

Dérogation au secret médical dans les situations de violences conjugales : impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté

Valentin Jay

▶ **To cite this version:**

Valentin Jay. Dérogation au secret médical dans les situations de violences conjugales : impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté. Médecine humaine et pathologie. 2026. ⟨dumas-05680938⟩

HAL Id: dumas-05680938

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05680938v1

Submitted on 6 Jul 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

ANNEE 2026 – N°26 – 048

Dérogation au secret médical dans les situations de violences conjugales : Impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement
le 11 juin 2026 à 16 h
pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Valentin JAY

Né le 26/09/1998 à Besançon (*Doubs – 25*)

La composition du jury est la suivante :

Président :	*BARDET Rémi*	Professeur Associé
Directeur de la thèse :	*BOLOT Anne-Lise*	Professeure Associée
Juges :	*DUFAYET Laurène*	Maître de Conférence Universitaire Praticien Hospitalier
	LEPETZ Thierry	Professeur Associé

ANNEE 2026 – N°26 – 048

Dérogation au secret médical dans les situations de violences conjugales : Impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement
le 11 juin 2026 à 16 h
pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Valentin JAY

Né le 26/09/1998 à Besançon (*Doubs – 25*)

La composition du jury est la suivante :

Président :	*BARDET Rémi*	Professeur Associé
Directeur de la thèse :	*BOLOT Anne-Lise*	Professeure Associée
Juges :	*DUFAYET Laurène*	Maître de Conférence Universitaire Praticien Hospitalier
	LEPETZ Thierry	Professeur Associé

DIRECTION

Directeur	Professeure	Marie-France	**SERONDE**
Directeur Adjoint/Doyen Pharmacie	Professeur	Lhassane	**ISMAILI**
Responsable des Services Administratifs	Madame	Carole	**COINTEAU**

DÉPARTEMENT MÉDECINE

Directeur des Etudes	Professeur	Guillaume	**BESCH**
Assesseur 1er cycle	Professeur	Quentin	**LEPILLER**
Assesseur 2ème cycle	Professeur	Yann	**CHAUSSY**
Assesseur 3ème cycle	Docteure	Elisabeth	**DE BUSTOS-MEDEIROS (MCU)**
Coordonnateur Pédagogique - Chirurgie	Professeur	Zaher	**LAKKIS**
Coordonnateur Pédagogique - Médecine Générale	Professeur	Benoît	**DINET (PAST)**

DÉPARTEMENT PHARMACIE

Doyen Pharmacie	Professeur	Lhassane	**ISMAILI**
Directrice des Etudes	Docteure	Céline	**BOUVIER-SLEKOVEC (MCU)**
Coordonnateurs Pédagogiques 3ème cycle	Professeur	Samuel	**LIMAT**
	Professeure	Virginie	**NERICH**

DÉPARTEMENT MAIEUTIQUE

Directrice Département	Madame	Marilia	**GIRAULT (Sage-Femme)**

DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE

Doyenne Odontologie	Docteure	Dina	**IANDOLO (MCU)**

DÉPARTEMENT SCIENCES DE LA RÉÉDUCATION

Directeur Département	Monsieur	Alexandre	**KUBICKI (MCF)**
Coordonnateurs Pédagogiques - Orthophonie			
Coordonnateur Pédagogique - Kinésithérapie	Monsieur	Yoshimasa	**SAGAWA (MCF)**
Coordonnatrice Pédagogique - Ergothérapie	Madame	Julie	**LAPREVOTTE (MAST)**
Coordonnatrice Pédagogique - Psychomotricité	Madame	Clémence	**VAILLIER (MAST)**
Coordonnateur Pédagogique - Orthoptie	Monsieur	Pierre-Louis	**BASSAND (MAST)**

DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIÈRES

Directrice Département	Madame	Aline	**CHASSAGNE (MCF)**
Coordonnateurs Pédagogiques - IPA	Docteur	Matthieu	**BEREAU (MCU)**
Coordonnateur Pédagogique - IBODE	Docteur	Yann	**CHAUSSY (MCU)**
Coordonnateur Pédagogique - IADE	Professeur	Guillaume	**BESCH**

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE ET DE SIMULATION

Assesseurs	Docteure	Eléonore	**BRUMPT (MCU)**
	Professeur	Kévin	**BOUILLER**

DEPARTEMENT MANIPULATEUR ELECTRO RADIOLOGIE MEDICALE

Coordonnateur Pédagogique - DE MERM	Professeur	Hatem	**BOULAHDOUR**
Formatrice - DE MERM	Madame	Justine	**LEGAIN (Formatrice)**

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

Assesseur Recherche-Présidente	Professeure	Katy	**JEANNOT**
	Professeur	Frédéric	**AUBER**
	Professeure	Francine	**GARNACHE-OTTOU**

RELATION AVEC L'UNIVERSITE

	Professeure	Virginie	**WESTEEL**

REPRESENTANTS DES PRATICIENS HOSPITALIERS

	Docteure	Karine	**BARDONNET**
	Docteur	Jean-Baptiste	**ANDREOLETTI**

CHARGES DE MISSION

Coordonnatrice - Relations Humaines de l'UFR	Professeure (Emérite)	Sylvie	**NEZELOF**
Coordonnateurs - Formation Continue	Docteure	Sylvie	**BOBILLIER-CHAUMONT (MCF)**
	Professeur	Laurent	**OBERT**
Coordonnateur - Histoire de la médecine	Professeur	Laurent	**TATU**
Coordonnateurs - Relations Internationales	Professeur	Frédéric	**GRENOUILLET**
	Docteur	Franck	**VERHOEVEN (MCU)**
	Docteur	Oleg	**BLAGOSKLONOV (MCU)**
	Docteure	Irène	**GALLAIS SEREZAL (MCU)**
Coordonnateur-USB ALUMNI	Professeur (Emérite)	Gilles	**CAPELLIER**
Président Honoraire-USB ALUMNI	Professeur (Emérite)	Benoît	**DE BILLY**

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

ONCOLOGIE	Monsieur	Olivier	**ADOTEVI**
CHIRURGIE INFANTILE	Monsieur	Frédéric	**AUBER**
DERMATOLOGIE	Monsieur	François	**AUBIN**

IMMUNOLOGIE	Monsieur	Jamal	**BAMOULID**
PNEUMOLOGIE	Madame	Cindy	**BARNIG**
PSYCHIATRIE ADULTES	Madame	Djamila	**BENNABI**
ANESTHESIE REANIMATION	Monsieur	Guillaume	**BESCH**
ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Monsieur	Frédéric	**BIBEAU**
NEURORADIOLOGIE & THERAPIE ENDOVASCULAIRE	Madame	Alessandra	**BIONDI**
ONCOLOGIE	Monsieur	Christophe	**BORG**
MALADIES INFECTIEUSES	Monsieur	Kevin	**BOUILLER**
MEDECINE NUCLEAIRE	Monsieur	Hatem	**BOULAHDOUR**
CANCÉROLOGIE, RADIOTHÉRAPIE	Madame	Jihane	**BOUSTANI**
MALADIES INFECTIEUSES	Madame	Catherine	**CHIROUZE**
CHIRURGIE THORACIQUE & CARDIAQUE	Madame	Sydney	**CHOCRON**
CARDIOLOGIE	Monsieur	Romain	**CHOPARD DIT JEAN**
NEPHROLOGIE	Madame	Cécile	**COURIVAUD**
CANCÉROLOGIE, RADIOTHÉRAPIE	Madame	Elsa	**CURTIT**
PHARMACOLOGIE	Monsieur	Siamak	**DAVANI**
HEMATOLOGIE	Monsieur	Eric	**DECONINCK**
RADIOLOGIE VISCERALE	Monsieur	Eric	**DELABROUSSE**
URGENCES SAMU	Monsieur	Thibaut	**DESMETTRE**
HEPATOLOGIE	Monsieur	Vincent	**DI MARTINO**
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Monsieur	Alexandre	**DOUSSOT**
NEPHROLOGIE	Monsieur	Didier	**DUCLOUX**
BIOCHIMIE	Monsieur	Jean-Paul	**FEUGEAS**
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	Monsieur	Patrick	**GARBUIO**
OPHTALMOLOGIE	Madame	Anne-Sophie	**GAUTHIER**
PSYCHIATRIE ADULTES	Monsieur	Emmanuel	**HAFFEN**
CHIRURGIE VISCERALE DIGESTIVE	Monsieur	Bruno	**HEYD**
HYGIENE HOSPITALIERE	Monsieur	Didier	**HOCQUET**
BACTERIOLOGIE	Madame	Katy	**JEANNOT**
PNEUMOLOGIE	Madame	Virginie	**KAULEK WESTEEL**
UROLOGIE	Monsieur	François	**KLEINCLAUSS**
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE	Monsieur	Paul	**KUENTZ**
CHIRURGIE DIGESTIVE	Monsieur	Zaher	**LAKKIS**
ANATOMIE - (CHIR ORTHOPEDIQUE)	Monsieur	Daniel	**LEPAGE**
VIROLOGIE	Monsieur	Quentin	**LEPILLER**
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Monsieur	Aurélien	**LOUVRIER**
NEUROLOGIE	Monsieur	Eloi	**MAGNIN**
MEDECINE INTERNE	Madame	Nadine	**MAGY-BERTRAND**
CENTRE METHODOLOGIE CLINIQUE ST-JACQUES	Monsieur	Frédéric	**MAUNY**
CARDIOLOGIE	Monsieur	Nicolas	**MENEVEAU**
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE STOMATOLOGIE	Monsieur	Christophe	**MEYER**

MEDECINE PHYSIQUE READAPTATION	Monsieur	Fabrice	**MICHEL**
PARASITOLOGIE	Madame	Laurence	**MILLON**
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Monsieur	Nicolas	**MOTTET**
NEUROLOGIE	Monsieur	Thierry	**MOULIN**
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	Monsieur	Laurent	**OBERT**
GENETIQUE	Madame	Juliette	**PIARD**
REANIMATION CHIRURGICALE	Monsieur	Sébastien	**PILI FLOURY**
REANIMATION MEDICALE	Monsieur	Gaël	**PITON**
RHUMATOLOGIE	Monsieur	Clément	**PRATI**
BIOLOGIE CELLULAIRE	Monsieur	Jean-Luc	**PRETET**
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Monsieur	Rajeev	**RAMANAH**
CHIRURGIE VASCULAIRE	Monsieur	Simon	**RINCKENBACH**
ANESTHESIE REANIMATION	Monsieur	Emmanuel	**SAMAIN**
CARDIOLOGIE	Madame	Marie-France	**SERONDE**
ANATOMIE	Monsieur	Laurent	**TATU**
O.R.L.	Monsieur	Laurent	**TAVERNIER**
HEPATOLOGIE	Monsieur	Thierry	**THEVENOT**
NEUROCHIRURGIE	Monsieur	Laurent	**THINES**
PEDIATRIE	Monsieur	Gérard	**THIRIEZ**
E.F.S.	Monsieur	Pierre	**TIBERGHIEN**
CIC-BT CHU ST-JACQUES	Monsieur	Eric	**TOUSSIROT**
PSYCHIATRIE ADULTES	Monsieur	Pierre	**VANDEL**
ANATOMIE	Monsieur	Fabrice	**VUILLIER**
GASTRO-ENTEROLOGIE	Madame	Lucine	**VUITTON**
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Madame	Lauriane	**VULLIEZ COADY**

PROFESSEURS ÉMÉRITES

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Monsieur	Jean-Luc	**BRESSON**
MEDECINE INTENSIVE REANIMATION	Monsieur	Gilles	**CAPELLIER**
MEDECINE LEGALE	Monsieur	Jean-Luc	**CHOPARD**
NEUROCHIRURGIE	Monsieur	Alain	**CZORNY**
OPHTALMOLOGIE	Monsieur	Bernard	**DELBOSC**
PHYSIOLOGIE	Monsieur	Gilles	**DUMOULIN**
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE	Monsieur	Dominique	**FELLMANN**
CHIRURGIE GENERALE	Monsieur	Georges	**MANTION**
BIOLOGIE CELLULAIRE	Madame	Christiane	**MOUGIN**
PEDOPSYCHIATRIE	Madame	Sylvie	**NEZELOF**
ANATOMIE	Monsieur	Bernard	**PARRATTE**
BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE	Monsieur	Patrick	**PLESIAT**
PHYSIOLOGIE	Monsieur	Jacques	**REGNARD**
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Monsieur	Christophe	**ROUX**
PSYCHIATRIE D'ADULTES	Monsieur	Daniel	**SECHTER**

CARDIOLOGIE	Monsieur	François	**SCHIELE**
IMMUNOLOGIE	Madame	Dominique	**VUITTON**
RHUMATOLOGIE	Monsieur	Daniel	**WENDLING**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

B.D.R.	Madame	Clotilde	**AMIOT**
PARASITOLOGIE	Madame	Anne-Pauline	**BELLANGER**
NEUROLOGIE (THERAPEUTIQUE)	Monsieur	Matthieu	**BEREAU**
GENETIQUE	Madame	Oxana	**BLAGOSKLONOV**
ENDOCRINOLOGIE	Madame	Sophie	**BOROT**
PHYSIOLOGIE	Madame	Malika	**BOUHADDI**
ANATOMIE - IMAGERIE DIGESTIVE	Madame	Eléonore	**BRUMPT**
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Monsieur	Paul	**CALAME**
NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	Monsieur	Guillaume	**CHARBONNIER**
CHIRURGIE INFANTILE	Monsieur	Yann	**CHAUSSY**
HEMATOLOGIE	Monsieur	Etienne	**DAGUINDAU**
ENDOCRINOLOGIE	Monsieur	Maxime	**DESMARETS**
DERMATO-VENEREOLOGIE	Madame	Irène	**GALLAIS SEREZAL**
MÉDECINE PALLIATIVE	Madame	Mathilde	**GIFFARD**
PSYCHIATRIE D'ADULTES ADDICTOLOGIE	Madame	Julie	**GIUSTINIANI**
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE	Madame	Jennifer	**LAGOUTTE RENOSI**
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	Monsieur	François	**LOISEL**
SAMU	Madame	Tania	**MARX**
NEUROLOGIE	Madame	Elisabeth	**MEDEIROS**
PHARMACOLOGIE	Monsieur	Patrice	**MURET**
DERMATOLOGIE	Madame	Charlee	**NARDIN**
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE	Monsieur	Alexis	**OVERS**
DERMATOLOGIE	Monsieur	Fabien	**PELLETIER**
CHIRUGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE	Madame	Isabelle	**PLUVY**
BACTERIOLOGIE	Madame	Anaïs	**POTRON**
BIOLOGIE CELLULAIRE	Monsieur	Zohair	**SELMANI**
ONCOLOGIE	Monsieur	Antoine	**THIERY-VUILLEMIN**
RHUMATOLOGIE	Monsieur	Frank	**VERHOEVEN**
HEPATOLOGIE	Madame	Delphine	**WEIL VERHOEVEN**
REANIMATION MEDICALE	Monsieur	Adrien	**WINISZEWSKI**

ENSEIGNANTS ASSOCIES

MEDECINE GENERALE (MCF Associé)	Monsieur	Pascal	**AMIOTTE**

MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	Rémi	**BARDET**
ANESTHESIE REANIMATION (Professeur Associé)	Monsieur	Francis	**BERTHIER**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Madame	Anne-Lise	**BOLOT**
BIOPHYSIQUE, MÉDECINE NUCLÉAIRE (MCF Associé)	Madame	Cécile	**CAODURO**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	Benoit	**DINET**
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE (Professeur Associé)	Madame	Catherine	**GAY**
MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET BIOLOGIE (Professeur Associé)	Monsieur	Helder	**GIL**
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL (MCF Associé)	Monsieur	Marc-André	**GOLTZENE**
MEDECINE D'URGENCE (Professeur associé)	Monsieur	Abdo	**KHOURY**
MEDECINE GENERALE (MCF Associé)	Madame	Aurore	**LEBEAU**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	Thierry	**LEPETZ**
MEDECINE LEGALE (MCF Associé)	Madame	Elisabeth	**MARTIN**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	José-Philippe	**MORENO**
MEDECINE GENERALE (MCF Associé)	Monsieur	Thomas	**RODRIGUEZ**

PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	Monsieur	Xavier	**BERTRAND**
PHARMACOLOGIE	Madame	Céline	**DEMOUGEOT**
HEMATOLOGIE	Madame	Francine	**GARNACHE OTTOU**
PHARMACOGNOSIE	Madame	Corine	**GIRARD**
PHARMACIE	Monsieur	Yann	**GODET**
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Monsieur	Frédéric	**GRENOUILLET**
CHIMIE ANALYTIQUE	Monsieur	Yves	**GUILLAUME**
CHIMIE ORGANIQUE	Monsieur	Lhassane	**ISMAILI**
PHARMACIE CLINIQUE	Monsieur	Samuel	**LIMAT**
SCIENCES DU MEDICAMENT	Monsieur	Frédéric	**LIRUSSI**
PHARMACIE CLINIQUE	Madame	Virginie	**NERICH**
PHARMACIE GALENIQUE	Monsieur	Yann	**PELLEQUER**
CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE	Monsieur	Bernard	**REFOUVELET**
PHARMACIE CLINIQUE	Madame	Marie-Christine	**WORONOFF-LEMSI**

PROFESSEURS EMERITES

BIOLOGIE CELLULAIRE	Madame	Laurence	**NICOD**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BIOCHIMIE	Madame	Aurélie	**BAGUET**
PHARMACIE GALENIQUE	Monsieur	Arnaud	**BEDUNEAU**
BIOCHIMIE	Monsieur	Laurent	**BERMONT**

BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	Monsieur	Oleg	**BLAGOSKLONOV**
HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX	Madame	Céline	**BOUVIER**
			SLEKOVEC
CHIMIE PHYSIQUE ET MINERALE	Monsieur	Eric	**CAVALI**
PHARMACIE	Madame	Anne-Laure	**CLAIRET**
PHYSIOLOGIE	Madame	Sylvie	**BOBILLIER**
			CHAUMONT
SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES	Madame	Jeanne	**GALAINE**
CAMSP DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE	Madame	Marie	**KROEMER**
BIOCHIMIE / ISIFC	Madame	Isabelle	**LASCOMBE**
TOXICOLOGIE	Madame	Carole	**MIGUET-ALFONSI**
PHYSIOLOGIE	Monsieur	Johnny	**MORETTO**
PHARMACIE GALENIQUE	Monsieur	Brice	**MOULARI**
PHARMACOGNOSIE	Monsieur	Frédéric	**MUYARD**
PHARMACOLOGIE	Monsieur	Marc	**PUDLO**
SCIENCES BIOLOGIQUES	Monsieur	Florian	**RENOSI**
BIOMATHEMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES	Madame	Nathalie	**RUDE**
PHARMACOGNOSIE	Monsieur	François	**SENEJOUX**
PHARMACOLOGIE	Madame	Perle	**TOTOSON**

ENSEIGNANTS ASSOCIES

PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT (PAST)	Monsieur	Lionel	**PAZART**
PHARMACIE CLINIQUE-OFFICINE (PAST)	Madame	Anne-Charlotte	**GRILLON**

ODONTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES	Monsieur	Alfredo	**IANDOLO**
DENTISTERIE RESTAURATRICE	Madame	Dina	**IANDOLO**
PHARMACIE	Monsieur	Gwénael	**ROLIN**

ENSEIGNANTS ASSOCIES

ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Madame	Hélène	**BIGEARD-JOUFFROY**
CHIRURGIE ORALE (Professeur Associé)	Monsieur	Edouard	**EUVRARD**
ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Madame	Saaida	**LAFI**
ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Monsieur	Alaeddine	**MAHFOUDHI**
ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Monsieur	Philippe	**MAURIN**
ODONTOLOGIE (Professeure Associée)	Madame	Christine	**ROMAGNA**
ENDODONTIE (Professeur Associé)	Monsieur	Thierry	**ROOS**

PROFESSIONS DE SANTE

MCF SCIENCES INFIRMIERES	Madame	Aline	**CHASSAGNE**
MCF ASSOCIE SCIENCES INFIRMIERES	Madame	Virginie	**HURTARD**
MCF ASSOCIE SCIENCES INFIRMIERES	Monsieur	Jean	**MAILLET CONTOZ**
MCF SCIENCES DE LA REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE	Monsieur	Alexandre	**KUBICKI**
MCF SCIENCES DE LA REEDUCATION ET DE READAPTATION – KINESITHERAPIE	Monsieur	Yoshimasa	**SAGAWA**
MAST ERGOTHERAPIE	Madame	Julie	**LAPREVOTTE**
MAST ERGOTHERAPIE	Madame	Aude	**GONCALVES**
MAST ERGOTHERAPIE	Madame	Elodie	**DAMBRINE**
MAST ASSOCIE PSYCHOMOTRICITE	Madame	Clémence	**VAILLIER**
MAST ASSOCIE PSYCHOMOTRICITE	Monsieur	Pierrick	**BOYER**
PSYCHMOTRICITE	Madame	Mathilde	**PUIG**
MCF ORTHOPHONIE	Monsieur	Guillaume	**DUBOISDINDIEN**
MAST ORTHOPTIE	Monsieur	Pierre-Louis	**BASSAND**

AUTRES ENSEIGNANTS

PROFESSEURE AGREGEE ANGLAIS	Madame	Vanessa	**MARTIN**
PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS	Monsieur	Charles Dale	**SANTANA**
PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS	Monsieur	Gulcin	**KABAKCI**
PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS	Monsieur	Keith	**BRAND**

Remerciements

À Monsieur le **Professeur Rémi BARDET**,
Médecin généraliste, Professeur associé au département de médecine générale de la faculté de médecine de Besançon,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

Je tiens également à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre accompagnement tout au long de mon parcours en médecine générale. En tant que tuteur, vous avez su me transmettre une certaine vision de la pratique médicale, que j'essaierai de m'approprier.

