur âge ou d'une incapacité physique ou psychique. Il doit signaler, sans avoir besoin de leur accord, les violences.

Comment signaler ?

Pour rédiger un signalement judiciaire ou transmettre une information préoccupante *(lire encadré)*, le médecin doit utiliser les modèles types disponibles sur le site du Cnom :

www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/vigilance-violences-victimes

Information préoccupante : agir face à un mineur dont les besoins fondamentaux sont négligés

Lorsque la situation d'un mineur inquiète, notamment sur le plan de sa santé ou de son développement, sans qu'il y ait de danger immédiat, une information préoccupante (IP) peut être adressée à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du département afin de déclencher une évaluation par les services de protection de l'enfance. L'accord du mineur n'est pas obligatoire mais les parents doivent en être informés (sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant). Point essentiel : l'IP ne requiert pas la certitude et peut comporter des informations que le médecin n'a pas lui-même constatées. Un faisceau d'indices suffit : retards de soins répétés, négligences, absentéisme, troubles du comportement, incohérences dans les explications de l'entourage. L'IP décrit les éléments cliniques utiles au traitement de la situation. Elle n'est pas intégrée au dossier médical.

Comment rédiger UN CERTIFICAT MÉDICAL ?

Le certificat médical n'est pas une simple formalité : sa rédaction engage la responsabilité du médecin. Un risque souvent sous-estimé : plus de 20 % des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance concernent des certificats médicaux.

Dans le cadre de violences, le certificat médical initial (CMI) a une portée médico-légale et est un élément important en cas de plainte et de procédure judiciaire. Tout médecin, quels que soient sa spécialité ou son mode d'exercice, peut être amené à en établir un. Le certificat peut être demandé directement par la victime ou réalisé sur réquisition judiciaire.

Que doit contenir le certificat ?

Le certificat est rédigé après avoir interrogé et examiné le patient. Il doit être précis, descriptif et objectif.
Le médecin y indique notamment :
- les lésions constatées : nature, dimensions, forme, couleur et localisation précise ;
- les douleurs et éventuelles limitations fonctionnelles ;
- les signes neurologiques, sensoriels ou psychocomportementaux observés ;
- le retentissement psychologique des violences ;
- les éventuelles lésions plus anciennes ou d'aspect différent ;
- si cela est pertinent, l'absence de lésion visible au niveau d'une zone pourtant douloureuse.

Les déclarations du patient peuvent également être rapportées, au conditionnel et entre guillemets, en les distinguant des constatations médicales.
Des schémas ou photographies peuvent compléter le certificat, avec l'accord de la victime.
Si des examens complémentaires ont été prescrits mais que leurs résultats ne sont pas encore disponibles, ils sont mentionnés dans le certificat. Un certificat complémentaire pourra ensuite être établi pour en rendre compte.

Deux limites s'imposent au médecin :
- ne pas qualifier juridiquement les faits ni se prononcer sur leur caractère volontaire ou involontaire ;
- ne pas se prononcer sur la réalité des faits ou la responsabilité d'un tiers.

Le médecin rapporte ce que dit le patient et décrit ce qu'il constate : il n'a pas à établir la réalité juridique des violences.

Remise et conservation

Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même lorsque les faits sont antérieurs. Lorsqu'il est établi à la demande du patient, il lui est remis en main propre et ne doit pas être transmis à un tiers, conjoint compris. Le médecin en conserve un double dans le dossier médical.

Certificats médicaux obligatoires et demandes à refuser

Le certificat de constatation de violences fait partie des certificats que le médecin doit établir lorsqu'il est sollicité. En revanche, il doit refuser les demandes infondées ainsi que, sauf exception prévue par un texte, les certificats demandés par un tiers.

Et l'incapacité totale de travail (ITT) ?

L'incapacité totale de travail participe à l'appréciation pénale de la gravité des violences. Lorsqu'il est en mesure de l'évaluer, le médecin peut la mentionner dans le certificat initial.
Sinon, l'ITT pourra être déterminée par la suite, par un médecin légiste, notamment en UMJ, à partir des constatations décrites dans le certificat *(cf. article p. 26)*.

