

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

N° 071

THESE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Émilie LE BRUSQ

Née le 18 Juin 1987 à Brest (29)

Présentée et soutenue publiquement le 8 juin 2017

**ANALYSE DES FREINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LORS DE LA RÉDACTION
DU CERTIFICAT DE COUPS ET BLESSURES
EN CAS DE VIOLENCES CONJUGALES**

Président : Monsieur Le Professeur Remy Senand

Directeur de thèse : Madame Le Professeur Laure Van Wassenhove

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Remy Senand : Vous me faites l'honneur d'être le président de mon jury, soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

À Madame Sylvie Grunvald : Merci d'avoir si gentiment accepté de contribuer à ce travail et de me faire l'honneur de participer à mon jury. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité.

Au Docteur Renaud Clément : Vous me faites l'honneur de participer à mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À ma directrice de thèse, Madame le Professeur Laure Van Wassenhove : Merci pour ta bienveillance et ton soutien dans ce travail. Merci pour la richesse de tes enseignements et de m'avoir transmis avec passion ta vision d'une médecine humaine et humaniste.

À tous les médecins généralistes ayant contribué à ce travail : Un grand merci, il n'aurait pu être réalisé sans vous.

Au Docteur Lucia Barrios, au Docteur Jean-Louis Clouet et à Madame Charlotte Gazerra : Merci d'avoir si gentiment accepté d'apporter votre éclairage à ce travail.

À mes parents et à mon frère : Merci pour votre soutien sans faille pendant toutes ces années. Merci d'avoir toujours cru en moi. Vous êtes mon point d'ancrage, rien n'aurait été possible sans vous. Vous être une famille en or. Merci.

À mes grands-parents : Merci pour votre bienveillance. Vous m'avez appris la valeur du travail et donné le goût des choses vraies. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

À mes oncles et tantes, à mes cousins/cousines : Merci pour votre soutien et vos encouragements. J'ai beaucoup de chance d'être si bien entourée.

À Anne-Charlotte et Baudouin, à Alexandra et Denis, à Angélique, à Océane et Antoine, à Déborah, à Valérie et Olivier : Merci pour votre amitié et tous les beaux moments partagés à la fac, pendant l'internat et après.

À Romain : Merci pour ta présence et ton soutien pendant mes longues années d'études.

À Elise, à Elodie, à Marie, à Fanny et à tous mes amis de longue date (ils se reconnaîtront) : Merci pour votre amitié précieuse, votre soutien et pour tous nos moments de rire et de détente.

À Elsa, Juliette et Liza : Merci pour votre amitié, votre soutien et votre joie de vivre contagieuse.

À mes amis musiciens : Merci pour tous les bons moments partagés.

Au cabinet de Saint Jean de Boiseau : Merci de m'avoir permis de faire mes premiers pas de remplaçante à vos côtés.

Au Docteur Korchia, au Docteur Hermann, au Docteur De Cordoue, à Edith et à Isabelle : Merci pour votre confiance et de m'avoir si gentiment accueillie au cabinet médical.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CSP : Code de la Santé Publique

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

HAS : Haute Autorité de Santé

ITT : Incapacité temporaire totale

MIPROF : Mission Interministérielle de Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des Etres Humains.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

TGD : Téléphone Grand Danger

TGI : Tribunal de grande instance

UMJ : Unité médico-judiciaire

UMS : Unité Minimale de Signification

VIRAGE : Enquête nationale sur les violences subies et les rapports de genre

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
I. ORIGINE DU PROJET DE RECHERCHE :.....	8
1) La rédaction de certificats médicaux de coups et blessures s'impose au médecin généraliste dans son exercice habituel.	8
2) Dans les situations de violences conjugales, le certificat médical a un intérêt majeur.....	9
3) Le médecin généraliste a une place primordiale pour la prise en charge des violences conjugales	10
4) Or, le médecin généraliste reste peu actif dans la prise en charge des violences conjugales et les certificats médicaux sont peu et/ou mal rédigés.....	10
II. LES VIOLENCES CONJUGALES.....	14
1) Définition	14
2) Évaluation des violences conjugales.....	16
3) L'historique de la lutte contre les violences conjugales : une politique récente.....	21
III. LE CERTIFICAT MÉDICAL DE COUPS ET BLESSURES	24
1) Modèles de certificats	24
2) Règles de rédaction	25
3) Règles lors de la délivrance de ce certificat.....	27
IV. LA DISSONANCE COGNITIVE.....	28
1) Dissonance cognitive	28
2) Engagement.....	28
V. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	29
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	30
I. CHOIX DE LA MÉTHODE	30
1) Méthode qualitative.....	30
2) Entretiens individuels.....	31
3) Entretiens semi directifs.....	31
II. RECRUTEMENT DES MÉDECINS	31
1) Critère de sélection des médecins participants	31
2) Mode de recrutement	32
III. RÉALISATION DES ENTRETIENS	33
1) Conditions de réalisation.....	33
2) Guide d'entretien.....	33
IV. ANALYSE DES ENTRETIENS	34
1) Retranscription des entretiens bruts	34
2) Analyse de contenu	34
3) Triangulation des données	34

V. ENTRETIENS COMPLÉMENTAIRES POUR LA DISCUSSION DES RÉSULTATS	35
RÉSULTATS	36
I. ÉCHANTILLON ANALYSÉ	36
II. RESENTI DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE CONFRONTÉ À LA RÉDACTION DU CERTIFICAT MÉDICAL DE COUPS ET BLESSURES POUR VIOLENCES CONJUGALES	37
1) Peu de difficulté à rédiger	37
2) Inconfort psychique : dissonance cognitive	38
III. ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU CERTIFICAT POSANT PROBLEME AUX MÉDECINS	44
1) Parties du certificat médical mettant le médecin en difficulté	44
2) Cas complexe des violences verbales	48
3) Éléments peu évoqués spontanément	48
4) Éléments du certificat ne semblant pas mettre le médecin en difficulté	50
IV. FREINS SOUS-JACENTS EXPLIQUANT L'AMBIVALENCE DES MÉDECINS ET DONC LEUR INCONFORT POUR LA RÉDACTION DU CERTIFICAT	51
1) Le frein principal : la crainte des répercussions judiciaires	51
2) La crainte que le certificat soit non conforme et donc retiré de la procédure	60
3) La crainte d'avoir plus une position de juge ou d'enquêteur que de médecin	61
4) Le sentiment de ne pas être assez expert et le manque de connaissances du médecin sur ce sujet	62
5) Les caractéristiques des violences conjugales	69
6) La charge émotionnelle de ces prises en charge	73
7) La minimisation (mécanisme de défense psychique)	76
8) Les conditions d'exercice	77
9) Le sentiment d'être peu ou pas confronté aux violences conjugales	78
10) L'oubli de proposer le certificat	79
V. PRINCIPALES CIRCONSTANCES FACILITANT LA RÉDACTION	80
1) Circonstances facilitant la rédaction	80
2) Moins on observe de dissonance, plus les médecins semblent à l'aise pour rédiger les certificats	83
DISCUSSION	88
I. L'ORIGINALITÉ DE CE TRAVAIL ET SES FORCES	88
1) Un sujet original	88
2) Les forces de la méthode	88
3) Des entretiens complémentaires apportant un éclairage aux résultats de ce travail	89
II. LES LIMITES DE CE TRAVAIL	90

1) Biais de sélection des participants	90
2) Biais d'intervention.....	90
3) Biais d'analyse	90
4) Biais d'interprétation.....	91
III. LES RÉSULTATS PRINCIPAUX :.....	92
1) Le médecin confronté à la rédaction de ces certificats éprouve un inconfort psychique.....	92
2) Des éléments constitutifs du certificat mettent le médecin en difficulté	92
3) La crainte des répercussions judiciaires est le frein principal à la rédaction	97
IV. LES RÉSULTATS SECONDAIRES : LES AUTRES FREINS.....	120
1) Le sentiment de ne pas être assez expert et le manque de connaissances du médecin sur ce sujet.....	120
2) Les caractéristiques des violences conjugales	122
3) La charge émotionnelle de ces prises en charge	124
4) La minimisation	125
5) Les conditions d'exercice.....	125
6) Le sentiment d'être pas ou peu confronté aux violences conjugales	126
7) L'oubli de proposer le certificat.....	126
V. PRINCIPALES CIRCONSTANCES FACILITANT LA RÉDACTION.....	127
1) Lorsque la rédaction d'un certificat est demandée par quelqu'un d'autre	127
2) Lorsque le médecin est convaincu de la culpabilité de l'auteur	127
 CONCLUSION.....	 130
 BIBLIOGRAPHIE	 132
 ANNEXES.....	 138

INTRODUCTION

I. ORIGINE DU PROJET DE RECHERCHE :

1) LA RÉDACTION DE CERTIFICATS MÉDICAUX DE COUPS ET BLESSURES S'IMPOSE AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS SON EXERCICE HABITUEL.

La rédaction de certificats médicaux de coups et blessures est un devoir déontologique dont la finalité principale est d'aider le patient à faire valoir ses droits.

Cette rédaction s'impose à tout médecin amené à constater, dans l'exercice de sa profession, des lésions traumatiques pouvant résulter de violences volontaires ou involontaires provoquées par un tiers.

Selon l'article 76 du code de déontologie médicale: (article r.4127-76 Du CSP)
« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires ».

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (1): *« Tout médecin, qu'il soit médecin traitant de la victime ou non, doit répondre à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical initial attestant des violences volontaires ou des blessures involontaires subies. Le médecin ne peut refuser un certificat au motif que la victime n'entend pas lui indiquer la destination du certificat ».*

Selon le Conseil de l'Ordre des Médecins (2): *« Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime ».*

2) DANS LES SITUATIONS DE VIOLENCES CONJUGALES, LE CERTIFICAT MÉDICAL A UN INTÉRÊT MAJEUR.

Le certificat médical de coups et blessures est essentiel pour défendre la victime de violences conjugales et la qualité de sa rédaction est donc primordiale.

En effet, pour faire valoir ses droits, la victime de violences conjugales doit engager des démarches judiciaires.

Ces démarches peuvent lui permettre d'obtenir une mesure de protection et d'engager des poursuites contre l'agresseur.

Pour cela, la victime doit fournir des éléments probants.

Si il est sollicité, le médecin doit donc établir un certificat médical à la demande de la victime (3). Ce certificat constitue un acte authentique qui témoigne des dires de la patiente et atteste par écrit, de la part d'un médecin, l'existence de lésions traumatiques ou de symptômes traduisant une souffrance psychologique. C'est le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider de l'orientation de la procédure. En effet, il permet à la fois d'établir la réalité des violences et d'évaluer leur gravité (4), (5).

Ce document médico-légal prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme car l'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines dépendent largement de ce certificat. Il peut également constituer un élément de preuves qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme ne l'utilise pas immédiatement (6).

En rédigeant ce certificat, le médecin contribue à accompagner la victime dans ses démarches vers l'autonomie et à faire valoir ses droits (3). Il importe donc qu'il soit rédigé avec une lisibilité et une précision particulières (5).

Il est à préciser cependant que même si la remise d'un certificat médical au service enquêteur au moment du dépôt de la plainte constitue un point de départ utile aux investigations, ce n'est en aucun cas un préalable juridiquement nécessaire au recueil de la plainte (5).

3) LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE A UNE PLACE PRIMORDIALE POUR LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES

Les professionnels de santé sont souvent les premiers interlocuteurs des femmes victimes de violences conjugales quand celles-ci, malgré leur peur et leur honte, ont la possibilité de se confier (4), (7), (8).

Les études épidémiologiques ont confirmé la place prépondérante qu'occupent les médecins dans la chaîne de prise en charge. Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (en 2000), les femmes victimes dans l'année écoulée se sont confiées en premier lieu à un médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie (13 % des cas), la justice ou une association. De plus, 26% des femmes victimes de viol ou de tentative de viol ont été vues par un médecin à la suite des violences (9).

Un travail sur le rôle des professionnels de santé dans la prise en charge des victimes de violences conjugales a été réalisé en 2001 par un groupe d'experts présidé par le professeur Roger Henrion, à la demande de ministre chargé de la santé (6).

Ce rapport rappelle que trois catégories de médecins sont en première ligne : les médecins généralistes libéraux, les urgentistes hospitaliers et les gynécologues.

Le médecin généraliste est donc très souvent le premier tiers extérieur au cercle familial à être informé des faits de violence au sein du couple ou à pouvoir les repérer (4), (5).

4) OR, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE RESTE PEU ACTIF DANS LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES ET LES CERTIFICATS MÉDICAUX SONT PEU ET/OU MAL REDIGÉS.

1. DES ÉTUDES MONTRENT QUE BEAUCOUP DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES RESTENT PASSIFS ET SONT EN DIFFICULTÉ POUR PRENDRE EN CHARGE CES VIOLENCES (6), (10), (11).

La prévalence du problème dans les cabinets des médecins généralistes reste faible, alors que les données épidémiologiques montrent que la problématique des violences conjugales est très fréquente (une femme sur dix au cours de l'année écoulée, une femme sur cinq au cours de sa vie) (12).

Dans une étude de 1996, réalisée par Chambonet et coll., les médecins disent être confrontés à cette situation en moyenne deux fois par an. Les médecins femmes déclarent être plus souvent sollicitées (13).

Selon une enquête de 2000 de l'Institut de l'humanitaire, 60 % des médecins interrogés rapportent avoir reçu en consultation des femmes victimes de violences conjugales au cours 12 derniers mois. Parmi ceux qui déclarent suivre des patientes violentées, moins de 8 % effectuent un dépistage actif (14) .

Les médecins généralistes disent ne pas être à l'aise dans ces prises en charge.

Dans l'étude de Chambonet et coll., 82 % des généralistes considèrent que c'est une situation difficile à gérer (13).

Parmi les médecins interrogés dans l'enquête de l'Institut de l'Humanitaire, 60% reconnaissent être insuffisamment formés pour repérer et prendre en charge les femmes victimes de violence conjugale (14).

Même si les médecins font des certificats dans 70 à 80 % des cas, ceux-ci ne sont pas toujours correctement rédigés (13), (14).

Selon l'Institut de l'Humanitaire, 79,5 % des médecins estiment être suffisamment formés à la rédaction des certificats alors que les magistrats ou les associations constatent l'existence de certificats incomplets voire inutilisables.

Dans la plupart des cas, les médecins prennent en charge ces situations seuls.

Selon la même étude (14), dans la plupart des cas, ils ont tendance à gérer seuls le problème : les trois-quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels susceptibles d'aider la patiente.

Le rapport Henrion (6) signale que les médecins semblent méconnaître l'ampleur du problème (la fréquence des violences et les conséquences sur la santé des femmes et des enfants).

Ils ont du mal à se positionner face aux victimes et éprouvent des difficultés pour les prendre en charge efficacement et résoudre leurs problèmes. De plus, le rapport souligne le manque de sensibilisation et de formation du corps médical, et l'absence de travail en réseau.

Selon le bulletin de 2002 de l'Académie de Médecine (7), les médecins ne sont pas encore très sensibilisés à la problématique des violences conjugales, sans doute en raison de la prise de conscience de leur fréquence et de leur importance en santé publique assez tardive en France.

Les médecins de premier recours (généralistes, gynécologues, urgentistes) restent assez démunis et isolés dans le suivi et la prise en charge des victimes.

Selon l'Académie, il semble pourtant qu'une réelle coordination entre les différents professionnels qui interviennent auprès de ces femmes (centres d'accueil ou d'hébergement, justice, travailleurs sociaux) améliorerait les réponses qui leur sont apportées et parviendrait à dépasser le sentiment d'impuissance que beaucoup de médecins soulignent.

2. DE NOMBREUX ARTICLES ET TRAVAUX ONT MIS EN ÉVIDENCE QUE LA RÉDACTION DES CERTIFICATS MÉDICAUX POSE ENCORE TROP DE PROBLÈMES AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES.

Dans le travail de thèse été réalisé en 2011 par Emilie Thomas (15), plus de la moitié des médecins généralistes interrogés disent rencontrer des difficultés lors de la rédaction du certificat médical de coups et blessures.

Plusieurs travaux de thèse et articles ont montré des insuffisances lors de la rédaction du certificat de coups et blessures et de l'évaluation de l'ITT par les médecins généralistes.

La rédaction est la plupart du temps imprécise ou incomplète. Ils méconnaissent les règles de rédaction et il existe un manque de rigueur rédactionnelle (15), (16).

Ils éprouvent des difficultés pour déterminer l'ITT (15), (17), (18). On observe donc de grandes disparités entre médecins dans la fixation des ITT pour un même type de lésion traumatique, voire parfois pour un même médecin (19).

3. LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LA FORMATION DES MÉDECINS DANS CE DOMAINE EST MISE EN AVANT DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES.

En 2001, le rapport Henrion (6) proposait dix actions prioritaires à mettre en place. Le premier point concernait la formation des médecins : *« Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé. Les inciter à dépister les violences conjugales au moindre soupçon. Mettre à leur disposition des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la manière de rédiger les certificats, l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé ».*

Pour l'Académie nationale de médecine (7) , la violence conjugale est un problème de santé publique face auquel les médecins doivent se mobiliser pour améliorer le repérage et la prise en charge des femmes maltraitées et de leurs enfants.

Cette amélioration passe par la sensibilisation des médecins et leur formation professionnelle à ce sujet, ainsi qu'une prise en charge au minimum avec d'autres partenaires (la police, la justice, les travailleurs sociaux et les associations).

Elle a émis en 2002 des recommandations (20) proches de celles du rapport Henrion proposant d'intégrer l'étude des violences conjugales dans la formation initiale et d'inciter les médecins à « *dépister les violences conjugales au moindre soupçon, en diffusant les fiches techniques synthétiques, rappelant l'importance du dépistage, de l'évaluation de la gravité de la situation, d'une rédaction correcte des certificats, d'une bonne orientation des patientes* ».

4. MALGRÉ CES DÉMARCHES, LES MÉDECINS SONT TOUJOURS EN DIFFICULTÉ POUR RÉDIGER LES CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES POUR LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Des travaux de thèse récents sur les violences conjugales montrent que ces difficultés existent toujours :

- Une étude des certificats des médecins généralistes réalisée en 2004 (21) objective un manque de précision et d'exhaustivité, ainsi qu'une estimation d'ITT absente ou surestimée.
- Un travail de thèse de 2006 (22) rapporte que le certificat médical a encore du mal à trouver sa place dans la stratégie du médecin et que l'estimation de la durée de l'Incapacité Totale de Travail continue d'être source d'approximations.
- Une thèse de 2014 (18) sur les représentations et la prise en charge médico-légale des violences conjugales par les médecins généralistes retrouve une contradiction entre des violences jugées sévères par les médecins et des déterminations d'ITT de courte durée et une méconnaissance du cadre légal.

Malgré les travaux réalisés, les recommandations émises dans les années 2000 et les efforts de formation, la rédaction des certificats médicaux de coups et blessures en cas de violences conjugales met donc toujours en difficulté les médecins généralistes.

Cette constatation nous a incités à réaliser une étude dans le but de mieux comprendre les freins des médecins.

II. LES VIOLENCES CONJUGALES

1) DÉFINITION

1. LA VIOLENCE CONJUGALE

Selon l'OMS (23), la « violence conjugale » ou « violence d'un partenaire intime » est « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination ».

Les violences conjugales concernent les violences exercées par le conjoint ou le partenaire, actuel ou précédent.

Toutes les populations sont concernées, quels que soient la culture, le statut socio-économique, la profession, la religion ou l'âge.

Dans la majeure partie des cas, elles sont exercées par des hommes contre des femmes. Mais il faut noter qu'elles peuvent également être exercées par des femmes contre des hommes et existent aussi dans les couples homosexuels (12).

Lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, en 1995, l'ONU a rappelé que ces violences traduisent « des rapports de force historiques qui ont abouti à la domination des femmes par les hommes », et « constituent une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes ».

2. FACTEURS DE RISQUES OU DE VULNÉRABILITÉ

Pour l'auteur de violence, les facteurs de risque sont (24) : un faible niveau d'instruction, des antécédents de maltraitance pendant l'enfance ou de violence familiale, l'utilisation nocive de l'alcool, l'acceptation de la violence et de l'inégalité entre les sexes.

Pour la victime de violence, il existe des facteurs de vulnérabilité (23), (24), (25) :

- individuels : passé de violences familiales dans l'enfance, femmes jeunes avec un bas niveau socio-économique.
- relationnels : domination masculine dans le couple et conflit conjugal (ces facteurs favoriseraient l'installation des violences).
- communautaires : faible réaction de l'entourage face à la violence, isolement, faible niveau

socio-économique.

- sociétaux : acceptation des rôles sexués comme norme sociale.

3. DISTINGUER LA VIOLENCE DU CONFLIT CONJUGAL

La violence conjugale est un processus au cours duquel un individu utilise la force ou la contrainte pour instaurer et/ou maintenir une relation de domination sur son partenaire. La relation est donc inégalitaire entre les conjoints (7).

L'accumulation de faits et de paroles en apparence sans gravité peut constituer des comportements violents. L'enjeu de la violence est d'exercer un pouvoir de domination sur l'autre.

Le conflit, en revanche, met en opposition deux partenaires en raison de leurs opinions ou de leurs sentiments, mais ils se reconnaissent comme deux interlocuteurs.

La violence et le conflit peuvent prendre des formes identiques (agressions verbales ou physiques), mais dans les situations de violence c'est toujours la même personne qui subit les coups et qui cède toujours lors des altercations. La violence se distingue par la volonté d'emprise sur l'autre et le désir de destruction (12), (14), (26).

4. LES DIFFÉRENTS TYPES DE VIOLENCE (7), (12), (26), (14)

Les violences conjugales peuvent prendre plusieurs formes, souvent cumulées et intriquées. Le but est toujours de contrôler et dominer l'autre.

Elles peuvent être physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, économiques. Et il existe encore d'autres formes de violences (imposer une religion ou une croyance, confisquer des documents importants, empêcher l'autre d'avoir un travail...).

5. LE CYCLE DE LA VIOLENCE (23)

L'installation des violences est subtile. Elle est suivie d'une aggravation progressive en fréquence et en intensité.

Le cycle des violences est un modèle habituellement utilisé pour comprendre l'évolution des violences. Il comprend 4 étapes : tension, agression, justification, réconciliation ou lune de miel.

Ce cycle se répète et s'accélère dans le temps, comme une spirale infernale. Il tend à évoluer vers une situation où les phases de tension et d'agression, se succèdent sans phases de justification et de réconciliation.

L'auteur a une emprise sur sa victime : il s'agit d'une relation de domination où l'autre est considéré comme un objet, avec l'impossibilité de l'accepter dans sa différence.

Il est centré sur la satisfaction de ses propres désirs au détriment de ceux du conjoint.

Les mécanismes d'adaptation au processus d'emprise permettent de comprendre l'ambivalence des victimes qui déstabilise les soignants. Souvent, le souhait principal de la victime est que les violences s'arrêtent et pas nécessairement de quitter le conjoint violent.

Les décisions prises et les démarches entreprises en période de crise peuvent être abandonnées lorsque l'espoir renaît.

2) ÉVALUATION DES VIOLENCES CONJUGALES

Les violences conjugales constituent une problématique de santé publique par leur fréquence et en raison des conséquences graves qu'elles induisent sur la santé des familles et donc des répercussions importantes pour la communauté.

1. LA PRISE DE CONSCIENCE RÉCENTE D'UN PHÉNOMÈNE FRÉQUENT

a. Prévalence des violences conjugales dans la société (27), (28):

Dans la société française :

La violence conjugale a longtemps été une violence culturellement et socialement tolérée car relevant de la sphère privée. Elle est restée longtemps sous-estimée malgré son ampleur.

Le débat public autour de cette forme de violence a commencé dans les années 80-90. Les instances publiques ont financé des enquêtes sur le sujet qui mettent en lumière l'ampleur du phénomène. On estime aujourd'hui que, chaque année, une femme sur dix âgée de plus de 20 ans est victime de cette forme de violence.

A la suite de la 4ème Conférence mondiale sur les femmes de 1995 à Pékin (29), la France a dû fournir des statistiques précises sur les violences faites aux femmes.

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) (30), commanditée par le Service des droits des femmes réalisée en 2000, est la première enquête nationale permettant de mesurer les violences faites aux femmes.

Elle a montré notamment que :

- En France, une femme sur 10 a été victime de violences conjugales dans les 12 derniers mois. Les atteintes psychologiques sont les plus courantes (22,3 %), suivies par les insultes et menaces verbales (4,2 %), puis les agressions physiques (2,1 %) et sexuelles (0,8 %).

- La fréquence des violences subies est homogène selon les catégories socio-professionnelles. Les inégalités socio-économiques sont cependant des facteurs aggravants, notamment le chômage. Les femmes les plus jeunes sont environ deux fois plus exposées.

- Seulement 15% des femmes portent plainte parmi celles qui subissent des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint.

- 24% d'entre elles ont vu un médecin après l'acte violent.

L'ENVEFF a permis de lever le tabou des violences subies par les femmes notamment au sein du couple (31), (10).

L'enquête VIRAGE (violences et rapports de genre) (32), actuellement en cours, a pour but d'actualiser et approfondir les résultats de l'enquête de 2000.

Selon les premiers résultats de cette étude, les relations de couple et les relations avec un ex-conjoint, sont le deuxième espace de vie (après la famille) dans lequel les femmes subissent le plus de viols et de tentatives de viol, dont 10 % avant 18 ans.

Depuis 2006, la Délégation aux victimes mène, pour le ministère de l'intérieur, un recensement sur les morts violentes au sein du couple (31).

Les chiffres de **l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2014** (33) montrent que : une femme meurt tous les 2,7 jours, victimes de son conjoint, en France.

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2015 (8), montre que chaque année, 216000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur ancien ou actuel partenaire intime.

Parmi ces femmes victimes, 14 % déclarent avoir déposé une plainte en gendarmerie ou en commissariat de police suite à ces violences.