Veuillez trouver ici l'expression de mon respect sincère et de ma reconnaissance.

À Madame la **Professeure Anne-Lise BOLOT**,
Médecin généraliste, Professeure associée au département de médecine générale de la faculté de médecine de Besançon,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et vous suis reconnaissant pour le cadre apporté à ce projet.

Veuillez trouver ici l'expression de ma considération respectueuse.

À Madame le **Docteur Laurène DUFAYET**,
Praticien hospitalier, Maître de conférences universitaire à l'Unité Médico-Judiciaire de l'Hôtel-Dieu de Paris et à l'Institut Médico-Légal de Paris,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je garde un très bon souvenir des six mois passés à vos côtés, qui ont été pour moi une expérience particulièrement enrichissante.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le **Professeur Thierry LEPETZ**,
Médecin généraliste, Professeur associé au département de médecine générale de la faculté de médecine de Besançon,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de participer à ce jury et vous suis reconnaissant pour l'attention que vous porterez à ce projet.

Veuillez trouver ici l'expression de ma considération respectueuse.

À Madame **Sandrine LOMBION,**

Je vous remercie sincèrement pour votre aide précieuse et votre grande disponibilité. Votre accompagnement a été déterminant dans la réalisation de ce travail, et m'a permis d'avancer à de nombreuses reprises lorsque j'étais en difficulté. Je vous suis très reconnaissant pour votre dynamisme et votre bienveillance.

À **Théophile (le T),**

Merci énormément pour ton aide à la réalisation de ce fameux flyer, l'utilisation de tes compétences professionnelles a été fort utile dans la production graphique de ce projet. À très bientôt à Toulouse avec la Miss J.

À **l'ensemble de mes maîtres de stage,**

Je vous remercie pour votre encadrement et pour les enseignements précieux que vous m'avez transmis au cours de ma formation. Mention particulière à la Maison de Santé des Mercureaux de Beure pour ce SASPAS des plus agréables, qui a su développer chez moi un réel intérêt pour la pratique de la médecine générale en ville.

À **Daniel,**

Merci pour ta formation à l'ancienne, entremêlant médecine pratique et passions diverses. Te côtoyer pendant ces six mois m'a permis de découvrir Geneuille, ses habitants et ses gravières. Je garde un sacré souvenir de ce tour d'Alpine lors d'une matinée de consultation plutôt calme. Profite bien de la retraite.

À Monsieur le **Professeur Bertrand LUDES,**

Merci Monsieur de m'avoir permis d'intégrer l'Institut-Médico-Légal de Paris le temps d'un semestre. J'ai ainsi pu découvrir l'envers du décor d'un métier fascinant. Merci pour votre confiance, avec tout mon respect.

Au **PC médical de médecine 5 à Dole : Sébastien, Rémi, Juliette, Amélie, Maxime et Alice,**

Merci pour ce semestre au CHLP, entre la course à l'échalote le matin à vélo, les trajets en train, les soirées en ville, le Tour de France dans le PC et les consultations spécialisées, je garde de bons souvenirs de ce semestre hospitalier.

Aux **Cazériens : Laurent, Annabelle, Renaud, Lucie, Isabelle, Gabrielle et Mumu,**

Merci pour votre bienveillance et pour m'avoir intégré à l'équipe dès mon arrivée dans ces contrées lointaines. Merci pour les restos, les topos vélo et la bonne humeur constamment pratiquée au cabinet. Vous m'avez incité à considérer ma vie future en pays d'Oc plus d'une fois, peut-être aurez-vous gain de cause…

À **Léo,**

Le fraté breton exilé à Paris, boss de l'IML désormais kiffeur de Créteil, me rencontrer t'a permis de découvrir Besançon et Toulouse, j'attends toujours le match retour en Bretagne ! Reviens quand tu veux dans le Sud-Ouest et ok pour le week-end en août dans le 64 « si c'est possible ».

À **Titouan, Manon et nos colocataires de l'internat de Pontarlier,**

Heureux souvenirs que sont les moments de vie à l'internat de Pontarlier avec vous. Vous avez contribué à égayer ces pénibles mois d'hiver aux urgences. Dédicace toute spéciale à la mère Chabanne et au père Louvrier pour les nombreuses soirées et repas qui ont suivi, hâte de vous retrouver dans le Haut ou ailleurs.

Au **Colonel**,

Merci pour tous ces bons moments, cette D4 qui n'aurait pas pu mieux se passer (Hé ho), ces OPEX légendaires et toutes celles à venir. Combien de recrues adoubées à la lueur d'un réverbère ? Combien de fromages de chèvre entiers engloutis d'une traite ? Combien de « Ricostaurants » piégeurs suivis de leurs siestes à même le sol ? La liste pourrait être longue… Je t'attends dans ma région adoptive pour une nouvelle aventure.

À mes **amis d'enfance : Édouard, Alexandre et Nathan,**

Le trio historique, que de souvenirs accumulés au fil des ans à vos côtés… Merci pour tous ces moments partagés ensemble, que ce soit aux quatre coins du pays ou dans notre chère Comté, vous avez toujours été là pour moi. Combien de cols et sommets gravis avec vous ? Doudou j'espère que tu ne m'en voudras pas trop longtemps pour cette sortie de soixan…cent kilomètres, et sinon crois en toi ça passe à chaque fois ;). Alex, des Aiguilles Rouges aux contreforts Pyrénéens en passant par le Cantal et les Hautes Alpes, je te suis reconnaissant pour cette initiation à la montagne et tous les instants de vie qui en ont découlé.
Vivement cet été afin de braver le géant Pyrénéen tous les trois.

À **Antoine et Sophie,**

Le duo infernal a.k.a B and C ou les collègues de mariage, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous deux et votre complémentarité à toute épreuve. J'espère que nous aurons l'occasion de déguster d'autres falculelles ensemble.

À **Arnaud,**

Le chef de gare, figure de proue du VC Morteau Montbenois, merci pour ces bons moments partagés autour d'un verre, sur un vélo ou dans les soirées bisontines depuis plus de 10 ans maintenant. A quand la prochaine festivité ?

À **Clémence et Nicolas,**

Mes bourguignons préférés, quelle évidence de partager des moments auprès de vous tant cela est simple et naturel, au plaisir de vite vous retrouver pour une nouvelle sortie avec la Miss.

Aux **Toulousains : Manon, Léo, Romain, Ophélie, Théo et Axelle,**

Merci pour cet accueil en terre occitane, si je regarde le Top 14 toutes les semaines maintenant c'est en partie grâce à vous, hâte de renouveler les visites des vignobles locaux, les restaurants sur Toulouse et les (pas) social rides. Allez le Stade !

À **Thomas, Julie, Lise et toute l'équipe de La Réunion**,

Quelle épopée que celle de Besangeles à La Réu ! Ce petit séjour sur l'île de tonton Alex m'a permis de créer de beaux liens avec ce petit groupe. On se souviendra du gato-patat et des bouchons de Lise supplément lave en bouteille. Promis Julie, j'étais absolument sobre !

Aux **Bisontins : Antoine, Aline, Victor, Elodie, Pierre, Guillaume,**

Je garde de très bons souvenirs avec vous, notamment durant mon cursus et pendant les moments de vie qui l'ont accompagné. Plaisir de vous retrouver sur mon sol natal ou ailleurs.

À **Timon et Lily,**

Les deux boules de poils que j'affectionne le plus, vous avez été présents à mes côtés pour l'un en D4 et pour l'autre durant l'écriture de cet ultime devoir. Merci pour la zoothérapie.

À **ma belle-famille : Sami, Catherine, Nicole et Juliette,**

Après quelques années d'attente, la voici enfin et je vous la dédie car vous savez ce que cela implique. Merci beaucoup pour cette intégration complète à la famille Antoun ainsi que pour les festins passés et les prochains à venir. C'est toujours un plaisir de partager du temps tous ensemble. Quelle destination pour la prochaine escapade ?

À **mes grands-parents : Auguste et Jeanne-Antide,**

Je vous dois énormément et vous avez contribué à façonner la personne que je suis aujourd'hui, merci du fond du cœur de partager tous ces moments de simplicité et de convivialité permanente. Vous êtes les témoins d'un temps et d'un monde qui me font rêver encore aujourd'hui et vous continuez de m'inspirer au quotidien. Merci pour votre générosité, je mesure la chance que j'ai d'avoir pu connaître cet environnement merveilleux qu'est Doulaize en votre présence.

À **mes grands-parents : Firmino et Maria-Emilia,**

Merci pour votre soutien depuis le tout début. Je sais votre bienveillance à mon égard. Ce travail pour vous témoigner ma reconnaissance. Merci pour tout.

À **Drickson,**

Merci énormément pour tout ce que tu as fait pour moi, tu m'as permis de m'ouvrir sur le monde sur le plan gastronomique, culturel et au sens propre, géographique. Mais bien plus que ça, tu as toujours assuré ton rôle de parrain à 200 % et j'ai une chance infinie d'avoir été choyé durant tant d'années… et encore maintenant. Je te suis extrêmement reconnaissant de tous ces moments et j'ai toujours un énorme plaisir à partager du temps avec toi. Passe à Toulouse quand tu veux et profite à fond de la retraite. J'attends avec hâte notre prochaine épopée pantagruélique.

À **Candice,**

Le 10, je sais ton soutien infaillible depuis toujours, et il en est de même pour moi à ton égard. Je suis fier de la personne que tu deviens et heureux de te voir tracer ton propre chemin, profite-en pour t'amuser et découvrir le monde à ton rythme, en pensant d'abord à toi. J'ai hâte que l'on passe plus de temps ensemble désormais. Merci pour tout.

À **mes parents,**

Merci pour l'amour infini que vous nous avez toujours donné et qui rayonne encore aujourd'hui. Vous pouvez être tranquilles, vous avez assuré votre rôle parental avec brio et j'en suis pour témoin. Maman, cela est sûrement difficile de me voir partir sur les chemins de la vie à une telle distance de la maison mais sois sans crainte car je suis bien accompagné et tout se passe pour le mieux pour moi. Papa, j'envie toujours ton esprit et doute de ne jamais pouvoir l'égaler… en attendant, je fais de mon mieux. Merci à vous deux, pour tout.

À **Claire,**

At last but not least… Mon Clairon, déjà merci pour la mise à disposition de tes capacités numériques, il semblerait que toi au moins tu aies ton C2i, contrairement à moi. Après m'avoir fait voyager un peu partout tu peux te targuer d'avoir réussi l'exploit consistant à déraciner un franc-comtois de sa mère-patrie. Pour le meilleur, bien entendu. Comme tu le dis souvent, on est une équipe, et en cela je te remercie pour tout ce que tu m'apportes au quotidien depuis bientôt quatre ans. J'espère glisser avec toi sur le grand fleuve de la vie, le plus loin possible, en évitant les siphons et en bravant les rapides (inspiration fluviale).

Avec tout mon amour,

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

Introduction ... *5*

I) Les violences conjugales : une problématique mondiale de santé publique ... **5**

II) Définitions et concepts principaux ... **5**

III) Le médecin généraliste : un acteur clé ... **6**

IV) Cadres législatifs internationaux et impact du signalement obligatoire ... **7**

V) Contexte et cadre législatif européen ... **8**

VI) Contexte et cadre législatif français ... **10**

VII) Données de la littérature française ... **12**

VIII) Justification de la présente étude ... **13**

IX) Objectifs de l'étude ... **14**

Méthode ... *15*

I) Type d'étude ... **15**

II) Population étudiée ... **15**

III) Élaboration du questionnaire ... **15**

IV) Diffusion du questionnaire ... **16**

V) Recueil des données ... **16**

VI) Critères de jugement ... **17**

VII) Analyse statistique ... **17**

VIII) Considérations éthiques et réglementaires ... **18**

Résultats ... *19*

I) Caractéristiques de la population étudiée ... **19**

II) Exposition des médecins aux situations de violences conjugales, perception et utilisation de la loi du 30 juillet 2020, du vade-mecum associé, modification des pratiques de dépistage des violences conjugales et perception de l'impact de la loi ... **22**

III) Freins à l'application de la loi, leviers d'amélioration de la prise en charge des victimes et effet de la formation spécifique ... **25**

IV) Autres associations statistiques ... **29**

Discussion ... *31*

I) Représentativité de la population étudiée ... **31**

II) Synthèse des principaux résultats et comparaison avec la littérature ... **32**

III) Limites de l'étude ... **37**

IV) Points forts de l'étude ... **38**

V) Perspectives ... **38**

Conclusion ... *41*

Liste des abréviations

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRBFC : Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CRGE : Conseil Régional des Généralistes Enseignants

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DPC : Développement Professionnel Continu

FMC : Formation Médicale Continue

GMC : General Medical Council

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPV : Intimate Partner Violence

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

QCM : Question à Choix Multiple

QROC : Question à Réponse Ouverte Courte

QRU : Question à Réponse Unique

UE : Union Européenne

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VRS : Vécu et Ressenti en matière de Sécurité

Introduction

En France, à la mi-avril 2026, le bilan des féminicides depuis le début de l'année s'élevait à 40 victimes soit environ un décès tous les deux jours (1).

I) Les violences conjugales : une problématique mondiale de santé publique

Les violences conjugales, désignées dans la littérature internationale sous le terme d'Intimate Partner Violence (IPV), constituent un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près d'une femme sur trois dans le monde a été exposée au cours de sa vie à des violences physiques ou sexuelles exercées par un partenaire intime ou un ex-partenaire (2,3). Ces violences sont responsables d'une morbidité importante et de conséquences durables sur la santé physique et mentale des victimes.

Le terme de « violences conjugales » englobe un ensemble de comportements avec notamment, des violences physiques, psychologiques, sexuelles, administratives et/ou économiques qui s'inscrivent dans une dynamique de domination et de contrôle (2). Cette diversité de manifestations contribue parfois à leur invisibilité, surtout lors de manifestations violentes non physiques.

Les conséquences sanitaires sont multiples, associant troubles somatiques, troubles psychiatriques et augmentation du risque suicidaire (3). Malgré cela, les violences conjugales restent largement sous-déclarées par les victimes, ces dernières hésitant à en parler notamment en raison de la honte ou de la peur des représailles (4). Ainsi les médecins généralistes occupent une position centrale dans le repérage et la prise en charge de ces violences.

II) Définitions et concepts principaux

1. Les violences conjugales

Selon l'OMS, les violences conjugales correspondent à tout comportement au sein d'une relation intime causant un préjudice physique, psychologique ou sexuel (2). Selon le Dr. Lenore Walker et son concept du « cycle de la violence » développé en 1979, le processus violent ne s'exprime pas de manière linéaire mais selon une chronologie circulaire articulée autour de quatre étapes distinctes qui se répètent et s'amplifient avec le temps. Ainsi l'ancrage de l'emprise de l'auteur sur la victime s'explique par cette même nature cyclique des agressions, où l'alternance entre période de tension et période de réconciliation « lune de miel » fragilise les mécanismes de défense de la victime (5).

2. La notion d'emprise

La notion d'emprise psychologique est centrale dans la compréhension des violences conjugales et dans leur prise en charge. Selon le vade-mecum du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) relatif à la loi du 30 juillet 2020, l'emprise correspond à un processus de domination psychologique qui altère le libre arbitre de la victime et la place dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'auteur des violences (6).
Ce processus souvent progressif et insidieux repose sur des mécanismes d'isolement, de dévalorisation et de contrôle aboutissant à une domination de l'auteur sur la victime et rendant difficile pour cette dernière la reconnaissance des violences subies et la mise en place de stratégies protectrices.
En pratique, cette notion reste difficile à apprécier pour les médecins généralistes, comme l'illustre le Dr. Trollé dans sa thèse réalisée en 2023 (7).

3. Le secret médical

Le secret médical est un des fondements de la relation de soin, il garantit la confidentialité des informations échangées entre un professionnel de santé et son patient. En France, il est encadré par l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique (CSP) et l'article 226-13 du Code pénal (8,9). Cependant, des dérogations à ce même secret sont prévues par le législateur dans certaines conditions spécifiques. C'est le cas notamment de la loi du 30 juillet 2020 qui a introduit la possibilité pour les médecins de déroger au secret médical en signalant au procureur de la République une situation de violences conjugales, avec ou sans le consentement de la victime majeure, lorsque celle-ci se trouve sous emprise et que la situation présente un danger imminent (10).

III) Le médecin généraliste : un acteur clé

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel de santé consulté par les victimes de violences conjugales. Un essai contrôlé randomisé mené au Royaume-Uni en 2011 a montré qu'une intervention multifactorielle en soins primaires (programme IRIS), combinant formation des médecins, soutien organisationnel et accès à un référent spécialisé, augmentait significativement l'identification des victimes de violences conjugales et leur orientation vers des services spécialisés (4). Malgré tout, le repérage des victimes de violences conjugales en soins primaires reste difficile en pratique. Les travaux français, notamment ceux du Dr. Trollé et du Dr. Costille, mettent en évidence des freins au dépistage liés à la difficulté d'aborder le sujet, au caractère encore tabou des violences conjugales, à la crainte d'intrusion dans la vie privée des patientes, ainsi qu'à un manque de formation des praticiens (7,11).

IV) Cadres législatifs internationaux et impact du signalement obligatoire

À l'échelle internationale, les cadres législatifs relatifs au signalement des violences conjugales sont hétérogènes, allant de modèles de signalement obligatoire à des approches centrées sur le consentement de la victime.

1. Modèle de signalement obligatoire

Aux États-Unis, certaines législations imposent aux professionnels de santé de signaler les violences conjugales aux autorités, elles varient selon les États (12). Cependant, plusieurs études ont mis en évidence les effets potentiellement paradoxaux des dispositifs de signalement obligatoire. L'étude de Lippy et al. réalisée en 2020 montre notamment une diminution du recours à l'aide chez une proportion significative de victimes (13). Par ailleurs, d'autres travaux suggèrent que la perspective d'un signalement obligatoire peut engendrer des craintes, notamment en termes de confidentialité et de conséquences, pouvant ainsi freiner la divulgation des violences par les victimes (12,14). Enfin, la revue de la littérature de Vatnar SKB, et al. datant de 2021 rapporte un risque potentiel de représailles suite à un signalement ou à une intervention extérieure, soulevant des enjeux importants en matière de sécurité des victimes (14).