En savoir +

https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical

Certificats, signalements : NE PLUS LAISSER LES MÉDECINS SEULS…

Chirurgienne gynécologue, le Dr Nathalie Douay-Hauser est la cofondatrice de la Maison des femmes Gisèle et Simone à Boulogne-Billancourt. Après des certificats médicaux établis sur réquisition dans une affaire de violences conjugales, elle a dû se défendre contre une plainte de l'agresseur présumé. Témoignage.



Dr NATHALIE **DOUAY-HAUSER,** cofondatrice de la Maison des femmes Gisèle et Simone à Boulogne-Billancourt.

VOTRE PRATIQUE VOUS AMÈNE À RECEVOIR DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES. QUEL USAGE FAITES-VOUS, DANS CE CAS, DU SIGNALEMENT ET DU CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL ?

Ce sont deux outils très différents. Le certificat documente ce que je constate : si la patiente porte plainte, il rejoint le dossier judiciaire et constitue un élément de preuve de plus. Sinon, je le conserve au cabinet. Pour ma part, je ne joins pas ces certificats au DMP : si le conjoint violent connaît les identifiants de la victime ou a accès à son smartphone, il peut découvrir le document, ce qui expose ma patiente à des représailles immédiates. Le signalement au procureur de la République est, lui, réservé aux situations urgentes, face à un danger qui paraît imminent, doublé d'une situation d'emprise. Sur ce point, la frontière est floue entre le moment où ce signalement est une « possibilité » et celui où il devient une obligation, surtout quand la patiente ne le souhaite pas.

VOUS ÉVOQUEZ DES RÉPERCUSSIONS POUR LA VICTIME… LE MÉDECIN QUI CERTIFIE OU QUI SIGNALE DES VIOLENCES PEUT-IL, LUI AUSSI, EN SUBIR ?

J'en ai fait personnellement l'expérience ! Une patiente s'était rendue à la gendarmerie pour signaler des violences sur ses enfants. Les gendarmes ont découvert des violences conjugales avec circonstances aggravantes. Au cours de leur enquête, j'ai été amenée à établir des certificats médicaux sur réquisition. Je croyais que le secret médical n'était pas opposable dans ce cas. Pour autant, quelques années plus tard, le conjoint a porté plainte contre moi : selon lui, c'est à cause de mes certificats qu'il n'avait pas obtenu la garde de ses enfants. Face à cet homme présumé violent et qui jouait la carte de l'intimidation, j'ai préféré rémunérer une avocate pour m'accompagner.

VOTRE CAS EST-IL ISOLÉ ?

Non. J'ai retenu un chiffre évoqué lors d'un colloque de la Miprof (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) : 30 % des agresseurs présumés portent plainte contre les personnes qui ont contribué à dénoncer les faits. Rapporté à notre activité, cela voudrait dire qu'un certificat médical sur trois peut se retourner contre nous ! Les médecins libéraux sont particulièrement exposés. À l'hôpital public, c'est l'établissement qui représente le praticien ; en libéral, les procédures disciplinaires, souvent longues et éprouvantes, nous visent personnellement. Cette exposition explique sans doute pourquoi tant de mes confrères hésitent encore à signaler ou à rédiger des certificats même si l'appareil judiciaire protège de mieux en mieux ceux qui le font.

QUE FAUDRAIT-IL AMÉLIORER ?

Il ne faudrait plus que les médecins soient laissés seuls face à la question des certificats. Pendant des années, j'en ai rédigé très peu, faute de mesurer ce à quoi je m'exposais. C'est une formation proposée par mon conseil départemental de l'Ordre qui m'a débloquée en m'expliquant clairement le cadre légal et ordinal. Aux médecins concernés, je conseille d'appeler leur conseil départemental en cas de doute ou de s'adresser au réseau Restart, qui peut les accompagner face à ces situations.