Dans 37 % des cas de viols ou de tentatives de viol, c'est le conjoint qui en est l'auteur.

Au niveau mondial :

Selon les estimations mondiales de l'OMS (24), (34), en moyenne, 30% des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire.

Au niveau mondial, jusqu'à 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin.

L'Agence européenne des droits fondamentaux a appliqué en 2014 un protocole identique à 28 pays de l'Union européenne (35) , qui a permis de montrer qu'une femme européenne sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et presque une sur 2 a été victime de violences psychologiques.

b. Prévalence des violences conjugales en médecine générale

En France :

Les études de prévalence en consultation de médecine générale en France sont rares et de faible dimension.

Cependant, des travaux de thèse ont retrouvé respectivement 28,9% et 44% de femmes ayant subi des violences de couple, en consultation de médecine générale (36), (37).

Dans l'étude de Mariane Dechenaud, chaque médecin a rencontré au moins un cas de violences actuelles sur une durée d'une à deux semaines mais le médecin connaissait le problème dans moins d'un cas sur 3.

Dans les pays occidentaux (Canada, USA, Angleterre, Australie, Irlande)

La prévalence des violences conjugales chez les patientes consultant un médecin généraliste varie entre 23% et 55% sur une vie entière, et entre 8 et 20% dans les douze mois ayant précédé la consultation (12).

La mesure de ces violences reste difficile et l'obtention de statistiques sur ce sujet figure dans tous les plans gouvernementaux de lutte contre les violences faites aux femmes. Une meilleure connaissance du phénomène doit aider les femmes victimes à briser le silence dans lequel elles sont maintenues par la crainte de violences répétées (31).

2. UN PROBLEME DE SANTÉ PUBLIQUE

Les violences conjugales, par leur fréquence et leurs conséquences sur la santé des victimes, intéressent la santé publique.

a. Conséquences sur la morbi-mortalité des femmes et des enfants

C'est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes (6), (7), (8), (9), (11), (12), (20).

Ce type de violence a des effets péjoratifs sur la santé des femmes victimes, y compris à long terme et même longtemps après que les violences aient cessé.

Comparées aux femmes n'ayant jamais subi de violences, elles présentent des symptômes physiques et psychiques plus nombreux et s'estiment en moins bon état de santé. Le taux d'hospitalisation augmente nettement chez les femmes victimes de violences (30).

Elles auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus que les femmes non victimes (35).

Ces femmes consultent environ 2 fois plus leur médecin généraliste. A l'inverse, leur suivi médical peut être négligé ou irrégulier du fait des violences. Les prescriptions de psychotropes et d'antalgiques sont plus fréquentes. (12)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (23), les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé.

Les conséquences sur la santé des femmes sont multiples, profondes et durables (23) :

- *Séquelles traumatologiques physiques.*

- *Conséquences psychiques et développement de comportements à risque.*

La violence subie en permanence est responsable de peur, d'angoisse et d'un sentiment de culpabilité et de honte. Elle tend à isoler la victime.

Celle-ci peut développer des troubles psychiques et psychosomatiques : anxiété, troubles du sommeil, dépression, syndrome post-traumatique, idées suicidaires, etc.

Les conduites addictives (tabac, alcool, drogues ou médicaments psychotropes) sont également fréquentes.

- *Conséquences sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale des femmes.*

Les affections gynécologiques sont les plus fréquemment rapportées.

Le refus par le partenaire d'utiliser un moyen de contraception ou certaines pratiques sexuelles imposées, sont responsables de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées.

La grossesse est un facteur de risque de violence. Les violences sont parfois responsables d'interruptions de grossesse et/ou d'accouchements prématurés.

- Maladies chroniques. Leur risque peut être augmenté par les violences.

- La mort peut malheureusement aussi être l'issue de la violence conjugale (33).

La violence conjugale atteint aussi les enfants (6).

Le risque d'être eux mêmes maltraités (physiquement ou psychologiquement) serait beaucoup plus élevé. Selon les études, dans 10 % des cas, la violence s'exercerait aussi contre les enfants.

De plus, la violence dont l'enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime. Or, dans 68 % des cas, les enfants sont témoins de scènes de violences parentales.

Ces enfants peuvent présenter des troubles somatiques, des troubles du comportement et de la conduite, ou des troubles psychologiques.

L'impact des violences conjugales sur les pathologies traitées en médecine générale est donc important. Leurs effets néfastes sur la santé psychique permettent de mieux comprendre le comportement des victimes.

En conséquence, les violences conjugales doivent devenir une préoccupation lorsque l'on exerce la médecine générale.

b. Conséquences économiques

Les violences conjugales entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale et sexuelle pour les victimes et leurs enfants et elles ont de ce fait des coûts sociaux et économiques élevés.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (24), les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violences conjugales coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes.

Les violences conjugales ont un coût économique important pour la société française : en 2012, le coût global des violences au sein du couple est estimé à 3,6 milliards d'euros. (38)

Ces violences ne doivent donc pas seulement être abordées sous leur aspect social ou psychologique mais doivent être aussi considérée comme un défi de santé publique (7), (20).

3) L'HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES : UNE POLITIQUE RÉCENTE

En France, une politique spécifique de lutte contre les violences faites aux femmes s'est développée depuis les années 2000.

Sous l'impulsion de l'Union européenne, notamment à l'occasion de la conférence internationale de Lisbonne en mai 2000 sur le thème « Violences contre les femmes : tolérance zéro », les États membres sont incités à mieux prévenir et traiter ce problème.

La lutte contre ces violences a été déclarée « grande cause nationale » en 2010. (31)

1. UNE RÉPONSE LÉGISLATIVE CROISSANTE (6), (12), (31)

Pour prévenir et sanctionner ce phénomène, un important arsenal législatif a peu à peu été constitué. Des lois se sont enchaînées et complétées. Elles ont toutes eu pour objet de protéger les femmes, d'éloigner et prendre en charge les hommes violents.

- En 1990, le viol entre conjoints est reconnu par la jurisprudence.

- Depuis 1992, la loi prévoit une répression majorée lorsque les violences sont commises au sein du couple : la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise. Toute agression intra conjugale devient un délit quelque soit l'ITT.

- La loi du 26 mai 2004 relative au divorce créé un dispositif permettant à la victime de violences de saisir le juge, avant même toute requête en divorce, pour organiser la résidence séparée du couple en bénéficiant d'une priorité à son maintien dans le domicile conjugal.

- La loi du 12 décembre 2005 facilite les mesures d'éloignement du conjoint violent à tous les stades de la procédure.

- La loi du 4 avril 2006 élargit la notion de « circonstance aggravante » aux pacés et ex-partenaires (auparavant, seuls les couples mariés étaient concernés) et elle précise les mesures d'éloignement du domicile du conjoint violent.

- La loi du 9 juillet 2010 autorise le juge aux affaires familiales (saisi par la victime elle-même ou le Procureur avec l'accord de la victime, sans nécessairement de dépôt de plainte) à délivrer une ordonnance de protection des victimes en urgence dans les cas de violences au sein du couple. Cette ordonnance peut comprendre différentes mesures demandées par la victime (par exemple l'éviction du conjoint du domicile). Elle est valable 6 mois.

De plus, elle instaure le port du bracelet électronique par le conjoint violent afin d'assurer la réalité de l'éloignement.

Enfin, la violence conjugale psychologique est reconnue et trois nouveaux délits sont créés : délit de violences psychologiques, délit de harcèlement au sein du couple, délit de violences habituelles au sein du couple.

- Le 4 juillet 2014, la France ratifie la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. C'est le premier instrument européen contraignant créant un cadre juridique complet pour prévenir les violences à l'encontre des femmes, protéger les victimes et mettre fin à l'impunité des auteurs de violences.

La loi améliore le dispositif de l'ordonnance de protection, renforce la lutte contre toutes les formes de harcèlement, contre la récidive et contre les mariages forcés. Le recours à la médiation pénale est strictement limité.

- Enfin, la loi du 17 août 2015 permet une protection des victimes de violences au cours de la procédure pénale.

La procédure pénale débute par un signalement (action d'un tiers) ou un dépôt de plainte de la victime. Le Procureur qualifie l'infraction et peut décider de « classer sans suite », « Poursuivre » (infraction pénale), ou « prononcer des mesures alternatives aux poursuites » (exemple : rappel à la loi, sursis à poursuites, médiation pénale...). A tout moment, il peut saisir le juge aux affaires familiales pour délivrer une Ordonnance De Protection.

Selon la gravité des faits de violence, les peines peuvent aller d'une simple amende à la réclusion criminelle à perpétuité. Ces peines sont présentées dans l'**ANNEXE 1**. (4)

2. AUTRES ACTIONS (31),(39)

A côté de la réponse pénale, différentes actions ont été mises au point pour repérer et prendre en charge les victimes de violences conjugales:

- Des campagnes d'information sont régulièrement menées.

A partir de 2007, un numéro d'appel unique est mis en place (le 3919), destiné aux victimes ou aux témoins de violences conjugales.

Un site Web intitulé « Stop violences faites aux femmes » peut être consulté.

- Un dispositif de télé protection, « Téléphone Portable Grand Danger » (TGD) a été créé.

- Des intervenants sociaux, des associations d'aide et des psychologues, se tiennent à la disposition des victimes dans les commissariats de police et les brigades de gendarmerie.

- Au cours de la consultation du quatrième mois de grossesse, les conditions économiques, sociales, affectives dans lesquelles vit la femme sont évoquées.

- Des postes de « référents » ont été déployés dans les départements (Centres d'information sur les droits des femmes et des familles : CIDFF)

- Des structures d'hébergement sont mises en place et la loi prévoit que les femmes victimes de violences font partie des publics prioritaires pour l'attribution de logement sociaux.

- Une action sur l'image de la femme, notamment à l'école et dans les médias est lancée.

- L'enseignement universitaire s'organise.

Par ailleurs, une Mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a été créée le 3 janvier 2013. (40)

Elle a pour but de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes.

Elle contribue aussi à l'évaluation des dispositifs existant en matière de violences faites aux femmes.

En lien avec les ministères concernés, la mission est chargée de définir un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes.

La prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste s'inscrit donc dans une politique actuelle de santé publique de lutte contre les violences conjugales.

Ces dernières années, la loi a beaucoup évolué en terme de droits et de protection des victimes, de sanction des auteurs et des conditions permettant un signalement.

La connaissance par le médecin du contexte juridique et déontologique qui régit l'exercice de sa profession est indispensable.

III. LE CERTIFICAT MÉDICAL DE COUPS ET BLESSURES

1) MODELES DE CERTIFICATS

Il est important de respecter certaines règles de rédaction pour réaliser un certificat de qualité.

Ces règles sont prescrites par les instances professionnelles (3). Un modèle de certificat est donc proposé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (41) (**ANNEXE 2**) .
« L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire ».
(Article 226-14 du CPP).

Par ailleurs, différents organismes ont également proposé des modèles de certificat : notamment l'HAS (Haute Autorité de santé) (1) (**ANNEXE 3**), le rapport Henrion (6) (**ANNEXE 4**), et le ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité (4) (**ANNEXE 5**).

L'ensemble de ces documents constitue des références fiables permettant au médecin généraliste d'établir un certificat de qualité, qui permette à la victime de se défendre sans engager la responsabilité pénale ou ordinaire du médecin.

2) REGLES DE RÉDACTION

1. CONSIGNES DE RÉDACTION

Il est recommandé de rédiger le certificat en français, sur papier libre, au présent de l'indicatif.

Le médecin doit éviter les omissions et la sur-description dénaturant les faits.

Il ne faut pas interpréter les faits, ni employer de mots connotés, tels que « harcèlement », (sauf s'il s'agit des dires de la victime, rapportés entre guillemets).

Le médecin ne doit jamais se prononcer sur la réalité des faits ni affirmer la responsabilité d'un tiers, et de ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences (1), (2).

Ce que le médecin atteste dans un certificat doit correspondre aux faits qu'il a constatés lui-même.

Un certificat ne doit jamais être rédigé dans l'urgence. Tous les termes doivent être choisis avec soin en se méfiant des interprétations auxquelles ils pourraient donner lieu. Le certificat doit être complet, précis et sincère (42).

En cas de doute concernant la rédaction et sachant que celle-ci n'est jamais une urgence, il est toujours possible de prendre conseil auprès des nombreux conseillers départementaux de l'ordre (43).

2. CONTENU DU CERTIFICAT MÉDICAL :

Les éléments qui doivent apparaître dans ce certificat sont :

a. Les éléments d'identification du médecin et de la femme (1), (6), (41)

- L'identification du médecin : nom, prénom, adresse, numéro d'inscription à l'ordre des médecins.

- L'identification du patient : nom, prénom, date de naissance.

b. Les faits ou les commémoratifs

Il est recommandé de noter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif ET entre guillemets (1), (2), (4), (6), (5), (41) , notamment sur :

- la description de l'agression en précisant les circonstances de temps et de lieu.

- le lien entre la victime et l'auteur des faits (lien de parenté, ou personne inconnue).

Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation, et le nom de l'agresseur ne doit pas être indiqué.

Par exemple : X dit avoir victime de « », La victime déclare « », « Selon les dires de la victime... ».

c. Les doléances (1), (2), (41), (42), (5), (4)

Le médecin doit également noter de façon exhaustive et entre guillemets, sans interprétation, ni tri, les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots (« elle dit se plaindre de »).

d. L'état antérieur (2), (41)

Il est recommandé de mentionner les antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques.

e. L'examen clinique (1), (2), (4), (5), (6), (41), (42)

Le médecin doit décrire avec précision les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psycho comportementaux constatés, sans préjuger de l'origine.

- **A l'examen général** : comportement de la victime (prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, ...).

- **Sur le plan physique** : nature, dimensions, forme, couleur, siège anatomique précis des lésions.

Il peut mentionner les éléments cliniques négatifs si cela est utile.

Il est possible de joindre des schémas et photographies contributives, datées et identifiées, avec l'accord de la victime.

- **Sur le plan psychique** : état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation.

Il peut noter les symptômes fréquents et/ou spécifiques en cas de violences.

f. Les soins et les examens complémentaires prescrits et effectués (1), (2), (6), (42)

Lorsque des aides au diagnostic sont prévues et que leurs résultats seront disponibles de manière différée, il est recommandé d'établir, ultérieurement au certificat initial, un certificat complémentaire rapportant les résultats de ces aides. Si nécessaire, il est aussi recommandé d'adresser la victime, à un médecin de second recours (1).

Le certificat initial doit alors mentionner qu'un certificat complémentaire sera établi.

g. Une conclusion (6), (5), (4)

Elle indique si la victime présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle dit avoir subie (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression).

h. L'ITT (Incapacité totale de travail) (1), (2), (4), (6), (41),

Il est recommandé (mais non obligatoire) de conclure en précisant la durée (en toutes lettres) de l'ITT.

L'ITT concerne la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer. L'évaluation de l'ITT s'applique aux troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, c'est-à-dire à toutes les fonctions de la personne. Cette durée peut être différente de celle de l'arrêt de travail éventuellement prescrit.

C'est une notion pénale qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT (art. 222-13 C. pén.) en raison de la qualité de l'auteur (4).

La détermination de l'ITT peut être difficile.

Il est recommandé de préciser systématiquement « sous réserve de complications ultérieures ». Il convient d'émettre des réserves quant à l'évolution de ce retentissement et d'indiquer si un nouvel examen sera nécessaire, à distance des faits, pour affiner la détermination de l'ITT.

Elle pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits précisément dans le certificat médical initial.

i. Formule

« Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit ».

j. Date, signature et tampon du médecin

Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.

3) REGLES LORS DE LA DÉLIVRANCE DE CE CERTIFICAT

Il est recommandé (1) :

- de remettre le certificat directement à la victime examinée, ou au représentant légal dans la mesure où il n'est pas impliqué dans la commission des faits,

- de ne jamais remettre un certificat à un tiers, le conjoint devant être considéré comme un tiers,
- de ne pas remettre de certificat à l'autorité judiciaire, sauf si le médecin est requis dans les conditions prévues par la loi.

Il est conseillé de garder dans tous les cas un double du certificat. (42)

L'envoi d'un certificat par courriel, par la poste ou la simple dépose dans la boîte aux lettres sont totalement à exclure. (43)

IV. LA DISSONANCE COGNITIVE

1) DISSONANCE COGNITIVE

Nous utiliserons cette notion au cours de notre travail.

La théorie de la dissonance cognitive (1957) est une des théories les plus connues de la psychologie sociale. On la doit à Léon Festinger, un chercheur américain.

Léon Festinger définit la dissonance cognitive comme *"un état de tension désagréable dû à la présence simultanée de deux cognitions psychologiquement inconsistantes"*.

Selon cette théorie, **lorsque les circonstances amènent une personne à agir en désaccord avec ses idées, ses croyances, cette personne éprouve un état de tension inconfortable appelé dissonance** (44), (45), (46).

Lorsqu'une personne est amenée à agir contrairement à ses convictions (situation de dissonance cognitive), elle cherche à mettre en place des stratégies permettant de réduire la dissonance. Elle a alors tendance à justifier ses actions et à adapter ses opinions à ses comportements.

2) ENGAGEMENT

Selon Kiesler (1971), **l'engagement** est défini comme « le lien qui relie l'individu à ses actes comportementaux ». À travers ce lien, la personne est engagée par son acte.

V. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

De précédents travaux ont montré que les médecins généralistes sont en difficulté pour rédiger des certificats de coups et blessures, notamment dans les situations de violences conjugales : les certificats sont peu fréquemment rédigés et lorsqu'ils le sont, la rédaction n'est pas de bonne qualité dans la plupart des cas.

De nombreuses réticences de leur part ont déjà été évoquées, notamment dans le rapport Henrion.

Et pourtant, les médecins généralistes tiennent une place primordiale dans la prise en charge des violences conjugales.

L'objectif de ce travail est de comprendre :

Quels sont les freins des médecins généralistes à la rédaction d'un certificat de coups et blessures de bonne qualité dans les situations de violences conjugales?

Il est à noter que ce travail porte sur la rédaction de certificats médicaux de coups et blessures, hors situation de réquisition judiciaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. CHOIX DE LA MÉTHODE

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi dirigés.

1) MÉTHODE QUALITATIVE (47), (48), (49)

La recherche qualitative est issue des sciences sociales.

Elle consiste à recueillir des données verbales (le plus souvent) pour permettre une démarche interprétative. Elle ne cherche pas à mesurer mais permet de comprendre.

Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles et de mieux comprendre le fonctionnement des sujets.

Elle est notamment appropriée lorsque les thèmes sont difficiles à évoquer.

La méthode qualitative est donc particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle apporte une meilleure compréhension des déterminants des soins.

Les freins des médecins à la rédaction du certificat médical de coups et blessures pour violences conjugales sont parfois conscients mais aussi parfois inconscients.

Nous avons donc fait le choix d'une méthodologie qualitative afin de pouvoir faire émerger l'ensemble de ces freins, y compris ceux que les médecins n'auraient pas évoqués spontanément si un questionnaire avait été utilisé.

Les caractéristiques de ce type de méthodologie :

- La représentativité statistique n'est pas recherchée.

L'objectif est de constituer un **échantillon diversifié** pour la compréhension de processus sociaux. Cet échantillon inclut donc autant que possible les personnes porteuses des critères pouvant modifier les comportements.

- Le processus est continu entre l'analyse et le recueil des données.

- Le but est d'aller en profondeur pour comprendre les attitudes et les sentiments des personnes. Une information recueillie une seule fois peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans les entretiens.

- Le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments : c'est la saturation des données.

2) ENTRETIENS INDIVIDUELS (47), (48)

Il existe différents type d'entretiens : parmi eux, les entretiens individuels ou les focus groups sont les plus fréquemment utilisés.

Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats. C'est pourquoi nous avons fait ce choix concernant ce travail sur les violences conjugales.

Ces entretiens ont été enregistrés après accord du médecin, puis ont été retranscrits anonymement et mot à mot afin de permettre leur analyse.

3) ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS (47), (48), (49)

Il existe différents types d'entretiens individuels : les entretiens libres, les entretiens semi directifs (ou semi structurés, ou semi dirigés), et les entretiens directifs (ou structurés).

Nous avons choisi la méthode de l'entretien individuel **semi directif à usage exploratoire**.

Cette technique de recueil de l'information permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement dans un guide d'entretien.

Elle permet d'éviter le hors-sujet mais laisse une liberté d'expression à la personne interrogée.

L'enquêteur doit avoir une écoute bienveillante et éviter tout jugement.

II. RECRUTEMENT DES MÉDECINS

1) CRITERE DE SÉLECTION DES MÉDECINS PARTICIPANTS

La population étudiée est les médecins généralistes libéraux exerçant dans les départements de Loire-Atlantique ou Vendée.

1. LES CRITERES D'INCLUSION DANS L'ÉTUDE :

- Médecin généraliste

- Exerçant en ambulatoire
- Thésé
- Statut de médecin installé ou SOS médecin
- Exerçant en Loire-Atlantique ou Vendée.

2. LES CRITERES D'EXCLUSION :

- Médecins trop sensibilisés par une formation spécifique.

3. L'ÉCHANTILLON EST DIVERSIFIÉ EN FONCTION DES VARIABLES SUIVANTES :

- Sexe
- Age
- Lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain
- Mode d'exercice : libéraux installés ou exerçant à SOS Médecin

2) MODE DE RECRUTEMENT

Le recrutement des participants s'est fait en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion dans le but d'atteindre la plus grande diversité possible de personnes interviewées.

Les médecins interrogés ont été **contactés directement** par l'enquêteur, par voie téléphonique ou par courriel.

Une partie des médecins interrogés appartenait au réseau de connaissance de l'enquêteur, par le biais de remplacements.

D'autres ont été suggérés par les médecins déjà interrogés en raison de leur différence de profil ou d'exercice, afin d'obtenir un échantillon diversifié (« échantillonnage boule de neige »).

Peu d'éléments étaient donnés au médecin avant l'entretien.

Seul le thème était exposé : « le certificat médical de coups et blessures dans les situations de violences conjugales ».

La taille de l'échantillon n'était pas connue au début de l'enquête. Elle a été fixée lorsque les résultats sont arrivés à **saturation des données**, c'est-à-dire que l'ajout de participants n'apportait pas de nouvelles données utiles pour comprendre la problématique.

III. RÉALISATION DES ENTRETIENS

1) CONDITIONS DE RÉALISATION

Les entretiens se sont déroulés le plus souvent au cabinet des médecins généralistes interrogés ou parfois à leur domicile.

Le caractère **anonyme** était précisé ainsi que la retranscription **intégrale** de l'entretien.

Les entretiens ont tous été **enregistrés** à l'aide d'un enregistreur numérique, après avoir obtenu l'**accord du médecin**.

2) GUIDE D'ENTRETIEN

Nous avons choisi d'utiliser un guide d'entretien **peu structuré** dans le but de laisser les médecins s'exprimer le plus librement possible.

Il est reproduit en **ANNEXE 6**.

- Tout d'abord, des informations générales sur le médecin et son mode d'exercice étaient recueillies.

- Puis, une question d'ouverture invitait le médecin à s'exprimer de manière libre sur le certificat médical de coups et blessures pour violences conjugales.

- Le guide indiquait ensuite les différentes **thématiques** à explorer.

Chaque grande thématique était introduite par une question ouverte.

En fonction de la réponse à ces questions ouvertes, des questions de relance pouvaient être posées afin de préciser la pensée du médecin.

Le guide était utilisé par l'enquêteur dans le but de vérifier que tous les sujets avaient été abordés, et permettait ainsi de faire des relances sur les thèmes non traités.

Cet outil n'était pas figé et a été évolutif au cours de l'étude : chaque nouvelle idée qui apparaissait au cours de l'analyse des entretiens était intégrée au guide pour pouvoir être explorée dans les entretiens suivants.

Les entretiens ont en général été suivis d'un moment d'échange moins formel sur le sujet, où l'enquêteur prenait le temps de répondre aux questions des participants.

IV. ANALYSE DES ENTRETIENS

1) RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS BRUTS

Cette retranscription a été réalisée par l'enquêteur l'aide du logiciel Word.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, à partir des enregistrements intégraux, en respectant les silences, les hésitations, les rires du médecin interrogé.

Ces entretiens bruts sont la base du travail. Ils sont reproduits en **ANNEXE (CD-ROM)**.

2) ANALYSE DE CONTENU (49)

L'analyse s'est déroulée en deux étapes : une analyse verticale puis une analyse transversale.

1. ANALYSE ENTRETIEN PAR ENTRETIEN (VERTICALE) :

Les entretiens retranscrits ont été relus à plusieurs reprises par l'enquêteur et la directrice de thèse dans le but de repérer les **idées forces** de chaque entretien.

Le texte a ensuite été découpé en **UMS** (Unité Minimale de Signification) représentant chacune des idées émises par le médecin interrogé.

Dès qu'une nouvelle idée force était repérée, tous les entretiens précédents étaient relus, afin de mettre en évidence la présence ou non d'UMS en rapport avec cette idée force.

2. ANALYSE TRANSVERSALE (CATÉGORISATION) :

Toutes les UMS ont ensuite été classées et regroupées en thèmes, dans le but de trouver une **cohérence thématique entre les entretiens**.

La construction des catégories thématiques s'est donc faite à partir de l'analyse des propos des médecins : il s'agit d'une analyse inductive et interprétative.

3) TRIANGULATION DES DONNÉES

Les entretiens ont été analysés par l'enquêteur et la directrice de thèse.

Cette analyse des données par plusieurs personnes permet d'en diminuer la subjectivité.

V. ENTRETIENS COMPLÉMENTAIRES POUR LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

Afin de pouvoir discuter les enjeux du certificat médical et apporter un éclairage aux résultats de ce travail, nous avons également interrogé d'autres acteurs concernés par ce certificat de coups et blessures.