2. Modèle intermédiaire

L'Australie présente un modèle hétérogène, avec des obligations de signalement des actes de violence variables selon les États. À l'échelle nationale, ces obligations concernent principalement certains professionnels, notamment dans des situations impliquant des personnes vulnérables, en particulier les mineurs, et ne visent pas spécifiquement les violences conjugales entre adultes (15). En revanche, dans le Northern Territory, une obligation de signalement des violences domestiques s'applique de manière beaucoup plus large, imposant à toute personne majeure de signaler toute suspicion raisonnable de telles situations. Cette obligation concerne notamment les violences conjugales et dépeint une approche plus interventionniste (16).

3. Modèle centré sur la victime et modèle collaboratif

Au Canada, le cadre juridique ne prévoit pas de dispositif spécifique de signalement obligatoire des violences conjugales chez l'adulte. Les obligations de signalement concernent principalement les situations impliquant des enfants ou certaines personnes vulnérables, tandis que les violences conjugales sont traitées dans le cadre général des infractions pénales, sans signalement systématique par les professionnels de santé (17).

En Nouvelle-Zélande, les données juridiques indiquent qu'il n'existe pas d'obligation générale de signalement des violences conjugales chez les adultes par les professionnels de santé, ces derniers étant encouragés à privilégier une prise en charge centrée sur la victime (18). En revanche, les professionnels de santé, incluant les médecins, font partie des acteurs autorisés à partager des informations dans le cadre du Family Violence Act de 2018. Ce partage d'information, réalisé entre professionnels du secteur médico-social et institutions judiciaires, vise à améliorer la protection des victimes et peut être effectué avec ou sans le consentement de ces dernières lorsque cela est jugé nécessaire pour assurer leur sécurité (19).

4. Recommandations internationales

Les recommandations de l'OMS sur la question du signalement s'inscrivent dans une approche centrée sur la victime, en déconseillant le signalement judiciaire systématique et en insistant sur l'importance du consentement et de la confidentialité, tout en reconnaissant la nécessité d'évaluer la sécurité et les risques pour chaque victime de violences conjugales (2). En parallèle, plusieurs études suggèrent que le signalement obligatoire des violences conjugales à l'autorité judiciaire, bien qu'ayant pour objectif de protéger les victimes, peut entraîner des effets indésirables, notamment une diminution du recours aux soins et des réticences à se livrer auprès des professionnels de santé, susceptibles d'altérer la relation thérapeutique (12–14).

V) Contexte et cadre législatif européen

1. Épidémiologie européenne des violences conjugales

Les données européennes confirment l'ampleur du phénomène. À l'échelle de l'Union Européenne (UE), environ une femme sur trois (33 %) déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans, et 22 % rapportent des violences de la part d'un partenaire intime (20,21). Malgré cette prévalence élevée, le phénomène reste largement sous-déclaré. Les données indiquent que seulement 14 % des victimes ont contacté les forces de l'ordre (21). Cette sous-déclaration constitue un enjeu majeur, car elle limite l'efficacité des politiques publiques et complique l'évaluation des dispositifs existants.

2. Cadre législatif européen en matière de violences conjugales

Au niveau du continent européen, la Convention d'Istanbul (Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique) adoptée en 2011 constitue le principal cadre juridique en matière de lutte contre les violences conjugales. Elle n'impose pas de signalement obligatoire, mais prévoit que les principes de confidentialité ne fassent pas obstacle au signalement de situations de violence,

laissant aux États une marge d'appréciation dans leur mise en œuvre (22). Les pratiques entre les différents pays du continent restent néanmoins hétérogènes.

3. Approche centrée sur le jugement clinique, l'exemple du Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, il n'existe pas d'obligation générale de signalement des violences conjugales chez les adultes par les professionnels de santé. Les recommandations du General Medical Council (GMC) précisent que le partage d'informations sans consentement de la victime doit rester exceptionnel et être justifié par un risque sérieux pour celle-ci ou pour autrui (23). Les directives gouvernementales britanniques indiquent que les professionnels sont encouragés à privilégier une approche individualisée, fondée sur l'évaluation du risque et le respect de la volonté de la victime (24).

4. La Norvège, entre cadre légal et questionnement éthique

En Norvège, la législation prévoit pour toute personne une obligation d'agir dans certaines situations de violences graves dont font partie les violences conjugales, sans imposer un mode d'action unique pour autant (signalement judiciaire ou par exemple aide à la victime à se mettre à l'abri). Les professionnels de santé peuvent ainsi être amenés à alerter les autorités judiciaires avec ou sans le consentement de la victime selon le contexte mais avec une priorité donnée à la prévention d'une récidive d'un acte violent (25). Aussi une étude parue récemment en Norvège mettait en évidence le fait qu'une proportion importante de victimes de violences (41,2%) n'avaient pas été informées par les praticiens du signalement obligatoire des violences conjugales ou du moins de l'obligation légale de prévention d'une infraction pénale mentionné dans la loi norvégienne (26). Enfin, des tensions entre pratiques médicales, éthique et normes juridiques sont décrites dans la littérature comme étant un possible frein au signalement judiciaire des victimes de violences conjugales par les professionnels de santé dans le cas précis du signalement obligatoire en vigueur en Norvège. Les praticiens mettant parfois plus l'accent sur la préservation de la confidentialité et de la relation médecin-patient au péril de leur devoir législatif concernant l'obligation de signalement de fait de violences conjugales (27).

5. L'exemple espagnol, une approche plus interventionniste

L'Espagne a mis en place des tribunaux spécialisés dans le jugement des affaires de violences conjugales, un article de 2024 évaluant l'effet qu'avait eu la création de ces tribunaux sur le signalement des violences conjugales et l'incidence des homicides en lien avec ces dernières mentionnait une hausse des signalements judiciaires pour violences conjugales à hauteur de 28% depuis l'instauration de cette cour spéciale, sans pour autant constater d'effets particuliers sur l'incidence des homicides liés aux violences conjugales (28).

VI) Contexte et cadre législatif français

1. Épidémiologie française des violences conjugales

En 2024, selon les données du ministère de l'intérieur français, on comptait 272 400 victimes de violences commises par un partenaire ou un ex partenaire, soit un niveau globalement stable par rapport à 2023. Parmi les différentes formes de violences, 64% étaient d'ordre physique contre 31% d'ordre verbal ou psychologique et 5% relatives à des faits sexuels. La plupart des victimes étaient des femmes (84%) tandis que les auteurs étaient des hommes à hauteur de 85%. Certains départements étaient surreprésentés parmi ceux affichant le plus fort taux de victimes pour 1000 habitantes de 15 à 64 ans, à savoir : la région Hauts de France avec trois départements cités, la Réunion ou encore la Seine Saint Denis. La majorité de ces victimes (74%) avaient entre 20 et 45 ans (29). Aussi, l'enquête de 2023 Vécu et Ressenti en matière de Sécurité (VRS) affirmait que seulement un sixième des victimes de violences conjugales portaient plainte après les faits subis (30).

2. La loi du 30 juillet 2020 et son vade-mecum

Depuis le lancement du Grenelle sur les violences conjugales en 2019, le gouvernement a mis en place une série de mesures concrètes visant à lutter contre ce fléau que sont ces violences, en protégeant les victimes et en punissant les auteurs. Parmi ces dispositions, on pourra citer entre autres : une augmentation des places d'hébergement pour les femmes victimes, une extension des horaires à 24 heures sur 24 et sept jours sur sept du 3919 (premier accueil téléphonique des femmes victimes de violences de quelque nature qu'elles soient (31)), une progression des dispositifs de bracelet anti-rapprochement et des modifications législatives dont la loi du 30 juillet 2020 (32).

Cette loi adoptée dans le but d'améliorer la protection des victimes de violences conjugales introduit une dérogation importante au secret médical, puisqu'elle permet dorénavant aux médecins de signaler à la justice des faits de violences conjugales si cela s'inscrit dans une situation où l'emprise de l'auteur sur la victime est perçue et où un danger imminent est pressenti, et ce que la victime y consente ou non (10).

En 2021, le CNOM a développé un vade-mecum associé à cette mesure comme un outil d'aide à l'application de cette loi à destination des professionnels de santé. Ce guide précise que cette dérogation au secret médical doit rester exceptionnelle et qu'elle s'inscrit dans une démarche de protection de la victime après avoir tenté de recueillir son consentement au signalement (6). Il précise aussi les notions de danger imminent et d'emprise qui paraissent complexes à évaluer en pratique mais qui sont pourtant fondatrices de cette mesure puisqu'elles en sont les conditions *sine qua non* d'application (6).

Ainsi, selon le vade-mecum de 2021, l'emprise est décrite au sens générique comme : « une ascendance, qui peut être intellectuelle ou morale exercée sur un tiers. Il en va en droit public de l'emprise comme étant un processus de dépossession. Toute emprise induit un rapport de domination qui peut aller jusqu'à l'asservissement. » D'autre part la notion de danger est citée comme « une situation où une personne est menacée dans sa sécurité ou, comme ici, dans son existence. Un danger c'est ce qui constitue une menace, c'est-à-dire les comportements et les actes de l'auteur de violences au sein d'un couple. » Tout en gardant à l'esprit que ce même danger doit être imminent, c'est-à-dire sur le point de se produire (6).

Dans un souci de praticité le livret met en valeur des conditions types susceptibles de repérer les manifestations d'une emprise manifeste de l'auteur sur la victime et l'existence d'un danger imminent. Voici un échantillon de questions proposées dans le guide (6).

Pour rechercher l'emprise :

« La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ? »

« La victime se sent-elle sous surveillance permanente ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ? »

« La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ? Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ? »

Pour rechercher le danger imminent :

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

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

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

Enfin, en dehors du cadre légal ce livret donne une véritable marche à suivre au professionnel de santé concernant la réalisation d'un signalement judiciaire au procureur de la République, avec même un modèle de rédaction de signalement intégré (***Annexe 1***)

Cette évolution législative vise à répondre aux limites du cadre antérieur en permettant une intervention dans des situations où la victime n'est pas forcément en mesure de se protéger elle-même.

3. Enjeux pratiques pour les médecins généralistes

En 2022, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandait aux praticiens un dépistage systématique des violences conjugales avec un questionnement sur le sujet lors des consultations même en l'absence de signe d'alerte, compte tenu du fait que les violences conjugales sont universelles, intéressant tous les milieux socio-culturels et toutes les tranches d'âge (33).

VII) Données de la littérature française

1. Connaissance et appropriation de la loi par les professionnels

Les travaux qualitatifs comme quantitatifs réalisés en France depuis l'introduction de la loi en 2020 mettent en évidence une appropriation encore incomplète de ce dispositif par les médecins généralistes (7,11,34–36). En effet, en 2022 soit deux ans après la promulgation de la loi, selon Calvet, 50% des médecins généralistes interrogés dans deux départements de Bretagne connaissaient cette évolution législative (35). Un an plus tard dans la région Nord Pas-de-Calais, le Dr. Trollé mettait en évidence que 41% des médecins généralistes interrogés connaissaient la loi (7). La même année dans la Drôme, le Dr. Maury décrivait que parmi les médecins généralistes interrogés, 53% avaient connaissance de la loi et 27% de son vade-mecum (36).

Si la connaissance de la loi par les médecins est déjà limitée, son utilisation l'est davantage comme le soulignent plusieurs travaux français (7,36). Ainsi des freins à l'utilisation de la dérogation au secret médical ainsi que certains leviers et principaux besoins rapportés par les médecins généralistes ont également été référencés.

2. Obstacles au signalement

Concernant la loi du 30 juillet 2020, son application pratique soulève plusieurs difficultés. Premièrement l'évaluation de l'emprise et du danger imminent, qui repose *de facto* sur une analyse subjective, rend la décision de signalement complexe. De multiples travaux français, quantitatifs comme qualitatifs s'étalant de 2021 à 2023 soulignent que les médecins généralistes éprouvent d'importantes difficultés à définir et identifier ces notions que sont l'emprise principalement et le danger imminent dans une moindre mesure. Cette incertitude peut conduire les praticiens à hésiter voire à renoncer au signalement (7,11,35,37–40).

Par ailleurs, la levée du secret médical sans le consentement de la victime peut être perçue comme une menace pour la relation thérapeutique. Des études récentes dont celle du Dr.

Aguayo datant de 2022 mettent en évidence que les médecins craignent une rupture de la relation de confiance entre eux et les victimes à l'application de cette dérogation (40).

Aussi, selon le Dr. Trollé, la responsabilité médico-légale associée au signalement constitue un facteur de stress pour les praticiens, qui peuvent craindre des conséquences ordinales en cas de mauvaise évaluation de la situation (7).

Enfin, d'autres freins à l'utilisation du signalement ont également été identifiés dans différentes études nationales, avec notamment : le manque de formation des médecins sur ces thèmes ; le manque de temps pour aborder la problématique en consultation ou encore l'insuffisance de coordination entre médecins et acteurs sociaux et judicaires (7,34,39,40).

3. Leviers et perspectives d'amélioration

Plusieurs leviers et perspectives d'amélioration sont identifiés dans la littérature française. Tout d'abord la formation spécifique des médecins apparaît comme un élément central (7). Ensuite la coordination avec les acteurs sociaux et judiciaires constitue également un levier important, plus ancré dans la réalité et complémentaire à la seule utilisation de la loi (7,34,36). Enfin, le développement d'outils pratiques à destination des médecins généralistes d'aide à la décision et d'assistance au signalement comme ont pu le faire les Dr. De Moliner ou Aguayo pourrait être bénéfique pour modifier les pratiques en améliorant l'évaluation des situations à risques, en accompagnant les praticiens dans les démarches juridiques et en fournissant à ces derniers des contacts ressources (40,41).

VIII) Justification de la présente étude

Malgré plusieurs travaux français réalisés depuis l'introduction de la loi du 30 juillet 2020, les données disponibles sur son impact en pratique restent limitées, notamment sur le plan quantitatif. Les études existantes en France sur le sujet sont essentiellement composées d'analyses locales et/ou qualitatives pour la plupart (7,11,35–38,40).

Aucune donnée spécifique récente n'est disponible concernant la région Bourgogne-Franche-Comté, alors même que les pratiques peuvent varier en fonction des contextes territoriaux, de l'organisation des soins et de l'accès aux ressources disponibles localement.

Dans ce contexte il apparaissait pertinent de mener une étude régionale afin d'évaluer la connaissance et l'appropriation de la loi du 30 juillet 2020 par les médecins généralistes Bourguignons et Franc-Comtois, d'identifier les freins et leviers à l'application de celle-ci et de mieux comprendre les pratiques locales.

IX) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes en Bourgogne-Franche-Comté.

Les objectifs secondaires sont d'une part, d'identifier les freins et les leviers à l'utilisation de cette loi en pratique clinique et d'autre part, d'évaluer l'influence d'une formation spécifique des médecins sur leur utilisation de ce dispositif.

Méthode

I) Type d'étude

Notre travail correspondait à une étude quantitative, observationnelle, transversale, à visée descriptive et analytique. Elle était réalisée par questionnaire auto-administré en ligne, à destination des médecins généralistes exerçant en Bourgogne-Franche-Comté, sur une période de deux mois de janvier à mars 2026.

II) Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Étaient inclus dans l'étude, les médecins généralistes en activité, travaillant en Bourgogne-Franche-Comté, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié, mixte ou remplaçant) et ayant accepté de répondre au questionnaire de manière volontaire et anonyme.

Le consentement à participer était implicite et reposait sur la complétion du questionnaire.

2. Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus, les médecins n'exerçant pas la médecine générale, les médecins généralistes travaillant en dehors de la région Bourgogne-Franche-Comté ainsi que les questionnaires incomplets jugés non exploitables.

III) Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir des données issues de la littérature française concernant le domaine des violences conjugales et le point de vue des généralistes sur la législation introduite en 2020 (6,7). Il a été adapté au contexte régional de la Bourgogne-Franche-Comté, en tenant compte de la diversité des territoires notamment leurs caractères urbains et ruraux.

Le questionnaire comportait 23 questions, sous forme de Questions à Réponse Unique (QRU), de Questions à Choix Multiples (QCM) et de Questions à Réponse Ouverte Courte (QROC) pour un temps de réponse estimé entre cinq et huit minutes.

Il explorait trois axes principaux, à savoir :

- L'exposition des médecins généralistes aux situations de violences conjugales, leur connaissance, perception et utilisation de la loi du 30 juillet 2020 et du vade-mecum associé.

- Les freins à l'application de la loi, les attentes des médecins et les pistes d'amélioration de la prise en charge des victimes.

- Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (sexe, âge, mode, lieu et département d'exercice, formation spécifique).

Le questionnaire de l'étude est présenté en ***Annexe 2***.

IV) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par voie électronique via des canaux institutionnels régionaux et départementaux (URPS Bourgogne-Franche-Comté, Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM), Conseil Régional des Généralistes Enseignants (CRGE), Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM), CPTS), des groupes professionnels de médecins généralistes, ainsi que par des envois ciblés notamment auprès des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) Franc-Comtois.

La participation était basée sur le volontariat, sans incitation financière. Un courriel d'invitation présentait les objectifs de l'étude et contenait un lien vers le questionnaire.
Deux relances ont été effectuées à distance afin d'améliorer le taux de réponse et la représentativité des différents territoires.

V) Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé via la plateforme *Google Forms* sur une période de deux mois de janvier à mars 2026. Deux relances ont été effectuées, l'une à quinze jours, l'autre à trente jours. Aucune donnée nominative ou permettant une identification directe ou indirecte des participants n'a été collectée. Les réponses étaient anonymes dès la saisie.

Le questionnaire ne comportait pas de dispositif de contrôle par adresse IP ni d'identifiant individuel. En théorie, une même personne pouvait donc répondre plusieurs fois. Toutefois, ce risque de réponses multiples a été considéré comme faible, compte tenu du caractère

professionnel de la population cible, de l'absence d'incitation à la participation et du temps nécessaire pour compléter le questionnaire.

VI) Critères de jugement

1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'utilisation de la dérogation au secret médical par les médecins généralistes et les perceptions de modification de pratique selon ces derniers.

2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires comprenaient :

- Le niveau de connaissance de la loi et de son vade-mecum.
- Les freins rapportés à l'application de la loi.
- L'association entre la formation spécifique des médecins et leur utilisation de la dérogation au secret médical.

VII) Analyse statistique

Après vérification et validation, les données collectées sur les questionnaires ont été saisies sur le logiciel Excel Windows avec un codage pour chaque item.
Les résultats ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives sur le logiciel SPSS pour Windows version 18.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL).
L'analyse statistique a été réalisée à partir des réponses de 250 médecins généralistes ayant complété le questionnaire. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne–Franche-Comté.

Les variables analysées comprenaient :

- La connaissance de la loi.
- L'utilisation de la dérogation au secret médical.
- Les modifications déclarées des pratiques de dépistage et de prise en charge.

L'évaluation de l'impact de la loi reposait sur :

- L'utilisation effective de la dérogation
- Le changement déclaré des pratiques (dépistage, perception d'amélioration)

Concernant les objectifs secondaires, les freins à l'application de la loi ont été étudiés par une analyse descriptive des réponses multiples à la question relative aux obstacles perçus.
Les leviers ont été analysés à partir de la question portant sur le principal besoin à améliorer pour une meilleure prise en charge des victimes. Les résultats sont présentés en effectifs et pourcentages. L'application de la loi a été comparée entre les praticiens ayant bénéficié d'une formation spécifique sur les violences conjugales et ceux n'en ayant pas bénéficié. La comparaison des proportions a été effectuée à l'aide d'un test du Chi^2. L'intensité de l'association a été estimée par le calcul d'un odds ratio (OR) avec son intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de significativité statistique était fixé à 5 %.

VIII) Considérations éthiques et réglementaires

Cette étude ne relevait pas du champ de la loi Jardé, s'agissant d'une recherche observationnelle non interventionnelle ne portant pas sur des données de santé identifiantes. Elle a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), conformément à la réglementation en vigueur. Cette déclaration porte le numéro 2240702. L'utilisation d'un questionnaire anonyme garantissait le respect du secret professionnel et de la confidentialité des participants.