L'incapacité totale de travail (ITT) : UNE NOTION QUI FAIT DÉBAT

Conçue pour évaluer les blessures physiques subies par une victime, l'ITT pèse sur la qualification pénale des violences. Faute de définition claire, son évaluation varie d'un médecin à l'autre. Elle se heurte également à l'évolution des violences intrafamiliales et leurs conséquences psychologiques.



Dr PHILIPPE **CATHALA,**
médecin légiste et président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Hérault



FATIMA **LE GRIGUER ATIG,**
psychologue à l'hôpital Robert-Ballanger



YVONNE **MULLER,**
professeure de droit pénal et sciences criminelles à l'Université Paris-Nanterre

« *Il n'existe pas de définition légale précise de l'incapacité totale de travail (ITT), son contenu a été construit par la jurisprudence et la pratique médico-légale* », introduit le Dr Philippe Cathala, médecin légiste et président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Hérault. L'ITT correspond à la durée pendant laquelle une victime de violences éprouve une gêne notable pour effectuer les gestes essentiels de la vie courante – se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer. Contrairement à ce que suggère sa dénomination, l'incapacité ou la perte d'autonomie n'est pas forcément « totale » ni liée au « travail ». Une ITT peut ainsi être déterminée pour un enfant, un retraité ou une personne sans-emploi.

Une notion floue

Si la jurisprudence est venue préciser les contours de cette notion, l'ITT et ses conséquences juridiques demeurent floues pour de nombreux médecins chargés d'établir un certificat de coups et blessures. « *L'infraction de violence a cette particularité que la sanction de la violence dépend du résultat sur la victime,* explique Yvonne Muller, professeure de droit pénal et sciences criminelles à l'Université Paris Nanterre. *L'ITT n'est pas nécessaire à la constitution de l'infraction mais elle va permettre de qualifier la gravité des violences et de déterminer l'échelle des peines applicables.* » Ainsi, des violences ayant entraîné une ITT de moins de huit jours constituent une contravention, tandis qu'une ITT supérieure à huit jours transforme l'infraction en délit. À la suite d'un dépôt de plainte ou sur réquisition de

l'autorité judiciaire, tout médecin (généraliste, spécialiste, urgentiste) peut être amené à « *apprécier un quantum exprimé en jours, sur la base de l'appréciation du retentissement sur la victime, tant physique que psychologique, des violences qu'elle a subies* », détaille le Dr Cathala. En l'absence de définition légale claire et de critères d'évaluation robustes pour déterminer l'ITT, il existe une grande disparité dans la fixation de l'ITT entre les médecins légistes et les autres praticiens. « *Une même personne vue par trois médecins pour la même blessure aura trois évaluations différentes. Cela montre le caractère probablement suranné ou peu performant de cette approche* », estime le légiste.