Tout, d'abord, nous avons voulu savoir comment les médecins légistes rédigent leurs certificats afin de connaître les différences de façon de faire par rapport aux médecins généralistes. De plus, nous souhaitions comprendre comment s'articule la prise en charge des violences conjugales entre légistes et généralistes.

Pour cela, nous avons interrogé le **Dr Lucia Barrios, médecin légiste de l'Unité Médico-Judiciaire de Nantes (ANNEXE 7)**.

A la suite de cet échange, nous nous sommes questionnés sur les responsabilités engagées par les médecins lors de la rédaction de ce type de certificats.

Nous avons donc interrogé :

- **Le Président et une Juriste du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique** pour connaître les responsabilités engagées sur le plan de la justice ordinaire ou disciplinaire. **(ANNEXE 8)**.

- **Mme Grunvald, maître de conférence HDR à l'Université de Droit de Nantes**, pour connaître les responsabilités engagées sur le plan de la justice pénale. **(ANNEXE 9)**.

Enfin, pour comprendre la place et l'utilité de ce certificat dans la procédure judiciaire et connaître les éléments constitutifs attendus par la Justice, il nous est également paru intéressant d'interroger le corps judiciaire. Pour cela, nous avons interrogé **Mme Charlotte Gazzera, Substitut du Procureur au Tribunal de Grande Instance de Nantes, qui est référente en matière de violences conjugales (ANNEXE 10)**.

Ces entretiens complémentaires sont reproduits en annexes (CD-ROM), dans leur forme intégrale ou sous une forme résumée, selon le choix de la personne interrogée, après relecture par celle-ci. La retranscription sous forme intégrale a été privilégiée tant que possible, afin de ne pas dénaturer le propos.

RÉSULTATS

I. ÉCHANTILLON ANALYSÉ

Douze entretiens ont été réalisés, entre janvier 2015 et novembre 2016.

Le recrutement a permis d'obtenir une diversité de personnes interrogées selon le sexe, l'âge, et le lieu d'exercice.

Les médecins interrogés étaient volontairement non spécifiquement impliqués dans la prise en charge des violences conjugales.

Les entretiens ont été arrêtés après obtention de la saturation des données.

Douze médecins ont été interrogés lors de ces entretiens individuels:

-Le premier entretien a été considéré comme étant l'entretien test.

-Les 11 entretiens suivants ont été utilisés pour l'analyse des résultats.

Les caractéristiques de l'échantillon ayant servi à l'analyse des résultats sont présentées dans le **tableau 1**.

Genre et âge

L'échantillon était composé de 6 hommes et 5 femmes.

Les médecins étaient âgés de 30 à 58 ans. Les différentes tranches d'âge ont été représentées.

Mode d'exercice

Leur type d'exercice était diversifié : urbain, semi-rural, rural et SOS médecin.

Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 22 min 30 et 45 minutes.

Tableau 1 : Les caractéristiques de l'échantillon

Médecins	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sexe	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme
Age	30 ans	31 ans	49 ans	58 ans	33 ans	49 ans	56 ans	51 ans	49 ans	43 ans	55 ans
Lieu D'exercice	semi-rural	semi-rural	urbain	semi-rural	semi-rural	semi-rural/urbain	semi-rural/urbain	SOS Médecin	SOS Médecin	rural	rural
Durée De L'entretien	45min	26min	28min	31 min	30min	40 min30	30 min	22min30	37 min	25min	29min30

II. RESENTI DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE CONFRONTÉ À LA RÉDACTION DU CERTIFICAT MÉDICAL DE COUPS ET BLESSURES POUR VIOLENCES CONJUGALES

Tous les médecins interrogés ont été amenés à rédiger des certificats de coups et blessures. Cela fait en effet fait partie de leur exercice habituel. Cependant, deux situations sont apparues dans notre étude :

1) PEU DE DIFFICULTÉ À RÉDIGER

Lorsque le médecin considérait être dans son rôle et rédigeait régulièrement des certificats, ses pensées et ses actes étaient en accord. Il n'exprimait donc pas de difficultés majeures dans ce type de prises en charge et « s'engageait » dans la rédaction (théorie de l'engagement).

Il considérait être dans son rôle de médecin.

E7 : « C'est une satisfaction (...) tu te dis « je vais peut-être la sauver de rester un jour sur le carreau ». « Moi je leur dis toujours, il vaut mieux avoir le certificat (...) il y a au moins trace. Il est là quoi, il est à votre disposition il est dans le dossier ».

E9 : « Oui. Moi j'ai beaucoup d'empathie pour ces personnes ». « Ca a un intérêt parce que ça permet de se rendre compte que c'est pas normal déjà pour ces femmes là ». « Je me dis qu'au moins si elles changent d'avis, elles ont le certificat ».

E10 : Il considérait que dans cette démarche, les médecins sont des « auxiliaires de justice » : « Le certificat authentifie un écrit », « Le certificat permet « une preuve noir sur blanc », ce qui reste quand le médecin est reparti ».

Et il rédigeait fréquemment des certificats .

E7 : « Pas tout le temps mais de temps en temps ».

E9 : « Tous les jours quasiment. Toutes les gardes », « Dans le contexte de violences conjugales (...) c'est quasiment toutes les gardes »

E10 : « Un certificat de coup et blessure pour une femme battue à peu près, au moins un par semaine voir plus ».

Le discours du médecin était alors assez clair : il n'avait pas de difficultés à expliquer qu'il faisait fréquemment ces certificats car il considérait que c'est entièrement son rôle.

2) INCONFORT PSYCHIQUE : DISSONANCE COGNITIVE

Lorsque le médecin se considérait dans son rôle mais ne rédigeait pourtant pas ou peu de certificats, ses pensées et ses actes n'étaient pas en accord. Il ressentait dans ce cas un **INCONFORT psychique : la « DISSONANCE COGNITIVE ».**

Il était en difficulté pour « s'engager » dans la rédaction.

Il considérait être dans son rôle, ayant en tête les enjeux du certificat :

E2 : « C'est à mon avis une pièce, un truc concret qui incite la patiente à faire les démarches, vraiment ça l'aide ».

E3 : « Ça c'est bien quelque chose qui est utile, ça me paraît normal de les accompagner aussi là-dedans ».

E6 : Selon le médecin, les médecins généralistes sont « les mieux placés » car ils connaissent « le mieux les patients ». C'est « moyen thérapeutique pour sortir de la souffrance ».

E8 : « Ça fait vraiment partie de l'exercice ».

E11 : C'est « un état de preuves des coups » « qu'il s'est passé quelque chose de potentiellement grave et potentiellement avec des lésions », il permet de « signifier à un tiers qu'il y a eu violence ».

E12 : « Je me dis que ça permet (...) de prendre des mesures de protection par des tiers sociaux ou les forces de l'ordre. »

Mais ne rédigeait pourtant pas ou peu de certificats :

E2 : « Jamais fait », « j'ai pas été trop dans la condition ».

E3 : « Ça arrive de temps en temps ».

E4 : « C'est vraiment très rare, voir exceptionnel ». « Nous le temps d'une consultation, on a pas le temps de décrypter, de faire la synthèse, de faire le certificat c'est pas possible »

E6 : « Le problème c'est que dans le cas de cette patiente que j'ai en tête je ne l'ai pas fait ».

E8 : En « 30 ans d'installation c'est vrai que j'ai pas fait beaucoup de certificat, pour ça ». « Là toi tu soupçonnes quelque chose. Mais de là à faire les certificats, c'est vrai que c'est extrêmement rare ».

E11 : « Je suis installée depuis 5 ans (...) ça m'est arrivé 2 fois ».

E12 : « J'ai pas le sentiment de faire ça très souvent ». « Est ce qu'on en fait un par an ? Pour moi c'est faible. C'est faible. Alors que je pense que le problème est beaucoup plus important ».

Analyse du discours :

Dans cette situation, le discours était ambivalent et peu clair, reflétant la situation de dissonance cognitive du médecin. Sa manière de s'exprimer montrait son inconfort.

1. LE SENTIMENT D'ÊTRE EN DIFFICULTÉ ÉTAIT EXPRIMÉ

E3 : « J'ai toujours trouvé ça difficile ».

E5 : « On nous donne un rôle qui est un peu difficile à jouer quelquefois ».

E8 : « C'est toujours très difficile ». « C'est pas facile de le faire mais bon on le fait ».

E11 : « Un certificat descriptif qui est un peu plus compliqué à établir je trouve ».

E12 : « C'est compliqué hein ! » « Pour moi c'est compliqué ». « Là on est dans une situation difficile ». « J'avoue que là je suis pas forcément non plus très à l'aise », « Je suis jamais à l'aise ».

2. LE DISCOURS REFLÉTAIT L'INCONFORT DU MÉDECIN

- Le discours était hésitant :

E2 : « C'est très flou », « vague notion », « notion dont je ne suis pas sûr à 100 % », « je raconte peut être des bêtises d'ailleurs », « je confonds peut-être les choses », « je suis pas sûr que ce soit vrai ».

E3 : « Je ne suis plus très sûre », « je ne sais jamais », « je ne sais pas si il faut », « je ne sais pas si on a le droit ». « J'avais retenu ça mais je ne sais pas du tout ce que ça vaut ».

E5 : « Je mets (...) je mets pas (...) quelques fois je mets ».

E6 : « Je sais pas si c'est bien », « je n'en sais rien » « j'avais le souvenir », « J'avais entendu dire ça ».

E12 : « Je pense », La jurisprudence « je la connais pas très bien ».

- Il était haché et les phrases n'étaient pas terminées.

E2 : « C'était psychologique on va dire... Ou c'était probablement, pas forcément, heu,... ça ne se passait pas forcément bien ».

E6 : « Une patiente en particulier que j'ai en tête où je me suis posé la question parce que elle tombait souvent, enfin... en fait j'avais l'impression que les blessures qu'elle présentait, sur un laps de temps rapproché étaient... les mécanismes allégués lésionnels n'étaient pas... voilà ça m'évoquait des violences conjugales ».

E8 : « Des choses qui sont... on les voit pas dans des trucs... enfin moi, dans mon expérience, j'en n'ai pas eu beaucoup, et j'ai pas eu à faire des choses longues non plus ».

E11 : « Poussée par ses parents, heu... qui l'ont accueillie... heu... qui l'ont accueillie chez eux heu... voilà quelques jours quelques semaines... heu... et puis finalement elle s'est remise en ménage ».

E12 : « C'est difficile de mettre... alors après je suis un homme (rire gêné), je vais aller au bout des choses hein... enfin on sait on sait... heu...mais bon... euh (silence) », « c'est là que je suis, je trouve, pas à l'aise justement, par rapport un petit peu aux éléments un peu... »

- Le discours était interrompu par des silences.

E2 : « (silence). C'est pas grave si je prends un peu de temps ? (...) J'essaye juste de me rappeler... (silence) ».

E3 : « Je me dis peut-être que si je lui avais donné le certificat elle (silence) ... elle aurait soit pu le garder soit pu... peut-être que ça aurait été plus facile pour elle de cheminer de... ».

E11 : 2 silences longs, de 35 puis 50 secondes lorsque le médecin cherchait à se remémorer dans quelle situation il avait été amené à rédiger un certificat.

E12 : « (Silence)... Si, quand on... Alors si les gens viennent pour des soins parce qu'ils... enfin à la limite c'est ça ou... », « Parce que je suis... enfin après c'est toute la di... (Silence) enfin je ne sais pas ... La dernière fois j'ai dit qu'elle avait été victime d'une agression par un... qu'est ce que j'ai mis ? (Silence) ».

- Des accès de rire montraient l'inconfort du médecin.

E2 : « Mais ensuite... je ferais un appel à un ami (rire), je pense, si vraiment j'ai ce problème là, et que j'ai ce doute, je pense que j'appellerais ».

E6 : « Parfois c'est juste pour les archiver et pour avoir un dossier (rire) ».

E11 : « Ça je sais que j'ai pas le droit de le faire ! (Rire fort) », « Je crois qu'il y a une barrière à 7 jours mais je ne me souviens plus exactement ce que ça engendre (rire) ».

E12 : « En fait il y a quand même... indépendamment... enfin sur le plan civil, pénal (rire gêné) ou ... bon, il peut y avoir, enfin... », « Je crois qu'il y a eu des changements, mais j'en suis pas très sûr, hein, ou en fait peu importe (rire gêné) ».

- Il faisait des digressions.

E2 : « Enfin, je digresse un peu mais », « je suis désolé ça va être affreux à retranscrire ».

- Il utilisait le mode conditionnel.

E2 : « Peut-être dans ce cadre là je le mettrais mais je dirais... je dirais probablement, alors, je décrirais ce que je vois », « je mettrais probablement ça quand même ».

E3 : « Enfin j'aurais tendance à dire ».

E6 : « J'essayerais », « Je pense effectivement que je serais assez prudent, je refuserais je pense ».

E11 : « Je pourrais mettre une ITT », « Heu... la place du médecin légiste... je la verrais plus dans les cas où il y a des prélèvements à faire... ».

- Le pronom ON était utilisé au lieu du JE lorsque le médecin évoquait des points qui le mettaient mal à l'aise.

E5 : « C'est difficile, c'est un peu au cas par cas et puis quelques fois ON sait pas trop trop bien ». « Je pense que quand ON connaît un couple parfois ON ne se rend pas compte de ce qui peut exister ». « Moi je ne m'engage pas parce que non ON n'a pas du tout le droit, d'ailleurs ça peut être quelqu'un qui affabule aussi ». « Quelques fois ON peut poser la question mais si ON sent que ça va être reçu... ça peut être extrêmement violent ».

E6 : « ON est jamais très à l'aise en général, nous les médecins, pour ça parce que, parce que ON sait qu'on est exposés ». « ON voit bien que ça verrouille le système et donc ON se sent un petit peu passifs je trouve ».

E8 : « ON est vraiment très attentif à comment ON le rédige parce que il y a cette judiciarisation qui existe de plus en plus ». « ON ne sait pas tout hein, ON ne sait pas tout ».

E12 : « Si ON est pas trop sollicités, ON est plus en difficulté ».

- Le sujet était détourné et certaines questions évitées.

E5 : « Est ce qu'il vous arrive de temps en temps de mettre un lien ou dans la plupart des cas vous n'en mettez pas ? Alors je demande à la patiente oui si à chaque fois c'est le mari etc, déjà je conseille d'aller porter plainte hein, vraiment quand elles l'ont pas fait ».

E11 : « Sans penser qu'elle serait allée jusqu'à porter plainte en fait ? Non ben... je je... je sais pas quels sont les... bon elle s'est remis en ménage depuis avec cette personne là hein ! Donc la séparation, la séparation je pense qu'elle a duré quelques mois mais euh...(Silence) ».

- Les justifications étaient nombreuses.

E2 : « Parce que je crois qu'on a le droit de faire comme ça ». « Parce que c'est vrai que c'est quand même des histoires un peu spéciales ». « Parce que il faut que tu fasses ton métier bien et en même temps, tu te rends compte que finalement, c'est englué dans une espèce de sphère sociale ». « Parce que c'est quand même quelque chose qui n'est pas sans conséquences », « Parce que pour l'autre c'est sûr, c'est la dégradation ».

E3 : « Elle a toujours refusé en fait. (...) Elle m'a jamais dit que c'était lui et elle m'a jamais demandé de certificat ». « Tu sais j'en ai pas fait non plus énormément ».

E5 : « Parce qu'il y a un terrain aussi ». « D'abord on a quelques formations là dessus mais pas tant que ça ». « On peut pas aller contre eux non plus ». « C'est pour ça qu'il faut qu'il soit bien rédigé pour que ça protège tout le monde » « parce que si on fait une fausse accusation ou un certificat qui peut être jugé diffamatoire, c'est pas très bon pour le médecin ».

E6 : « Parce qu'on sait que c'est très interprété, judiciairement on s'expose ».

E8 : « Je ne fais pas que de la médecine générale (...) le recrutement aussi donc est biaisé par ce type d'activité » « Je ne suis pas dans une zone où on a des éléments peut-être plus facilement à être confronté avec des violences conjugales » « j'ai pas là encore une fois une grande expérience », « comme j'en fais pas souvent », « encore une fois, j'ai pas eu beaucoup d'expérience ».

E11 : « Parce que je sais que c'est pas à moi de le faire le lien ».

- La situation était minimisée :

E2 : « Si c'est quelque chose de très minime, c'est à dire, une violence psychologique très minime par exemple (...) et le mari a des problèmes d'alcool et a donné une gifle et uniquement il a fait que ça ».

-Des contradictions apparaissaient au cours de l'entretien:

E2 : « Je vais dire un truc qui est en totale contradiction avec tout ce que j'ai dit avant », « Mais c'est en totale contradiction parce que j'ai dit qu'il fallait pas être subjectif », « (rire) c'est pas ce que j'ai dit au début ».

E3 : Le médecin disait initialement : « Je mets elle me dit que « mon mari m'a poussé » (...) Je ne sais pas si il faut mais je le mets ». Puis il changeait d'avis : « Après c'est en ce sens là que noter c'est mon mari, heu moi je sais pas si c'est le mari ou quelqu'un d'autre donc, (à voix basse) peut-être que la dessus il faut que, il vaut mieux mettre que c'est quelqu'un qui l'a fait ci et ça ».

-Des questionnements étaient exprimés :

E3 : « On se demande un peu du coup à quoi ça va servir ».

E6 : « Peut-être que je n'en fais pas assez ».

E12 : « Enfin la plainte quand elle est portée... quelle est la démarche des ... ? »

« Il y aurait la solution des consultations de médecine légale. Moi je sais que ça se fait dans certains départements moi je (mime l'interrogation) ? Ici je sais pas trop comment... », « Est ce que ça protège ? Après j'en sais rien, enfin est ce que c'est le but ? »

-Le médecin disait respecter une prudence rédactionnelle.

E5 : « En citant la patiente, en re-citant bien fort, en mettant des guillemets ».

E6 : « Les précautions, les précautions, les faits voilà... ».

E8 : « Il faut être je pense... très rigoureux » « il faut vraiment être très pointilleux ».

3. ENFIN, SA POSTURE MONTRAIT PARFOIS SON INCONFORT

- Il détournait le regard.

- Il recherchait de manière prolongée dans l'ordinateur.

Ces médecins qui ne rédigent pas ou peu de certificats bien qu'ils considèrent devoir le faire, sont donc dans une situation d'inconfort psychique qui transparait dans leur discours et leur posture.

Nous nous sommes donc intéressés à rechercher quelles **parties du certificat médical** les mettaient en difficulté.

Puis nous avons relevé **les freins sous jacents** expliquant leur ambivalence et leur inconfort lors de la rédaction.

Enfin nous avons repéré **certaines circonstances facilitant la rédaction.**

III. ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU CERTIFICAT POSANT PROBLEME AUX MÉDECINS.

1) PARTIES DU CERTIFICAT MÉDICAL METTANT LE MÉDECIN EN DIFFICULTÉ.

1. LES FAITS OU LES COMMÉMORATIFS

Bien que les modèles de certificats recommandent d'indiquer ce que la victime rapporte de la scène de violence, le médecin est apparu mal à l'aise pour rapporter les commémoratifs.

Il était en difficulté lorsqu'il s'agissait de retranscrire les dires de la victime : il ne les indiquait pas ou restait très bref et évasif.

Nous étudierons par la suite les freins sous-jacents qui expliquent les réticences du médecin à rapporter ces commémoratifs.

Il refusait d'indiquer les propos de la victime:

E2 : « Je ne dirai pas « elle me dit s'être fait taper la tête par terre, jeter dans les escaliers, je pense que ça je lui dirais qu'il faut qu'elle le raconte à la police et moi je certifie par exemple qu'elle a un stress psychologique ».

« Elles nous avaient dit (formatrices) « il faut constater ce que vous voyez (...) mais même maintenant ne dites plus « la patiente me dit » en rapportant entre guillemets ».

E6 : « Je pense effectivement que je serais assez prudent, je refuserais je pense de mettre ce genre de propos sur papier ». « Je limite au maximum, juste pour introduire la situation, mais dès que je peux... je me limite vraiment aux faits plus que je peux constater moi même (...) même sur l'identité on m'avait dit qu'il valait mieux... être prudent ».

Ou il restait très bref et évasif :

E4 : « Qui dit être victime de harcèlement, de coups, de la part de son compagnon », « je rentre pas trop dans les détails ».

E5 : « Je dis « à telle ou telle circonstances elle est venue se plaindre (...) dans le cadre d'agressions dans le cadre familial » ».

E9 : « Si elle me dit qu'elle a été mise à terre, ou frappée au visage, ben je vais noter si il y a des contusions, s'il y a des hématomes ». « Souvent alors elles racontent qu'elles sont

psychologiquement maltraitées, menacées en permanence, il y en a qui sont menacées tout le temps hein ! Oui ça j'en parle ».

E10 : *« « Poussée » je ne le marquerais pas forcément parce que j'étais pas là pour le voir. Par contre je décrirais les différentes chutes qui font, qui rendent plausible le fait que ces différents traumatismes ont été portés ».*

« Les flics vont lui poser des milliards de questions pour savoir si elle était à genou, debout, couchée, nue, pas nue etc..., c'est pas à moi de le faire ».

E12 : *« Je fais des petits certificats, j'ai pas l'habitude de m'étendre sur très longtemps. Je dis que « la personne a été agressée par une autre personne ».*

LE CAS PARTICULIER DU LIEN QUI LIE LA VICTIME A L'AUTEUR DES VIOLENCES

Le médecin était également mal à l'aise pour rapporter les dires de la victime sur le lien la reliant à son agresseur. Il hésitait à indiquer ce lien ou s'y refusait, malgré le respect d'un style de rédaction indirect (en citant la victime et par la formulation « qui me dit que »).

Il refusait parfois d'indiquer les dires de la victime sur ce lien.

E6 : *« Je tronque à la cause alléguée ». « Je mets qu'elle allègue avoir été frappée, après j'essaye vraiment, pas de tronquer mais de limiter les faits à... elle aurait très bien pu se taper elle-même. »*

E10 : *« Je refuse, ça je le fais pas. Moi c'est « qui me dit avoir été victime de coups. Point ». « Je trouve ça choquant puisqu'on y était pas. Moi je ne peux pas faire ça. Par contre « qui me dit avoir été victime de coups » oui. Elle est assez grande pour expliquer ».*

E11 : *« Non ! Pas forcément. Non non, non même pas d'ailleurs ». « Qui me dit avoir été victime de coups, à telle date ». « Non, sans indiquer « de la part du conjoint » ». « Ca je sais que j'ai pas le droit de le faire ». « Je sais que c'est pas à moi de faire le lien ».*

E12 : *« Alors je ne le mets pas non », « j'ai tendance à pas le mettre ».*

Ou il hésitait et restait très ambivalent :

E2 : *« J'ai notion qu'il faut pas faire ça ».*

Puis le médecin changeait de position: « On peut dire, ne pas nommer la personne, mais rapporter le lien de parenté », « C'est vrai que c'est quand même des histoires un peu spéciales ».

E3 : *« Je ne sais pas si il faut, mais je le mets », « Si il y a quelque chose que le patient dit je le mets, en disant « c'est le patient qui dit que » ».*

Puis le médecin était plus hésitant : « Je ne sais pas du tout si c'est bien de mettre ça ou pas ou bien si il faut juste dire que c'est quelqu'un ». « Je ne sais pas ce qui est, comme formulation, le plus judicieux », « Moi je sais pas si c'est le mari ou quelqu'un d'autre donc, (à voix basse) peut-être que la dessus il faut que, il vaut mieux mettre que c'est quelqu'un qui l'a fait ci et ça ».

E5 : « Je mets », « je mets pas », « quelques fois je mets ». « Moi je ne m'engage pas ». « Quelques fois éventuellement un lien ».

2. LA DESCRIPTION DES LÉSIONS PSYCHOLOGIQUES

La description des violences psychologiques mettait également le médecin en difficulté.

L'ITT physique lui semblait plus facile à évaluer.

Nous étudierons également par la suite les freins qui expliquent cet inconfort à décrire les lésions psychologiques.

E3 : « C'est difficile. J'essaye d'utiliser des termes un peu objectifs (...) décrire la présentation de la personne, de décrire si il y a de l'anxiété et comment elle se manifeste, si il y a un syndrome dépressif».

« Je sais que c'est important de noter des choses objectivables dans le certificat pour qu'elles puissent ensuite être réutilisables sur le plan judiciaire. Et du coup la taille d'un hématome c'est facile, la description des choses psychologiques de façon objective est plus difficile».

E4 : « Si c'est moral, je décris assez succinctement, je rentre pas trop dans les détails en fait ». « Je trouve dans ces certificats il faut vraiment trouver le mot juste en fait ! Il faut pas en mettre de trop ». « Quand il y a une agression physique, il y a des choses concrètes à constater, à noter ». Sinon il n'y a « rien de visible ».

E6 : « Les symptômes psychiatriques ça peut être le cas dans certains... j'ai jamais eu cette expérience là ».

E7 : « Essayer de décrire leur état psychologique quoi, alors ça c'est plutôt le côté qui un peu plus difficile à faire, bancal, donc ça c'est le truc où les juristes elles nous aident beaucoup à voir, est-ce qu'on peut mettre, est-ce qu'on peut pas le mettre quoi ».

« voir comment on les met, sous quelle forme, avec quels mots parce que entre les termes médicaux ou les termes simples tu es toujours un peu embêté pour savoir comment tu les mets. Je trouve que c'est ça qui est le plus difficile à retranscrire ».

E12 : « Où il y a une difficulté c'est sur le plan du retentissement psychologique cette chose là. Je trouve que là on est dans une situation difficile ».

3. L'EVALUATION DE L'ITT (INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE) ET SURTOUT DE L'ITT PSYCHOLOGIQUE

L'évaluation de l'ITT était difficile pour le médecin généraliste, en particulier celle de l'ITT psychologique.

Nous étudierons aussi par la suite les freins sous-jacents à l'origine de l'inconfort des médecins pour cette évaluation.

L'évaluation de l'ITT était difficile.