Résultats

I) Caractéristiques de la population étudiée

1. Nombre de questionnaires analysés et taux de réponse

Au total, nous avons réceptionné 250 questionnaires qui étaient tous analysables. Rapporté au nombre estimé de médecins généralistes exerçant en Bourgogne-Franche-Comté (environ 3 483), cela correspond à un taux de réponse d'environ 7,2 %. Cette estimation du nombre de médecins repose sur les données démographiques régionales issues de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (42), du Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté (CRBFC) (43), des rapports du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (44) et de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) (45).

2. Sexe

Parmi nos répondants : 157 médecins (62,8%) étaient des femmes, 92 (36,8%) étaient des hommes et 1 praticien (0,4%) ne se prononçait pas sur la question.

3. Tranche d'âge

La **figure 1** présente la répartition des réponses en fonction de la tranche d'âge des médecins, en pourcentage.

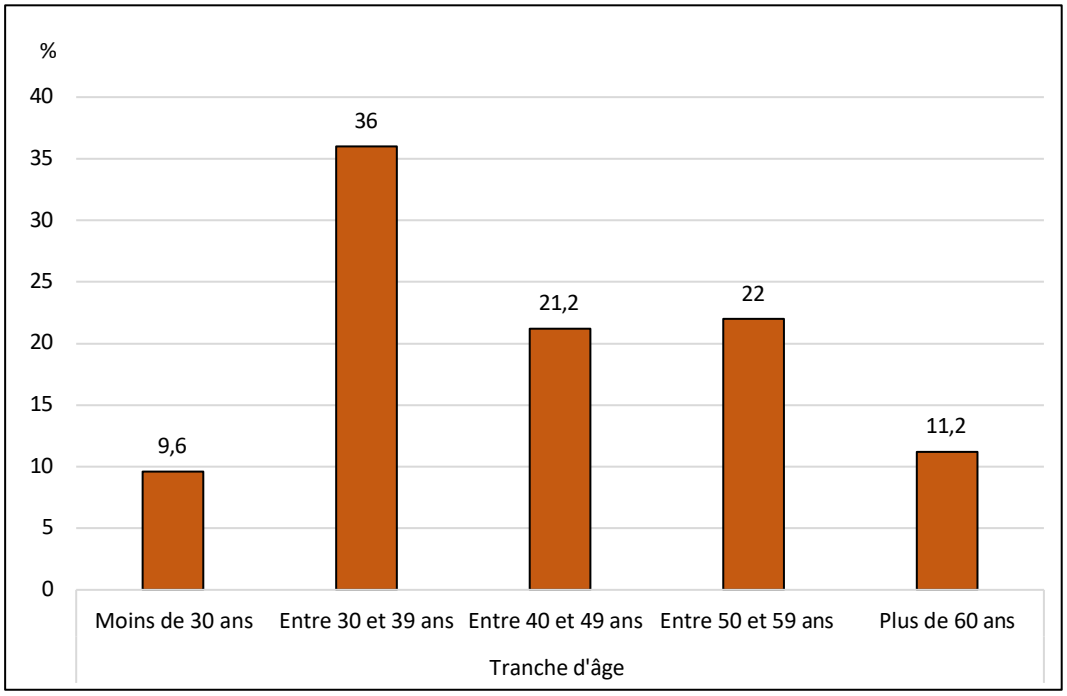


Figure 1 : Répartition des réponses en fonction de la tranche d'âge, en pourcentage.

4. Type d’activité

La **figure 2** présente la répartition des réponses en fonction du type d’activité des médecins, en pourcentage.

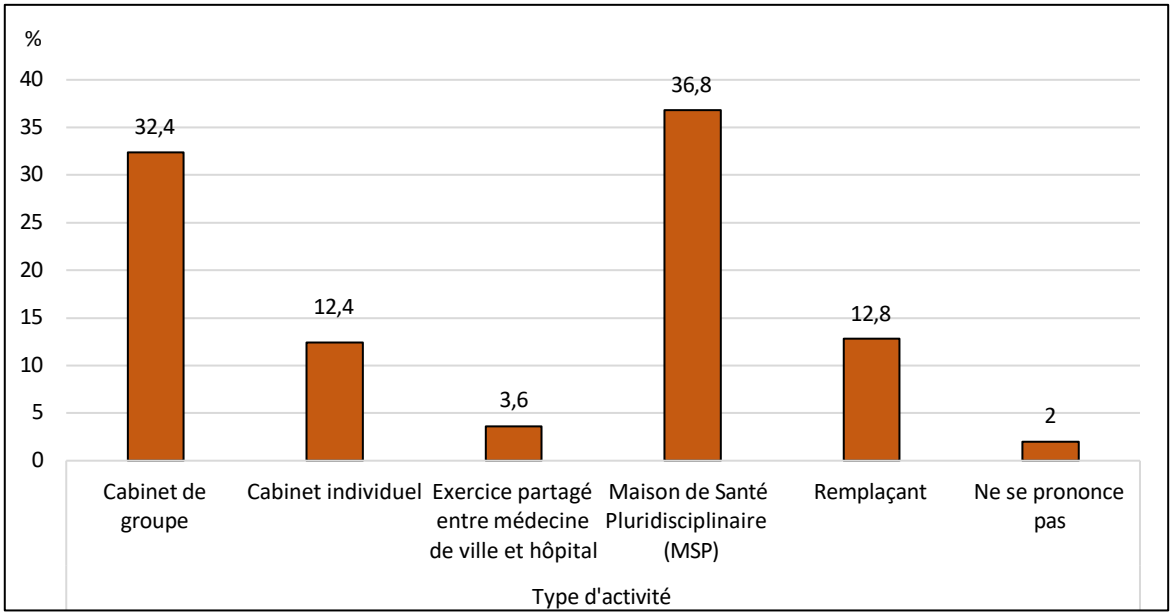


Figure 2 : Répartition des réponses en fonction du type d’activité, en pourcentage.

5. Zone géographique d’exercice

La **figure 3** présente la répartition des réponses en fonction de la zone géographique d’exercice des médecins, en pourcentage.

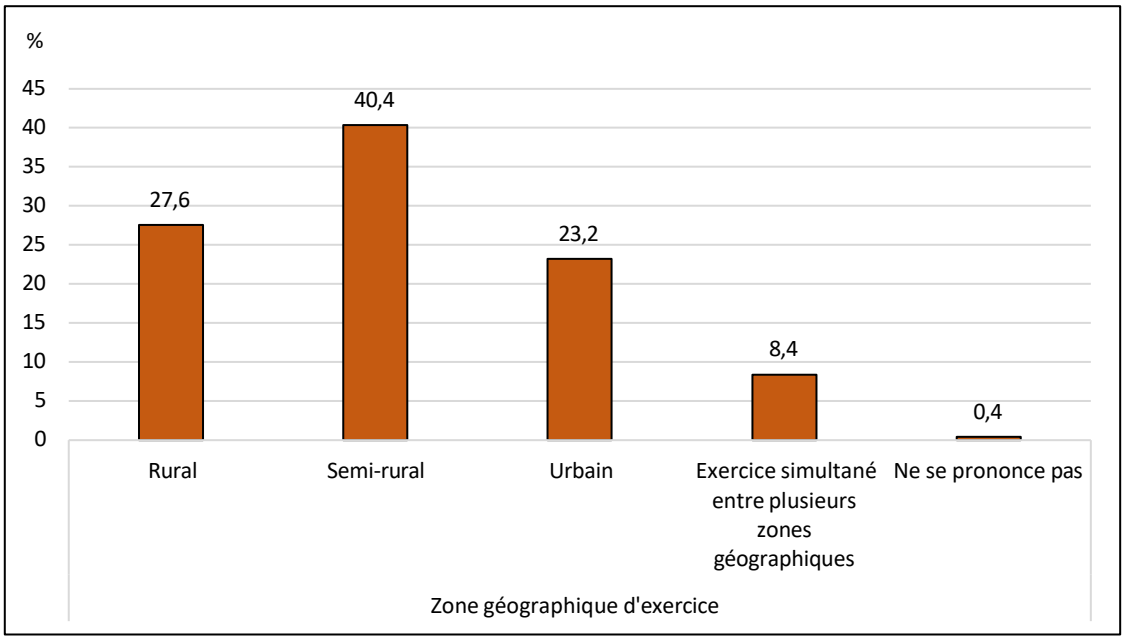


Figure 3 : Répartition des réponses en fonction de la zone géographique d’exercice, en pourcentage.

6. Département d'exercice, fond de carte (46)

La **figure 4** présente la répartition des réponses en fonction du département d'exercice des médecins, en pourcentage.

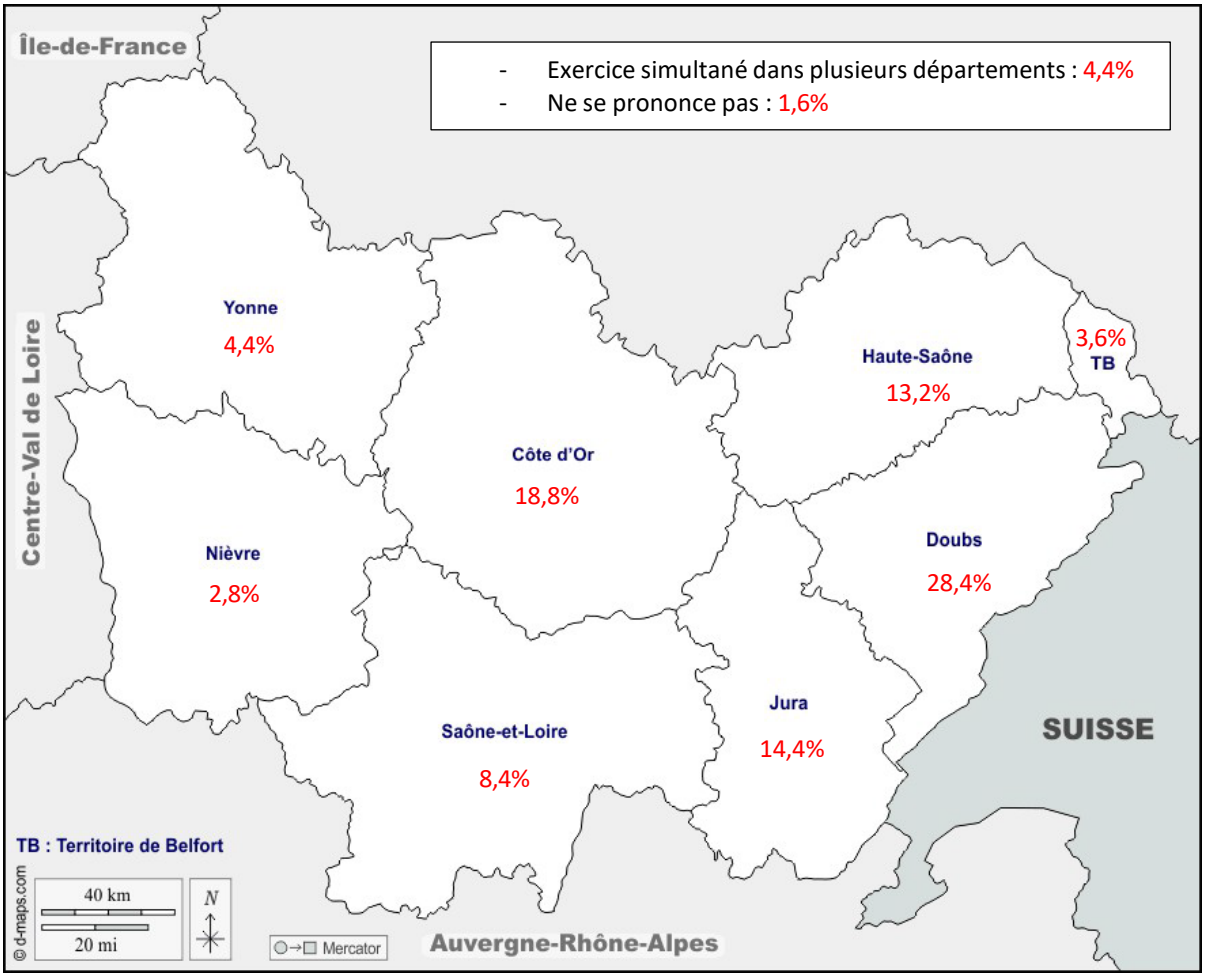


Figure 4 : Répartition des réponses en fonction du département d'exercice, en pourcentage.

7. Formation spécifique en matière de violences conjugales

Parmi nos répondants, 50 praticiens (20%) affirmaient bénéficier d'une formation spécifique concernant la thématique des violences conjugales tandis que 197 médecins (78,8%) affirmaient le contraire, enfin 3 personnes (1,2%) ne se prononçaient pas sur la question.

Pour les 50 praticiens ayant répondu favorablement à la question portant sur la réalisation d'une formation spécifique sur le thème des violences conjugales, une ultime QROC leur était proposée afin d'expliciter de quel(s) type(s) de formation spécifique ces derniers bénéficiaient. Les réponses obtenues ont été réparties en 7 catégories à savoir :

- **FMC / DPC : n = 28 (56%)**
- Réseaux / Associations : n = 17 (34%)
- Formation universitaire : n = 7 (14%)
- Stage / Immersion : n = 7 (14%)
- Autoformation : n = 4 (8%)
- Expérience professionnelle : n = 2 (4%)
- Autres : n = 2 (4%)

II) Exposition des médecins aux situations de violences conjugales, perception et utilisation de la loi du 30 juillet 2020, du vade-mecum associé, modification des pratiques de dépistage des violences conjugales et perception de l'impact de la loi

1. Confrontation des praticiens aux situations de violences conjugales

La **figure 5** présente l'exposition des praticiens aux situations de violences conjugales, en pourcentage.

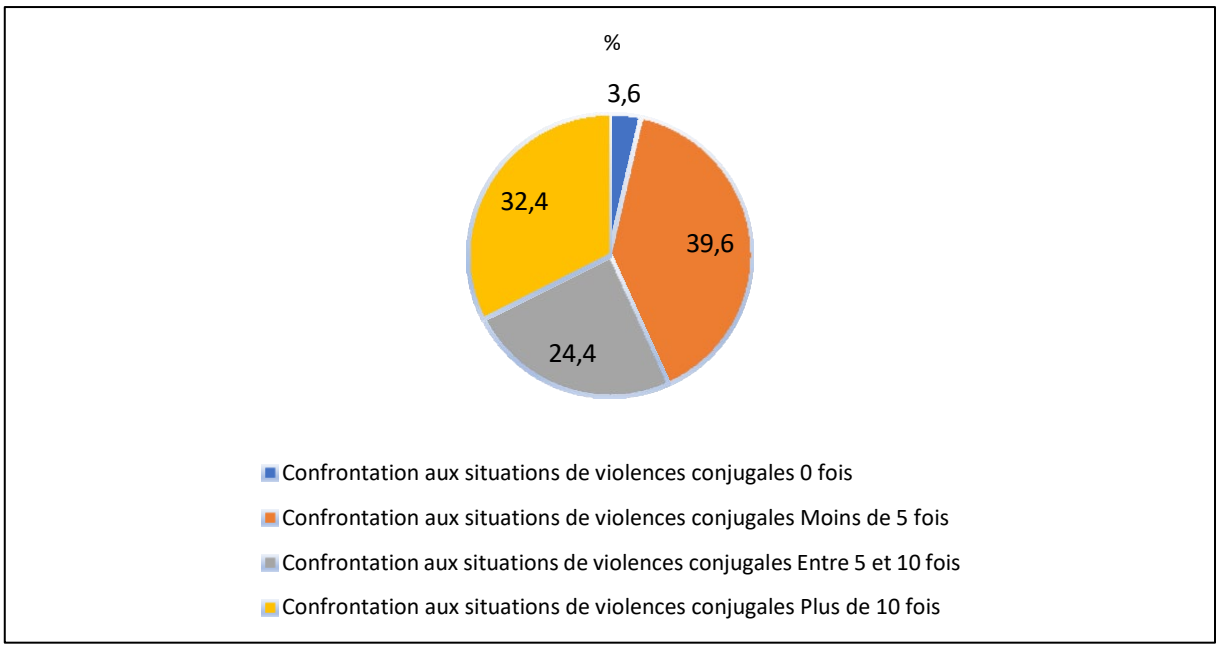


Figure 5 : Exposition des praticiens aux situations de violences conjugales, en pourcentage.

2. Connaissance de la loi du 30 juillet 2020 et de son vade-mecum

Parmi les 250 médecins interrogés :

- **150 (60,0 %)** déclaraient connaître la loi du 30 juillet 2020
- **100 (40,0 %)** déclaraient ne pas la connaître

Parmi les 150 médecins connaissant la loi du 30 juillet 2020 :

- **34 (22,7%)** déclaraient connaître le vade-mecum associé
- **116 (77,3%)** déclaraient ne pas le connaître

3. Utilisation de la loi du 30 juillet 2020

- **23 médecins (9,2 %)** déclaraient avoir déjà utilisé la dérogation au secret médical
- **227 (90,8 %)** ne l'avaient jamais utilisée

Les 23 médecins ayant déjà utilisé la dérogation au secret médical déclaraient l'avoir fait au minimum 1 fois et au maximum 5 fois. La moyenne et l'écart-type étaient respectivement de $1{,}48 \pm 0{,}99$ avec en médiane et quartiles 1 [1-1.5].
Une QCM était également proposée aux praticiens utilisant la loi concernant le(s) type(s) de situation dans lequel (lesquels) ceux-ci avaient appliqué la dérogation au secret médical. Les réponses obtenues ont été réparties en 4 catégories à savoir :

- **Lors d'une consultation d'urgence : n = 10 (43,5%)**
- Lors d'une consultation dédiée à cette problématique : n = 8 (34,8%)
- Lors d'une consultation de suivi : n = 5 (21,7%)
- Lors d'une consultation pour un tout autre motif : n = 5 (21,7%)

Parmi les médecins ayant déclaré ne jamais avoir utilisé la dérogation au secret médical :

- **220 (96,9 %)** déclaraient qu'ils seraient prêts à l'utiliser si les conditions étaient réunies
- **7 (3,1%)** déclaraient qu'ils n'étaient pas prêts à l'utiliser si les conditions étaient réunies

4. Modification des pratiques de dépistage des violences conjugales

Deux cent-six médecins (82,4%) déclaraient ne pas dépister plus systématiquement les violences conjugales depuis l'introduction de cette possibilité de dérogation.

Parmi les 44 médecins ayant déclaré dépister plus systématiquement les violences conjugales depuis l'introduction de cette possibilité de dérogation :

- **32 (72,7%)** déclaraient que cette possibilité de dérogation était une attente de leur part
- **12 (27,3%)** déclaraient que cette possibilité de dérogation n'était pas une attente de leur part

5. Perception de l'impact de la loi du 30 juillet 2020

La **figure 6** présente la perception de l'amélioration de la protection des victimes, en pourcentage.