L'ITT à l'épreuve du psychotrauma

Critique centrale essuyée par l'ITT : son inadéquation avec la réalité des blessures psychiques subies par les victimes de violences psychologiques et sexuelles. « *La jurisprudence n'a reconnu les violences psychologiques qu'à la fin du XIXe siècle et les sanctionnait rarement. De ce fait, la majorité des infractions de violences prises en compte étaient les violences physiques. On est donc parti du principe que la violence devait laisser des traces sur le corps* », retrace Yvonne Muller. La loi du 9 juillet 2010 consacre la notion de « violence psychologique » dans le droit pénal, sans que les textes ne soient remaniés. Mais dans la pratique, certains médecins hésitent voire renoncent encore à intégrer le volet psychologique dans l'ITT. Ils estiment que cela ne relève pas de leur rôle, qu'ils ne sont pas formés ou craignent les sanctions disciplinaires. L'exercice est d'autant plus délicat que l'évaluation psychique repose beaucoup sur les déclarations de la victime. « *Il y a par exemple des reviviscences*[1]*, du stress, des crises d'angoisse qui empoisonnent la vie. Savoir si cette gêne a oui ou non un impact significatif sur les actes du quotidien est un art subtil* », admet-il. Déterminer une ITT pour des lésions psychiques et des répercussions psychologiques en lien avec les faits allégués peut en outre se révéler complexe lors de l'examen clinique initial. « *L'ITT constitue une photographie à un instant donné et rend difficilement compte d'un processus cumulatif et évolutif* », souligne Fatima Le Griguer Atig, psychologue à l'hôpital Robert-Ballanger. « *Elle peut sous-estimer l'atteinte lorsque la victime minimise ou présente des phénomènes dissociatifs : l'absence de diagnostic ou d'incapacité immédiatement objectivable ne signifie pas absence de préjudice* », insiste-t-elle. L'évaluation médicale n'est toutefois pas figée : si l'état de santé de la victime évolue ou si le juge estime que des dommages psychologiques ont été sous-évalués, il peut demander une réévaluation par un médecin légiste. Souverain, le magistrat peut requalifier l'ITT mais les conclusions du médecin lui servent bien souvent de base. En 2024, lors d'un séminaire à la Cour d'appel de Poitiers sur l'ITT dans les violences intrafamiliales (VIF), Gwenola Joly-Coz, sa présidente interpellait les experts médico-légaux en ces termes : « *Alimentez-nous ! Mettez un maximum de choses dans les certificats [...]. Plus les conséquences sont détaillées, mieux on peut comprendre la gravité du sujet. C'est essentiel pour nourrir notre conviction.* »

Prendre acte de l'évolution des violences

Contrôle coercitif, emprise, violences économiques... « *En vingt ans, les violences conjugales ont profondément évolué et en droit, cela suppose de remettre à plat cet outil d'évaluation* », soutient Yvonne Muller. L'ITT souffre d'une autre limite majeure face aux mécanismes de violences systémiques, comme le décrit Fatima Le Griguer Atig : « *L'ITT mesure principalement les conséquences chez la victime, mais renseigne peu sur le système de violences qui les produit, alors même que leur répétition, leur intensification et leur évolution dans le temps peuvent constituer des marqueurs essentiels du danger.* » Remis à la garde des Sceaux fin 2025, le rapport « À vif » sur la lutte contre les violences intrafamiliales[2] préconise de reconsidérer l'outil au bénéfice d'une nouvelle évaluation des conséquences des violences. « *Un dialogue pluridisciplinaire doit s'ouvrir pour construire un outil repensé à la lumière de l'évolution des connaissances médicales sur le psychotrauma et de l'évolution des violences* », affirme Yvonne Muller.

1- La reviviscence se caractérise par des flash-back de la scène traumatique, des pensées intrusives et obsédantes relatives à l'événement ainsi que des cauchemars récurrents.
2- Rapport des magistrats Gwenola Joly-Coz, première présidente de la Cour d'appel de Papeete, et Éric Corbeaux, procureur général près la Cour d'appel de Bordeaux.

Prévenir les violences dans le soin

« Dans cette dernière partie, nous nous intéresserons aux violences qui peuvent survenir dans le cadre même des soins, qu'elles soient intentionnelles ou non. À travers deux articles consacrés à la bientraitance et aux violences gynécologiques et obstétricales, nous souhaitons inviter les médecins à réfléchir à leurs pratiques et aux facteurs susceptibles de fragiliser la relation de soin. L'objectif est de rappeler l'importance de l'écoute, de l'information, du respect du consentement et de la place accordée au patient dans les décisions médicales. Il s'agit aussi de souligner le rôle des équipes et des organisations dans la prévention de ces situations. »

Dr Louis-Vahdat,
présidente de la section Éthique et déontologie

Les invitées

Anne Evrard, coprésidente du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)

Dr Amina Yamgnane, gynécologue-obstétricienne, fondatrice de la Clinique des Femmes

Comment promouvoir LA BIENTRAITANCE DANS LE SOIN ?