E12 : « L'appréciation de l'incapacité temporaire totale (...) pour moi c'est compliqué».

E4 : « J'ai peur de me tromper quand même! ».

E5 : « Les ITT c'est ça qui est le plus difficile ».

E6 : « C'est toujours approximatif (...) Donc nous demander de juger ça je trouve toujours ça un peu délicat ». « Il semblerait qu'il faille le faire donc on le fait ».

E9 : « C'est toujours compliqué l'ITT ».

E12 : « L'ITT (...) moi je trouve c'est l'aspect... c'est plus compliqué, on est peut-être pas assez formés à ça tout simplement».

L'ITT psychologique mettait le médecin encore plus en difficulté.

E4 : « Quand j'ai un doute je mets rien » pour que ce soit « revu par peut-être par un psychiatre, évaluer si il y a des désordres psychologiques ».

E5 : « Normalement on doit évaluer l'état présent. Alors sur un état psychique c'est très difficile».

E10 : « J'ai du mal à donner (...) c'est les ITT pour stress post traumatique ». « Je m'exprime beaucoup moins sur les ITT psychologiques quand je le vois tout de suite ».

E12 : « Le retentissement psychologique (...) justement c'est là je trouve c'est assez difficile».

L'ITT physique était plus facile à évaluer:

E5 : « Quand quelqu'un a été franchement cogné, qu'on lui a fracturé le bras la c'est plus facile ». « Quand il y a des lésions par exemple très visibles sur les parties découvertes ou alors des hématomes qui font mal quand la personne marche voilà, des vrais hématomes profonds, là aussi c'est pas trop difficile ».

E9 : « Quand il y avait vraiment violence physique, avec constatation physique (...) je mets des ITT assez importantes ».

2) CAS COMPLEXE DES VIOLENCES VERBALES.

La difficulté de rédiger un certificat en cas de violences verbales sans violences physiques associées a également été évoquée.

Les freins sous-jacents seront également étudiés par la suite.

Faire ce type de certificats était parfois refusé:

E6 : On « avait eu une demande de certificat pour des violences verbales (...) bien entendu on pouvait pas faire ce genre de certificat ». « Je refuserais » sauf « à pouvoir affirmer qu'il y a un syndrome dépressif majeur ».

E9 : « Quand elles sont menacées verbalement téléphoniquement, des choses comme ça je leur dis il faut aller à la police faire une déclaration, mais on fait pas de certificat. (...) Enfin moi je n'en fais pas en tout cas ».

Parfois le médecin restait ambivalent :

E8 : « Tu peux », c'est « pas infaisable ».

E11 : « Un certificat descriptif qui est un peu plus compliqué à... à établir je trouve moi », « Enfin faire état de violences verbales quoi. Dans ces termes là ».

Rarement, il envisageait de rédiger ce genre de certificats :

E8 : « tu peux dire « d'après les dires, elle m'a raconté qu'ELLE avait été agressée verbalement ».

3) ÉLÉMENTS PEU ÉVOQUÉS SPONTANÉMENT

Ces éléments étaient peu évoqués par le médecin. Il ne précisait les indiquer dans son certificat que dans de rares cas.

1. LES DOLÉANCES

E5 : « Je resitue bien en disant bien « elle est venue me voir avec des insomnies, des crises d'angoisse etc... »

E9 : « Si elle dit qu'elle a mal au cou mais que il n'y a pas de traces physiques, je dis « elle me dit présenter des cervicalgies ». « Les signes fonctionnels comme l'anxiété réactionnelle, comme les cervicalgies ». « Je dis « elle me dit avoir reçu des coups au niveau de l'abdomen, je ne constate pas d'hématome, mais elle me dit présenter des douleurs ».

E11 : « J'avais mis qu'elle (...) avait une douleur à l'articulation temporo-mandibulaire ».

2. L'ÉTAT ANTÉRIEUR

E6 : « J'essayerais pareil de rester descriptif et de le comparer à un état antérieur tel que je connais le patient ou la patiente ».

E8 : « Tu peux faire aussi l'historique, parce que tu peux te rapporter aussi à tes observations ».

3. LES VIOLENCES SEXUELLES

E7 : « C'est hyper difficile donc moi généralement si il y a une histoire de viol même si c'est par conjoint généralement je leur demande toujours de le faire faire aussi par l'hôpital ».

« Dans les personnes âgées je suis sûre qu'il y a plein de dames aussi qui ont des histoires d'abus ou de viol... même peut-être intrafamiliales ».

E11 : « Peut-être les cas de viols » (adresserait vers un médecin légiste).

4. LES SOINS ET LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRESCRITS ET EFFECTUÉS

E9 : « En conséquence de ce que j'ai constaté, des radios que j'ai demandées, ou des examens complémentaires, je donne une ITT, sous réserve d'une réévaluation par l'unité médico-judiciaire ».

5. LA CONCLUSION

Aucun médecin n'évoque clairement faire une conclusion pour indiquer si les lésions constatées sont concordantes avec les violences rapportées.

6. LA COPIE GARDÉE

E5 : « Je garde toujours une trace (...) plutôt scanné dans le dossier informatique »

E6 : « J'en garde une copie numérique ».

4) ÉLÉMENTS DU CERTIFICAT NE SEMBLANT PAS METTRE LE MÉDECIN EN DIFFICULTÉ

1. LES ÉLÉMENTS D'IDENTIFICATION DU MÉDECIN ET DE LA VICTIME

E2 : « Je soussigné Dr X (...) certifie avoir examiné ce jour Mme Y. ».

E4 : « Je soussigné Docteur, déclare avoir reçu telle personne tel jour, à telle heure ».

E5 : « Je sais qu'il doit être rédigé clairement avec la date, le nom de la personne, souvent sa date et son lieu de naissance, donc pour que ce soit plus précis ».

E9 : « On dit « j'ai vu une dame disant s'appeler untel, habitant à telle adresse ».

2. LA DESCRIPTION DES LÉSIONS PHYSIQUES

E4 : « Je décris (...) ce que j'ai pu observer suite à l'examen. Si c'est des hématomes, des contusions », « Quand il y a une agression physique, il y a des choses concrètes à constater ».

E6 : « La description de lésions souvent cutanées, éventuellement osseuses des déformations visibles des zones d'œdème » « Moi je leur conseille souvent, (...) de prendre des photos »

E7 : « Tu vas être le plus descriptif possible (...) sur les lésions, la localisation, la couleur des lésions, la taille, vraiment ça il faut lister ».

E10 : « Quand quelqu'un s'est fait griffer au visage, alors si ça ne se verra pas le lendemain (...) je pense qu'il faut le relever ça ». « Je fais les descriptifs (...) avec la couleur, les centimètres ».

E11 : « Je fais un descriptif lésion par lésion, si il y en a de visibles ».

3. LES FORMULES

- « Pour faire valoir ce que de droit » :

E2 : « Je mettrai « certificat remis à la patiente pour faire valoir ce que de droit »

E5 : « Je mets bien « rédigé en main propre et remis à la demande du patient (...) pour faire valoir ce que de droit ».

E6 : « Je le marque si c'est délivré en main propre et effectivement je l'imprime immédiatement ».

E10 : « Fait à la demande et remis en main propre à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit ».

- « Sous réserve de complication », « à réévaluer » :

E5 : « Moi je mets quelques fois « de tant, à réévaluer » ».

E9 : « Sous réserve d'une réévaluation ou de résultats modifiant... ».

E12 : « Je mets souvent une réserve « sous réserve de complications ».

IV. FREINS SOUS-JACENTS EXPLIQUANT L'AMBIVALENCE DES MÉDECINS ET DONC LEUR INCONFORT POUR LA RÉDACTION DU CERTIFICAT

1) LE FREIN PRINCIPAL : LA CRAINTE DES RÉPERCUSSIONS JUDICIAIRES

Un malaise était exprimé vis-à-vis des conséquences médico-légales du certificat médical.

E3 : « Je pensais qu'en relatant les propos de la patiente (...) d'un point de vue médico-légal pour moins il n'y avait pas de soucis, mais peut-être pas en fait ? Je sais pas ».

E12 : « Je suis jamais à l'aise (...) Tout ce qui a affaire à la loi, enfin c'est un problème général ». « On est au contact de la justice, on est ... ». « Ca peut me poser... enfin ça, ça me met en tension, on va dire ».

La crainte que la victime mente, des répercussions pour l'agresseur et des conséquences judiciaires à l'encontre du médecin lui-même étaient rapportées comme frein la rédaction du certificat.

1. LA CRAINTE QUE LA VICTIME MENTE ET D'ÊTRE MANIPULÉ

La peur que la victime ne dise pas la vérité et d'être manipulé était exprimée, le médecin n'étant pas témoin direct de la scène de violence. Les faux-semblants étaient redoutés.

Une réticence à indiquer les dires de la victime, notamment sur le lien la reliant à son agresseur, a été constatée.

La crainte que la victime mente était exprimée.

E2 : « J'imagine qu'il n'y a pas forcément 100% des plaintes qui sont tout le temps tout le temps vraies. Peut être qu'il y a des gens un peu pervers qui vont porter plainte pour avoir de l'argent, j'en sais rien ».

E3 : « C'est vrai que des fois, on se dit « est-ce que c'est vraiment vrai » ? »

E4 : « Le discours qu'on a en face de soi c'est pas forcément la réalité quelques fois », « On peut très bien avoir des personnes qui, heu, comment dire, heu, qui ont tendance à majorer un peu les choses ».

E5 : « Je suis prudente sur la personne qui est accusée » « moi je ne m'engage pas parce que non on n'a pas du tout le droit, d'ailleurs ça peut être quelqu'un qui affabule aussi hein »

E6 : « Elle aurait très bien pu se taper elle-même ».

E9 : « Aussi il faut faire attention ne pas tomber dans l'excès inverse, parce que parfois il y'a des femmes qui sont... c'est un peu comme dans les procédures de divorce où la femme récupère l'enfant et dit regardez il a des hématomes, je suis sûre il le frappe ».

E10 : « Il faut savoir quand même que de temps en temps, il y en a qui peuvent exagérer un petit peu les choses. Pas toujours. Moi je ne cherche même pas à rentrer là dedans ». « En étant le plus neutre possible, (...) je garde ça en tête pour éviter les certificats de complaisance et d'être soit même manipulés ».

E11 : « L'histoire me paraissait vraiment pas concordante (...) j'avais l'impression d'être manipulée ». « Il y avait des lésions anciennes déjà (...) qui ne me paraissaient pas concordantes avec ce que la personne me racontait ».

Cette peur que la victime mente était reliée au fait que le médecin n'est pas témoin direct de la scène de violence.

E4 : « Ca c'est très difficile. Parce que chacun a sa version des faits hein ! Donc aller rédiger un certificat après... C'est pas facile hein quand même ! »

E5 : « On voyait plus certaines situations familiales difficiles, on faisait plus de visites aussi. Donc on voyait davantage ».

« en citant la patiente, en re-citant bien fort, en mettant des guillemets », « pour bien dire que je ne fais que rapporter des propos et pas dire que moi j'ai vu ».

E10 : « Je trouve ça choquant puisqu'on y était pas. ». « « Poussée » je ne le marquerais pas forcément parce que j'étais pas là pour le voir ».

E11 : « C'est pas à moi d'apporter la... enfin je suis pas témoin donc c'est pas à moi d'apporter la preuve de qui lui a tapé dessus », « Parce que c'est un faux témoignage, puisque je ne suis pas témoin ». « Il faudrait avoir vraiment constaté les choses »

E12 : « j'ai tendance à pas le mettre ». « Avec le seul argument que je suis pas témoin ».

L'imputabilité des lésions aux violences ou au terrain sous-jacent questionnait le médecin.

E5 : « C'est pas toujours dû...pas toujours une relation de cause à effet parce qu'il y a un terrain aussi ».

Ne pas connaître du tout la personne demandant le certificat est apparue comme une difficulté supplémentaire.

E6 : « Un patient qui viendrait comme ça que je n'aurais jamais vu, évidemment je serais embêté ».

E12 : « Il y a toute la dimension psychologique, où là je suis quand même en difficulté, surtout avec des personnes que je ne connais » pas.

2. LA CRAINTE DES CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

a. Pour l'agresseur

Il est apparu que, lors de la rédaction du certificat médical, le médecin gardait souvent à l'esprit la crainte de contribuer à la condamnation d'une personne sans avoir été témoin direct.

Il craignait de ne pas respecter la présomption d'innocence.

Cela le freinait pour indiquer les dires de la victime sur le lien la reliant à son agresseur et pour l'évaluation de l'ITT.

Les « lourdes » conséquences du certificat pour l'agresseur était source de préoccupations.

E2 : « Parce que pour l'autre c'est sûr, c'est la dégradation,... la prison ou la peine financière... perte du boulot, perte de la famille, rejet social, enfin c'est sûr, enfin, j'ai envie de dire, c'est terrible ».

E4 : « Ca signifie quand même qu'une personne va être fichée au commissariat de police hein ! Une personne qui pourrait être poursuivie en fonction de l'étendue des dégâts quoi en fait ! Donc les conséquences sont lourdes, peuvent être très lourdes en fait hein quand même ».

E5 : « L'ITT c'est un petit peu évaluer les conséquences, dans certains cas c'est très difficile oui. Surtout quand on sait que ça va induire des choses plus ou moins lourdes pour la personne qui est accusée ensuite. »

Le médecin considérait que les conséquences du certificat étaient lourdes même si la culpabilité n'était pas prouvée.

E2 : « Si on prouve mais alors même sans le prouver, si quelqu'un est accusé de ça à mon avis ça le détruit totalement ». « A mon avis même si c'est un non-lieu, ça aura des conséquences je pense pour le conjoint ».

Cette peur était liée à la crainte que la victime puisse mentir :

E2 : « C'est quand même quelque chose qui n'est pas sans conséquences, (...) j'imagine qu'il n'y a pas forcément 100% des plaintes qui sont tout le temps tout le temps vraies ».

E3 : « C'est vrai que des fois, on se dit « est-ce que c'est vraiment vrai » ? Il faut pas mettre la vie de quelqu'un en vrac ».

E4 : « Les conséquences sont lourdes, peuvent être très lourdes (...) j'essaye d'être au plus juste en fait, vraiment d'être au plus juste. Heu, parce que le discours qu'on a en face de soi c'est pas forcément la réalité quelquefois ».

Ne pas respecter la présomption d'innocence était redouté.

E3 : « C'est compliqué parce qu'on se dit que voilà, enfin en France on est présumés innocent ». « C'est en ce sens là que noter c'est mon mari, heu moi je sais pas si c'est le mari ».

L'impossibilité de rédiger le certificat sans faire abstraction des conséquences était exprimée.

E2 : « Surtout quand on est médecin traitant, un peu de famille si je puis dire et qu'on connaît l'autre, on fera jamais le certificat ».

b. Pour le médecin lui-même

La crainte d'être manipulé (ne sachant si la victime disait la vérité) et de contribuer à condamner quelqu'un à tort était rapportée.

Le médecin avait donc peur également, par ce fait, des sanctions judiciaires à son encontre, ne maîtrisant pas bien les conséquences du certificat.

Une procédure pour faux certificat, certificat de complaisance ou diffamatoire était redoutée. L'ensemble de ces craintes semblait dominer un risque pratiquement jamais évoqué : celui d'une éventuelle poursuite pour non assistance à personne en danger.

Ces inquiétudes étaient liées aux consignes de prudences enseignées au cours des études médicales, puis par le conseil de l'Ordre et les assurances de responsabilité professionnelle.

• Des sanctions judiciaires à son encontre étaient craintes

E5 : « Si c'est pas son mari ou la personne est affabulatrice ou qu'on peut pas prouver que c'est son mari, le médecin par contre peut être traîné devant les tribunaux et je n'y tiens pas spécialement ». « C'est pour ça qu'il faut qu'il soit bien rédigé pour que ça protège tout le monde. Y compris le médecin ».

E6 : « D'avoir pas respecté une des règles qui m'exposerait Moi », « c'est un peu égoïste mais je pense que c'est ça ma crainte principale quand je rédige un certificat ». « On sait que c'est très interprété, judiciairement on s'expose ».

E8 : « Tu peux te retrouver dans une galère et donc c'est quand même dommage ». « Il faut faire attention que ton affect ne t'amène pas à faire un certificat qui serait à la fois non conforme, donc qui pourrait te faire attaquer ».

E12 : « C'est peut-être une des principales difficultés. En fait de faire le soin ça ne me pose pas trop de problème hein. Soigner (...) Même le retentissement psychologique, l'accompagnement l'écoute etc (...) Enfin toutes ces situations là ça va. Hein. Et après c'est le fait d'être en situation de... parce qu'on est, on est au contact de la justice, on est ... ». « Ca peut me poser... enfin ça, ça me met en tension, on va dire ». « C'est moi même qui ai peur d'être jugé (rire gêné) et de faire des erreurs, enfin ça renvoie à des problématiques comme ça parce que... (...) Ben justement, peut-être que j'ai peur qu'il y ait des procédures contre moi ».

Le médecin redoutait d'être attaqué pour rédaction d'un:

- Faux certificat:

E2 : « La vraie chose d'abord, ce qu'on peut craindre, ce qu'on a toujours entendu, c'est d'être impliqué dans une histoire et accusé de faux certificat et complicité ».

E6 : « Et puis élaborer un faux certificat et des conséquences je pense aussi ordinaires, j'imagine des sanctions également ».

- Certificat de complaisance :

E2 : « Moi, je pense, médicalement la seule chose qu'on peut craindre c'est, ben qu'il faut pas faire de certificat de complaisance ou prendre parti ».

E10 : « On voit que certains médecins se sont fait attaquer pour des certificats de complaisance ».

E7 : Il trouve que la situation est encore plus délicate dans les procédures de divorce :
« Pression qu'il peut y avoir », « il faut faire hyper attention ».

- Certificat diffamatoire:

E5 : « En fait il faut quand même se protéger aussi parce que si on fait une fausse accusation ou un certificat qui peut être jugé diffamatoire, c'est pas très bon pour le médecin ».

E6 : « Je tronque à la cause alléguée (...) comme ça on se protège » « C'est de la diffamation je pense. Je pourrais être attaqué et condamné pour diffamation. A mon avis oui, je suppose ».

E8 : « Je pense que le fait de bien le faire c'est pas forcément de se protéger (...) c'est un des éléments parce qu'aussi après être attaqué par la partie adverse (...) pour rédaction d'un certificat calomnieux ».

Des consignes de prudences ont été enseignées au cours des études médicales, puis relayées par le conseil de l'ordre et les assurances de responsabilité professionnelle.

E6 : « Toutes nos études on nous rabâche que le certificat c'est pas un papier anodin et que ça peut se retourner contre le plaignant, contre nous, s'il est mal rédigé ». « Je fais attention parce qu'on m'a toujours dit d'y faire attention ». « On nous rabâche », « on sait (...) qu'on est exposés ». « On a toujours ouïe dire ».

E8 : Les « annales (d'assurance de responsabilité civile professionnelle) (...) nous mettent bien en garde sur justement les procédures à l'encontre des médecins quand on fait des certificats en toute bonne foi donc pas pour gêner qui que ce soit et qui se retrouvent donc attaqués, donc au pénal (...) il y a cette judiciarisation qui existe de plus en plus ».

E10 : « On reçoit des petits bulletins de la part des assurances responsabilité civile professionnelle, où on voit que certains médecins se sont fait attaquer pour des certificats de complaisance, bon c'est plus pour les divorces ». « On a toujours ça en tête. Le conseil de l'Ordre nous a tout le temps travaillés au corps pour qu'on ne fasse pas de certificat de complaisance ». « On sait qu'on nous fera pas de cadeaux ».

En revanche, le risque de non assistance à personne en danger (si le médecin n'agissait pas suffisamment) n'était quasiment pas évoqué :

E2 : « Je pense ça pourrait être quelque chose qu'on pourrait nous reprocher en effet, de rester, de ne pas conseiller les gens et les soutenir de faire des démarches » .

- **Les enjeux et les conséquences du certificat n'étaient pas bien connus.**

Le médecin était freiné par le fait de ne pas bien connaître les suites de la procédure judiciaire et les conséquences de ce certificat, notamment pour lui même puisqu'il engage sa responsabilité.

Une utilisation détournée, dont il ne maîtriserait pas les conséquences, était redoutée.

L'utilisation judiciaire de ce certificat restait floue.

E3 : « C'est vrai que moi j'ai l'impression de pas trop savoir ce qui se passe après, enfin au niveau de la procédure judiciaire et du coup on se demande un peu du coup à quoi ça va

servir et comment ça va se passer. La procédure par ailleurs, on a peu d'informations sur les modalités ».

E5 : « Je n'en sais pas tant que ça sur comment ... » (c'est utilisé).

E6 : « On pense pas à toutes les situations où le certificat peut être utilisé ». « On en maîtrise pas les tenants enfin les aboutissants ». « J'imagine, enfin je ne sais pas comment ça se passe après exactement ».

E8 : « Je ne suis pas si à l'aise des fois », « je ne maîtrise pas forcément les tenants et les aboutissants ».

E10 : « On sait juste cette barrière de 8 jours qu'on a appris à la faculté pour bien répondre aux QCM. Mais en revanche on n'a jamais la suite de ça. La femme qui décide de porter plainte contre son mari, qu'est ce qu'elle a obtenu ? On ne sait pas ».

De plus, l'utilité réelle du certificat était source de questionnement.

E6 : « Parfois c'est juste pour les archiver et pour avoir un dossier (rire), pour plus tard, de mon expérience j'ai l'impression que c'est un peu ça ».

Le médecin expliquait être sollicité pour la rédaction de certificat dans le cadre de procédures de divorce.

E7 : « Maintenant on en a beaucoup dans les procédures de divorce, c'est plus là qu'on en a je trouve. Ou avant qu'ils se lancent dans la procédure, moi c'est plus chaque fois dans ces cas là que j'en ai eu ».

E8 : « On n'est plus dans la rédaction de certificat quand il y a des séparations ».

3. LA CRAINTE DE LA JUDICIARISATION : RESPONSABLE DE L'INCONFORT ET DONC DE L'ATTITUDE DE PRUDENCE DU MÉDECIN

a. Une attitude de prudence était observée par le médecin :

Une attitude de prudence était donc choisie, le médecin s'efforçant de rester neutre, de ne pas rentrer dans les détails, et de ne décrire que les éléments qu'il avait pu constater directement. Les dires de la victime, notamment sur le lien la reliant à son agresseur, n'étaient pas indiqués.

Une attitude de prudence était observée.

E6 : « Les précautions, les précautions, les faits voilà... »

E7 : « Il faut faire hyper attention ».

E8 : « Quand tu fais un certificat quel qu'il soit, donc maintenant on est vraiment très attentif à comment on le rédige parce que il y a cette judiciarisation qui existe de plus en plus ».

Le certificat était parfois systématiquement vérifié par les juristes du conseil de l'Ordre.

E7: « Je le revalide, je revois avec la juriste ». « Le fait que je les fasse systématiquement révérifier, si tu veux moi me sécurise beaucoup moi ». « Il fallait mieux le faire plutôt que d'avoir un gag ».

En raison de la crainte des conséquences judiciaires de son certificat (lien de causalité):

- le médecin s'efforçait de « rester neutre » :

E2 : « Il faut rester neutre dans ce qu'on dit et dans nos déclarations et dans nos certificats parce que c'est quand même quelque chose qui n'est pas sans conséquences, (...) j'imagine qu'il n'y a pas forcément 100% des plaintes qui sont tout le temps tout le temps vraies ».

« Il faut pas faire de certificat de complaisance ou prendre parti (...) c'est pour ça que il faut certifier en restant objectif et ... dans une certaine mesure neutre ».

E4 : « Parce qu'on peut très bien avoir des personnes (...) qui ont tendance à majorer un peu les choses, enfin... C'est pour ça je rentre pas trop dans les détails en fait ».

E10 : « Je pense qu'on devrait être le plus neutre possible » « Je fais attention en écrivant à ne pas être tendancieux pour ne pas être attaqué ».

- les dires de la victime sur le lien la reliant à son agresseur n'était pas indiqués.

E6 : « Je tronque à la cause alléguée (...) comme ça on se protège (...) je pense (...) c'est pas à nous de dire si il y a eu coups et blessures de violences conjugales ».

E10 : « Je ne veux pas prendre parti en disant « qui me dit que ». Je pense que ça laisse encore trop la porte ouverte à tous ces certificats déclarés de complaisance par le conseil de l'Ordre »

E12 : « Peut-être que j'ai peur qu'il y ait des procédures contre moi. C'est peut-être pour ça que je mets pas le nom, c'est peut-être pour ça que (...) je vais pas être précis sur les... (...) peut-être effectivement c'est un élément qui... qui influe ma rédaction ». « J'avoue que là je suis pas forcément non plus très à l'aise », « Peut être que je me défends... consciemment ou inconsciemment ».

- les dires de la victime n'étaient pas notés.

E10 : « C'est aussi pour ça que je ne rentre pas dans les circonstances du certificat de coups et blessures ». « En étant le plus neutre possible, je ne vois pas comment je pourrais être attaqué ».

E12 : « Alors je fais des petits certificats, j'ai pas l'habitude de m'étendre sur très longtemps ».

b. Mais le discours était parfois ambivalent, montrant l'inconfort du médecin, car rester neutre et s'engager dans l'aide à la victime sont deux attitudes contradictoires :

Partagé entre sa volonté d'aider la victime et la crainte de se mettre dans une position délicate vis-à-vis de la justice, le médecin était donc ambivalent. La difficulté d'« engagement » vers la victime était observée et des alternatives au certificat étaient recherchées.

L'ambivalence du discours était constatée.

E2 : « Surtout à mon avis rester neutre (...) ne pas mettre en doute la parole de la patiente mais pour autant, je pense qu'on doit pas commencer à accuser l'autre personne ».