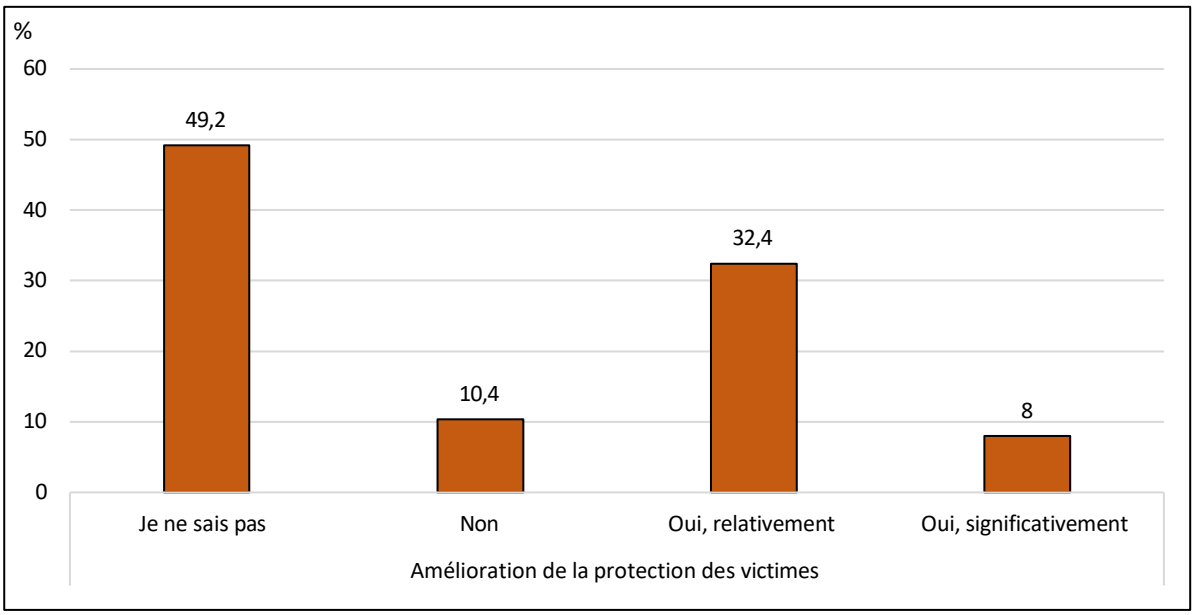


Figure 6 : Perception de l'amélioration de la protection des victimes, en pourcentage.

La **figure 7** présente la perception de l'amélioration de la prise en charge des victimes, en pourcentage.

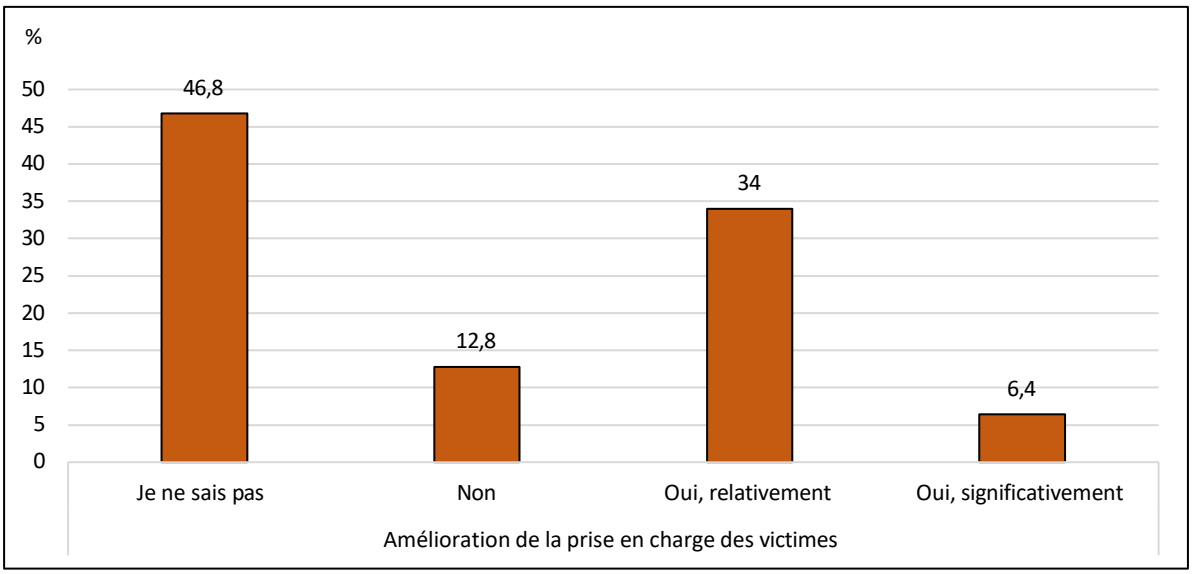


Figure 7 : Perception de l'amélioration de la prise en charge des victimes, en pourcentage.

La **figure 8** présente les critères principaux de l'étude, en pourcentage.

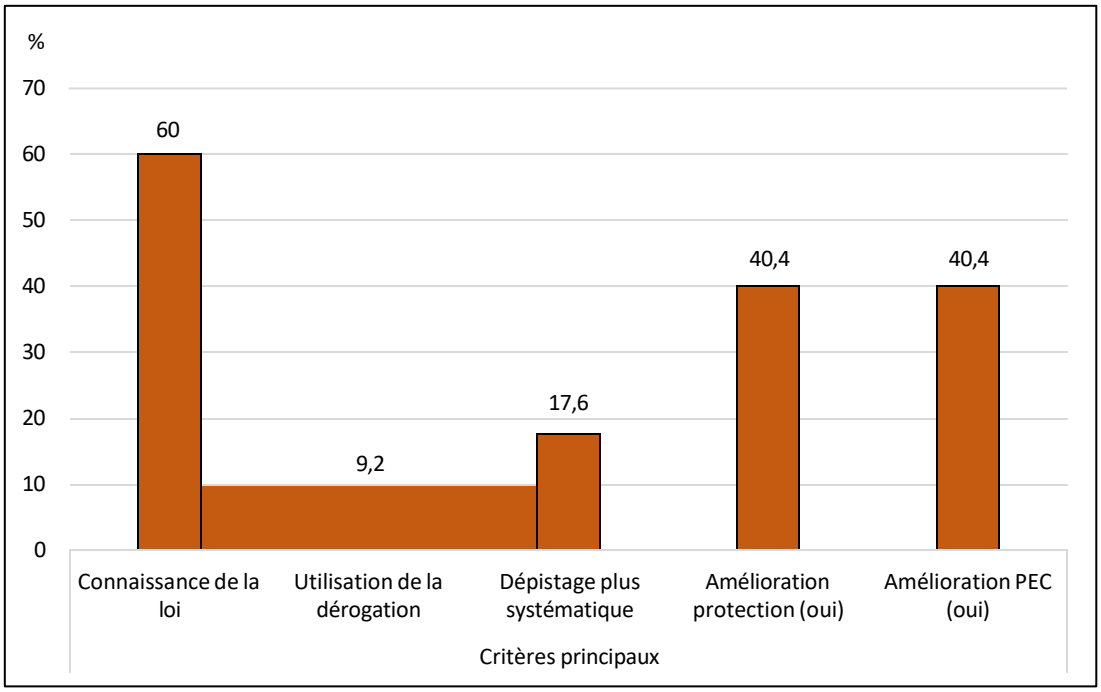


Figure 8 : Critères principaux résumés, en pourcentage.

III) Freins à l'application de la loi, leviers d'amélioration de la prise en charge des victimes et effet de la formation spécifique

1. Freins à l'application de la loi

55 médecins (22%) déclaraient avoir déjà envisagé d'utiliser la dérogation sans finalement y avoir recours, 104 praticiens (41,6%) déclaraient ne pas avoir déjà envisagé d'utiliser la dérogation sans finalement y avoir recours quand 91 répondants (36,4%) déclaraient ne pas connaître la loi.

Pour les 55 médecins ayant déclaré avoir déjà envisagé d'utiliser la dérogation sans finalement y avoir recours, une QROC leur était proposée afin d'argumenter pour quelle(s) raison(s) ces derniers s'étaient ravisés. Les réponses obtenues ont été réparties en 8 catégories à savoir :

- **Refus / Non consentement de la patiente : n = 11 (20%)**
- Démarches déjà engagées par la patiente : n = 9 (16,4%)
- Difficultés d'évaluation (emprise / danger imminent) : n = 8 (14,5%)
- Crainte des conséquences (relation médecin-patient / médico-légal) : n = 7 (12,7%)
- Mise en sécurité sans signalement : n = 7 (12,7%)
- Absence d'indication perçue : n = 5 (9,1%)
- Alternatives au signalement : n = 5 (9,1%)

- Intervention d'autres acteurs : n = 3 (5,5%)

Par ailleurs, à la QCM évaluant les obstacles à l'application de la dérogation, les freins les plus fréquemment rapportés par les médecins étaient la difficulté à définir l'emprise et/ou la notion de danger imminent, citée par 152 praticiens (60,8 %), le manque de connaissances sur le sujet, cité par 129 praticiens (51,6 %), et la crainte d'une rupture de la relation médecin–patient, citée par 122 praticiens (48,8 %).

La crainte des conséquences judiciaires potentielles concernait 91 médecins (36,4 %) et la crainte pour leur propre sécurité 90 médecins (36,0 %). Six médecins (2,4 %) ont déclaré d'autres obstacles et 19 (7,6 %) ont indiqué n'identifier aucun obstacle.

La **figure 9** présente les freins à l'application de la dérogation, en pourcentage.

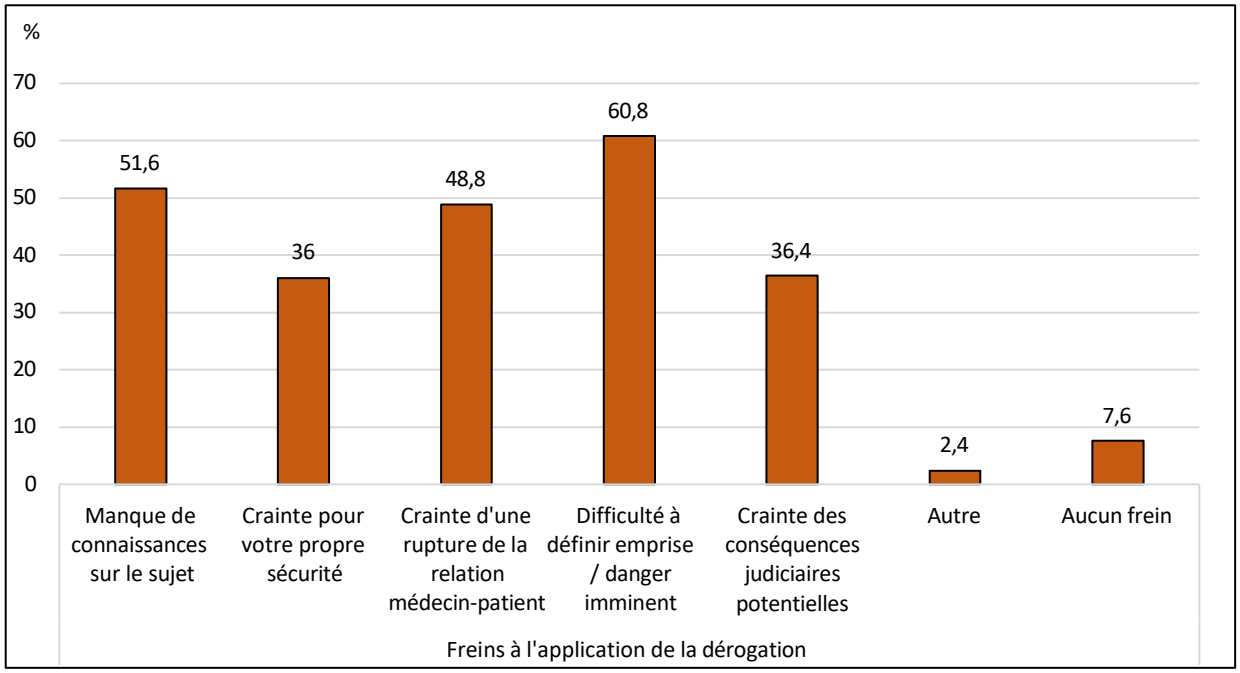


Figure 9 : Freins à l'application de la dérogation, en pourcentage.

2. Leviers à l'utilisation de la dérogation au secret médical

Cent soixante-cinq praticiens (66%) déclaraient que le fait de pouvoir utiliser cette dérogation était un soulagement pour eux. Quatre-vingt-cinq (44%) déclaraient l'inverse.
L'analyse des leviers montre que le principal besoin exprimé pour améliorer la prise en charge était une meilleure coordination avec les services sociaux et judiciaires, citée par 144 médecins (57,6 %). Venaient ensuite une meilleure information des praticiens sur le cadre

légal, citée par 66 médecins (26,4 %), puis la formation continue sur les violences conjugales, citée par 32 médecins (12,8 %). Huit médecins (3,2 %) ont proposé d'autres pistes.

La **figure 10** présente le principal besoin exprimé par les répondants pour une meilleure prise en charge des victimes, en pourcentage.

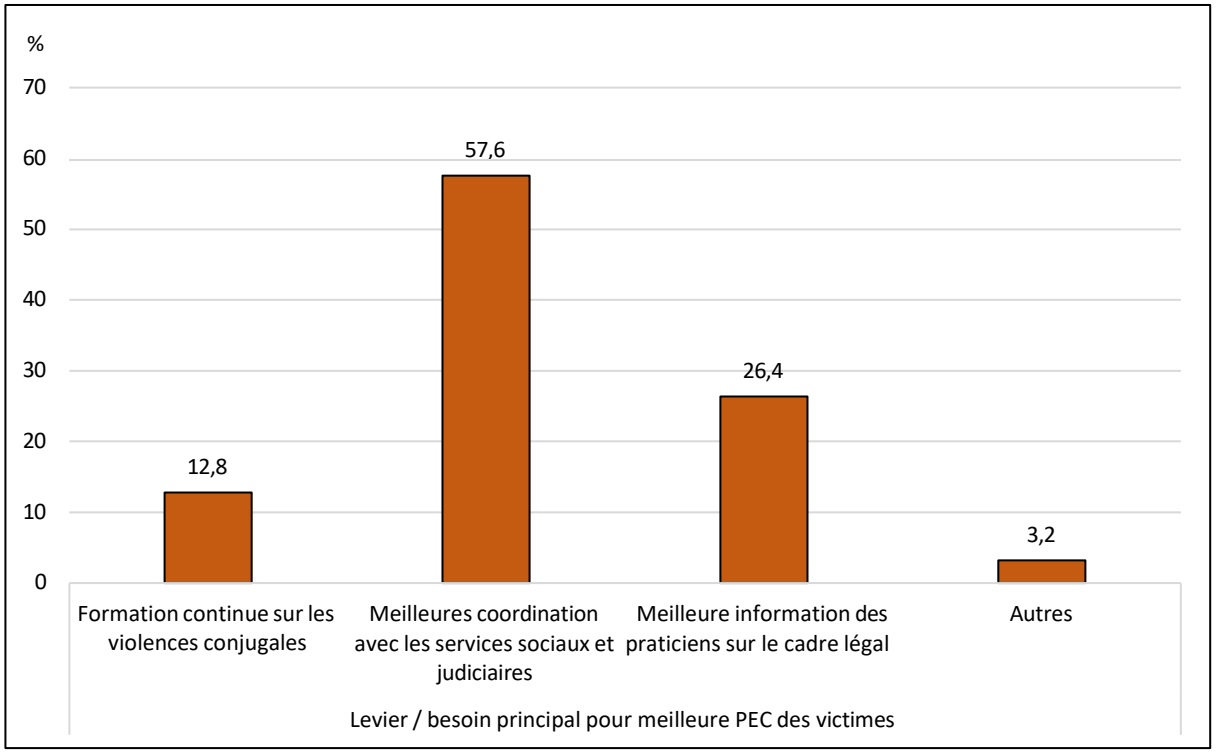


Figure 10 : Principal besoin pour une meilleure prise en charge des victimes, en pourcentage.

3. Effet de la formation spécifique sur le thème des violences conjugales

Parmi les 50 médecins déclarant avoir bénéficié d'une formation spécifique sur les violences conjugales, 10 avaient déjà appliqué la dérogation au secret médical, soit 20,0 %. Parmi les 197 médecins non formés, 13 l'avaient déjà appliquée, soit 6,6 %.

L'association entre la formation spécifique et l'application de la loi était statistiquement significative (OR = 3,54 ; IC95 % [1,45–8,64] ; p = 0,0109).

Les médecins ayant reçu une formation spécifique présentaient une probabilité environ 3,5 fois plus élevée d'avoir recouru à la dérogation que les médecins non formés.

Le **tableau 1** présente l'association statistique entre la formation spécifique des médecins et leur utilisation de la dérogation.

Formation spécifique	Utilisation (%)	OR	IC95%	p
Oui	20,0	3,54	[1,45–8,64]	**0,0109**
Non	6,6			

Tableau 1 : Association entre la formation spécifique et l'utilisation de la dérogation.

Concernant la **connaissance de la loi du 30 juillet 2020**, il existe une association forte et statistiquement significative avec la formation. Les médecins ayant bénéficié d'une formation spécifique présentent une probabilité significativement plus élevée de connaître cette loi que les médecins non formés (**OR = 14,59 ; IC95 % [4,39 – 48,45] ; p < 0,0001**).

En pratique, **94,0 % des médecins formés** déclarent connaître la loi, contre **51,8 % des non formés**.

Concernant le **dépistage plus systématique des violences conjugales**, les médecins formés rapportent une fréquence plus élevée que les médecins non formés (**26,0 % vs 14,7 %**), avec un odds ratio à **2,04**. Ainsi, cette association **n'est pas statistiquement significative**, ce qui signifie que l'on ne peut pas conclure avec certitude à un effet réel de la formation sur le dépistage dans cet échantillon.

Le **tableau 2** présente l'association statistique entre la formation spécifique et la connaissance de la loi par les médecins et entre la formation spécifique et le dépistage plus systématique des violences.

Comparaison	OR	IC95%	p	Taux formés vs non formés
Formation spécifique -> connaissance de la loi	14.59	4.39 - 48.45	**<0.0001**	94.0% vs 51.8%
Formation spécifique -> dépistage plus systématique	2.04	0.97 - 4.29	0.0893	26.0% vs 14.7%

Tableau 2 : Association entre la formation spécifique et la connaissance de la loi et entre la formation spécifique et le dépistage plus systématique des violences

IV) Autres associations statistiques

1. Croisement de certains critères en fonction du sexe, de l'âge et de la zone géographique

Le **tableau 3** présente le croisement statistique de certains critères principaux selon le sexe des répondants.

Critère	Modalité	n oui	N	% oui	p global
Connaissance de la loi	Féminin	98	157	62.4	0.3093
	Masculin	52	92	56.5	
	Autre/NSP	0	1	0.0	
Utilisation de la dérogation	Féminin	14	157	8.9	0.9260
	Masculin	9	92	9.8	
	Autre/NSP	0	1	0.0	
Dépistage plus systématique	Féminin	27	157	17.2	0.8693
	Masculin	17	92	18.5	
	Autre/NSP	0	1	0.0	
Amélioration de la protection (oui)	Féminin	56	157	35.7	0.0860
	Masculin	45	92	48.9	
	Autre/NSP	0	1	0.0	
Amélioration de la prise en charge (oui)	Féminin	63	157	40.1	0.6998
	Masculin	38	92	41.3	
	Autre/NSP	0	1	0.0	

Tableau 3 : Croisement de certains critères principaux selon le sexe

Le **tableau 4** présente le croisement statistique de certains critères principaux selon la tranche d'âge des répondants.

Critère	Modalité	n oui	N	% oui	p global
Connaissance de la loi	<40 ans	67	114	58.8	0.9108
	40-49 ans	33	53	62.3	
	>=50 ans	50	83	60.2	
Utilisation de la dérogation	<40 ans	6	114	5.3	**0.0174**
	40-49 ans	10	53	18.9	
	>=50 ans	7	83	8.4	
Dépistage plus systématique	<40 ans	21	114	18.4	0.8494
	40-49 ans	10	53	18.9	
	>=50 ans	13	83	15.7	
Amélioration de la protection (oui)	<40 ans	46	114	40.4	0.4690
	40-49 ans	18	53	34.0	
	>=50 ans	37	83	44.6	
Amélioration de la prise en charge (oui)	<40 ans	45	114	39.5	0.3769
	40-49 ans	18	53	34.0	
	>=50 ans	38	83	45.8	

Tableau 4 : Croisement de certains critères principaux selon la tranche d'âge

Le **tableau 5** présente le croisement statistique de certains critères principaux selon la zone géographique d'exercice des répondants.