Selon une étude du Crédoc, sept Français sur dix se disent préoccupés par les risques de maltraitance, pour eux-mêmes ou leurs proches. La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont devenues un enjeu de société majeur et le secteur du soin ne fait pas exception.

Violences physiques, verbales ou psychologiques, négligences, contention injustifiée, indifférence face à une demande, une plainte… la maltraitance dans le soin recouvre des réalités très diverses. Elle peut être intentionnelle ou non, ponctuelle ou s'inscrire dans la durée. Les conditions de travail peuvent aussi favoriser des situations de maltraitance : manque de temps ou de personnel, locaux inadaptés, matériel défaillant, etc. Sans oublier que les professionnels de santé eux-mêmes sont exposés à des situations de violence.

Des repères plus précis

Le sujet n'est pas nouveau : dès 2002, les commissions des usagers ont offert aux patients un lieu pour exprimer plaintes et réclamations. Mais le cadre s'est précisé ces dernières années, avec notamment une définition légale de la maltraitance depuis 2022 et, en octobre 2024, un guide de la HAS qui propose aux professionnels des repères pour repérer et prévenir les situations à risque *(lire « En savoir + »)*.

Bientraitance : une démarche collective

La bientraitance va au-delà de la seule prévention de la maltraitance : elle suppose une démarche collective pour préserver la dignité, la sécurité, le confort et l'autonomie de la personne soignée. Si elle est l'affaire de tous, c'est à la direction et à l'encadrement de donner le cap en identifiant des référents « bientraitance », en formant les professionnels au repérage des risques et des signaux d'alerte, en associant patients et aidants à la formation des professionnels et en mettant en place des procédures de signalement claires et en analysant systématiquement les événements.

Maltraitance avérée ou suspectée : comment accompagner le patient ?

Un patient se plaint d'un geste ou d'un mot qui l'a blessé, un soignant constate une situation qui l'inquiète ? Dans son guide « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement », la HAS livre des repères :

- **Écouter et mettre en sécurité.** Sans minimiser ni juger, rassurer la personne et lui expliquer ce qui va se passer. Ses proches sont informés avec son accord.
- **Alerter sans attendre.** Prévenir sa hiérarchie et le référent bientraitance.
- **Rappeler ses droits et ses recours.** Commission des usagers, représentants des usagers, médiateur, numéro national 3133, etc.
- **Analyser en équipe.** Croiser le récit du patient et celui des professionnels et décider de mesures correctives immédiates, avec le patient dans la mesure du possible.
- **Reconnaître et informer.** Le patient et ses proches reçoivent un retour clair et, si besoin, des excuses ou une proposition de médiation.
- **Apprendre.** Un retour d'expérience est organisé.
- **Signaler.** En interne, selon la procédure de l'établissement. En externe pour les situations graves (portail EIGS, cellule ARS, procureur de la République).

En savoir +

Guides d'amélioration des pratiques, fiches pratiques, synthèse sur la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissement sont à retrouver sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3549483/fr/bientraitance-et-gestion-des-signaux-de-maltraitance-en-etablissement-mise-en-oeuvre-en-milieu-sanitaire-medico-social-et-social-personnes-majeures

Prévenir les violences gynécologiques : CONSTRUIRE LE SOIN AVEC LA PATIENTE

Un geste médical peut être nécessaire et correctement réalisé, mais être vécu comme violent par une patiente. Information insuffisante, choix non entendus, défaut de consentement, contraintes organisationnelles… Identifier ce qui peut fragiliser la relation de soin permet aussi de mieux prévenir ces situations.



ANNE **EVRARD,** coprésidente du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)



Dr AMINA **YAMGNANE,** gynécologue-obstétricienne, fondatrice de la Clinique des Femmes

Paroles dévalorisantes, douleur minimisée, manque d'information, geste réalisé sans consentement ou mal compris, non-respect de l'intimité… Les violences gynécologiques et obstétricales peuvent prendre des formes diverses. Mais elles ne se résument pas aux actes pratiqués. « *C'est toujours une perturbation globale de la relation entre le soignant et la femme, le couple. La femme n'est pas considérée comme une interlocutrice : on ne lui demande pas son avis, on ne l'associe pas aux décisions qui la concernent* », explique Anne Evrard, coprésidente du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane).