« Je pense qu'il faut surtout pas s'embarquer dans le truc en mettant des choses subjectives, voire en prenant parti, voire en donnant un avis subjectif sur l'autre personne et voilà... à mon avis, il faut savoir bien soutenir mais rester neutre ».

E3 : « Je pense que c'est un effort vachement important pour elles de venir pour ça et de donner suite du coup je pense ça a ce sens là ».

« Dans ces consultations là j'ai plus envie d'aider la patiente, c'est ça qui vient en tête en premier lieu oui c'est sûr. Après (...) c'est vrai que des fois, on se dit « est-ce que c'est vraiment vrai ? », il faut pas mettre la vie de quelqu'un en vrac ».

Le désir de « protéger » à la fois la victime, son agresseur, et lui-même était évoqué.

E5 : « Le fait de protéger le patient, ne pas... enfin protéger aussi entre guillemets l'agresseur s'il n'est pas vraiment l'agresseur non plus, protéger le médecin également ».

Des alternatives au certificat étaient recherchées :

-Les associations :

E2 : « Peut-être que si c'est quelque chose de très minime (...) peut être que si la patiente souhaite pas porter plainte parce que ça le détruirait et ça détruirait leur couple alors qu'elle l'aime peut-être, l'orienter vers une association ou quelque chose pour les aider à se

reconstruire ensemble. Voilà, donc je sais pas si systématiquement je dirais qu'il faut absolument porter plainte ».

-La médiation familiale :

E2 : « Une aide conjugale, sans aller devant la justice, je pense, pour des choses qui sont pas avancées du tout, c'est peut-être, à mon avis discutable (...) à mon avis ça serait souhaitable ».

2) LA CRAINTE QUE LE CERTIFICAT SOIT NON CONFORME ET DONC RETIRÉ DE LA PROCÉDURE

La crainte qu'un certificat « trop dirigé » desserve la patiente en étant retiré du dossier était évoquée. Une rédaction la plus neutre et factuelle possible était donc recherchée.

Le retrait de la procédure pour non conformité était redouté. Rendre un certificat qui ne soit pas contestable, factuel et donc non attaquant était donc l'objectif du médecin :

E7 : « Il y a plein de choses qui n'avaient pas à sortir en fait (...) Il fallait mieux le faire plutôt que d'avoir un gag, ou du coup avoir une procédure qui va être caduque ».

E8 : « Il faut faire attention que ton affect ne t'amène pas à faire un certificat qui serait à la fois non conforme (...), justement quelque chose qui ne servirait pas parce qu'il serait donc rejeté ».

« Je pense que le fait de bien le faire c'est pas forcément de se protéger (...). Mais c'est surtout moi je pense pour donner de la force au certificat en le rendant inattaquant ».

E10 : « Un certificat qui est trop dirigé, ça n'intéresse pas », « je reste persuadé que ça ne servira pas la patiente, ça desservira ».

E11 : « C'est plus qu'on rend pas service aux gens en en faisant trop, si il y a pas à en faire trop ».

« Je fais attention de rester très factuelle (...) de crainte qu'on puisse invalider le certificat parce que les choses ne sont pas concordantes ».

« Pour les violences verbales j'aurais tendance à dire « elle me dit avoir été victime de violences verbales », de crainte « que le certificat soit invalidé ».

Seuls les faits constatés directement étaient rapportés :

E2 : « On peut que certifier les choses factuelles ».

E6 : « Ce que j'ai en tête et que j'applique en règle générale dans une demande de certificat de coups et blessures dans ce cadre de violences conjugales c'est les faits objectifs. C'est à dire de pouvoir décrire et que ce soit reproductible potentiellement d'un médecin à l'autre ».

E8 : « Il faut toujours être factuel donc ça c'est un élément donc hyper important ».

E10 : « J'ai envie d'être juste un instantané, un technicien d'observation somatique (...) voire psychique ».

« Que le juge ait en face de lui un certificat qui est un constat (...) le plus neutre possible ».

Il a « beaucoup plus de poids si il reste très technique et pas trop prenant parti ».

« Plus on est neutre, plus je pense que le juge aura l'impression de faits claquants, médicaux, simples, précis, et dira bon là je peux l'écouter ». « On doit rester vraiment techniciens observateurs ».

3) LA CRAINTE D'AVOIR PLUS UNE POSITION DE JUGE OU D'ENQUÊTEUR QUE DE MÉDECIN

La peur qu'on lui donne plus un rôle de juge ou d'enquêteur que de médecin était un frein, le généraliste souhaitant conserver un rôle de soignant et d'orientation.

Avoir une position de juge était redouté.

E6 : « Je me limite à des coups et blessures, pas à moi de juger si c'est le mari ou pas ».
« C'est pas mon rôle ».

E5 : « On nous donne un rôle qui est un peu difficile à jouer quelques fois »

E10 : « C'est à elle d'aller faire auprès de la police sa déclaration, de dire que c'est le président de la république qui lui a tapé dessus, ou son mari ou le voisin ».

« Ca ne me regarde pas, j'y étais pas, moi ne veux authentifier que des choses que je peux authentifier ». « Moi ça me choque. C'est pas notre rôle »

E12 : « Je vais être dans le soin, non pas dans une position de ... enfin même si un certificat c'est pas un jugement, c'est une constatation... c'est une amorce de soin ».

« Après il y a un côté sanction, (...) on devient juge un petit peu hein, plus que médecin. Donc ça c'est gén... ». « Disons qu'en tout cas moi je suis pas à l'aise. Par rapport à ma personnalité ». « Je trouve c'est pas mon rôle et puis, ça correspond pas à ma manière d'être (...) de juger les autres. »

« On rentre dans le fait qu'on connaît tout le monde en fait... et qu'on prend parti, alors c'est compliqué là, ça devient compliqué ».

Avoir un rôle d'enquêteur était également craint.

E10 : « Les flics vont lui poser des milliards de questions ». « Moi on me demande du côté médical, un rôle médical qui est d'attester que je découvre bien des lésions », de n'indiquer « que les choses que je peux identifier ».

Le médecin se disait plus à l'aise dans un rôle de soignant et d'orientation.

E12 : « L'appréciation en tout cas, la prise en charge des soins, l'orientation, que ce soit l'écoute, ou la prise en charge médicamenteuse si nécessaire, la mise en place d'un suivi psycho, je pense que c'est notre rôle ».

« En fait de faire le soin ça ne me pose pas trop de problème (...) Et après (...) parce qu'on est, on est au contact de la justice (...) ça me met en tension, on va dire ».

4) LE SENTIMENT DE NE PAS ETRE ASSEZ EXPERT ET LE MANQUE DE CONNAISSANCES DU MÉDECIN SUR CE SUJET.

1. LE MANQUE D'ASSURANCE

a. Le sentiment de n'être pas assez expert pour faire un certificat de qualité

La sensation d'avoir des compétences insuffisantes était exprimé:

E3 : « Ca va être une pièce à conviction pour la justice (...) il faut que ce soit vraiment bien fait ». « A chaque fois je me dis, j'espère que ça va être pertinent ».

E5 : « On nous donne un rôle qui est un peu difficile à jouer quelques fois ».

E6 : « C'est toujours approximatif, très approximatif je trouve ».

E7 : « Je les fais systématiquement revérifier par le conseil de l'Ordre » « Le fait que je les fasse systématiquement revérifier, si tu veux moi me sécurise beaucoup ».

Un manque de formation était rapporté:

E3 : « Je ne sais pas si on est suffisamment formés. »

E5 : « On a quelques formations là dessus mais pas tant que ça ».

E11 : « Non, je suis pas... mes connaissances elles ont été apprises sur le tas, sur mes stages en service d'urgence essentiellement ». « J'ai pas forcément été re-formée ensuite ». « Donc il y a certainement des euh... des choses qui me manquent ».

E12 : « Il y a une évolution même de la législation (...) ça demande forcément, d'actualiser ses connaissances » « On est peut-être pas assez formés à ça tout simplement ».

La difficulté d'avoir des sources fiables et actualisées était exprimée:

E12 : « Les revues, ou sur internet ». « Les sources sont pas forcément, enfin voilà... il y a des questionnements ».

b. Le sentiment que ce n'est pas son rôle et que d'autres médecins feraient mieux que lui

- **Le sentiment que d'autres médecins seraient plus à même de faire un certificat de qualité.**

Le médecin évoquait ne pas se sentir assez qualifié pour faire un certificat de qualité. Considérant que les médecins légistes ou hospitaliers sont plus expérimentés, il préférerait passer le relais.

- Les médecins légistes :

E4 : « Moi j'estime que quand c'est supérieur à 7 jours, il va falloir quand même qu'il y ait une confirmation auprès d'un confrère spécialiste ». « J'ai peur de me tromper quand même hein », « Quand j'ai un doute je mets rien ».

E6 : « On est pas forcément les mieux placés pour savoir cette évolution. Les médecins légistes, je pense que c'est plus sur à mon avis ».

E8 « L'expertise n'est pas la même parce que donc comme j'en fais pas souvent donc je ne suis pas si à l'aise (...) ce n'est pas mon domaine d'excellence. Donc je pense qu'un légiste justement est plus expert et donc lui il va être encore plus pointu que je ne peux l'être mais j'essaye justement me rapprocher de ce que pourrait être un médecin légiste en sachant que je ne serai jamais parce que je n'ai pas la formation je n'ai pas donc la compétence et je n'ai pas l'expérience ».

« Au niveau physique peut-être que la description sera moins pertinente qu'un légiste qui lui aura les termes plus adaptés que ce que j'aurais pu moi avoir »

E10 : « Je pense que sur tout ce qui est séquelles et aggravation des coups et blessures ça peut être important. Donc c'est complémentaire ».

E12 : « Le retentissement, si on parle de choses psychologiques ça demande du temps. Mais après on est pas sollicités pour ça nous donc ... donc le légiste ».

- Les urgentistes, qu'il considérait plus rodé à ce genre de situations :

E11 : « Si les coups, enfin les blessures engendrées ont besoin de soins, les gens vont plus facilement se diriger vers un service d'urgence ».

- Les médecins hospitaliers :

Une prise en charge hospitalière était considérée comme nécessaire pour les lésions sévères et les viols.

E7 : « Là du coup il y aura des prélèvements tu vois (...) je me dis si tu reposes 15 fois les mêmes questions c'est violent quoi ».

E8 : « Fort heureusement j'ai pas eu de choses avec des fractures, avec des éléments donc importants avec des gros traumatismes. Ça je pense que ces éléments là ben, très vite ils sont hospitalisés ».

L'orientation vers l'hôpital pour permettre une mise à l'abri était choisie en cas de danger immédiat.

E7 : « Tu les sorts dans ces cas là, mais parce que tu peux pas les laisser retourner ».

- **Le souhait de garder un rôle d'orientation vers un expert et ne pas prendre en charge lui-même**

E4 : « Je trouve que c'est très difficile d'évaluer en fait on est le premier maillon de la chaîne si tu veux tu vois, mais après il faut que ce soit transmis à un expert... qui va pouvoir trancher » « C'est initier les choses ! C'est un départ en fait »

« La difficulté en fait, c'est de trouver... heu...de trouver la personne qui va prendre le relais en fait ».

E10 : « Je passerais la main ou un avis de médecine légale. Je passerais la main ». « Là je reconnais que je ne suis pas forcément dans mes compétences ».

2. LE MANQUE DE CONNAISSANCE SUR CE SUJET

Beaucoup d'incertitudes sont apparues sur la valeur du certificat et de l'ITT, en raison d'un manque de connaissance sur le sujet et des différences d'informations données selon les sources.

a. Sur la valeur du certificat médical du médecin généraliste et la place du médecin légiste.

- Des points de vue très différents sur la valeur du certificat du médecin généraliste.

- **Absence de valeur légale du certificat du généraliste et absence de réévaluation systématique par un médecin légiste :**

E2 : « On s'en fiche parce que il y a en fait un médecin légiste qui en fait revient derrière et que c'est ça qui fait foi ».

E4 : « Moi j'avais la notion que le certificat du médecin généraliste n'était pas suffisant (...) j'avais la notion que ça n'avait pas de valeur médico-légale en fait ».

- **Valeur médico-légale du certificat, celui-ci pouvant suffire dans la procédure.**

E3 : « Je pense que ça peut être utilisé tel quel mais que si c'est pas cohérent pas pertinent ou quoi ça peut être revu ».

E5 : « Je pense qu'il a une valeur légale oui oui ». « Oui, c'est pour ça qu'il faut qu'il soit bien rédigé ».

E7 : « Normalement le nôtre peut suffire ». « Peut-être la façon de mettre les termes qui est pas tout à fait la même, mais pareil comme on les vérifie, je pense qu'on doit s'en rapprocher ».

E8 : « Une vraie valeur » : « comme tu es médecin tu as vraiment du poids ». « C'est pour ça que le soin d'être très précis dans les détails etc. me paraît donc indispensable à apporter ».

- **Pas de connaissance sur la valeur du certificat et ses conditions de réévaluation.**

E3 : « Je sais pas dans quelle mesure c'est réévalué par le médecin légiste » « J'aurais tendance à dire que c'est quand même toujours réévalué ? Je sais pas ». « Moi je l'imaginai comme nécessaire et important quand c'est (...) une lésion très grave », « des preuves médicales qui soient je pense plus valables que la mienne ».

E6 : « Utilisé tel quel je pense que oui aussi, mais je ne sais pas si c'est systématique la réévaluation par le légiste, je ne sais pas ».

- **Certificat permettant seulement d'être « auditionné par un médecin légiste » pour « lancer la procédure ».**

E9 : « Je pense qu'il ne va pas être utilisé tel quel ». « L'intérêt c'est que avec notre certificat, elles peuvent lancer une procédure et demander justement à être auditionnée par le médecin légiste ».

« En fait il faut qu'il y ait une visite par le médecin légiste, donc en fait quand elles vont porter plainte (...) il faut qu'elles demandent une visite spécifique avec l'OPJ de médecine légale, de façon à ce que ça lance vraiment la procédure ».

« C'est moins efficace que si il y a une procédure avec le médecin légiste derrière ».

- **Flou par rapport au rôle de chacun.**

La difficulté de savoir comment se positionner était exprimée, le médecin étant confronté à des points de vue très différents.

Par exemple, selon certains médecins légistes, le médecin généraliste ne devrait pas indiquer d'ITT.

E10 : « L'Unité de médecine légale, ils considèrent que l'ITT ne doit être donnée qu'exclusivement sous réquisition de la police et il n'y a qu'un médecin légiste qui peut donner, sinon les médecins ne peuvent pas le faire », l'ITT n'étant « pas obligatoire pour porter plainte ».

b. Sur l'ITT

On constate une évaluation de l'ITT à partir de critères propres au médecin, sans réel fondement, parfois surprenants.

- **Mauvaise connaissance du terme ITT**

Le sigle ITT était mal maîtrisé:

E2 : « Je sais pas si c'est incapacité temporaire je sais pas si c'est de travail ou total, je sais plus. (...) Je sais plus ce que veut dire l'acronyme ».

E12 : « L'incapacité temporaire totale ».

Mais sa signification était connue la plupart du temps:

E2 : « Le nombre de jours où il est difficile d'assurer seul ses activités de la vie quotidienne, ça par contre je suis sûr que c'est ça ».

E12 : « Continuer ses activités normales en fait, hein, donc moi j'ai un peu ce critère là ».

La notion d'arrêt de travail pouvait être source de confusion:

E9 : « C'est toujours compliqué l'ITT, parce que c'est comme c'est l'interruption totale de travail, la personne n'est pas censée aller travailler... ».

E12 : « Les ITT alors, il y a toujours ces confusions entre les arrêts... la notion de travail et temporaire totale ».

- **2 positionnements opposés pour l'évaluation de la durée de l'ITT psychologique**

- ITT psychologique courte, considérant que les lésions psychologiques ne limitent pas les activités de la vie quotidienne.

E2 : « Si je suis logique avec ce que j'ai dit avant (...) parce que elle peut faire ses activités de la vie de tous les jours ».

E7 : « J'ai jamais eu, même quand c'est psychologique, bien sûr elles vont pas être bien, mais ça ne les empêche jamais normalement de pouvoir s'occuper d'elle-même sur un long terme. Après moi, et des blessures très graves j'en ai pas eu. »

E11 : ITT nulle car « elle était capable de faire ce qu'elle, enfin elle est retournée travailler, voilà ».

- ITT psychologique longue, considérant que les conséquences psychologiques sont toujours longues.

E3 : « Moi souvent je mets ITT un mois, je mets un truc long en fait », « je mets toujours long ». « Les conséquences psychologiques sont longues quoi (...) et que je vois pas comment je pourrais mettre 4-5 jours quoi ». « J'avais cette notion (...) du conseil de mettre du coup une ITT longue heu pour le côté psychologique quoi ».

E12 : « Je pense que sur le plan psychologique c'est toujours plus de 7 jours ». « Il peut y avoir eu des accumulations si elles viennent là c'est pas, c'est pas au premier coup », « Alors je pense qu'il faut mettre plus si vous voulez. Enfin je pense que dans l'ensemble il faut mettre plus ». « Oui je vais mettre plutôt 10 jours. On peut pas mettre 8 jours parce qu'il y a des ambiguïtés ».

- **Avis divergents sur les conditions pour que l'ITT soit réévaluée :**

- une ITT longue serait réévaluée.

E2 : « Je pense que je mettrais plus de 8 jours, en me disant que comme ça ce sera révisé, revu par quelqu'un d'autre, ça je le crois vraiment ».

- une ITT courte serait réévaluée.

E5 : Je mets pas des ITT trop longues au départ, parce qu'après comme ça peut être réévalué».

- une ITT nulle ne serait pas réévaluée.

E2 : « Je mettrais une ITT de 0 jours ou peut-être de 1 jour, en me disant, comme ça il n'y a pas 0 et ça peut être révisé ».

- **Mauvaise connaissance de la barrière des 8 jours et de ses conséquences**

Une mauvaise connaissance des conséquences de la limite légale des 8 jours était constatée:

E11 : « J'ai pas de notions précises. Je crois qu'il y a une barrière à 7 jours mais je ne me souviens plus exactement ce que ça engendre »

E12 : « C'est compliqué. On était sur la notion là des 7 jours un petit peu (...) je crois qu'il y a eu des changements, mais j'en suis pas très sûr, hein, ou en fait peu importe »

« Moi j'avais la notion des 7 jours mais c'est des choses très anciennes mais je pense que ça a évolué (...) sur le plan (...) juridique ça a évolué la législation, mais je la connais pas, je la connais pas très bien. »

La limite légale de 8 jours (pour la qualification des faits sur le plan pénal) était confondue avec la prise en charge dans différents tribunaux (civil, pénal).

E2 : « J'ai notion que... mais je suis pas sûr que ce soit vrai, que c'est plus ou moins de 8 jours, plus de 8 jours ça va devant le pénal ».

E3 : « La notion des 8 jours : tribunal civil, tribunal pénal ».

E8 : « C'est toujours très difficile donc par rapport à ça, donc c'est le nombre de jours donc pour que ça soit au pénal il faut que ce soit donc les 10 jours ».

E10 : « On a dit qu'au delà des 8 jours c'est une sanction pénale, en dessous des 8 jours c'est juste correctionnel ».

L'existence de poursuites seulement pour des ITT supérieures à 7 jours était envisagée.

E4 : « Quand on est supérieur à 7 jours, euh, les poursuites sont envisageables en fait ».

E9 : « Si elle a vraiment été agressée, que je me rends compte que ça été grave (...) je mets 10 jours, 8-10 jours, de façon à ce que ça passe directement au niveau, bah que ça soit pris

en compte quoi. Parce que avant sept jours c'est quasiment toujours une main courante, et après 7 jours ils font quand même une enquête ».

« Parce que si c'est une ITT d'un jour deux jours (...) on sait que ça n'a aucune valeur ».

E12 : « Alors je me dis. Pour que la plainte soit entendue, il faudrait plutôt mettre (rire gêné) plus que 7 jours (...) j'avais eu aussi, j'avais eu aussi la notion que, bon bah si il y a moins de 7 jours, ça compte pas quoi ». « Je pense que dans l'ensemble il faut mettre plus » (...) Pour que ça soit pris en compte voilà ».

La notion de circonstance aggravante était rarement connue :

E3 : « En cas de violences conjugales on s'en préoccupait pas parce que c'est présumé grave de base ».

E10 : « Parce que quand c'était un ascendant ou un mari, je crois que la limite des 8 jours n'est plus la même, il y a des trucs comme ça que je ne maîtrise pas du tout ».

- **Utilisation à distance du certificat non envisagée:**

E2 : « De toute façon si elle porte pas plainte l'ITT on s'en fiche non ? A mon avis, si elle porte pas plainte, l'ITT n'aura aucune conséquence, puisque je pense que l'ITT c'est ensuite pour pénalement les conséquences ».

« Si la personne porte pas plainte, si je lui mets 50 jours d'ITT je pense que ça changera rien ».

5) LES CARACTÉRISTIQUES DES VIOLENCES CONJUGALES

Ces caractéristiques sont également apparues comme un frein à la rédaction du certificat médical pour coups et blessures.

1. LE CARACTERE TABOU ET CACHÉ DES VIOLENCES CONJUGALES

La difficulté de repérage et le fait de ne pas oser en parler lorsqu'une situation de violence conjugale est dépotée ont été évoqués.

a. Les violences conjugales : des situations cachées

La difficulté de repérage de ces violences était rapportée pour justifier l'absence de rédaction du certificat.

E2 : « C'est pas avant la troisième consultation où finalement heu, je me suis dit il y a peut être un truc bizarre ».

E3 : « Je pense que soit elle est tombée parce qu'elle était alcoolisée, soit son mari l'a poussée (...) elle m'a jamais dit que c'était lui et elle m'a jamais demandé de certificat ».

E6 : « Je pense qu'il y a une certaine forme de culpabilité, alléguée par les femmes (...) Et effectivement, c'est souvent des plaintes masquées en fait. Je pense. Après, précisément, je pense que comme beaucoup de médecins j'ai dû me faire piéger plusieurs fois en y pensant pas ».

E8 : « Des fois t'y a même pas pensé, enfin c'est vraiment quelque chose qui est bien caché, parce que c'est des pathologies donc intra familiales et qui sont vraiment il y a un mur du silence qui s'instaure complètement et même toi qui est quand même donc relativement proche de ces familles là, tu en es exclu parce que justement tu as... tout est fait pour que tu en sois exclu ».

L'idée que le jugement du médecin puisse être faussé par la présentation du couple était évoquée.

E5 : « On ne s'imagine pas du tout », « Je ne me serais pas imaginé ».

« Je pense que quand on connaît un couple parfois on ne se rend pas compte de ce qui peut exister ». Quand « les gens ont une bonne présentation extérieure et qu'il on envie de se montrer comme ça on peut passer à côté complètement ». « Parce que en fait les gens se présentent (...) de la façon dont ils ont envie de se montrer ».

b. Le caractère tabou de ces violences

On observe qu'aborder ce sujet était considéré comme tabou, les violences se déroulant dans la sphère privée, intime.

E4 : « C'est dans leur vie privée quand même ». « C'est pas facile d'aller s'immiscer comme ça dans la vie privée des gens. C'est compliqué ».

E5 : « C'est s'immiscer dans les relations familiales » : « Il peut y avoir des réticences et on doit respecter les réticences », « on va pas pousser non plus ». « C'est vrai qu'il y a des gens qui sont dans des situations pathologiques mais on peut pas aller contre eux non plus (...) sauf si on a l'impression qu'il y a un danger majeur oui ».

E6 : « C'est délicat quoi, c'est des conversations délicates ».

E8 : « Il y a tellement un regard de la société et un regard aussi du médecin qui fait partie de la société et qui est jugeant », « tu rentres dans une intimité vraiment très profonde des gens ». « C'est très difficile donc de casser cette image ».

Donc le médecin n'osait pas en parler :

E4 : « C'est difficile de poser la question quand même hein ! Parce que ça veut dire... poser ça veut dire suspecter quoi en fait. »,

E6 : « Je dirais que la difficulté principale c'est d'y penser d'abord. Après d'oser en parler ». « C'est vrai j'ai pas... j'ai pas osé je pense lui en parler ».

La notion d'abandon du domicile conjugal était évoquée :

E12 : « Des fois il y a aussi des situations de couples mariés c'est compliqué hein ! C'est compliqué ! » « Sans être fautives, si elles sont mariées, enfin, il y a toujours des représentations un petit peu de l'abandon de domicile conjugal, un petit peu, des fois des choses comme ça... ou peut-être que c'est moi qui les ai d'ailleurs ».

2. LES RÉTICENCES DE LA VICTIME ELLE-MEME

Le fait que la victime freine elle-même la prise en charge, en cachant la situation et en refusant parfois de porter plainte, était rapporté par le médecin comme justification de sa non rédaction.

L'ambivalence de la victime était source de questionnement sur ses attentes réelles, et déstabilisait le médecin.

a. Le refus de la victime de parler des violences:

L'idée que la victime ne veuille pas évoquer les violences qu'elle a subi :

E2 : « C'est pour ça aussi qu'elle a voulu essayer de changer de médecin, pour essayer d'éviter peut-être de reparler de tout ça ».

E7 : « C'est pas évident de les faire en parler même si toi tu as un gros doute ».

E8 : « La femme, qui est venue et qui, longtemps a caché ».

E12 : « D'ailleurs la femme après m'a dit « ben non je veux pas, je veux plus... ». Enfin bref après elle voulait plus parler, c'était compliqué ».

b. Le refus de la victime de porter plainte :

Le refus de la victime de porter plainte était également avancé pour justifier la non rédaction, la victime ne souhaitant pas de certificat.

E2 : « Elle m'a répondu « je ne peux pas, c'est trop dur ».

E4 : « Souvent, il y a quand même une peur de porter plainte. Avec l'inconnu des conséquences d'une plainte quoi en fait, hein ». « Je ne vais pas l'inciter en fait ».

E5 : « On doit respecter les réticences (...) On va pas pousser non plus... sauf si on a l'impression qu'il y a un danger majeur ».