Critère	Modalité	n oui	N	% oui	p global
Connaissance de la loi	Urbain	36	58	62.1	0.5042
	Semi-rural	65	101	64.4	
	Rural	37	69	53.6	
	Mixte/NSP	12	22	54.5	
Utilisation de la dérogation	Urbain	9	58	15.5	0.2301
	Semi-rural	9	101	8.9	
	Rural	4	69	5.8	
	Mixte/NSP	1	22	4.5	
Dépistage plus systématique	Urbain	9	58	15.5	0.8993
	Semi-rural	19	101	18.8	
	Rural	13	69	18.8	
	Mixte/NSP	3	22	13.6	
Amélioration de la protection (oui)	Urbain	25	58	43.1	**0.0216**
	Semi-rural	50	101	49.5	
	Rural	18	69	26.1	
	Mixte/NSP	8	22	36.4	
Amélioration de la prise en charge (oui)	Urbain	24	58	41.4	0.3598
	Semi-rural	46	101	45.5	
	Rural	22	69	31.9	
	Mixte/NSP	9	22	40.9	

Tableau 5 : Croisement de certains critères principaux selon la zone géographique d'exercice

Les critères analysés ne présentent pas de différence significative en fonction du sexe. En revanche, on note une différence significative d'utilisation de la dérogation en fonction de la tranche d'âge **(p = 0,0174)** avec la tranche 40-49 ans qui utilise le plus la dérogation.
Une différence significative est aussi observée pour l'appréciation de l'amélioration de la protection des victimes par la loi en fonction de la zone géographique d'exercice **(p = 0,0216)** avec les praticiens semi-ruraux qui sont plus nombreux à percevoir une amélioration de la protection des victimes depuis l'instauration de cette loi par rapport à leurs confrères urbains et ruraux.

Discussion

L'application de la loi du 30 juillet 2020 reste limitée, mais les résultats montrent que certains leviers sont clairement identifiables. La coordination avec les partenaires sociaux et judiciaires, l'amélioration des connaissances du cadre légal et surtout la formation spécifique des praticiens apparaissent comme des axes prioritaires pour favoriser l'utilisation de la dérogation au secret médical en pratique clinique.

I) Représentativité de la population étudiée

La population étudiée dans ce travail apparaît globalement comparable aux médecins généralistes exerçant en Bourgogne-Franche-Comté (population cible) malgré quelques limites qui méritent d'être soulignées. En effet, 250 questionnaires ont été analysés, soit un taux de réponse d'environ 7,2% rapporté aux 3483 médecins généralistes estimés dans la région, remplaçants inclus (42–45). Ce taux de réponse, bien que relativement faible, reste comparable à ceux classiquement observés dans les études par questionnaire en médecine générale.

Sur le plan démographique, la répartition des répondants par sexe dans notre échantillon (62,8% de femmes) est cohérente, bien que plus accentuée, avec les tendances nationales récentes qui sont marquées par une féminisation progressive de la profession médicale, notamment en médecine générale (47). Toutefois nous pouvons aussi estimer que le sujet même de l'étude était propice à un recrutement davantage féminin, ces dernières étant potentiellement plus sensibilisées à la problématique des violences conjugales que leurs confrères. Concernant l'âge des médecins, la distribution des répondants, dominée par les classes d'âge intermédiaires, est cohérente avec la structure démographique nationale des médecins généralistes, caractérisée par une proportion importante de praticiens âgés de 30 à 60 ans (47).

La répartition géographique des répondants (27,6% rural, 40,4% semi-rural et 23,2% urbain) apparaît plutôt pertinente au regard des caractéristiques territoriales de la région. En effet, cette dernière est marquée par une forte prédominance de zones rurales ou sous-denses (48,49). Cette distribution semble renforcer la validité externe des résultats, en intégrant les spécificités d'exercice propres à ces territoires, principalement ruraux et semi-ruraux.

La connaissance de la loi du 30 juillet 2020 apparaît relativement élevée dans notre étude (60%), tandis que son utilisation effective reste limitée (9,2%). Ce décalage entre connaissance et utilisation suggère une appropriation encore incomplète du dispositif en pratique clinique.

Enfin, la répartition territoriale des médecins généralistes en Bourgogne-Franche-Comté, connue pour être hétérogène est globalement retrouvée dans notre échantillon (49). On peut

décrire une surreprésentation de certains départements au sein des différents territoires composant la grande région notamment le Doubs et la Côte d'or, avec comme principaux réservoirs de médecins généralistes les deux préfectures que sont Besançon, Dijon et leurs agglomérations. On notera aussi une meilleure représentation de la Franche-Comté par rapport à la Bourgogne que l'on peut potentiellement imputer à une meilleure diffusion du questionnaire via le réseau des maîtres de stage Universitaire (MSU) Franc-Comtois auquel nous avons pu avoir accès. En effet un réseau de diffusion équivalent en Bourgogne n'était pas accessible malgré les sollicitations effectuées auprès de la faculté de médecine de Dijon.

Ainsi, l'échantillon étudié présente des caractéristiques globalement comparables à la population cible, permettant une interprétation pertinente des résultats à l'échelle régionale, tout en tenant compte d'un possible biais de sélection inhérent au caractère déclaratif de l'étude et à son objet.

II) Synthèse des principaux résultats et comparaison avec la littérature

Cette étude montre qu'une majorité de médecins généralistes exerçant en Bourgogne-Franche-Comté connaît la loi du 30 juillet 2020 (60%), mais que son utilisation effective reste faible (9,2%), malgré une forte intention d'y recourir. La loi semble avoir un impact principalement perceptif, avec une amélioration ressentie de la prise en charge des victimes plus qu'une modification objectivable des pratiques. Les principaux freins identifiés sont la difficulté d'évaluation des situations d'emprise et de danger imminent, le manque de connaissances des médecins sur le sujet et leurs craintes relationnelles et judiciaires. À l'inverse, la coordination avec les acteurs médico-sociaux et judiciaires ainsi que la formation des médecins apparaissent comme des leviers importants, cette dernière étant significativement associée à une meilleure utilisation du dispositif.

Dans notre étude, 60% des médecins généralistes déclaraient connaître la loi du 30 juillet 2020. Ce niveau de connaissance apparaît modéré compte tenu de la date d'entrée en vigueur de cette mesure il y a bientôt six ans. Cependant cela est concordant avec les données de la littérature française. En 2023, le Dr. Maury retrouvait une connaissance de la loi similaire par les médecins, estimée à 53% (36). Cela confirme une diffusion encore incomplète du dispositif. Cependant, au-delà de cette connaissance déclarative, plusieurs travaux qualitatifs en explorent les limites. En effet, le Dr. Calvet met en évidence une connaissance de la loi souvent superficielle et reposant davantage sur des représentations générales que sur une compréhension opérationnelle chez les médecins non formés à la thématique des violences conjugales (35). Un autre travail souligne également une difficulté à appréhender les critères d'application de la mesure, notamment la notion d'emprise et de danger imminent, certains médecins les trouvant imprécis et décrivant un certain flou autour du cadre d'application de la loi (38). Dans la même logique, le Dr. Costille rapporte que les médecins ont une

connaissance globale de la loi mais peinent à en maîtriser les implications pratiques (11). Enfin, des travaux montrent que ce déficit de connaissance de la législation est également présent chez les internes de médecine générale et peut être amélioré par des interventions pédagogiques ciblées (50). Ainsi, la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 par les médecins généralistes, quasiment six années après son entrée en vigueur dans notre pays, apparaît partielle, hétérogène et insuffisamment opérationnelle en pratique.

Si la connaissance de la loi constitue un prérequis à son application, elle ne peut être dissociée de la maîtrise des outils permettant sa mise en œuvre.

Dans notre étude, seuls 22,7% des médecins connaissant la loi déclaraient connaître le vade-mecum qui lui est associé, proportion semblable à celle mise en évidence par le Dr. Maury dans son travail auprès des médecins Drômois en 2023 (36). Ce faible niveau de connaissance est particulièrement notable compte tenu du caractère central de cet outil dans l'information, l'aide à la décision et à l'utilisation de la dérogation par les praticiens. Le Dr. Trollé identifie la méconnaissance du cadre légal et des outils associés comme un frein majeur à leur utilisation (7). Ce constat est renforcé par les études qualitatives. En effet, le Dr. Aguayo démontre un manque d'outils concrets facilitant la décision des praticiens et vient même à en proposer un pour les médecins de sa région (40), tandis que le Dr. Costille met en avant le besoin exprimé par les médecins de repères pratiques et structurés, ces derniers jugeant la loi illisible seule du fait de ses diverses conditions d'application (11). Les travaux du Dr. De Moliner confirment l'intérêt d'outils d'aide à la décision, notamment pour le dépistage et l'orientation des victimes de violences conjugales (41). Ainsi, la faible diffusion du vade-mecum apparaît comme un facteur majeur pouvant expliquer le décalage entre la connaissance théorique de la mesure et son application pratique.

Cependant, la connaissance des outils dédiés à l'utilisation de la loi ne garantit pas leur usage et l'application du dispositif.

Dans notre étude, seule une minorité de médecins (9,2%) déclarait avoir déjà utilisé la dérogation, ce résultat est cohérent avec celui du Dr. Maury qui retrouve un taux d'utilisation de la dérogation déclaré à 3% dans son étude (36). Ce faible recours à la dérogation au secret médical est largement confirmé par les études qualitatives. En effet, le Dr. Costille ne rapportait aucun cas d'utilisation de la dérogation par les médecins généralistes depuis son entrée en vigueur, potentiellement imputable au fait que ces derniers étaient peu confrontés à cette problématique ou du moins ne la dépistaient pas de manière systématique (11). Le Dr. Aguayo elle aussi ne rapportait aucune utilisation du dispositif en région Niçoise par les médecins généralistes même durant l'ère Covid-19 et ses confinements inhérents, pourtant pourvoyeurs d'une augmentation des cas de violences conjugales (51). Une étude qualitative réalisée en Isère mettait en évidence le fait que les médecins interrogés déclaraient la loi du 30 juillet 2020 comme une solution de dernière chance ne s'appliquant qu'à une petite

fraction de situations spécifiques extrêmement graves et *de facto* expliquant le peu d'utilisation de cette mesure en routine (38). Toutefois, ce faible taux d'utilisation de la loi contraste avec intention d'utilisation très élevée puisque 96,9% des médecins n'ayant jamais utilisé la loi se disaient prêts à mettre en place la dérogation si les conditions d'utilisation étaient réunies, résultat superposable à celui du Dr. Maury avec 95,8% d'intention d'utilisation chez les médecins naïfs de l'application de la mesure (36). Ce paradoxe entre intention d'utilisation et utilisation réelle est également décrit par le Dr. Calvet, qui met en évidence une adhésion de principe à la mesure par les médecins mais des difficultés concrètes d'application (35). Ainsi, bien que les avis divergent avec parfois des prises de position hostiles à cette nouveauté législative, notamment observées dans les études qualitatives (35,38), la faible utilisation du dispositif pourrait davantage traduire une difficulté d'application pratique qu'un pur rejet de la mesure par les médecins.

Cette application limitée de la loi et ce décalage entre intention d'utilisation et utilisation véritable amène à s'interroger sur l'impact réel de cette mesure sur les pratiques médicales.

En effet, la loi semble avoir un impact principalement perceptif avec une amélioration ressentie de la prise en charge plus qu'une modification objectivable des pratiques. Dans notre étude, la grande majorité des médecins (82,4%) déclaraient ne pas dépister davantage les violences conjugales depuis l'instauration de la nouvelle loi en 2020, ce qui est concordant avec la littérature quantitative française (36). Les études qualitatives confirment cette tendance. En effet, certains travaux décrivent une évolution des représentations et une sensibilisation des professionnels accrue, sans transformation majeure des pratiques à l'issue de l'introduction de cette dérogation au secret médical (35,38), quand d'autres études amènent à penser que la loi modifie principalement la réflexion éthique et la posture des médecins, et qu'elle serait un outil de légitimation plus que d'action avec un rôle davantage incitatif (11,35,40). Aussi, dans notre étude on peut constater que cette possibilité de dérogation au secret médical était une attente pour environ 73% des médecins déclarant dépister davantage les violences conjugales depuis l'introduction de la mesure. Rappelons que selon les recommandations de la HAS de 2020, le dépistage des violences conjugales doit faire l'objet d'un questionnement systématique même en l'absence de signe d'alerte visant à favoriser un climat de confiance et d'écoute nécessaire à la libération de la parole chez les victimes (33). Enfin, les travaux du Dr. Dupleichs s'intéressant au ressenti des victimes de violences conjugales sur le signalement sans consentement montrent que l'impact de ce dernier dépend fortement du contexte et de la relation thérapeutique préexistante entre la patiente et son médecin, suggérant qu'une relation de confiance est le terreau nécessaire à la bonne utilisation d'une mesure législative qui pourrait être perçue comme violente pour la victime si mal employée (52). Ainsi la loi du 30 juillet 2020 semble agir davantage comme un moyen de sensibilisation des médecins généralistes que comme un moteur de changement des pratiques.

Dans ce contexte, l'analyse des freins à l'application de cette mesure apparaît comme essentielle pour comprendre les limites de son utilisation.

Les freins identifiés dans notre étude sont concordants avec l'ensemble de la littérature. En effet, la difficulté d'évaluation de l'emprise et du danger imminent constitue un obstacle majeur également retrouvé dans deux autres travaux quantitatifs (7,36). Les études qualitatives permettent d'en préciser les mécanismes. Plusieurs études rapportent une incertitude clinique importante pour évaluer ces situations en pratique malgré des définitions littéraires de l'emprise et du danger imminent et des questions types proposées dans le vade-mecum associé à la loi (35,38,40). L'étude du Dr. Costille souligne également le poids émotionnel pour les médecins et la peur de se tromper avec une nouvelle dimension dans l'ajout d'une autre responsabilité aux praticiens (11). Le manque de connaissance sur le sujet est aussi un obstacle important décrit par les professionnels, retrouvé dans d'autres travaux dont celui du Dr. Trollé qui décrit également le manque de connaissances des structures ressources comme frein important à l'application de la mesure (7). La crainte d'une rupture de la relation médecin-patient est un obstacle largement décrit dans la littérature que nous retrouvons dans notre étude (35,52). En effet, si la victime n'adhère pas à la proposition de signalement judiciaire évoquée par le médecin, on peut penser que cette dernière se sentira trahie et que l'alliance thérapeutique sera ainsi rompue. Cette difficulté met en valeur toute la dualité de la victime de violences conjugales qui pourra à la fois venir chercher de l'aide en consultation mais qui ne sera pas forcément prête à passer le cap du signalement judiciaire, potentiellement du fait d'une emprise marquée de l'auteur sur elle-même. Aussi la crainte des conséquences judiciaires est un frein mis en évidence dans notre étude. En effet, les médecins généralistes en leur qualité de médecins traitants sont habitués à suivre des familles entières. Or, bien souvent dans un contexte de violences conjugales, l'auteur se trouve également être un patient du même médecin. Ainsi on peut imaginer que certains praticiens ont déjà reconsidéré leur intention de signalement compte tenu des conséquences potentielles pour les familles qu'ils suivent mais également pour leur propre sécurité. Des obstacles organisationnels sont aussi retrouvés comme le soulignent les Dr. Trollé et Aguayo, avec comme exemple : le manque de coordination entre médecins, secteur médico-social et judiciaire, la difficulté d'accès aux ressources associatives ou l'isolement de certains praticiens (7,40). Ainsi nous pouvons constater que les freins à l'utilisation de cette dérogation sont multidimensionnels, associant dimensions cliniques, relationnelles et organisationnelles.

Face à ces obstacles, l'identification de leviers et pistes d'amélioration apparaît indispensable.

Dans notre étude, c'est la coordination des généralistes avec les acteurs sociaux et judiciaires qui apparaît comme le principal besoin à améliorer, devant l'information des praticiens sur le cadre légal et leur formation sur le thème des violences conjugales. Le travail du Dr. Trollé retrouvait déjà cette tendance en 2023 puisque la majorité des praticiens interrogés dans son étude attendait un meilleur accompagnement des victimes par les structures d'aide, ainsi que

le fait que les associations se fassent connaître à plus grande échelle tout comme une meilleure information sur la conduite à tenir devant une situation relevant de la loi du 30 juillet 2020 (7). Ainsi, trois ans plus tard, nous pouvons constater que les leviers identifiés pour améliorer la prise en charge des victimes en démocratisant l'utilisation de la loi par les médecins généralistes sont semblables à ceux évoqués dans les précédents travaux sur la question. En dépit des aides à la décision éditées par le gouvernement (53), et des nombreuses associations d'aide aux victimes existantes, la coordination entre les acteurs médicaux de premier recours et ces dernières ne semble pas forcément évidente. Ainsi pour pallier à cette problématique et agir de manière régionale, à l'instar du Dr. Aguayo en région Niçoise (40), ce travail s'accompagne d'un outil pratique à destination des généralistes de Bourgogne et de Franche-Comté, afin de mettre à leur disposition un rappel du cadre légal permettant de préciser la marche à suivre pour effectuer un signalement dans le cadre de la loi du 30 juillet 2020, mais aussi de préciser les différentes ressources médico-sociales et judicaires locales pour faciliter la coordination et favoriser la prise en charge des victimes (**Annexe 3-4**). Enfin rappelons que des sites tels que declicviolences.fr proposent une aide adaptée aux généralistes dans le repérage, le signalement judiciaire et l'orientation des victimes de violences auprès des associations via une carte interactive (54). Ainsi, les leviers d'utilisation de la dérogation reposent principalement sur une amélioration de l'environnement sur son versant organisationnel en boostant la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge des victimes et sur son versant décisionnel en augmentant la connaissance du cadre légal et de la procédure à suivre par les médecins généralistes pour augmenter le signalement.

Parmi ces leviers, la formation des médecins apparaît comme un élément central et transversal.

Dans notre étude, la formation est significativement associée à une meilleure connaissance et utilisation de la loi. En effet, un praticien mieux formé est un praticien *de facto* mieux informé sur le cadre légal de la dérogation et donc plus susceptible d'y avoir recours. Ce résultat est cohérent avec celui du Dr. Maury (36). Une thèse réalisée à Angers en 2024 s'intéressant à l'impact de la mise en place d'une formation à destination des internes de médecine générale sur leur niveau de connaissance à propos des violences conjugales, rapporte elle aussi un effet statistiquement significatif, de la formation sur l'amélioration des connaissances, laissant supposer que des formations de cet ordre dès l'internat pourraient améliorer la prise en charge des victimes (50). Les études qualitatives vont dans ce sens. Par exemple, le Dr. Costille montre que la formation renforce la confiance des médecins et les rendrait plus opérationnels tout en démontrant que ces derniers sont demandeurs d'une mise à niveau sur le sujet (11). Ainsi, la formation constitue un levier essentiel, agissant à la fois sur les connaissances théoriques, la confiance des médecins et leur capacité à agir en pratique.

Nos résultats, notamment la faible utilisation de la dérogation au secret médical malgré une connaissance relativement satisfaisante de la loi, ne semblent pas isolés au contexte français

et apparaissent en cohérence avec des observations rapportées à l'échelle internationale. En effet, dans les pays ayant recours à des dispositifs de signalement obligatoire, plusieurs travaux ont mis en évidence des effets potentiellement ambivalents. Ainsi, une étude américaine montrait que 48 % des femmes interrogées préféraient que la décision de signaler les violences aux autorités judiciaires revienne à la victime, tandis que deux tiers estimaient qu'une politique de signalement obligatoire pourrait rendre les femmes moins enclines à révéler les violences aux professionnels de santé (55). Ces données font écho aux freins identifiés dans notre étude, en particulier la crainte d'altérer la relation médecin–patient.

À l'inverse, dans des modèles davantage centrés sur l'autonomie de la victime et le jugement clinique, les difficultés persistent également, mais concernent surtout le dépistage des violences, l'orientation des victimes et le passage à l'action des praticiens. Une revue systématique portant sur les pratiques des professionnels de santé retrouvait une grande variabilité des pratiques de dépistage, les soignants reconnaissant l'importance du repérage des violences mais recourant souvent à un dépistage sélectif plutôt que systématique (56). Plus récemment, un travail réalisé aux États-Unis concluait que les outils de dépistage disponibles pouvaient raisonnablement identifier les femmes exposées à des violences conjugales dans l'année écoulée, bien que les essais randomisés sur le dépistage ne montraient pas de réduction claire des violences ni d'amélioration globale des autres critères de jugement (57). Ces éléments invitent donc à considérer le dépistage et le signalement non comme des réponses isolées, mais comme des démarches nécessitant un accompagnement structuré afin qu'elles aient un impact réel sur la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Ainsi, les difficultés observées dans notre étude semblent s'inscrire dans une problématique plus globale de prise en charge des violences conjugales en soins primaires, au-delà des seules spécificités du cadre législatif français. Elles renforcent l'intérêt d'approches associant formation des praticiens, outils d'aide à la décision, protocoles clairs et coordination interprofessionnelle, afin de sécuriser à la fois les victimes et les professionnels.