Quand la relation de soin se dégrade

Cette qualification de violences gynécologiques a longtemps heurté une partie des professionnels. « *Pour nous, médecins, violence supposait intention de nuire* », reconnaît le Dr Amina Yamgnane, gynécologue-obstétricienne, fondatrice de la Clinique des femmes. Si elle accepte ce vocabulaire, qui traduit le vécu exprimé par les femmes, elle invite à distinguer les situations qu'il recouvre : comportement volontairement maltraitant, non-respect des recommandations de pratique, aléa médical ou expérience traumatique d'un événement médical. Les réponses à apporter ne peuvent donc être identiques.
Un acte médicalement justifié peut néanmoins être vécu comme violent s'il est réalisé sans information ni dialogue. « *Une césarienne justifiée, acceptée par la femme, mais réalisée dans l'urgence, sans information, peut être vécue comme extrêmement violente* », souligne Anne Evrard.

Des facteurs individuels mais aussi collectifs

Urgence, manque de temps, défaut d'intimité, organisation du service : les conditions dans lesquelles le soin est délivré peuvent fragiliser la relation avec la patiente. Mais Anne Evrard invite aussi à regarder la manière dont les professionnels travaillent entre eux et les comportements qu'une équipe finit parfois par tolérer. Elle se souvient d'une médiation au cours de laquelle un obstétricien avait reconnu les qualités techniques d'une sage-femme dont les difficultés relationnelles étaient pourtant connues de l'équipe. Pour éviter les échanges avec elle, il intervenait puis repartait rapidement, sans davantage parler à la patiente. « *On peut dire : c'est vraiment la sage-femme. Mais non, c'est aussi l'équipe* », estime Anne Evrard.



« *Il faut travailler en équipe et réfléchir : qu'est-ce qu'on peut faire ? Où est-ce que ça pêche ? Qu'est-ce qu'on a comme remontées ?* », insiste-t-elle. Une démarche que le Dr Yamgnane met en pratique en s'appuyant sur les retours de ses patientes pour adapter les prises en charge avec son équipe.

Du consentement à l'alliance thérapeutique

Comment éviter que la patiente ne devienne simple destinataire d'une décision médicale ? « *Associer les femmes au processus décisionnel qui les concerne, accepter qu'elles puissent ne pas être d'accord avec ce que le soignant propose et ne jamais considérer que l'information est superflue parce que cela semble évident* » : Anne Evrard résume ainsi les trois attentes qui reviennent dans les témoignages recueillis par le Ciane. Mais associer la patiente à la décision ne signifie pas effacer l'expertise et la responsabilité du médecin. Pour le Dr Yamgnane, l'« alliance thérapeutique » repose précisément sur la rencontre entre les deux : « *Vous m'avez dit quelles sont vos limites, moi je vous ai dit quelles sont les nôtres sur le plan technique et éthique.* » Elle suppose d'expliquer pourquoi un soin est proposé, de s'assurer qu'il est compris, d'entendre les questions ou le refus et, lorsque c'est possible, d'envisager une alternative. Le Dr Yamgnane prend l'exemple des forceps : si la patiente n'y consent pas malgré l'indication médicale, le médecin doit rechercher une autre stratégie médicalement possible – dans ce cas, une césarienne – et en expliquer les bénéfices et les risques. « *Pendant nos études de médecine, on nous a appris dans quelles conditions poser des forceps et dans quelles situations pratiquer une césarienne. Mais si toutes les conditions sont réunies pour poser des forceps et que la patiente ne consent pas, ça, on ne nous l'a jamais appris.* » Construire une décision avec la patiente ne lui transfère pas la responsabilité du choix médical, cela va incomber au médecin de conjuguer indication médicale et consentement.