E8 : « Des fois elles veulent pas de certificat et elles veulent en parler mais pas de certificat ».

E10 : « Le pari derrière d'essayer de lui ouvrir les yeux pour dire qu'il est temps de porter plainte », « Parce que ça s'arrêtera jamais. Et ça elles l'entendent pas ». « C'est difficile et en même temps passionnant, donc c'est vraiment de lui ouvrir les yeux ».

c. L'incompréhension du médecin et son questionnement sur les attentes et les motivations de la victime.

L'ambivalence de la victime perturbait le médecin.

Il existait un questionnement sur ses attentes et ses motivations réelles.

E5 : « Quelques fois tout dépend de ce qu'il y a derrière ça ».

*E6 : « Je trouve que c'est le plus compliqué c'est l'ambivalence dans laquelle se trouvent les femmes (...) on pourrait se dire, bon elles ont qu'une envie c'est d'arrêter tout ça et ... et en fait on se rend compte que c'est beaucoup plus complexe que ça et souvent elles retardent... »
« Souvent il y a une part d'ambivalence et de déni fréquents » « J'essaye de (...) savoir ce quelles attendent ».*

E11 : « C'est plus compliqué parce que les sentiments exprimés sont souvent ambivalents ».

E12 : « Elle ne voulait plus, elle voulait retirer sa plainte. Elle regrettait d'avoir porté plainte. »

Et un sentiment d'impuissance était exprimé.

E6 : « De passer à l'action... ça dépend pas que de nous d'abord ». « L'accompagner vers la prise de décision et le changement. Je trouve que c'est le plus difficile ».

« Il y a beaucoup de freins qui sont d'un oeil extérieur disproportionnés par rapport à la violence, et en même temps, on voit bien que ça verrouille le système et donc on se sent un petit peu passifs je trouve, un peu observateurs, impuissants face à une situation qui se dégrade ».

« Pour le certificat elles sont pas toujours sûres qu'elles vont l'utiliser donc en fait dès lors qu'on leur propose de donner un coup de pouce un peu trop actif, par rapport à ce qu'elles

envisagent au moment où elles viennent nous voir, elles déclinent en disant « non, on verra ça plus tard ».

6) LA CHARGE ÉMOTIONNELLE DE CES PRISES EN CHARGE

1. CONSULTATIONS METTANT LE MÉDECIN EN DIFFICULTÉ SUR LE PLAN ÉMOTIONNEL

Le vécu difficile sur le plan émotionnel de ces consultations était exprimé. Le médecin rapportait se sentir impliqué dans la vie du couple et être préoccupé par les conséquences que ses décisions pouvaient avoir.

De plus, l'inconfort était aussi parfois créé par l'urgence de certaines situations.

Un désir de garder « de la distance » pour se protéger était exprimé.

La confrontation à des histoires difficiles était évoquée.

E8 : « Forcément des consultations difficiles »

E3 : « Difficile humainement parce que enfin voilà c'est des gens qui souffrent, c'est de l'accompagnement psychologique qui est long, qui est difficile ».

E8 : « C'est forcément des consultations difficiles. C'est douloureux parce que il faut faire repréciser (...) des choses qu'ils ont vécu douloureusement »

E11 : « C'est des situations désagréables ».

Le sentiment d'être investi dans l'histoire du couple était exprimé.

E2 : « Tu es attaché aux gens ».

E8 : « C'est des consultations en tant que médecin généraliste qui sont pas faciles (...) tu es investi dans la famille toi »

Devoir mesurer le degré d'urgence était source de stress.

E3 : « Je trouve ça toujours humainement très difficile (...) ce qui est plus difficile c'est la gestion de l'urgence et de la dangerosité (...) savoir si il faut à un moment par exemple faire une information préoccupante pour les enfants, si il faut être plus incisif ou pas (...) Là je sais que ça va être angoissant pour moi quoi ».

Il redoutait de compliquer la situation par ses décisions.

E4 : « Je les ai envoyés voir un conseiller conjugal (...) : elle lui a appris qu'elle le quittait donc il a essayé de se suicider après ».

Il considérait qu'il était difficile pour la victime de se rétablir.

E11 : « Personnellement ça m'attire plus d'empathie... euh, je pressens plus de difficultés secondaires », « sur l'équilibre de la personne ».

Donc le médecin s'efforçait de ne pas trop s'impliquer émotionnellement en gardant de la « distance » :

E2 : « c'est pour ça je pense que c'est hyper important, même quand on est attaché aux gens (...) de réussir à avoir une certaine distance, de vouvoyer les gens ».
« Garder ce côté un peu... extérieur ».

2. LA SENSATION QUE LE DÉPISTAGE EST DOULOUREUX ET « VIOLENT » POUR LA VICTIME

La crainte du médecin d'être lui-même violent, en évoquant des sujets douloureux pour la patiente, était aussi rapporté comme un frein à la prise en charge.

La crainte d'être violent pour la victime et trop intrusif était évoquée.

E2 : « Je pense que c'était vraiment douloureux pour elle d'en parler (...) est-ce qu'elle aurait pas finalement préféré (...) qu'on en parle plus du tout (...) parce que ça lui faisait trop mal ».

E5 : « On peut poser la question mais si on sent que ça va être reçu... ça peut être extrêmement violent ».

« J'ai vu que c'était difficile pour elle », « elle ne voulait pas en parler ».

E8 : « Quand tu fais ça c'est des consultations dures (...) c'est douloureux parce que il faut faire préciser, il faut faire re-verbaliser par le patient ou la patiente des choses qu'ils ont vécu douloureusement ».

En conséquence, peu de dépistage était fait par le médecin.

E4 : « Moi, je suis à l'écoute quand vraiment il y a une souffrance par rapport à ça quoi. Exprimée quoi ! Quand c'est exprimé quoi (...) Parce que ça veut dire... poser ça veut dire suspecter quoi en fait ».

E8 : « Une fois j'ai dit (...) il faut judiciariser, donc... et donc il faut que vous alliez porter plainte ».

3. LA PEUR DE L'HOMME VIOLENT

Un autre frein à la rédaction du certificat médical a été évoqué : la crainte de l'agresseur.

Cette situation concernait surtout le médecin dit « de famille », souvent amené à suivre les deux conjoints.

Une vengeance et une agression de la part de l'agresseur étaient redoutées.

La sensation de devoir prendre parti pour l'un des conjoints était aussi rapportée comme source d'inconfort car créant une situation embarrassante.

La peur que l'agresseur veuille se venger était rapportée.

E2 : « On a peur parfois que l'autre vienne ou que ça fasse un conflit, ou peur que l'autre vienne se venger auprès de nous »

E7 : Si « tu tombes sur le mec en même temps et que toi tu te fais faire ta fête »

E12 : « La difficulté c'est quand on rencontre l'autre personne. Si il y a... Mais bon j'ai pas été agressé par des, par des conjoints en fait hein ».

La prise en charge des violences conjugales semblait donc plus difficile pour le médecin généraliste travaillant comme médecin de famille et amené à suivre également le conjoint violent.

E2 : « C'est englué dans une espèce de sphère sociale ».

E12 : « Le fait de connaître les deux et d'être soignant pour les deux ça complique les choses ». « Je pense qu'il faut être en forme pour affronter ça ». « Ca demande de bien cloisonner les choses ».

En travaillant à SOS médecin, le médecin était plus à l'aise car :

- la prise en charge était facilitée par le fait de ne pas suivre l'agresseur.

E5 : « Moi je mets quelques fois « de tant, à réévaluer » ».

E9 : « Sous réserve d'une réévaluation ou de résultats modifiant... ».

E12 : « Je mets souvent une réserve « sous réserve de complications ».

E10 : « Quand le médecin traitant est un le médecin de famille, comment aller voir le médecin traitant pour lui dire mon mari m'a tapé dessus. (...) de ce côté là je pense qu'on est aussi très recherchés parce que nous on est totalement neutres dans l'histoire ».

« Parce qu'il le verra le mari lui. Moi je suis pas médecin de famille, c'est beaucoup plus facile ».

- l'absence de l'agresseur sur place était vérifiée avant que le médecin ne se déplace.

E9 : « Mais enfin, en général, quand on y va il est jamais là. Sauf une fois où il était sur place, et donc j'ai pas pu faire le certificat ». « Parce qu'en fait on y va pas non plus pour se mettre en danger »

E10 : « On y va maintenant en confiance parce que c'est peu fréquent. En général il est parti ». « C'est très rare mais quand ça arrive on est pas bien fier. (...) c'est rare qu'on soit agressés ».

7) LA MINIMISATION (MÉCANISME DE DÉFENSE PSYCHIQUE)

La situation était parfois minimisée afin de justifier la non rédaction du certificat.

Certaines circonstances, comme la consommation d'alcool, étaient considérées comme permettant d'expliquer les violences.

La possibilité d'amélioration spontanée de la situation des conjoints était aussi envisagée.

Enfin, l'enjeu du certificat était parfois minimisé, considérant qu'il s'agissait d'une simple pièce du dossier n'ayant pas un rôle majeur.

1. L'ALCOOL

L'évaluation des violences était perturbée lorsque la victime ou de l'agresseur avait une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool. Le médecin minimisait la responsabilité de l'auteur des violences.

E2 : « Si c'est quelque chose de très minime, quelqu'un qui par exemple a donné une gifle euh... je dis pas, évidemment c'est pas bien du tout mais, et le mari a des problèmes d'alcool et a donné une gifle et uniquement il a fait que ça ».

E3 : « Je pense que soit elle est tombée parce qu'elle était alcoolisée, soit son mari l'a poussée, ce qui est probable je pense mais elle n'a jamais... elle m'a jamais dit que c'était lui ».

E6 : « Voilà ça m'évoquait des violences conjugales et je trouvais que ça faisait beaucoup de chutes par maladresse etc. Mais bon après je sais qu'elle a une dépendance à l'alcool aussi, où il y a un déni important ».

2. L'ESPOIR D'UNE POSSIBLE ÉVOLUTION SPONTANÉE VERS UN APAISEMENT AU SEIN DU COUPLE

L'idée que les violences puissent s'arrêter était exprimée.

E2 : « C'était déjà passé » (ce qui est contradictoire avec le fait qu'« il la harcelait un peu moralement »).

E6 : « Ca s'est arrêté assez rapidement ».

E12 : « Le couple s'est pas défait pour ça ». « Ca avait quand même entraîné un suivi psychologique CMP psychiatrique du mari ». « Ca a permis peut-être et pour le mari, comme personne, et pour le couple, de retrouver un certain équilibre enfin pour un certain temps ».

Et donc le médecin envisageait que la victime puisse regretter d'avoir porté plainte.

E12 : « Elle ne voulait plus, elle voulait retirer sa plainte. Elle regrettait d'avoir porté plainte. Parce qu'en fait ça avait été directement bien sûr au procureur enfin je pense ».

3. LA MINIMISATION DE L'ENJEU DU CERTIFICAT :

E6 : « Parfois c'est juste pour les archiver et pour avoir un dossier (rire), pour plus tard, de mon expérience j'ai l'impression que c'est un peu ça ».

8) LES CONDITIONS D'EXERCICE

1. LA CONTRAINTE DE TEMPS

Le caractère chronophage de ces consultations a également été exprimé, le médecin devant réaliser à la fois la prise en charge physique et/ou psychologique de la victime et rédiger le certificat médical à but judiciaire.

E2 : « La contrainte majeure ensuite c'est le temps, c'est sûr ».

E4 : « C'est pas simple parce que déjà ça prend beaucoup de temps, en consultation ça prend beaucoup de temps ».

« Il y a toute une histoire, et nous le temps d'une consultation, on a pas le temps de décrypter, de faire la synthèse, de faire le certificat c'est pas possible quoi ».

E7 : « Ça fait beaucoup c'est des consultations longues déjà ».

E12 : « Deux ou trois heures après une agression, c'est extrêmement compliqué, vous avez éventuellement à gérer le choc traumatique on va dire, donc on est dans le soin, et après, il

faut juger en même temps (...) faire toutes les constatations de ça, apprécier combien de temps on va mettre... euh, je trouve ça assez complexe ».

Parfois il considérait que le manque de temps rendait trop difficile ce genre de prise en charge et donc préférait passer le relais.

E4 : « Je me dis : nous c'est bien de détecter les choses et d'enclencher quelque chose. Mais c'est pas à nous de prendre en charge, en fait complètement (...), C'est trop lourd, ouais, c'est trop lourd. Il faut du temps, il faut... c'est pas possible quoi ».

2. LE CONTEXTE DE L'URGENCE : MANQUE DE REcul POUR L'ÉVALUATION DES LÉSIONS PSYCHOLOGIQUES

Le fait de voir la victime précocement après l'agression était considéré comme un frein pour l'évaluation des lésions psychologiques, en raison du manque de recul.

C'est la situation à laquelle les médecins d'SOS Médecin sont confrontés.

Intervenant tôt après l'agression, le médecin d'SOS médecin expliquait ne pas avoir de recul suffisant et donc moins s'exprimer sur les ITT psychologiques.

E10 : « J'ai du mal à donner (...) c'est les ITT pour stress post traumatique (...) Donc là je décris un peu l'état de la patiente, mais j'en prends pas forcément compte parce qu'ils considèrent qu'on est (...) trop sur le chaud et qu'on prend trop parti ».

« Ce stress semblerait mieux appréhendé par la justice, par quelqu'un qui le voit au décours de, ou par le médecin traitant »

« Ca c'est quelque chose à priori que j'accepte et c'est pour ça que je m'exprime beaucoup moins sur les ITT psychologiques quand je le vois tout de suite ».

9) LE SENTIMENT D'ÊTRE PEU OU PAS CONFRONTÉ AUX VIOLENCES CONJUGALES

Se sentir peu ou pas confronté à cette problématique apparaissait également comme un frein à la rédaction du certificat.

Le médecin considérait parfois ne pas être confronté aux violences conjugales en raison d'un profil de patientelle privilégiée.

E4 : « Quand on est confronté aux violences, moi c'est exceptionnel en fait ».

E12 : « Si on est pas trop sollicités, on est plus en difficulté. Hein, parce que parce qu'on a pas forcément actualisé, on a pas été confronté ».

Le manque d'expérience du début de carrière était aussi être donné comme justification à la non rédaction.

E3 : « Tu sais j'en ai pas fait non plus énormément, hein, depuis que j'ai commencé ».

Parfois le médecin considérait que les violences étaient plus fréquentes dans certains milieux sociaux (ruraux ou ayant la CMU), l'alcool et la précarité agissant comme facteurs favorisants.

E5 : « Après dans certains milieux, peut-être que ça apparaît plus facilement parce qu'il y a d'autres choses que la pauvreté induit : des problèmes de santé, des problèmes je ne sais pas d'hygiène ».

E7 : « Je pense que t'as quand même des histoires rock'n'roll plus à la campagne ».

« Je pense que vraiment les trucs avec alcool derrière, des grosses violences, on est pas dans une patientelle où on peut avoir ça, je pense que t'aurais plus ça dans une patientelle où il y a beaucoup de CMU, ou la campagne ».

10) L'OUBLI DE PROPOSER LE CERTIFICAT

L'oubli de proposer le certificat était parfois évoqué, notamment dans les cas où le certificat n'était pas demandé directement par la victime.

E2 : « J'ai pas pensé à lui faire un certificat mais en même temps c'était déjà passé »

« Ca vaut peut-être le coup d'en faire un, on est d'accord, mais j'y ai pas pensé quoi ».

« J'ai pas été confronté directement à quelqu'un qui vient me voir en me disant : « je suis battue par mon mari... », donc ce cas là je fais un certificat ».

L'oubli était aussi possible lorsque la victime avait été prise en charge précédemment par les forces de l'Ordre.

E2 : « Les gendarmes avaient déjà constaté quelque chose (...) J'arrivais pas du tout au début du problème et je pense c'est pour ça que j'ai pas pensé à faire un certificat ».

V. PRINCIPALES CIRCONSTANCES FACILITANT LA RÉDACTION

1) CIRCONSTANCES FACILITANT LA RÉDACTION

Le médecin était parfois moins hésitant et rédigeait le certificat plus volontiers. Ces circonstances ont été repérées :

1. LORSQUE LE CERTIFICAT ÉTAIT DIRECTEMENT DEMANDÉ PAR LA VICTIME OU LES FORCES DE L'ORDRE

a. En cas de demande directe de ce certificat par la victime pour porter plainte

Lorsque la victime en faisait la demande pour porter plainte, le certificat était rédigé.

E4 : « Tout dépend de savoir si la personne en fait souhaite porter plainte ou pas en fait ? (...) Si c'est le cas, à ce moment là je le fais le certificat ».

E5 : « Il y a d'autres patientes qui viennent consulter parce que justement elle veulent porter plainte, on leur a dit qu'il fallait un certificat ».

E6 : « Souvent ils viennent de la gendarmerie ou du poste de police nous voir avec cette demande là ».

E7 : « Parce qu'elles veulent constater et déposer une plainte ».

E8 : « Si ça vient et que il y a quelque chose (...) on peut être amené ». « Tu n'as même pas besoin de proposer, parce que là il y a une démarche et là je dirais les femmes viennent et sont donc heu... bah... prêtes ».

E9 : « Elles ont souvent vu la police, qui leur demande le certificat initial de coups et blessures. (...) Elles appellent aussi parce qu'elles ne savent pas, elles sont désemparées », « On rédige toujours ces certificats à la demande du patient ».

E10 : « 80 % c'est la femme qui appelle sous le conseil de la police ».

b. Sur demande des forces de l'ordre

Lorsque le certificat était demandé par les forces de l'ordre pour la procédure, le certificat était également rédigé.

E3 : « Quand elles sont allées porter plainte et que les gendarmes leurs disent qu'il faut un certificat médical de coups et blessures ».

E5 : « On leur a dit qu'il fallait un certificat ».

E6 : « Le circuit qu'on voit souvent c'est les patientes ou les patients éventuellement qui viennent porter plainte ou déposer une main courante et à qui on demande, à qui les gendarmes demandent, ou les policiers, demandent un certificat descriptif ».

E9 : « Elles font le certificat parce que la police leur a demandé ».

E10 : « La police nous appelle énormément, ou plutôt conseille SOS médecin parce qu'on est rompus pour ça. Voire même on est appelés dans les commissariats quand les femmes sont un peu désespérées pour qu'on leur fasse un certificat directement sur place »

E11 : « Les gendarmes lui ont dit, de venir faire un certificat de coups et blessures ». « Ca a toujours été conseillé par un tiers ».

E12 : « Souvent les personnes viennent, viennent d'ailleurs à la demande de la gendarmerie je trouve ». « Ils vont d'abord porter plainte ou pas porter plainte, enfin ils... ou faire des dépositions. En tout cas souvent, ils ont déjà fait une démarche... enfin, c'est le sentiment que j'ai ». « Pour moi c'est pas fréquent. Hein c'est souvent une démarche qui est initiée par le (...) par la gendarmerie, ouais ».

Les forces de l'ordre exigeraient souvent le certificat médical pour déposer plainte.

E10 : « La police leur conseille en exigeant d'abord un certificat médical pour pouvoir avancer sur la plainte ». « La police, à plusieurs reprises, a refusé de prendre des plaintes sous prétexte qu'il n'y avait pas de certificats médicaux. Alors qu'en fait normalement ils n'ont pas le droit de le faire ». « L'ITT en fait, la police le veut parce qu'ils ont besoin de chiffres pour savoir dans quelle mesure c'est important ou pas ».

2. LORSQUE LE MÉDECIN AVAIT PEU DE DOUTES :

Etre convaincu de la responsabilité de l'auteur semblait nécessaire pour que le médecin rédige le certificat.

a. Lorsque la victime rapportait très explicitement être victime de violences conjugales

Lorsque la situation de violences conjugales était clairement présentée par la victime, le médecin avait moins de réticences à rédiger le certificat.

E2 : « Quelqu'un qui vient me voir en me disant : « je suis battue par mon mari... », donc ce cas là je fais un certificat ».

b. En cas d'« intime conviction » du médecin

La rédaction était favorisée lorsque le médecin avait « l'intime conviction » des violences. Ceci était contradictoire avec sa volonté de vouloir rester objectif.

E2 : « A partir du moment où ça, on sent que c'est plus possible (...) à mon avis on doit faire un certificat ». « C'est en totale contradiction parce que j'ai dit qu'il fallait pas être subjectif et qu'il fallait pas prendre parti mais, si c'est quelque chose où ça m'a l'air clair et net que c'est monstrueux (...), la personne s'est fait violenter et c'est insoutenable pour la personne et que j'ai l'intime conviction que c'est vrai ».

E5 : « Quand on a vraiment l'impression de violences ». « Si il y a vraiment mal-être alors voilà... des marques suspectes ou alors des états vraiment dépressifs répétés ». « Quand il y a des lésions par exemple très visibles », « quand quelqu'un a été franchement cogné ».

« Si on a l'impression qu'il y a vraiment quelqu'un qui est violent en face et qu'il faut quand même faire quelque chose ».

« Quand il y a par exemple une grande souffrance psychique depuis très longtemps et qu'on a l'impression qu'il y a des violences en plus et que là il faut arrêter les choses ».

E6 : « Encore une fois si j'y pense et si c'est flagrant pour moi que c'est quelque chose qui n'est pas juste une entorse du genou par exemple dans les escaliers ».

E8 : « Quand il y a des choses avérées ».

E9 : « Mais si elle a vraiment été agressée, que je me rends compte que ça été grave, parfois c'est grave... ».

c. Lorsque le médecin était témoin direct

Etre témoin direct des violences réduisait la crainte de faire un faux certificat.

E5 : « J'ai l'impression que vraiment quand par exemple : je sais parce que j'ai vu, par exemple, un mari agressif une femme qui revient, ou des pères qui sont agressifs aussi avec les enfants et que c'est un peu limite ».

d. En cas de lésions physiques

Le certificat semblait être rédigé plus volontiers en cas de lésions physiques.

E2 : « Dès qu'il y a des lésions physiques... ou alors psychologiques ».

E4 : « A la limite dans ces situations là... il y a des choses concrètes à constater, à noter ».

E5 : « Bien sûr à chaque fois qu'il y a quand même des traces ». « Quand quelqu'un a été franchement cogné, qu'on lui a fracturé le bras la c'est plus facile ».

E7 : « Les traces physiques, elles sont là ce jour là et après tu les auras peut-être plus quoi ».

E8 : « Il n'y a pas que les éléments physiques. Mais bien souvent quand tu le fais, c'est qu'il y a des éléments physiques, c'est-à-dire que la rédaction est déclenchée t'as un truc qui a été en plus quoi ».

E9 : « Quand il y avait vraiment violence physique, avec constatation physique, ouais je le mets. Je mets des ITT assez importantes ».

E11 : « C'était la première violence physique ». « Je fais un descriptif lésion par lésion, si il y en a de visibles ou si il y a des douleurs ressenties ».

E12 : « La constatation des faits, ça c'est toujours... c'est assez simple hein ! Enfin des faits physiques, c'est assez simple ».

e. En cas de violences à enfants associées

La crainte que les enfants soient également victimes était évoquée comme facteur favorisant la rédaction.

E3 : « Quand on pense qu'il y a vraiment quelque chose de dangereux, quand potentiellement il y a des enfants dans la famille, heu... voilà, de savoir si il faut à un moment par exemple faire une information préoccupante pour les enfants, si il faut être plus incisif ou pas quoi ».

« Même si les patientes refusaient d'aller plus loin, de devoir dire ben on fait quand même un signalement parce qu'il y a vos enfants et parce que voilà. Et c'est ça que je trouve difficile ».

E5 : « Je sais parce que j'ai vu, par exemple (...) des pères qui sont agressifs aussi avec les enfants et que c'est un peu limite ».

E11 : « Je pensais aussi au fait que il y avait quand même des enfants impliqués dans l'histoire ».

2) MOINS ON OBSERVE DE DISSONANCE, PLUS LES MÉDECINS SEMBLENT A L'AISE POUR RÉDIGER LES CERTIFICATS.

Ces médecins moins dissonants semblent mieux connaître leur rôle et les responsabilités engagées. Ils sont aussi parfois plus investis en raison de leur affect.

1. MOINS DE CRAINTE DES CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

a. Pas de préoccupation des conséquences pour l'agresseur :

E7 : « Je vais pas non plus me dire, « je viens de le pointer du doigt » ben non, (...) c'est pas à moi de mener l'enquête, c'est pas mon rôle ». « Après là c'est un certificat de coups et blessures c'est pas une décision de justice ».

E8 : Il dit mettre une ITT « en son âme et conscience ». « Après la répercussion que ça peut en avoir au niveau judiciaire, (...) pour moi ça ne me pose pas de problème ».

E9 : « J'ai aucun ressenti par rapport à l'agresseur, non non ». « Non, parce que nous quand on les voit elles sont détruites hein ». « Et puis souvent, quand on n'y va nous, ça fait des années que ça dure ! Des années que ça dure et des années que il y a rien qui se passe quoi ! Non alors là j'ai aucun ressenti. C'est peut être mon côté féminin ! (Rire) j'ai aucun ressenti vis-à-vis l'agresseur, l'agresseur après c'est son problème hein ».

E10 : « J'ai tendance à prendre parti plutôt pour la veuve et l'orphelin, c'est un peu le rôle médical, donc quand je vois une pauvre femme qui s'est vraiment fait massacrer (...), j'ai tendance à vouloir absolument charger le truc pour dire c'est un peu trop facile de taper sur un petit bout de femme ». « J'ai pas envie de rater un seul hématome parce que si il y a eu plein de coups, on imagine que la partie devait pas être très facile à ce moment là et il faut aider le plus possible la victime ». « C'est vrai que quand on voit quelqu'un qui se fait taper dessus c'est un peu révoltant. Donc il faut être vraiment le plus neutre possible pour pas prendre parti »

E11 : « Ca ne me pose pas forcément de problème philosophique (...) J'ai pas beaucoup d'empathie pour un agresseur ». « J'ai perdu contact avec les patients » (c'est à dire les hommes violents) « A la limite ça m'arrange ».

b. Pas de crainte de conséquences judiciaires pour le médecin lui-même:

E4 : « Est-ce que tu as des craintes particulières par rapport à... dans la rédaction de ce genre de certificat, de la responsabilité que ça engage de ta part ? Non, je ne me pose pas trop la question ».