III) Limites de l'étude

Les variables choisies sont pertinentes mais ne permettent qu'une réponse partielle à l'objectif principal. Elles explorent la connaissance de la loi, son utilisation et les pratiques déclarées, permettant d'appréhender l'appropriation et le ressenti des médecins. Toutefois, leur caractère déclaratif expose à un biais de désirabilité sociale et, en l'absence de données objectives sur les patientes ou les parcours de soins, limite l'évaluation de l'impact réel, qui reste indirect. Aussi, Notre échantillon présente des caractéristiques globalement proches de la population cible, mais plusieurs éléments suggèrent un biais de sélection. Une surreprésentation féminine est observée, possiblement liée à une sensibilité accrue des

femmes médecins à la thématique des violences conjugales. Par ailleurs, des disparités territoriales existent, avec une surreprésentation de certains départements et une participation plus importante en Franche-Comté, probablement influencée par des modalités de diffusion inégales du questionnaire. Ces éléments, associés au caractère déclaratif de l'étude, peuvent limiter la représentativité complète des résultats. Enfin, la faible utilisation de la dérogation peut également restreindre certaines analyses. Une approche complémentaire intégrant des indicateurs objectifs (signalement, situations détectées, orientations) permettrait de mieux apprécier l'impact clinique.

IV) Points forts de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts. L'effectif important de médecins inclus (n = 250) permet une analyse robuste et renforce la crédibilité des résultats. Son caractère régional contribue à une bonne représentativité de la pratique en soins primaires. Par ailleurs, l'analyse statistique est rigoureuse et l'approche adoptée est globale, intégrant à la fois les connaissances et les pratiques des généralistes ainsi que les freins et les leviers à l'utilisation de la loi du 30 juillet 2020. Enfin, l'étude met clairement en évidence le rôle central de la formation dans l'appropriation et l'utilisation du dispositif.

V) Perspectives

Plusieurs perspectives peuvent être proposées.

Tout d'abord, le renforcement de la formation initiale qui semble être insuffisante et inégale selon les facultés de médecine, mais aussi celui de la formation continue apparaît essentiel afin d'améliorer les connaissances et de sécuriser la prise de décisions des médecins. Ensuite, le développement d'outils d'aide à la décision et de guides pratiques, comme l'outil adapté à la région développé en parallèle de ce travail (**Annexe 3-4**) pourrait également faciliter l'identification des situations relevant de la dérogation et accompagner les médecins dans la réalisation du signalement tout en favorisant une meilleure coordination entre médecins, acteurs sociaux et judiciaires, ce qui constitue un enjeu majeur pour optimiser la prise en charge des victimes. Il serait pertinent d'évaluer l'impact de la diffusion d'un tel outil sur la modification des connaissances et des pratiques des généralistes à l'occasion d'une nouvelle étude.

Aussi, il apparaît pertinent de s'interroger sur la place et les pratiques de signalement des autres professionnels de santé, au-delà des seuls médecins généralistes. En effet, certains acteurs, tels que les infirmiers libéraux, bénéficient d'un accès privilégié au domicile des patients et peuvent instaurer une relation de confiance favorisant le dévoilement de situations de violence. Dans ce contexte, l'étude de leurs pratiques de signalement constitue

un enjeu important pour mieux comprendre les dynamiques de repérage et d'orientation des victimes. Par ailleurs, afin d'accompagner ces professionnels, les pouvoirs publics ont mis à leur disposition en 2023 un document d'aide spécifique au signalement, proposant des outils pratiques et opérationnels adaptés à leurs réalités d'exercice (53). Cette initiative souligne la reconnaissance de leur rôle dans la prise en charge des violences conjugales et ouvre des perspectives de recherche sur leurs pratiques effectives et leurs éventuels freins.

Enfin, des études complémentaires intégrant des données objectives et longitudinales seraient nécessaires pour mieux évaluer l'impact réel de la loi sur les parcours de soins et la protection des victimes.

Par ailleurs, une étude qualitative actuellement en cours à Besançon, menée par deux co-thésardes, s'intéresse au « Ressenti des médecins généralistes et des associations d'aide aux victimes face à l'utilisation du signalement sans consentement chez les personnes majeures sous emprise et en danger immédiat ». Cette approche permettra d'apporter un éclairage complémentaire indispensable pour comprendre les représentations de chaque partie, les tensions éthiques et les freins persistants, et ainsi affiner les stratégies d'amélioration des pratiques.

Conclusion

Cette étude met en évidence un décalage important entre la connaissance de la loi du 30 juillet 2020 et son application en pratique clinique par les médecins généralistes de Bourgogne–Franche-Comté. Si une majorité des praticiens déclare connaître ce dispositif, son utilisation effective reste faible, malgré une intention largement favorable. Ainsi, la loi semble avoir un impact principalement perceptif, participant à une meilleure sensibilisation des médecins et à une amélioration ressentie de la prise en charge, sans modification objectivable des pratiques, notamment en matière de dépistage.

Les freins identifiés sont multiples et intriqués, associant des difficultés d'évaluation clinique des situations d'emprise et de danger imminent, un manque de connaissances du cadre légal et des outils associés, ainsi que des craintes relationnelles et médico-légales. À l'inverse, les résultats soulignent l'importance de leviers concrets et opérationnels, au premier rang desquels la coordination avec les acteurs médico-sociaux et judiciaires, ainsi que la formation des praticiens ; cette dernière étant significativement associée à une meilleure appropriation du dispositif. Ces éléments suggèrent que l'enjeu principal ne réside pas dans l'acceptabilité de la loi, mais dans sa mise en œuvre pratique.

Dans cette perspective, le développement d'outils adaptés aux besoins des médecins généralistes apparaît essentiel. La réalisation et l'intégration à ce document d'un support pratique régional **(Annexe 3-4**), comprenant un rappel du cadre législatif, une démarche claire de signalement, ainsi que les coordonnées des structures d'aide locales et des autorités judiciaires, pourrait contribuer à lever une partie des freins identifiés et à sécuriser les pratiques. Enfin, des travaux complémentaires apparaissent nécessaires pour approfondir la compréhension de ces enjeux.

Une étude qualitative en cours à Besançon, portant sur le « Ressenti des médecins généralistes et des associations d'aide aux victimes face au signalement sans consentement chez les personnes majeures sous emprise et en danger immédiat », permettra d'apporter un éclairage indispensable sur les dimensions éthiques, relationnelles et organisationnelles de cette problématique, et d'orienter les stratégies futures d'amélioration des pratiques.

Annexes

Annexe 1 **:** Modèle de rédaction de signalement au procureur de la République selon le vade-mecum (6)

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

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

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE	
Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E.mail	

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

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

a) Faits ou commémoratifs :

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

de :

« _____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ »

b) <u>Doléances exprimées par la personne</u> :

Elle dit se plaindre de :

« _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ »

c) <u>Examen clinique</u> : (description précise des lésions, siège et caractéristiques)

- Sur le plan physique

- sur le plan psychique

Accord donné au signalement par la personne

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

□ Oui □ Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

Date et signature

- Signalement à transmettre au Procureur de la République selon circuit joint à la présente.

Annexe 2 **:** Questionnaire utilisé pour l'étude.

Questionnaire à destinations des médecins généralistes de Bourgogne Franche-comté :

Objectif :
Evaluer comment la loi du 30 juillet 2020 concernant la dérogation au secret médical dans une situation de violence conjugale avec emprise et danger imminent a modifié la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne Franche Comté.

Ce questionnaire comporte 23 questions.

Violence Conjugales :

1) **Au cours de votre carrière, à combien de reprises avez-vous été confronté à des situations de violences conjugales ?** (Une seule réponse attendue)

- 0 fois
- Moins de 5 fois
- Entre 5 et 10 fois
- Plus de 10 fois

2) **Connaissez-vous la loi du 30 juillet 2020 (loi n°2020-936), concernant la dérogation au secret médical lors d'une situation de violence conjugale avec emprise de l'auteur sur la victime et danger imminent pour cette dernière ?** (Une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

Si oui, connaissez-vous le Vademecum élaboré par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à visée des professionnels de santé dans le but de les aider à comprendre et à utiliser cette mesure juridique ? (Une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

3) Depuis l'entrée en vigueur de cette loi, avez-vous déjà été amené à utiliser cette dérogation ? (Une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

Si oui :

Combien de fois cela est-il arrivé ? (Inscrivez une donnée chiffrée ci-dessous)

Dans quel type de situation avez-vous appliqué cette dérogation au secret médical ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Lors d'une consultation d'urgence
- Lors d'une consultation de suivi
- Lors d'une consultation dédiée à cette problématique
- Lors d'une consultation pour un tout autre motif
- Autre (précisez) :

Si non, seriez-vous prêt à l'utiliser si une situation comportant les conditions nécessaires à la dérogation se présentait à vous ? (Une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

4) Avez-vous déjà envisager d'utiliser cette dérogation sans finalement y avoir recours ? (une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

Si oui, quelle(s) raison(s) vous a (ont) dissuadée(s) de le faire ? (Précisez votre réponse ci-dessous)

5) Selon-vous, quels sont les obstacles à l'application de cette dérogation dans votre pratique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Crainte des conséquences judiciaires potentielles
- Crainte d'une rupture de la relation médecin / patient
- Manque de connaissances sur le sujet
- Crainte pour votre propre sécurité
- Difficulté à définir l'emprise et/ ou la notion de danger imminent
- Aucun obstacle

6) Lors de vos consultations, dépistez-vous plus systématiquement les violences conjugales maintenant que la possibilité de déroger au secret médical existe dans ce cadre sous certaines conditions ? (Une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

Si oui, cette nouvelle possibilité de dérogation au secret médical était-elle une attente de votre part ? (une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

7) Est-ce un « soulagement » pour vous que de pouvoir utiliser cette dérogation au secret médical ? (une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

8) Selon vous, la loi du 30 juillet 2020 a-t-elle permis d'améliorer la <u>protection</u> des victimes de violences conjugales ? (Une seule réponse attendue)

- Oui de manière significative
- Oui, relativement
- Non
- Je ne sais pas

9) Selon vous, la loi du 30 juillet 2020 a-t-elle permis d'améliorer la <u>prise en charge médicale</u> des victimes de violences conjugales ? (Une seule réponse attendue)

- Oui de manière significative
- Oui, relativement
- Non
- Je ne sais pas

+/- 10) Selon vous, quel est le principal besoin à améliorer pour une meilleure prise en charge des victimes de violences conjugales en médecine de premier recours ? (Une seule réponse attendue)

- Formation continue sur les violences conjugales
- Meilleure information sur le cadre légal
- Meilleures coordination avec les services sociaux et judiciaires
- Autre (précisez)

Description des médecins sondés :

11) Genre : (Une seule réponse attendue)

- Masculin
- Féminin

12) Age : (Une seule réponse attendue)

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- Plus de 60 ans

13) Type d'activité : (Une seule réponse attendue)

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)
- Activité salariée
- Exercice partagé médecine de ville/médecine hospitalière
- Remplaçant

14) Zone géographique d'exercice : (Une seule réponse attendue)

- Urbain
- Semi-rural
- Rural
- Exercice simultané dans plusieurs zones géographiques

15) Département d'exercice : (Une seule réponse attendue)

- Doubs (25)
- Jura (39)
- Haute-Saône (70)
- Territoire de Belfort (90)
- Côte d'Or (21)
- Nièvre (58)
- Saône et Loire (71)
- Yonne (89)
- Exercice simultané dans plusieurs départements.

16) Bénéficiez-vous d'une formation spécifique sur le thème des violences conjugales ? (stage d'internat, DU, FMC, FST, capacité etc…) (Une seule réponse attendue)

- Oui
- Non

Si oui, laquelle/lesquelles ? (Précisez votre réponse ci-dessous)

SIGNALEMENT JUDICIAIRE DES VIOLENCES CONJUGALES

Guide pratique à destination des médecins généralistes

FRANCHE-COMTÉ

Aide à la décision en consultation basée sur la loi du 30/07/2020 et son vade-mecum.

CONTACTS D'URGENCE EN CAS DE DANGER IMMÉDIAT

17 Police

15 SAMU

112 Numéro d'urgence européen

114 Numéro d'urgence par SMS

NUMÉROS D'INFORMATION

39 19 Violences femmes info — appel gratuit, anonyme, 24h/24 et 7j/7

116 006 numéro d'aide aux victimes — service et appel gratuits 7j/7

SITES WEB

arretonslesviolences.gouv.fr

declicviolence.fr

APPLICATION

App-elles

ACCÈS DIRECT AU VADE-MECUM

UFR SCIENCES DE LA SANTÉ — UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

organismes locaux à contacter en cas de besoin

DOUBS (251

France Victimes 25
secretariat@aavi25.org
0381830319

Solidarité Femmes 25
chrs@solidaritefemmes25.org
038181 0390

Service de médecine légale du CHU
med-legate@chu-besancon.fr
0381218395

CIDFF25
Centre d'information sur les Droits des Femmes et des Familles
03812566 69

CICS25
Centre d'information et de Consultation sur la Sexualité
cics.25@orange.fr
03818334 73

Mouvement du Nid Doubs
Proches de victimes ou personnes en situation de prostitution
franchecomté-25@mouvementdunid.org
06 07 95 95 24

Si harcèlement de rue à Besançon, demandez Angela auprès des structures affichant le badge.

JURA 1391

France Victimes 39
francevictimes39@gmail.com
0384474054

AJAVM
Association Jurassienne d'Aide aux Victimes et de Médiation
juravem@gmail.com
0384474054

CIDFF39
Centre d'information sur les Droits des Femmes et des Familles
0384431095

HAUTE-SAÔNE C70J

France Victimes 70
contact.aav70@gmail.com
0384781844

SAFED
Service d'Accueil des Femmes En Difficulté (pour hébergement d'urgence)
0384760010

CIDFF 70
Centre d'information sur les Droits des Femmes et des Familles
03 84 76 32 38

Unité Médico-Judiciaire et d'Aide aux Victimes
UMJAV-GH 70
umjav@gh70.fr
03 84 96 21 90

TERRITOIRE DE BELFORT C90J

France Victimes 90
contact@france-victimes-nfc.fr
09 70 19 52 52

Solidarité Femmes 90
solidarite.femmes@wanadoo.fr
03 84 28 99 09

CIDFF90
Centre d'information sur les Droits des Femmes et des Familles
cidf-belfort@orange.fr
03 84 28 00 24

Hébergement d'urgence
Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)
0616281503

RAPPELS LÉGISLATIFS

En tant que **médecin généraliste**, si vous êtes confronté à une situation de **violences conjugales** concernant une **personne majeure**, la loi du 30/07/2020 vous autorise à effectuer un **signalement judiciaire** au procureur de la République.

Vous pouvez le faire avec l'accord de la victime ou **sans son accord**, uniquement si la situation l'expose à un **danger imminent** et si la victime est **sous emprise manifeste** de l'auteur des violences.

Vous devez d'abord tenter d'obtenir l'accord de la victime et dans le cas contraire l'**informer du signalement** si celui-ci est réalisé sans son consentement.

CONDUITE ÀTENIR AUCABINET

- Accueillir et écouter sans jugement.
- Informer la victime à propos de ses droits.
- Évaluer la situation (physique, psychique, sociale).
- Établir un Certificat Médical Initial (CMI) en vue d'un potentiel dépôt de plainte.
- Proposer une orientation auprès des associations d'aide aux victimes, des forces de l'ordre et des structures de soins adaptées.

Comment repérer une situation à risque, selon le vade-mecum ?

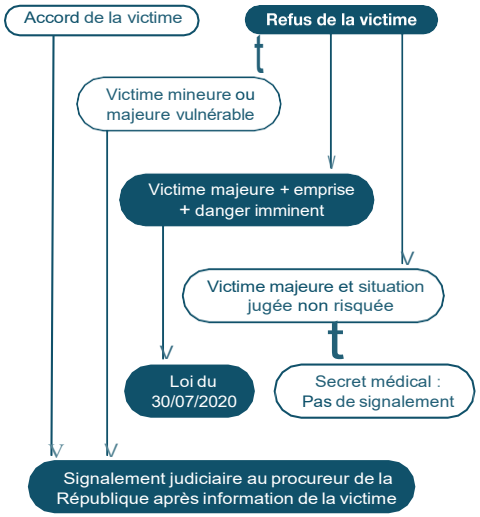
EMPRISE

- Isolement social (famille, amis)
- Surveillance ou harcèlement (appels, messages...)
- Dévalorisation, humiliations répétées
- Perte d'autonomie ou dépendance financière
- Contrôle des activités quotidiennes
- Confiscation de documents personnels
- Sentiment de culpabilité ou de responsabflité
- Peur du partenaire
- Difficulté à prendre des décisions seule

DANGER IMMINENT

- Multiplication ou aggravation récente des violences
- Menaces de mort (notamment scénarisées)
- Présence d'armes au domicile
- Violences envers les enfants
- Peur exprimée par la victime pour elle ou ses proches
- Antécédents de violences ou intervention des forces de l'ordre
- Contexte de séparation ou tentative de séparation
- Consommation d'alcool o drogues par l'auteur
- Grossesse ou enfant en bas Age
- Incitation au suicide

EFFECTUER UN SIGNALEMENT JUDICIAIRE



LES ÉTAPES ÀSUIVRE

1. Rédaction de la fiche de signalement selon le modèle disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et sur le vade-mecum (cf. QR code).
2. Envoi de la fiche de signalement par courrier électronique à l'adresse mail de la permanence du parquet compétent (lieu des faits).
3. Adressage d'un accusé de réception par le parquet au signalant pour l'assurer de la prise en compte du signalement.

La responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin qui effectue un signalement dans les conditions indiquées ci-dessus ne peut pas être engagée, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

COORDONNÉES DES PARQUETS DE FRANCHE-COMTÉ

En cas de signalement, mentionner dans l'objet du mail :

SIGNALEMENT URGENT - VIOLENCES CONJUGALES

Possibilité d'appeler le parquet simultanément à l'envoi du courriel selon la gravité de la situation

BESANÇON 1251
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-besancon@justice.f
03 81651300

MONTBÉLIARD 1251
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-montbeliard@justice.f
03 81651300

LONS LE SAUNIER 1391
Tribunal judiciaire/ parquet:
permanence.pr.tj-lons-le-saulnier@justice.fr
03 84 3513 00

VESOUL 1701
Tribunal judiciaire/ parquet:
permanence.pr.tj-vesou/@justice.f
03 84 78 58 00

BELFORT 1901
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-belfort@justice.f
03 84 58 53 00

Les coordonnées des permanences des parquets sont susceptibles d'évoluer, en cas de doute vérifier auprès du tribunal judiciaire concerné.

SIGNALEMENT JUDICIAIRE DES VIOLENCES CONJUGALES

Guide pratique à destination des médecins généralistes

BOURGOGNE

Aide à la décision en consultation basée sur la loi du 30/07/2020 et son vade-mecum.