Former à la relation autant qu'au geste

Prévenir les situations de violence suppose ainsi de travailler sur la relation, mais aussi de maintenir les connaissances et les pratiques médicales à jour. « *La médecine est une science mouvante. Ce qui est vrai aujourd'hui ne l'était pas il y a vingt ans et ne le sera probablement plus dans vingt ans* », rappelle le Dr Yamgnane. L'enjeu est donc aussi celui de la diffusion des connaissances et de la formation continue. Cette évolution concerne également la relation avec la patiente, devenue une compétence professionnelle à part entière. Certaines formations intègrent désormais davantage d'outils de communication, l'analyse de situations difficiles et une réflexion plus globale sur les besoins des patients, observe Anne Evrard. Cette dimension relationnelle accompagne une transformation plus profonde de la pratique médicale. « *On est passé de l'ère de la médecine biomécanique pure à une médecine humanisée, humaniste. Et nous sommes la génération qui vit cette transition* », analyse le Dr Yamgnane. Une transition difficile pour des médecins formés à détenir le savoir, face à des patients aujourd'hui beaucoup mieux informés. La compétence médicale ne se joue donc plus seulement dans la maîtrise du geste, mais aussi dans la relation qui permet de le proposer, de l'expliquer et de le réaliser.

CONTACTS UTILES

Pour être conseillé et accompagné dans le repérage et la prise en charge d'une personne victime de violences, effectuer un signalement ou orienter un patient, voici des contacts et ressources à connaître.

• Être conseillé dans ses démarches

Votre conseil départemental – Dispositif Vigilance-Violences-Victimes (VVV)
Dans chaque conseil départemental, une commission spécialisée accompagne les médecins confrontés à des situations de violences, les conseille dans leurs démarches de protection et de signalement et facilite leur mise en relation avec les interlocuteurs locaux (procureur, CRIP, UMJ, associations spécialisées).
Par ailleurs des ressources et modèles de signalement sur : **conseil-national.medecin.fr, rubrique VVV.**
Vous pouvez également joindre le service Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins.

• Protéger et signaler

CRIP – Enfance en danger
La cellule départementale de recueil des informations préoccupantes reçoit et évalue les informations concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être. Coordonnées auprès de votre Département ou de votre conseil départemental de l'Ordre.

Procureur de la République
Destinataire des signalements judiciaires dans les situations prévues par la loi. Le signalement est à effectuer auprès du procureur du lieu où les violences ont été commises. Annuaire sur le **site du ministère de la Justice.**

• Écouter et orienter les victimes

3919 – Violences Femmes Info
Écoute et orientation des femmes victimes de violences, de leur entourage et des professionnels. Gratuit, 24 h/24, 7 j/7.

119 – Allô enfance en danger
Conseils et recueil des situations de mineurs en danger. Gratuit, 24 h/24, 7 j/7.

3133 – Maltraitances
Écoute et orientation pour les adultes vulnérables, leurs proches et les professionnels. Gratuit, 7 j/7, de 9 h à 20 h.

116 006 – France Victimes
Orientation des victimes d'infractions vers un accompagnement juridique, psychologique et social.

0 800 05 95 95 – Viols Femmes Informations
Écoute spécialisée pour les femmes victimes de viols et d'agressions sexuelles.

• Orienter vers une prise en charge spécialisée

UAPED – Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger
Pour la prise en charge pluridisciplinaire des mineurs victimes ou présumés victimes de violences. Contact auprès de votre conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Crafs – Soumission chimique
Conseils aux professionnels sur les agressions facilitées par des substances et leur prise en charge.
01 40 05 42 70 – lecrafs.com

• Ressources pratiques

Déclic Violence – declicviolence.fr
Fiches pratiques pour repérer et accompagner les violences conjugales en médecine générale.

Arrêtons les violences arretonslesviolences.gouv.fr
Outils professionnels, fiches réflexes et modèles d'écrits.