E7 : « Tu fais que retracer ce qu'elle te dit donc c'est vraiment transcrire ses propos entre guillemets. (...) C'est pas toi qui dis, c'est la patiente qui te dit que ».

E9 : « On rédige les certificats en bonne et due forme en fait, donc heu... et je ne mets, je n'accuse jamais dans mes certificats ». « Je dis « Elle me dit avoir été » et « j'ai constaté » ». « Je n'accuse pas directement je ne fais que constater, relater et en fonction de ce que je constate mettre une ITT qui me semble être la bonne ». « Si elle me dit que c'est son mari son compagnon, je le mets. » « Je dis bien que c'est elle qui me dit que ». « Je ne mets pas de nom, je mets elle me dit avoir été agressée par son conjoint par exemple ».

E11 : « Non, je suis pas vraiment craintive vis-à-vis de ça ». « Enfin après un certificat c'est, ben, c'est peu impliquant dans le sens où on met ce qu'on constate ».

Pas de crainte d'indiquer les dires de la victime sur lien la reliant à son agresseur, en respectant un style de rédaction indirect (en citant la victime et par la formulation « qui me dit que ») :

E4 : « Je mets le lien en fait, le lien en fait qu'il peut y avoir : son conjoint, son compagnon, son fils, sa fille, enfin je précise pas le nom ». « Je soussigné Docteur, déclare avoir reçu telle personne tel jour, à telle heure, heu qui dit être victime de harcèlement, de coups, de la part de son compagnon ou de la personne incriminée ».

E7 : « Tu fais que retracer ce qu'elle te dit donc c'est vraiment transcrire ses propos entre guillemets. (...) C'est pas toi qui dis, c'est la patiente qui te dit que ». « Toujours dans le chapitre « qui me dit que », parce que toi tu n'étais pas là donc tu ne peux pas le certifier ».

E8 : « Elle me dit que c'est son mari qui la frappée » « Même si tu sais que c'est avéré je pense qu'il faut toujours mettre « qui me dit que ». Sous cette forme « non, non, ça ne me pose pas de problème ».

E9 : « Si elle me dit que c'est son mari son compagnon, je le mets. » « Je dis bien que c'est elle qui me dit que ». « Je ne mets pas de nom, je mets elle me dit avoir été agressée par son conjoint par exemple ».

2. MOINS DE CRAINTE D'ETRE INTRUSIF ET DONC PLUS DE DÉPISTAGE :

E3 : « Des fois elles viennent pour un motif X ou Y, et on se rend compte qu'il y a des coups et blessures et du coup on propose de faire le certificat ». « On sait qu'il y a ça derrière du coup on interroge pour savoir comment ça va ». « Je me dis que à force d'en parler peut-être que les choses vont cheminer ». « Je lui ai dit plusieurs fois que c'était possible de le faire, que je notais tout dans le dossier, qu'on pourrait le refaire ».

E7 : « Si tu ne poses pas les questions, si tu ne tends pas des perches moi je trouve qu'il ne va rien se passer ».

E9 : « Au court de la conversation en fait, bah elle s'est lâchée, elle a... et là je lui ai dit qu'il fallait qu'elle porte plainte et donc j'ai fait un certificat ». « Moi j'essaye de les stimuler à la plainte parce que je leur explique que de toute façon à partir du moment où ça a commencé, ça ne s'arrête quasiment jamais ». « Systématiquement et systématiquement je leur dis de porter plainte. Parce que sinon il n'y a jamais d'évolution ».

E10 : « Tant que c'est chaud il faut quand même souligner que c'est quelque chose de très important, qu'on reconnaît la personne comme une victime, que ce n'est pas normal et il faut commencer à dire, si vous ne voulez pas y aller tout de suite, allez-y demain, mais vous devez porter plainte ! ». « Je pense qu'il y a tellement de femmes qui se font taper dessus et qui n'osent pas porter plainte que... on ne risque pas de prêcher par excès. »

3. SENTIMENT D'ETRE ASSEZ EXPERT ET QUE LE CERTIFICAT PEUT APPORTER UNE PLUS-VALUE :

Le sentiment d'être suffisamment expert était rapporté:

E7 : « La plupart du temps je gère toute seule ».

E9 : « On n'est jamais assez formés » mais « c'est vraiment de ne faire que relater et que faire un récit de ce qu'on a constaté physiquement et visuellement. Donc à partir de ce moment-là euh ... bah non je ne vois pas ce que je pourrais faire différemment ».

E10 : « SOS on est appelés régulièrement pour les coups et blessures ». « D'abord parce que les médecins ne sont pas toujours disponibles pour les recevoir tout de suite ». « Et puis on commence à avoir de l'expérience, donc je pense qu'on est pas mauvais dans ce qu'on fait ». « J'ai passé des formations, j'ai rediscuté, on a fait venir des procureurs, j'ai rediscuté avec des avocats (...) avec l'expérience en plus, de ce côté là je pense que c'est bon ».

L'idée que leur certificat puisse apporter une plus-value à la prise en charge des victimes était aussi exprimée.

E6 : « L'importance qu'on a par rapport à ces médecins légistes c'est qu'on connaît mieux les patients donc par exemple si, j'imagine une femme qui se fait frapper, elle a des douleurs mettons rhumatologiques parce qu'elle a une polyarthrite, je n'en sais rien, bon si elle pense pas à le dire au médecin légiste lors de la consultation, bon bah nous on sait que ça peut potentiellement plus déséquilibrer sa pathologie. A ce titre là, c'est vrai qu'on peut évaluer différemment ».

E8 : « Je ne mets pas en me disant ah ben non je vais pas le faire c'est un médecin légiste qui doit le faire où c'est un homme qui est habitué à faire ça, non non. Si on me le demande, c'est quelqu'un que je connais, je connais aussi l'environnement et je pense que je suis plus à même d'apprécier au niveau psychologique qu'un légiste ».

4. PRISE EN COMPTE DE LA NÉCESSITE DE SIMPLIFIER LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

Le médecin considérait qu'il fallait simplifier la prise en charge des victimes et que devoir consulter systématiquement un médecin légiste compliquait la procédure.

*E10 : « C'est compliqué pour la femme battue. Moi je trouve que ça fait trop de procédures »
« Je crois qu'il faut vraiment, on a vraiment à simplifier la procédure pour porter plainte quand on est une femme battue ».*

Il considérait qu'il était nécessaire de fixer une ITT, quitte à ce qu'elle soit réévaluée, la décision d'en tenir compte ou non revenant au procureur.

E10 : « Moi, j'ai toujours fait ça (...) je continue à donner des ITT ». « Je considère qu'on est suffisamment rompus pour ce genre de pratiques, j'en ai discuté avec des procureurs qui en général suivent pas trop mal les ITT des médecins traitants sauf quand ils paraissent complètement démesurés ».

« Et je pense que c'est important qu'on dresse l'ITT » « parce qu'en plus on propose une ITT, elle n'est retenue que par le procureur. Donc c'est le procureur qui aura le dernier mot là dessus ».

5. REPORT DANS LE DOSSIER DES ELEMENTS CONSTATÉS, POUR UNE ÉVENTUELLE UTILISATION ULTÉRIEURE:

E7 : « Dans ces cas là je les fais pas forcément, je leur dis que j'ai tout bien noté et qu'on pourra ressortir ».

DISCUSSION

I. L'ORIGINALITÉ DE CE TRAVAIL ET SES FORCES

1) UN SUJET ORIGINAL

La littérature est riche en travaux sur les freins des médecins pour le dépistage des violences conjugales.

Ce travail est original car ce n'est pas le dépistage qui est étudié ici mais **la prise en charge par la rédaction du certificat de coups et blessures**.

Il s'agit donc de comprendre ce qui limite et freine le médecin dans sa phase d'action, c'est-à-dire lorsqu'il est informé d'une situation de violences conjugales et qu'il doit rédiger un certificat de constat des lésions subies, qui sera utilisé dans une procédure judiciaire afin de défendre la victime.

Comprendre ces freins est utile pour pouvoir améliorer les pratiques des médecins généralistes, qui sont des acteurs de soin centraux pour la prise en charge de ces violences.

Ceci s'inscrit notamment dans le contexte politique et juridique actuel où il existe une volonté globale de facilitation du signalement des situations de violences conjugales et d'amélioration de leur prise en charge.

2) LES FORCES DE LA MÉTHODE (47)

La méthode qualitative permet d'analyser le ressenti, les émotions et les comportements d'une personne face à une problématique donnée.

Elle est particulièrement adaptée lorsque le sujet abordé est difficile à évoquer et lorsque les éléments étudiés ne sont pas mesurables.

C'est le cas des violences conjugales qui demeurent un sujet souvent tabou.

Le médecin peut aussi avoir honte d'être en difficulté pour réaliser un acte courant dans sa pratique médicale (rédaction de certificat de coups et blessures) et ne pas oser l'exprimer spontanément.

Le fait que les entretiens soient **individuels** facilite également la confiance.

L'**entretien semi dirigé** a une structure souple. Ainsi, à l'aide de questions ouvertes dont l'ordre ne doit pas forcément être respecté, il permet de s'adapter aux réponses de la personne interrogée et donc à la dynamique du discours.

La **validité interne** consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité :

La **retranscription** minutieuse et intégrale des entretiens soutient la crédibilité de ce travail.

D'autre part, la « **triangulation** » **des données**, c'est à dire l'analyse des résultats par plusieurs personnes (ici l'enquêteur et la directrice de thèse) assure cette validité du travail, permettent de réduire l'influence des représentations et des hypothèses préalables.

La fiabilité d'une étude qualitative est aussi vérifiée par l'obtention de la **saturation des données**. Dans notre enquête, les derniers entretiens n'ont pas apporté de nouvelles informations.

Les participants ont été minutieusement sélectionnés (selon des critères d'âge, de sexe et de mode d'exercice) afin d'obtenir un échantillon **diversifié**. De ce fait, les résultats obtenus dans cette étude sont généralisables (**validité externe**).

Nous avons volontairement inclus des médecins non spécifiquement formés à la prise en charge des violences conjugales, afin d'étudier au plus près les freins et les résistances.

3) DES ENTRETIENS COMPLÉMENTAIRES APPORTANT UN ÉCLAIRAGE AUX RÉSULTATS DE CE TRAVAIL

Nous avons interrogé d'autres acteurs concernés par ce certificat de coups et blessures, afin d'en discuter les enjeux.

II. LES LIMITES DE CE TRAVAIL (49), (50)

1) BIAIS DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS

L'échantillon était constitué de médecins volontaires, qui ont accepté d'être interrogés. On peut donc présumer qu'il s'agissait de personnes intéressées et/ou concernées par le sujet.

Certains médecins appartenaient au réseau de connaissance de l'enquêteur (car rencontrés lors de remplacements). Il est possible que leurs réponses aient été influencées par le désir de satisfaire l'enquêteur. Cependant, ce contexte permettait également de créer un climat de confiance, favorisant la confiance. De plus, certains médecins non intéressés par le sujet ont ainsi pu être recrutés. Dans le cas contraire, il est probable qu'ils n'auraient pas accepté de participer à cette étude.

D'autres médecins ont été suggérés par les médecins déjà interrogés, en raison de leur différence de profil ou d'exercice (« échantillonnage boule de neige »). Ils n'étaient alors pas connus par l'enquêteur.

2) BIAIS D'INTERVENTION

Les entretiens ont été menés par un enquêteur unique, ayant un intérêt particulier pour le sujet, ce qui peut induire un biais d'intervention.

L'enquêteur étant novice en tant qu'investigateur, la technique d'entretien semi directif a été perfectionnée au fur à mesure des interviews.

Le fait que l'enquêteur soit une femme a pu également influencer le discours des participants.

3) BIAIS D'ANALYSE

Les études qualitatives sont soumises à un biais d'analyse, car il s'agit d'une démarche intuitive.

La double analyse a permis de diminuer l'influence des représentations personnelles et des hypothèses préalables, afin de réduire la subjectivité.

4) BIAIS D'INTERPRÉTATION

Pour des raisons évidentes, la méthode d'observation directe n'était pas possible pour étudier le comportement des médecins confrontés à la rédaction de certificats de coups et blessures pour violences conjugales. Nous avons donc travaillé à partir de leur paroles mais cela n'a pas porté préjudice car l'objectif était d'analyser le discours des médecins sur leurs propres actions.

Souvent, les médecins interrogés construisaient leur raisonnement au fil de l'entretien et changeaient parfois de discours, pouvant dire une chose et son contraire au cours de l'échange. Cela peut être à l'origine d'un biais d'interprétation.

Cependant, la double lecture a permis également de réduire ce biais.

De plus, la parfaite neutralité n'est pas recherchée en analyse qualitative. Chaque chercheur a ses propres intentions qui l'amènent à faire telle recherche plutôt qu'une autre, et toute situation de recherche est interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats.

(50)

Après avoir présenté les forces et faiblesses de notre étude, nous allons aborder les principaux résultats obtenus.

Nous les discuterons par rapport aux données actuelles de la littérature et ainsi qu'à l'aide d'entretiens complémentaires réalisés auprès d'autres professionnels concernés par le certificat médical de coups et blessures.

III. LES RÉSULTATS PRINCIPAUX :

1) LE MÉDECIN CONFRONTÉ A LA RÉDACTION DE CES CERTIFICATS ÉPROUVE UN INCONFORT PSYCHIQUE

Les médecins interrogés disent se sentir dans leur rôle lors de la rédaction de certificats de coups et blessures pour violences conjugales. Or, très souvent, ils n'en rédigent pas ou peu.

Cette discordance entre leurs pensées et leurs actes (**dissonance cognitive**) démontre qu'il existe un **inconfort psychique à l'origine de leur réticence à rédiger ce genre de certificat.**

Cet inconfort est repérable à travers la posture et la manière de s'exprimer du médecin. Celle-ci est hésitante, hachée, émaillée de contradictions, d'hésitations, de digressions, de justifications, de minimisations et de silences.

Comme nous l'avons vu en introduction, cet inconfort psychique du médecin confronté à la rédaction du certificat de coups et blessures a également été mis en évidence dans d'autres travaux (6), (7), (13), (14), (15).

2) DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU CERTIFICAT METTENT LE MÉDECIN EN DIFFICULTÉ

1. LES COMMÉMORATIFS (les dires de la victime sur les circonstances de l'agression et sur le lien la reliant à son agresseur)

Nous l'avons vu, les modèles de certificats proposés par les instances de références (1), (2), (4), (5), (6), (41) recommandent d'indiquer (sur le mode déclaratif et entre guillemets) ce que la victime rapporte de la scène de violence, notamment le lien la reliant à son agresseur.

Pourtant, notre travail montre que le médecin est mal à l'aise pour rapporter les **dires de la victime sur les circonstances de l'agression**. Souvent, il ne retranscrit pas les commémoratifs ou reste très bref et évasif. Parfois, il les indique mais son inconfort est perceptible.

Le médecin est également en difficulté pour rapporter **les dires de la victime sur le lien existant entre elle et l'agresseur désigné**, et ce même en respectant un style indirect dans la rédaction (en citant la victime et par la formulation « qui me dit que »).

Dans le travail de thèse d'Emilie Thomas (2011) (15), les écarts existants entre les certificats des médecins généralistes et ceux des médecins légistes ont pu être étudiés. Il est apparu que les médecins mentionnent peu les commémoratifs dans leur certificat (3,8%) et notamment le mécanisme lésionnel (18,4%).

Cette réticence des médecins à indiquer les commémoratifs peut être motivée par des recommandations contradictoires à celles que nous avons vues plus haut.

En effet, des consignes de prudence sont souvent données par certains membres des Conseils de l'Ordre.

Par exemple, dans l'article « Certificats : principes et risques. L'ITT pénale : qu'est-ce que c'est ? » publié en 2012 dans la revue « Les entretiens de Bichat » (43), P. Garat et J.M. Faroudgja, membres de l'Ordre National des Médecins, insistent sur le fait qu'« *on ne peut certifier QUE ce que l'on a constaté personnellement (les Faits Médicaux Personnellement Constatés) et sans mettre en cause de tiers* ».

Ainsi, pour éviter des « *conflits, plaintes et sanctions par les juridictions disciplinaires, civiles et parfois pénales* », ils déconseillent au médecin de retranscrire les circonstances de survenue des faits relatés par le patient, même en utilisant le conditionnel ou des guillemets.

Il recommandent de « *ne signaler les doléances du patient demandeur qu'avec la plus extrême prudence et au mieux s'abstenir* » considérant que le médecin n'est pas « *un avocat ou une assistante sociale chargés de recueillir les confidences, un officier de police judiciaire chargé d'enregistrer les déclarations, un juge aux affaires familiales qui doit déterminer le lieu de vie des enfants suite à une procédure de divorce. A chacun sa place et ses responsabilités. Aucun tiers ne doit être mis en cause : c'est une règle fondamentale.* »

2. LA DESCRIPTION DES LÉSIONS PSYCHOLOGIQUES

Les entretiens font également apparaître que la description des violences psychologiques met le médecin en difficulté. Il est plus à l'aise pour rapporter des lésions physiques.

Le travail de thèse de Stéphanie Bourquardez de 2014 (18) sur les représentations et la prise en charge médico-légale des violences conjugales par les médecins généralistes, montre également que les médecins ont du mal à décrire les violences psychologiques et leurs conséquences.

L'HAS (1) rappelle pourtant que « *parmi les conséquences des violences (...) il ne faut pas omettre l'évaluation du versant psychique* ».

« La description en des mots simples des réactions de détresse psychique de la victime est du ressort et du devoir de tout médecin pratiquant l'examen. Le recours éventuel à un psychiatre serait pour qualifier effectivement des facteurs pronostiques et juger de l'évolution à court et moyen terme, mais la description de réactions immédiates doit apparaître dans le certificat médical initial ».

Il est recommandé de décrire dans le certificat médical initial : les manifestations immédiates constatées (détresse et dissociation péri traumatiques, troubles de stress aigu) et les facteurs prédictifs de complications psychiques ultérieures éventuelles (afin de requérir un avis psychiatrique au moins 4 semaines après le traumatisme).

Selon l'HAS (1) , en cas de violences non physiques répétées, il est recommandé de rapporter « *les signes cliniques constatés, ainsi que les symptômes allégués par la victime en indiquant que la victime met en relation les symptômes décrits avec des problèmes sur les lieux du travail, avec son ex-conjoint, etc. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif* ».

Comme nous l'avons vu, la loi du 9 juillet 2010 a créé trois nouveaux délits, à savoir le délit de violences psychologiques, le délit de harcèlement au sein du couple et le délit de violences habituelles au sein du couple (5).

Le délit de violences psychologique sanctionne un fait qui peut être unique mais d'une certaine gravité. Le délit de harcèlement au sein du couple réprime une accumulation de faits d'importance moindre mais dont le résultat est dommageable.

Il semble donc d'autant plus nécessaire que le médecin indique les manifestations psychologiques constatées au cours de l'examen de la victime.

3. L'ÉVALUATION DE L'ITT, NOTAMMENT PSYCHOLOGIQUE

Selon l'HAS, quelles que soient les motivations de la demande de la victime et ses intentions en termes de procédures, il est recommandé de déterminer la durée de l'ITT et de l'indiquer dans le certificat (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer). Cette recommandation est valable même si la victime ne compte pas déposer plainte pour le moment.

Le document du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité de 2012 et intitulé « Lutter contre la violence au sein du couple : le rôle des professionnels » (4)

rappelle que l'ITT ne traduit pas uniquement les lésions d'ordre physique, mais également les traumatismes psychologiques des violences. C'est l'appréciation globale du retentissement fonctionnel des lésions ou des troubles induits par les violences sur les gestes de la vie quotidienne qui doit être prise en compte.

Or, notre travail montre que l'évaluation de l'ITT est difficile pour le médecin généraliste, et en particulier l'ITT psychologique. L'évaluation de l'ITT psychologique le déstabilise particulièrement du fait de son caractère subjectif.

Nous l'évoquons en introduction, cette constatation n'est pas nouvelle : nombreux sont les travaux et articles qui montrent l'inconfort des médecins pour cette évaluation. (4), (15), (17), (18), (19)

Dans son travail de thèse de 2011, Lucia Barrios (17) a montré que presque un médecin sur deux ne fixe pas systématiquement une ITT à la suite d'un certificat de coups et blessures. Les médecins généralistes déclarent presque tous rencontrer des difficultés pour fixer une ITT. La subjectivité de cette notion et les pressions qu'ils subissent en seraient ainsi la cause. Aussi, plus de deux tiers des difficultés sont principalement liées à l'évaluation des troubles psychologiques.

L'étude d'Emilie Thomas (15) montre que 76% des médecins fixent une ITT à la fin de leur certificat.

Selon le rapport Henrion (6), le retentissement psychique est souvent sous-estimé en raison des difficultés d'évaluation et de la complexité du lien de causalité.

L'ITT au sens pénal est une notion de jurisprudence. Elle n'a pas de définition médicale (5). Ce concept été introduit dans le premier Code Pénal sous Napoléon (1810) mais il n'existe pas de définition officielle (43), (51).

L'ITT permet au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences exercées sur les personnes, et peut contribuer à qualifier une infraction. Dans le cadre juridique actuel, le magistrat est habilité à fixer l'ITT. En réalité, il ne s'y risque pratiquement jamais et confie cette mission au médecin (1).

L'harmonisation des pratiques reste difficile car il n'existe aucune échelle d'évaluation objective de l'incapacité totale de travail (ITT) à la disposition des médecins amenés à rédiger des certificats médicaux de coups et blessures (19).

Aucun document officiel ne fixe de barèmes ou ne propose d'exemples de durées d'ITT. En effet, il est difficile d'établir un référentiel : les répercussions d'une agression peuvent être différentes d'une victime à l'autre.

D'autre part, selon l'HAS (1) , cette dénomination est aussi source de confusion, voire d'erreur et s'avère donc inadaptée. L'incapacité ou la perte d'autonomie n'est ni nécessairement « totale », ni liée au « travail » au sens de l'activité professionnelle. Il est intéressant de se rappeler qu'elle s'appelait autrefois ITTP (incapacité totale de travail personnel).

Une évolution législative permettrait de clarifier la dénomination de la notion d'ITT (1).

A ces incertitudes d'ordre juridique, s'ajoutent des consignes de prudence adressées par les instances ordinales quant à l'évaluation de l'ITT et en particulier l'ITT psychologique : « Devra aussi être noté, et avec beaucoup de circonspection et de prudence, le retentissement psychologique de l'agression ». « Au médecin d'en estimer la durée sans méconnaître les conséquences juridiques d'une telle appréciation hélas bien subjective... » (43).

Selon les textes de références (1), (2), (4), (5), (41) le certificat médical gagne en pertinence si le praticien motive la durée du retentissement psychologique. Il doit ainsi l'établir en se référant à des durées précises de perturbation des actes de la vie courante que la victime doit accomplir.

Selon le rapport Henrion (6), le retentissement psychologique des violences est difficile à évaluer initialement et il convient d'émettre des réserves sur son évolution. Il est recommandé d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, à distance des faits, pour affiner la détermination de l'ITT.

Le guide de l'action publique (5) souligne que l'évaluation des différents traumatismes psychologiques constatés peut s'avérer délicat pour le médecin dans le cas d'une relation de couple dégradée depuis longtemps.

Le bon sens doit alors le conduire à ne pas prendre en compte la totalité de la durée de la gêne rencontrée dans les actes de la vie courante, mais à « chercher avec la victime des repères chronologiques correspondant à des perturbations particulièrement marquées, dans les suites d'un acte agressif que l'on pourrait isoler dans le comportement de l'auteur ».

Rappelons au passage que la durée de l'ITT ne constitue pas le seul élément que le parquet prend en compte pour décider de l'orientation de la procédure. Elle constitue cependant un

des éléments sur lequel il s'appuie pour la qualifier juridiquement les faits et déterminer la peine encourue - bien que l'infraction reste dans tous les cas délictuelle.

Ainsi, une ITT importante est souvent révélatrice de faits d'une grande gravité, mais l'absence d'ITT ou une ITT plus faible ne signifie pas nécessairement que les violences ont été bénignes. Le traumatisme psychologique peut être considérable et la répétition de faits de moindre gravité peut parfois avoir des conséquences plus dramatiques qu'un seul fait grave isolé (5).

4. LES ÉLÉMENTS PEU ÉVOQUÉS

Certains éléments attendus dans le certificat ont été peu évoqués par les médecins au cours des entretiens : les doléances, l'état antérieur, les violences sexuelles, les soins et les examens complémentaires prescrits et effectués et la conclusion.

Deux interprétations peuvent expliquer ce constat. La première consiste à suspecter l'oubli de ces éléments par le médecin lors de la rédaction du certificat.

La seconde repose sur le fait que les questions posées par l'interrogateur portaient essentiellement sur les éléments du certificat susceptibles de mettre le médecin rédacteur en difficulté. L'omission de ces éléments peut donc aussi être liée au fait qu'ils ne posent pas de problème.

Dans le travail d'Emilie Thomas (15), les doléances ne sont recueillies que dans 29,9% des cas.

3) LA CRAINTE DES RÉPERCUSSIONS JUDICIAIRES EST LE FREIN PRINCIPAL A LA RÉDACTION

1. DANS NOTRE ETUDE, LE FREIN JUDICIAIRE RESSORT COMME ÉTANT LE PRINCIPAL OBSTACLE À LA RÉDACTION DE CES CERTIFICATS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Un net malaise est exprimé lors des échanges vis-à-vis des conséquences médico-légales du certificat :

Le médecin **crain**t que la victime mente et/ou ne tente de le manipuler puisqu'il n'est pas témoin de la scène de violence.