CONTACTS D'URGENCE EN CAS DE DANGER IMMÉDIAT

- **17** Police
- **15** SAMU
- **112** Numéro d'urgence européen
- **114** Numéro d'urgence par SMS

NUMÉROS D'INFORMATION

- **39 19** Violences femmes info — appel gratuit, anonyme, 24h/24 et 7j/7
- **116 006** numéro d'aide aux victimes — service et appel gratuits 7j/7

SITES WEB

- *arretonslesviolences.gouv.fr*
- *declicviolence.fr*

APPLICATION

- *App-elles*

ACCÈS DIRECT AU VADE-MECUM

UFR SCIENCES DE LA SANTÉ — UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

organismes locaux à contacter en cas de besoin

CÔTE D'OR (21)

France Victimes 21
francevictimes21@gmail.com
03 80 70 45 81

Solidarité Femmes 21
solidaritefemmes21@outlook.fr
03 80 67 17 89

CIDFF 21
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
secretariat.cidff21@hotmail.fr
03 80 48 90 28

CHU de Dijon
Service de médecine légale
medecine.legale@chu-dijon.fr
03 80 29 39 16

NIÈVRE (58)

France Victimes 58
contact@francevictimes58.fr
03 86 36 67 83

CIDFF 58
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
cidff58@gmail.com
03 45 52 31 14

AFED 58
Association d'Aide aux Femmes en Difficulté
afed58@orange.fr
03 86 59 38 58

DECID'L
Accueil de jour
decidl@sfr.fr
03 58 07 54 67

SAÔNE ET LOIRE (71)

France Victimes 71 (AAV 71)
Mâcon :
droits.victimes.macon@francevictimes71.fr
03 85 21 90 84
Chalon-sur-saône :
droits.victimes.chalon@francevictimes71.fr
03 85 90 04 42

CIDFF 71
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
cidff71@orange.fr
03 85 32 42 01

Association Le Pont
Hébergement / accompagnement femmes victimes
secretariat@lepont.asso.fr
03 85 21 94 50

LES PEP 71
CHRS L'ÉCLUSE
chrs.lecluse@pep71.org
03 85 43 86 02

YONNE (89)

France Victimes 89
accueil@adavirs89.com
03 86 51 66 14

CIDFF 89
accueil@cidff89.fr
03 45 02 72 72 / 03 86 42 00 48

RAPPELS LÉGISLATIFS

En tant que **médecin généraliste**, si vous êtes confronté à une situation de **violences conjugales** concernant une **personne majeure**, la loi du 30/07/2020 vous autorise à effectuer un signalement judiciaire au procureur de la République.

Vous pouvez le faire avec l'accord de ra victime ou sans son accord, uniquement si la situation l'expose à un **danger imminent** et si la victime est **sous emprise manifeste** de l'auteur des violences.

Vous devez d'abord tenter d'obtenir l'accord de la victime et dans le cas contraire **l'informer du signalement** si celui-ci est réalisé sans son consentement.

CONDUITE ÀTENIR AUCABINET

- Accueillir et écouter sans jugement.
- Informer la victime à propos de ses droits.
- Évaluer la situation (physique, psychique, sociale).
- Établir un Certificat Médical Initial **(CMI)** en vue d'un potentiel dépôt de plainte.
- Proposer une orientation auprès des associations d'aide aux victimes, des forces de l'ordre et des structures de soins adaptées.

Comment repérer une situation à risque, selon le vade-mecum ?

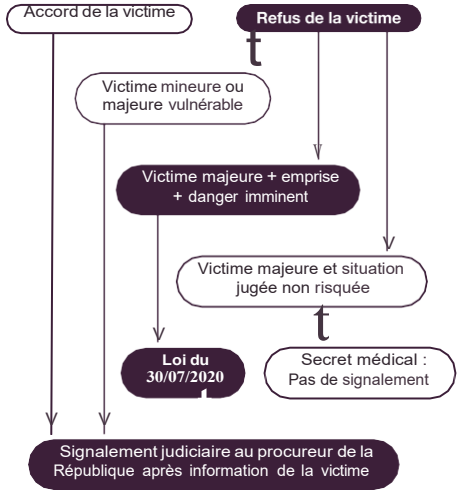
EMPRISE

- Isolement social (famil1e, amis)
- Surveillance ou harcèlement (appels, messages...)
- Dévalorisation, humiliations répétées
- Perte d'autonomie ou dépendance financière
- Contrôle des activités quotidiennes
- Confiscation de documents personnels
- Sentiment de culpabilité ou de responsabilité
- Peur du partenaire
- Difficulté à prendre des décisions seule

DANGERIMMINENT

- Multiplication ou aggravation récente des violences
- Menaces de mort (notamment scénarisées)
- Présence d'armes au domicile
- Violences envers les enfants
- Peur exprimée par la victime pour elle ou ses proches
- Antécédents de violences ou intervention des forces de l'ordre
- Contexte de séparation ou tentative de séparation
- Consommation d'alcool ou drogues par l'auteur
- Grossesse ou enfant en bas âge
- Incitation au suicide

EFFECTUER UN SIGNALEMENT JUDICIAIRE



LES ÉTAPES À SUIVRE

1. Rédaction de la fiche de signalement selon le modèle disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et sur le vade-mecum (cf. QR code).
2. Envoi de la fiche de signalement par courrier électronique à l'adresse mail de la permanence du parquet compétent (lieu des faits).
3. Adressage d'un accusé de réception par le parquet au signalant pour l'assurer de la prise en compte du signalement.

CD La responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin qui effectue un signalement dans les conditions indiquées ci-dessus ne peut pas être engagée, sauf s'il estétabli qu'il n'a pas agi de bonne foi.

COORDONNÉES DES PARQUETS DEBOURGOGNE

En cas de signalement, mentionner dans l'objet du mail :

SIGNALEMENT URGENT - VIOLENCES CONJUGALES

Possibilité d'appeler le parquet simultanément à l'envoi du courriel selon la gravité de la situation

DIJON 1211
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-dijon@justice.fr
03 80 7045 00

CHALON-SUR-SAÔNE1711
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-cha/on-sur-saone@justice.fr
03 85 93 77 00

MÂCON 1711
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-macon@justice.fr
03 85 39 92 00

AUXERRE 1891
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-auxerre@justice.fr
0386 72 30 00

SENSI891
Tribunal judiciaire/ parquet :
permanence.pr.tj-sens@justice.fr
0386 6586 00

NEVERS 1581
Tribunal judiciaire / parquet :
permanence.pr.tj-nevers@justice.fr
0386 9344 44

Lescoordonnées des permanences des parquets sont susceptibles d'évoluer, en cas de doute vérifier auprès du tribunal judiciaire concerné.

Bibliographie

1. #NousToutes [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Comprendre les chiffres. Disponible sur: https://www.noustoutes.org/comprendre-les-chiffres/

2. Organization WH. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. 1 p. (Nonserial Publications).

3. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 7 oct 2006;368(9543):1260-9. doi:10.1016/S0140-6736(06)69523-8 PubMed PMID: 17027732.

4. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. The Lancet. 19 nov 2011;378(9805):1788-95. doi:10.1016/S0140-6736(11)61179-3 PubMed PMID: 22000683.

5. Cycle de la violence. Femmes de Droit [Internet]. [cité 12 avr 2026]. Disponible sur: https://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/cycle-de-la-violence/

6. vademecum_secret_violences_conjugales.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

7. Trollé C. Les freins à l'application du Vademecum du 30 juillet 2020 sur la levée du secret médical dans les violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice] [Internet]. [2022-...., France]: Université de Lille; 2023 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM052.pdf

8. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 13 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798

9. Article 226-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 13 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945

10. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936. 30 juill 2020.

11. Costille M. Violences conjugales et levée du secret médical : vécu et ressenti des médecins généralistes. 7 juill 2023;151.

12. Houry D, Sachs CJ, Feldhaus KM, Linden J. Violence-inflicted injuries: Reporting laws in the fifty states. Ann Emerg Med. 1 janv 2002;39(1):56-60. doi:10.1067/mem.2002.117759

13. Lippy C, Jumarali SN, Nnawulezi NA, Williams EP, Burk C. The Impact of Mandatory Reporting Laws on Survivors of Intimate Partner Violence: Intersectionality, Help-Seeking and the Need for Change. J Fam Violence. 1 avr 2020;35(3):255-67. doi:10.1007/s10896-019-00103-w

14. Vatnar SKB, Leer-Salvesen K, Bjørkly S. Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence: A Mixed Methods Systematic Review. Trauma Violence Abuse. oct 2021;22(4):635-55. doi:10.1177/1524838019869102 PubMed PMID: 31446848.

15. Mandatory reporting [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://1800respect.org.au/resources-and-tools/reporting-and-protection/mandatory-reporting

16. Government NT. Office of the Commissioner for Public Employment [Internet]. 2025 [cité 10 avr 2026]. Make a report. Disponible sur: https://ocpe.nt.gov.au/working-in-the-public-sector/support-and-counselling/domestic-family-and-sexual-violence/make-a-report

17. Government of Canada D of J. Family Violence Laws [Internet]. 2001 [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/fv-vf/laws-lois.html

18. Jackson, Louisa --- « Child Abuse Intervention: Reporting Protocols in the New Zealand Health Sector » [2013] VUWLawRw 2; (2013) 44(1) Victoria University of Wellington Law Review 17 [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://www.nzlii.org/cgi-bin/sinodisp/nz/journals/VUWLawRw/2013/2.html?query=CHILD%2520ABUSE%2520INTERVENTION:%2520REPORTING%2520PROTOCOLS%2520IN%2520THE%2520NEW%2520ZEALAND%2520HEALTH%2520SECTOR,%2520Louisa%2520Jackson*

19. Sharing-Information-Safely.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2026]. Disponible sur: https://www.justice.govt.nz/assets/Sharing-Information-Safely.pdf

20. Barbier A, Chariot P, Lefèvre T. Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: Prevalence and associated factors—Results from the violence against women EU-wide survey. Front Public Health. 2 déc 2022;10. doi:10.3389/fpubh.2022.1033465

21. Understanding intimate partner violence in the EU [Internet]. 2019 [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/understanding-intimate-partner-violence-eu-role-data

22. 1680a48903.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://rm.coe.int/1680a48903

23. Disclosures for the protection of patients and others [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://www.gmc-uk.org/professional-standards/the-professional-

standards/confidentiality/disclosures-for-the-protection-of-patients-and-others
24. DometicAbuseGuidance.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7f850940f0b6230268ffba/DometicAbuseGuidance.pdf

25. Nordby C, Douglas KS, Vølstad AG, Brevik TB, Bjørkly SK, Vatnar SKB. Compliance with mandatory reporting of intimate partner violence among professionals in Norway. BMC Public Health. 6 mai 2025;25:1664. doi:10.1186/s12889-025-22637-z PubMed PMID: 40329357; PubMed Central PMCID: PMC12054183.

26. Vølstad AG, Douglas K, Bjørkly SK, Brevik TB, Nordby C, Vatnar SKB. Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence: Knowledge Among Intimate Partner Violence Victims. J Fam Violence. 7 janv 2026. doi:10.1007/s10896-025-01042-5

27. Linge AD, Leer-Salvesen K, Vatnar SKB. Navigating Ethical and Legal Tensions in Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence: Insights from Norwegian Assault Centers. Risk Manag Healthc Policy. 15 nov 2025;18:3647-63. doi:10.2147/RMHP.S541005

28. García-Hombrados J, Martínez-Matute M, Villa C. Specialised courts and the reporting of intimate partner violence: Evidence from Spain. J Public Econ. 1 nov 2024;239:105243. doi:10.1016/j.jpubeco.2024.105243

29. l'Intérieur M de. https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-56-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-quasi-stabilisation-en-2024 [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Info rapide n°56 - Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité : quasi-stabilisation en 2024. Disponible sur: https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-56-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-quasi-stabilisation-en-2024

30. SSMSI - VRS-2023 - BAT WEB.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: https://www.dilcrah.gouv.fr/files/2025-08/SSMSI%20-%20VRS-2023%20-%20BAT%20WEB.pdf

31. Appeler le 3919 – Solidarité Femmes [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: https://solidaritefemmes.org/appeler-le-3919/

32. 99b8bdc69c15402eabbf31ceb4ab4247803deab9.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/04/99b8bdc69c15402eabbf31ceb4ab4247803deab9.pdf

33. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

34. Poitoux C. Signalement des violences entre partenaires intimes: opinions et considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes, enquête qualitative [Thèse

d'exercice] [Internet]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2021 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03371924

35. Calvet F. Ressenti des médecins concernant la loi du 30 juillet 2020 qui incite le signalement judiciaire des violences conjugales en cas de danger imminent: une étude qualitative auprès de médecins dans le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice] [Internet]. [1969-2022, France]: Université de Rennes 1; 2022 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/4e8ed1c0-e941-4e69-9aa3-f75caf171489

36. Maury L. La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales: effet de la loi du 30 juillet 2020 sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales par les médecins de la Drôme [Thèse d'exercice] [Internet]. [Lyon ; 1971-...., France]: Université Claude Bernard; 2023 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://n2t.net/ark:/47881/m65h7g9x

37. Lambert N. Les impacts de la loi du 30 juillet 2020 relative aux violences conjugales dans l'exercice professionnel en médecine générale de ville.

38. Aublet-Cuvelier M, Cotro J. La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales, le point de vue des médecins généralistes en Isère. 16 sept 2022;183.

39. Dominé K. Article 12 de la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales: perceptions de la loi par les médecins généralistes de Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [1967- , France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2022.

40. Aguayo A. Les freins au signalement de violences conjugales en médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice] [Internet]. [2020-...., France]: Université Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2022 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03945658

41. de Moliner O. Élaboration d'un outil d'aide au dépistage et à l'orientation des femmes victimes de violences conjugales, à destination des médecins généralistes: consensus par méthode Delphi.

42. Professionnels de santé au 1er janvier 2025 | Insee [Internet]. [cité 8 avr 2026]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677

43. feuille de route sante.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2026]. Disponible sur: https://www.bourgognefranchecomte.fr/sites/default/files/2024-05/feuille%20de%20route%20sante.pdf?utm

44. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.

45. Bienvenue à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) [Internet]. [cité 8 avr 2026]. Disponible sur: https://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles%2Fstats%2F2025%2Fdensite-

2025.html&utm
46. Bourgogne-Franche-Comté, d-maps.com: carte géographique gratuite, carte géographique muette gratuite, carte vierge gratuite, fond de carte gratuit, formats graphiques courants, frontières, départements, noms [Internet]. [cité 8 avr 2026]. Disponible sur: https://www.d-maps.com/carte.php?num_car=167088&lang=fr

47. 237 200 médecins sont en activité en France au 1er janvier 2025 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 mai 2026]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-medecins

48. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 3 mai 2026]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=376988,6172270,493093,395257&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&s=2022&t=A01&view=map12

49. État de santé et accès aux soins contrastés dans les territoires ruraux pauvres de Bourgogne-Franche-Comté - Insee Analyses Bourgogne-Franche-Comté - 42 [Internet]. [cité 3 mai 2026]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3632903#consulter

50. Martin-Soviche C, Bouché T, Thullier-Jousset N, d'Angers U. Etat des connaissances sur le signalement des violences conjugales depuis la loi du 30 juillet 2020. Mise en place d'une action pédagogique auprès des internes de médecine générale de la faculté d'Angers [Internet]. 2024 [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: https://dune.univ-angers.fr/fichiers/15001489/2024MCEM18627/fichier/18627F.pdf

51. Synthèse_Miprof_étudeDAV_2020.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2026]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Synth%C3%A8se_Miprof_%C3%A9tudeDAV_2020.pdf

52. Dupleichs C. Violences conjugales et levée du secret médical: expériences vécues et ressentis des femmes [Thèse d'exercice] [Internet]. [Montpellier-Nîmes ; 2015-...., France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2024 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04798849

53. 2023_07_18_doc_d_aide_au_signalement_des_ps_vf.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2026]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_07_18_doc_d_aide_au_signalement_des_ps_vf.pdf

54. Déclic Violence [Internet]. [cité 5 mai 2026]. Disponible sur: https://declicviolence.fr/

55. Gielen AC, O'Campo PJ, Campbell JC, Schollenberger J, Woods AB, Jones AS, et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. Am J Prev Med. 1 nov 2000;19(4):279-85. doi:10.1016/S0749-3797(00)00234-8

56. Alvarez C, Fedock G, Grace KT, Campbell J. Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. Trauma

Violence Abuse. déc 2017;18(5):479-95. doi:10.1177/1524838016637080 PubMed PMID: 27036407.

57. Feltner C, Peat C, Asher GN, Wright S, Vaughan J, Middleton JC, et al. Screening for Intimate Partner Violence and for Caregiver Abuse of Older or Vulnerable Adults: An Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 22 juill 2025;334(4):339-55. doi:10.1001/jama.2025.2449 PubMed PMID: 40553460.

Table des matières

Sommaire **1**

Liste des abréviations ***3***

Introduction ***5***

III) Les violences conjugales : une problématique mondiale de santé publique **5**

IV) Définitions et concepts principaux **5**

III) Le médecin généraliste : un acteur clé **6**

IV) Cadres législatifs internationaux et impact du signalement obligatoire **7**

V) Contexte et cadre législatif européen **8**

VI) Contexte et cadre législatif français **10**

VII) Données de la littérature française **12**

VIII) Justification de la présente étude **13**

IX) Objectifs de l'étude **14**

Méthode ***15***

III) Type d'étude **15**

IV) Population étudiée **15**

III) Élaboration du questionnaire **15**

IV) Diffusion du questionnaire **16**

V) Recueil des données **16**

VI) Critères de jugement **17**

VII) Analyse statistique **17**

VIII) Considérations éthiques et réglementaires **18**

Résultats ***19***

IV) Caractéristiques de la population étudiée **19**

V) Exposition des médecins aux situations de violences conjugales, perception et utilisation de la loi du 30 juillet 2020, du vade-mecum associé, modification des pratiques de dépistage des violences conjugales et perception de l'impact de la loi **22**

VI) Freins à l'application de la loi, leviers d'amélioration de la prise en charge des victimes et effet de la formation spécifique **25**

IV) Autres associations statistiques **29**

Discussion ***31***

III) Représentativité de la population étudiée **31**

IV) Synthèse des principaux résultats et comparaison avec la littérature **32**

III) Limites de l'étude **37**

IV) Points forts de l'étude **38**

V) Perspectives **38**

Conclusion **41**

Annexes **42**

Bibliographie **52**

Table des matières **59**

Permis d'imprimer **61**

.rr

RÉSUMÉ

JAY Valentin

Thèse soutenue le : 11/06/2026

Dérogation au secret médical dans les situations de violences conjugales : Impact de la loi du 30 juillet 2020 sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté.

Rationnel : Les violences conjugales constituent un problème majeur de santé publique. En France, la loi du 30 juillet 2020 autorise une dérogation au secret médical permettant le signalement sans consentement en cas d'emprise et de danger imminent, toutefois son appropriation par les médecins généralistes et son impact réel en pratique restent incertains.

Objectifs : Évaluer l'impact de cette loi sur la prise en charge des victimes par les médecins généralistes de Bourgogne–Franche-Comté, ainsi que les freins, leviers et l'effet de la formation sur son utilisation.

Matériels et Méthodes : Étude observationnelle transversale par questionnaire en ligne (janvier–mars 2026) auprès de médecins généralistes de Bourgogne–Franche-Comté. Analyse descriptive et analytique sur 250 répondants.

Résultats : 60 % des médecins déclaraient connaître la loi, mais seuls 9,2 % l'avaient utilisée, malgré une forte intention d'y recourir. La loi semble avoir un impact principalement perceptif, sans modification majeure des pratiques de dépistage. Les principaux freins à son utilisation étaient la difficulté d'évaluation de l'emprise et du danger imminent (60,8 %), le manque de connaissances (51,6 %) et les craintes relationnelles. Les principaux leviers identifiés étaient la coordination avec les acteurs socio-judiciaires (57,6 %), l'information sur le cadre légal et la formation des praticiens. La formation était significativement associée à une meilleure utilisation de la loi (OR = 3,54 ; p = 0,01).

Conclusion : L'utilisation de la dérogation reste limitée malgré une perception globalement positive du dispositif. Le renforcement de la formation et de la coordination entre médecins et acteurs socio-judiciaires apparaît essentiel pour améliorer l'appropriation de cette loi et la prise en charge des victimes.

Mots-clés : violences conjugales, médecine générale, secret médical, signalement, loi du 30 juillet 2020, formation, coordination, santé publique.