Il craint donc de **contribuer à la condamnation d'une personne** sans avoir été témoin direct. À ceci s'ajoute la peur du non-respect de la présomption d'innocence et des conséquences si la culpabilité du conjoint n'est pas prouvée. Ainsi, le médecin ne souhaite pas avoir un rôle de juge ou d'enquêteur. Il préfère conserver un rôle de soignant et d'orientation.

Enfin, il craint des **répercussions judiciaires à son encontre**, comme des accusations de faux certificat, de certificat de complaisance ou diffamatoire. Le manque de connaissances sur les suites de la procédure judiciaire et les conséquences qu'aura ce certificat, notamment pour lui-même, constitue un frein car il engage sa propre responsabilité.

L'ensemble de ces craintes semble dominer un risque pratiquement jamais évoqué : celui d'une éventuelle poursuite pour **non assistance à personne en danger**.

Cette peur de la judiciarisation explique en grande partie l'inconfort du médecin.

Il est ambivalent, partagé entre sa volonté d'aider la victime et la crainte de se mettre dans une position délicate vis-à-vis de la justice.

Il choisit donc une attitude de prudence, s'efforçant de rester neutre, de ne décrire que les éléments qu'il a pu constater directement, et n'indique pas les dires de la victime sur les circonstances de l'agression ou le lien la reliant à son agresseur. Il est en difficulté pour l'évaluation de l'ITT. Il préfère ne pas rentrer dans les détails et cherche des alternatives au certificat (associations, médiation familiale).

Par précaution, le médecin généraliste suit les consignes de prudence enseignées au cours des études médicales, puis relayées par le conseil de l'Ordre et les assurances de responsabilité professionnelle.

Il est à noter que le médecin craint parfois également que le certificat soit « trop dirigé » et desserve la patiente en étant **retiré de la procédure pour non conformité**. Il s'efforce donc de rédiger un certificat neutre, très factuel, rapportant uniquement les faits constatés par lui-même.

Le rapport Henrion (6) souligne également ce frein de nature juridique:

« Les médecins **craignent également des retombées judiciaires**, d'autant plus qu'ils ne se sentent pas toujours soutenus par les conseils ordinaires départementaux. On doit reconnaître que, face à la loi, la situation des médecins est particulièrement délicate.

Ils sont pris entre leur **devoir de protection des patientes** et les impératifs du **secret professionnel** ».

La crainte que la victime mente a également déjà été rapportée dans ce rapport, certains médecins mettant en doute les déclarations de la femme et disant n'avoir aucune raison de croire l'un plutôt que l'autre des protagonistes.

Dans le travail de thèse de 2013 de Florence Simonel (52), les médecins évoquaient ne pas se sentir bien placés dans la prise en charge des violences conjugales et rapportaient que les considérations déontologiques et pénales (secret professionnel/non assistance à personne en danger) les mettaient en difficulté.

2. DISCUSSION DE CE RÉSULTAT PAR LA CONFRONTATION DES POINTS DE VUE D'AUTRES ACTEURS CONCERNÉS PAR CE CERTIFICAT.

La crainte de conséquences judiciaires est très nettement apparue dans notre étude comme étant le frein principal à la rédaction de ces certificats de coups et blessures. Partant de ce constat, il nous est paru intéressant d'approfondir ce résultat en interrogeant d'autres acteurs concernés par ce certificat et experts dans leur domaine d'exercice, afin d'en préciser les enjeux.

- Le Dr Lucia Barrios, médecin légiste travaillant dans l'Unité Médico-Judiciaire de Nantes, nous a permis de comprendre comment s'articule la prise en charge des violences conjugales entre médecins généralistes et médecins légistes et de connaître la manière de rédiger des légistes. (ANNEXE 7).

- Le Président et une Juriste du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique nous ont informés sur les responsabilités disciplinaires engagées par les médecins et nous ont expliqué les consignes qu'ils donnent aux médecins pour la rédaction de ces certificats afin d'éviter les sanctions ordinaires (ANNEXE 8).

- Mme Grunvald, maître de conférence à l'Université de Droit de Nantes, spécialisée en droit pénal, nous a renseigné sur les responsabilités engagées sur le plan de la justice pénale et l'articulation avec la justice ordinaire (ANNEXE 9).

- Mme Charlotte Gazzera, Substitut du Procureur au Tribunal de Grande Instance de Nantes, référente en matière de violences conjugales, nous a précisé les éléments constitutifs du certificat nécessaires pour la défense la victime, ainsi que la place du certificat dans la procédure judiciaire (ANNEXE 10).

a. Utilité du certificat

Mme Grunvald rappelle que le certificat est utile afin de :

- Faciliter l'enregistrement des plaintes, et ce même s'il n'est pas obligatoire (car dans la pratique il reste souvent exigé par les forces de l'ordre pour lancer la procédure).
- Orienter une procédure, car c'est un élément de preuve apprécié contradictoirement par le juge. Les magistrats peuvent décider de l'utiliser ou non.
- Constituer des preuves, notamment par l'accumulation de ces certificats. Les victimes, en effet, ne portent pas souvent plainte immédiatement en raison de la situation d'emprise, de leur posture psychologique et/ou de la crainte de l'institution judiciaire.

Selon le Dr Barrios, il est important que les généralistes fassent ces certificats car :

- Le délai pour voir un médecin généraliste est plus court que pour voir un légiste. En cela, les certificats des généralistes sont très utiles pour la description des lésions initiales.
- Il est important que les victimes fassent constater par un médecin les lésions lors de chaque épisode de violence afin de constituer un dossier. Les certificats collectés lors des agressions précédentes ont beaucoup de valeur.
- Il n'y a pas de réévaluation systématique des certificats des généralistes par les médecins légistes. Cette réévaluation (par exemple si le magistrat se questionne sur une sous-estimation ou surestimation l'ITT) constitue une faible part du travail des légistes.

En règle générale, la réévaluation par les légistes se fait seulement lorsque la plainte est déposée dans les alentours de l'unité médico-judiciaire (le commissariat central de Nantes a l'habitude d'y orienter les victimes de façon quasi systématique).

Dans la majorité des cas, il n'y a pas de réévaluation des certificats faits à l'extérieur de Nantes (sauf pour les cas les plus difficiles). C'est alors le certificat et l'ITT du médecin généraliste qui font foi.

b. Qualité du certificat

1) Quels éléments sont attendus dans le certificat par le Procureur pour qu'il puisse servir la procédure dans un cas de violences conjugales ?

Mme Gazzera explique que la justice est en attente d'un certificat détaillé.

En effet, le certificat est un élément essentiel pour la procédure judiciaire : il rapporte les lésions subies qui ont été constatées par le médecin et permet d'établir la cohérence avec le discours de la victime, en fonction du mécanisme lésionnel.

Selon la Substitut du Procureur, pour donner les moyens de se défendre à la victime des violences conjugales, le certificat de coups et blessures doit, dans l'idéal, préciser :

- Si le médecin rédacteur est le médecin traitant ou un médecin occasionnel :

Le médecin traitant, qui suit la victime depuis longtemps, peut constater un « état de différence » avec l'état antérieur aux violences. Il sera en mesure d'apporter un témoignage différent d'un médecin occasionnel, contraint de se limiter aux observations de la consultation.

- Le discours de la victime et les lésions psychologiques :

La particularité des violences conjugales est qu'elles se déroulent « dans le huis clos » familial, sans témoin direct. Il est donc important de rapporter le discours et l'état psychologique de la patiente au moment où elle évoque les violences, d'autant plus s'il n'y a pas de lésions physiques associées.

Cela est utile notamment si la victime porte plainte à distance, ce qui est souvent le cas. En effet, les femmes victimes de violences conjugales portent rarement plainte immédiatement en raison des sentiments de culpabilité et de honte qui les accompagnent bien souvent.

- Si l'état psychologique est chronique ou occasionnel :

Le médecin traitant peut informer la justice qu'il constate une rupture dans l'état psychologique de la victime en comparaison avec son état antérieur.

- Le parcours de la victime, les antécédents d'épisodes de violence qu'elle rapporte.

Il est utile que le médecin fasse référence aux différentes consultations au cours desquelles la victime a parlé des violences. Cela témoigne du processus des violences et de leur ancienneté.

- L'ITT :

L'idéal est d'indiquer une ITT, bien que ce ne soit pas le plus important car elle peut être fixée a posteriori par les médecins légistes.

- La concordance entre le discours et les constatations médicales : le mécanisme lésionnel.

La défense du conjoint violent s'appuie sur l'existence de discordances entre le discours de la victime et les constatations du médecin. Il est donc utile d'interroger la victime sur le mécanisme lésionnel.

Les médecins légistes questionnent quasi systématiquement sur ce mécanisme qu'ils indiquent dans leur certificat, mais cette pratique est rare chez les médecins généralistes.

Or, il arrive que la femme refuse de voir un médecin légiste ou ne porte pas plainte immédiatement. Il y a donc tout intérêt que le certificat du médecin généraliste indique aussi ce mécanisme lésionnel.

Mme Grunvald précise également, qu'en plus de la description des lésions constatées, il est utile de noter le mécanisme lésionnel et les dires de la victime sur le contexte et sur le lien la reliant à son agresseur.

Le certificat médical a en effet davantage d'intérêt s'il permet la révélation du caractère conjugal des violences, qui constitue une circonstance aggravante.

Le médecin n'en est pas obligé, mais il peut orienter le magistrat sur ce caractère conjugal des violences, en prenant la précaution de citer la victime (style rédactionnel indirect).

Il ne faut pas donner le nom de l'agresseur mais le médecin peut aiguiller vers le conjoint sans dénoncer, en rapportant les dires de la victime sur le lien la reliant à son agresseur. L'HAS autorise le médecin à indiquer ces éléments sous la forme indirecte.

2) Comment les médecins légistes rédigent leur certificat ?

Dr Barrios explique que le médecin légiste respecte certains principes pour permettre une meilleure lisibilité du certificat par les magistrats.

- Le certificat tient sur une page.
- Les commémoratifs et les dires de la patiente sont rapportés, de manière assez concise.
- Les dires de la victime sur le lien la reliant à son agresseur sont indiqués sans hésitation, par volonté d'efficacité, afin de faciliter la lecture du magistrat. Cela permet de classer la plainte dans les violences conjugales et donc une procédure plus rapide.
- La description de l'examen physique est notée.
- Et enfin, le certificat se conclut par une « discussion-conclusion » indiquant le lien rapporté et le type de violence, ce qui permet une synthèse claire facilitant la procédure judiciaire. Il y indique également si les lésions sont compatibles avec l'agression.

Concernant l'ITT, le Dr Barrios convient qu'il est difficile d'uniformiser les pratiques : d'un médecin légiste à l'autre, le nombre de jours d'ITT estimé peut varier.

Le médecin légiste met rarement une ITT psychologique longue d'emblée et indique « sous réserve d'une évaluation psychologique ultérieure » ou « sous réserve de l'absence de complications ». En effet, il considère qu' « on ne maîtrise pas le futur ».

Il propose donc une ITT provisoire quand il voit la victime peu de temps après l'agression, dans l'attente de l'évaluation psychologique. En effet, les légistes bénéficient de l'expertise des psychologues qui travaillent dans leur service ce qui facilite la détermination de l'ITT psychologique. Ces psychologues reçoivent les victimes quelques semaines après l'agression et peuvent alors établir plus facilement le bilan des séquelles psychologiques,

ayant davantage de recul. L'ITT est alors parfois prolongée *a posteriori*, et l'agresseur est reconvoqué par la police.

Pour les violences anciennes, l'ITT n'est pas forcément le bon outil pour évaluer les séquelles psychologiques des violences conjugales donc une expertise psychologique est souvent demandée.

En effet, il est possible de fixer des ITT psychologiques de plusieurs mois mais l'ITT n'évalue que les lésions en lien avec un acte de violence récent. Or, les violences conjugales relèvent souvent un processus ancien.

C'est pour cela que, pour les violences anciennes et répétées, les médecins légistes sont souvent amenés à demander une expertise psychiatrique. La notion d'expertise psychiatrique est différente de la notion d'ITT psychologique.

3) Quelles sont les consignes de rédaction données par le conseil de l'Ordre des médecins ?

Le Conseil de l'Ordre Départemental donne des conseils aux médecins afin d'éviter d'engager leur responsabilité disciplinaire lors de la rédaction des certificats de coups et blessures pour des violences conjugales :

- Le certificat doit être descriptif, pour permettre un état des lieux précis.
- Le médecin ne doit attester que ce qu'il constate par lui-même, avec un souci de neutralité.
- Il doit décrire l'état psychologique de la victime, et s'il observe un changement éventuel de cet état.
- Indiquer une ITT est recommandé, même si l'ITT est nulle. Le médecin peut demander un avis spécialisé en cas de difficulté pour l'évaluer (en victimologie au CHU ou auprès d'un psychiatre pour l'ITT psychologique).
- Il est également recommandé que le médecin ne fasse pas un certificat trop long et ne répète pas trop longuement les paroles du patient car il n'a pas un « rôle de script ».
- Il ne faut pas indiquer une personne nommément ni le lien reliant la victime à son agresseur. Il est conseillé d'écrire "J'ai examiné M. ou Mme X qui me dit avoir été victime d'une agression », ou « qui me dit avoir été agressée par une personne ».

Le Conseil de l'Ordre justifie ces recommandations par les arguments suivants:

- Le médecin doit s'attacher à faire un état des lieux médical.
- Il ne faut pas qu'on suspecte le médecin d'avoir pris parti. La parole du médecin est très écoutée par le juge. Même si il utilise un style indirect, il risque d'influencer la procédure.

- Ce n'est pas au médecin d'établir le lien entre la victime et l'agresseur car il n'est pas témoin. La femme peut mentir sur l'origine des coups.
- La victime peut donner ces éléments directement aux forces de l'ordre lorsqu'elle portera plainte (notamment désigner l'auteur des faits).
- Indiquer le lien risque de rendre le certificat attaquant : si le certificat est objectif et sobre, purement médical, il ne sera pas contesté et restera dans le dossier. Indiquer le lien ouvre la voie à la contestation par l'avocat de la partie adverse qui va essayer de retirer le certificat de la procédure en faisant pression sur le médecin. Or, sans certificat de constat, il n'y a plus de preuves des lésions.
- Le médecin n'a pas un rôle d'enquêteur : le certificat permet d'ouvrir la procédure mais ensuite c'est à la justice de prendre le relais.
- Il y a un risque de procédure à l'encontre du médecin pour mauvaise rédaction.

Synthèse :

En confrontant ces différents points de vue, on constate qu'il existe une nette contradiction entre les nombreux éléments attendus dans le certificat par la justice pour permettre à la victime de se défendre et les recommandations du Conseil de l'Ordre qui souhaite un certificat plus épuré afin d'éviter les ennuis judiciaires.

On observe également que les médecins légistes indiquent sans arrière-pensées le mécanisme lésionnel et les commémoratifs (les dires de la victime sur les circonstances de l'agression et le lien la reliant à son agresseur) par soucis d'efficacité pour la justice. Ils ne semblent pas être inquiétés pour autant sur le plan de judiciaire.

c. Responsabilités engagées lors de la rédaction de ces certificats

1) Quels types de responsabilités sont engagées?

Mme Grunvald rappelle qu'il existe trois types de responsabilités pour le médecin généraliste libéral :

- La responsabilité professionnelle, disciplinaire (qui relève des juridictions ordinaires),
- La responsabilité civile (lorsqu'il y a un préjudice subi par une victime),
- La responsabilité pénale (lorsqu'il y a une infraction pénale qui est commise par le médecin).

2) Quels sont les risques vis-à-vis de la justice pénale pour le médecin généraliste lors de la rédaction de ce type de certificats?

Mme Grunvald précise que la responsabilité pénale du médecin est engagée essentiellement dans deux circonstances, qui impliquent qu'il n'ait pas examiné la victime ou n'ait pas respecté les règles de rédaction : la *rupture du secret médical* ou la rédaction d'un *faux certificat*.

Le médecin doit donc respecter des règles pour ne pas risquer de sanctions pénales :

- Examiner le patient qui est concerné par le certificat,
- N'attester que ce qu'il constate,
- Respecter un style de rédaction indirect pour être couvert par l'article 226-14 du code pénal (qui permet la justification de la révélation des informations à caractère secret).

Mme Gazzera constate une très grande prudence de la part des médecins par rapport au secret professionnel. Elle ne trouve pas d'explication à cela car ces situations ne devraient pas être cachées.

Selon elle, signaler ces violences se rapproche d'un devoir citoyen et à l'inverse, une non assistance à personne en danger peut être reprochée au médecin qui n'agit pas.

La réticence des médecins à rédiger ces certificats est source d'incompréhension pour le corps judiciaire.

Selon elle, les médecins ne différencient pas forcément la justice partenaire (quand ils fournissent un certificat qui va être produit en justice), et la justice qui sanctionne sur la responsabilité pénale en cas de faute de leur part.

Dans les situations de rédaction d'un certificat pour violence conjugale, le médecin a un rôle de partenaire de la justice. Il n'y a donc pas de risque de sanction pénale, si la forme de rédaction indirecte est respectée.

Selon Mme Gazzera, les craintes des médecins généralistes ne sont pas fondées :

- La crainte que la femme mente :

Les femmes qui font la démarche d'aller chez un médecin sont rarement affabulatrices.

- La crainte de parler de situations dont le médecin n'a pas été témoin directement :

Les violences conjugales se passent dans un « huit clos » familial. Il n'y a donc presque jamais de témoins directs. Les « témoins indirects » sont donc essentiels dans ce type de procédure.

Selon Mme Gazzera, en sa qualité de médecin, le rédacteur doit signaler dans le certificat les constatations médicales qu'il a pu observer. En rapportant également, dans un style indirect, les dires de la victime au moment de la consultation, il apporte en plus un éclairage primordial pour la justice.

- La crainte de prendre la place d'un juge ou d'un enquêteur :

Le travail d'interprétation revient à la justice, à partir des constatations du médecin. Mais il ne faut pas imaginer que la décision judiciaire repose uniquement sur le certificat médical. Ce n'est qu'un élément du dossier. La décision judiciaire repose sur un « faisceau d'indices » (par exemple en recoupant les témoignages de l'entourage du couple).

Le médecin qui considère que questionner sur la manière dont les violences se sont déroulées n'est pas son rôle (mais celui d'un enquêteur), ignore que la plupart du temps les victimes ne portent pas plainte tout de suite et que les certificats ne sont pas utilisés immédiatement. Or, les souvenirs de la victime sur la scène de violence perdent en clarté si elle est interrogée longtemps après les faits.

- La crainte qu'un certificat trop long soit invalidé :

Ce risque n'existe pas si le médecin respecte un style de rédaction indirect : il peut alors faire un certificat long et détaillé, qui sera très utile pour la victime.

- La crainte des procédures pénales :

L'enjeu est ici la protection d'une victime. Il n'y a donc jamais de poursuites pénales à l'encontre du médecin même s'il y a une violation du secret professionnel avérée. En effet, c'est le procureur qui a l'opportunité des poursuites et il peut décider de ne pas poursuivre le médecin si c'est opportun pour élucider une affaire. De même, même si la victime retire sa plainte, le procureur peut choisir de poursuivre la procédure de violences conjugales.

De plus, selon Mme Gazzera, il n'y a jamais de procédures pénales sous réserve d'une rédaction respectant un style indirect. Il n'y pas de risque pour le médecin qui rapporte les dires de la patiente de cette manière.

Mme Grunvald nous confirme également qu'il ne peut y avoir de sanctions pénales si le médecin utilise un style de rédaction indirect. Indiquer les dires de la victime sur le lien la reliant à l'agresseur n'invalidé pas le certificat sur le plan juridique si les règles de rédaction sont respectées. La rigueur rédactionnelle permet d'éviter que le certificat soit contesté par l'avocat de la défense : le médecin n'étant pas témoin, il ne doit pas affirmer ce lien.

Selon Mme Grunvald, la victime est dans la majorité des cas de toute bonne foi. Il faut noter cependant qu'il peut y avoir exceptionnellement une instrumentalisation du certificat médical, pour les divorces par exemple.

Par ailleurs, Mme Gazzera rapporte n'avoir jamais été confrontée au cas où une femme se retournerait contre le médecin en contestant les éléments du certificat. Selon elle, les arguments de la femme ne tiendraient de toute façon pas puisqu'elle avait fait la démarche d'aller consulter le médecin.

3) Quels sont les risques sur le plan de la justice ordinale ?

Selon le Conseil Département de l'Ordre des Médecins, même s'il n'y a jamais de procédures pénales pour mauvaise rédaction du certificat de coups et blessures, il existe un risque de procédure ordinale.

La justice ordinale peut être saisie par l'agresseur ou son avocat. Pour éviter cela, il est conseillé de s'informer auprès du Conseil de l'Ordre en cas de difficultés lors de la rédaction.

Les procédures ordinales pour mauvaise rédaction de certificat sont peu fréquentes mais existent : environ une ou deux par an.

Ces procédures sont de moins en moins fréquentes car le Conseil de l'Ordre fait de la formation auprès des médecins : conseils téléphoniques dispensés par son service juridique, interventions dans les formations continues de médecins, publication d'articles dans la revue et sur le site du Conseil de l'Ordre.

La responsabilité ordinale des médecins peut être engagée sur la forme de la rédaction, le plus souvent lorsque les faits sont attribués à un auteur précis.

Selon le Conseil de l'Ordre, il existe un risque de sanctions pour le médecin qui indique un lien entre la victime et l'agresseur, même s'il utilise les précautions de rédaction avec un style indirect, en citant la victime.

De même il y a un risque de sanction si le médecin rapporte trop longuement les dires de la victime. Il ne doit pas prendre le rôle de script et doit rester descriptif.

Ces risques sont faibles mais une consigne de prudence est donnée au médecin car les sanctions sont possibles. Il ne doit indiquer que ce qu'il constate au cabinet, ce qui est médical et objectif.

Le Dr Barrios considère que la rédaction des certificats fait peur aux médecins et ceci en raison de consignes de prudence enseignées au cours des études médicales, puis relayées par le conseil de l'Ordre.

Mme Gazzera est surprise que des sanctions ordinales soient parfois données, notamment si le médecin rapporte les déclarations de la victime sur le lien la reliant à son agresseur. Elle pointe une discordance incohérente entre la justice pénale et disciplinaire.

Selon Mme Grunvald, les consignes de prudences des Ordres semblent s'appuyer sur une posture « culturelle » du corps médical qui ne veut pas rentrer dans les conflits intrafamiliaux. Il est pourtant dans l'intérêt du médecin de famille de connaître le contexte familial, pour protéger le conjoint-victime mais aussi les enfants-témoins car les violences sont à l'origine de conséquences sur leur santé, notamment psychologique.

De plus, les violences conjugales constituent un enjeu de Santé Publique dont la prise en charge est en pleine évolution. Or, le positionnement des Ordres Médicaux ne semble pas suivre cette dynamique.

En effet, le législateur cherche de plus en plus à faciliter la révélation des faits de violence par le médecin. Cette tendance est notamment observable à travers l'évolution de l'article 226-14 du code Pénal.

Le signalement peut à présent être directement fait au procureur par le médecin, avec l'accord de la victime, sans risque de sanctions pénales ou disciplinaires à son encontre.

Donc, s'il respecte les règles de rédaction, le médecin qui utiliserait la voie du certificat médical pour signaler une situation de violence conjugale ne peut logiquement encourir de sanction. Dans ce cas, en effet, c'est la victime elle-même qui apporte ce document à la justice, après en avoir pris connaissance.

Enfin, la formation des médecins fait partie des objectifs du « plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes » car les études démontrent que le taux de révélation des violences auprès des soignants est important.

La politique de santé publique actuelle (de défense et de lutte contre les violences) travaille à la facilitation du signalement des situations de violence. Elle appelle donc les cultures professionnelles à évoluer dans ce sens tout en s'articulant avec la préservation du secret professionnel.

Synthèse :

Sur le plan de la justice pénale, il n'y a donc pas de risque pour le médecin sous réserve de ne pas faire de faux certificat, de ne pas rompre le secret médical et de respecter un style de rédaction indirect. Le médecin peut, sans risque pénal, indiquer des éléments de contexte dont les commémoratifs (les dires de la victime sur le contexte de l'agression et le lien la reliant à son agresseur) et le mécanisme lésionnel. Ces éléments sont souhaités par la justice pour que le certificat soit utile à la manifestation de la vérité.

En revanche, le médecin peut être poursuivi sur le plan disciplinaire en cas de rédaction non conforme aux consignes données par l'Ordre, c'est à dire lorsque les dires

sont retranscrits trop longuement, lorsqu'un lien entre la victime et son agresseur est indiqué ou lorsqu'il semble que le médecin a manqué d'impartialité.

Cette discordance (insécurité juridique) explique l'inconfort des médecins. Les attentes de la justice se trouvent en inadéquation avec les recommandations du Conseil de l'Ordre. Suivre les orientations du droit pénal amène ainsi le praticien à risquer une procédure ordinale à son encontre.

3. DISCUSSION DE CE RÉSULTAT PAR LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

a. Le médecin est dans une situation délicate, entre respect du secret professionnel et obligation de protection du patient

Des articles du Code de déontologie médicale correspondent aux articles du Code pénal : ils montrent qu'il existe un conflit entre la prise en compte de l'intérêt du patient (assistance à personne en danger) et l'obligation du secret professionnel :

1) Articles concernant l'obligation de porter secours :

Article 223-6 du code pénal - De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours (53) :

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Article 434-3 du code pénal- Des entraves à la saisine de la justice (54) :

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ».

Article 9 du code de déontologie médicale (article r.4127-9 Du CSP) - Assistance à personne en danger (55) :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

L'Article 44 du code de déontologie médicale (article r.4127-44 Du CSP) - Sévices :

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ».

2) Articles prévoyant les punitions pour violation du secret professionnel :

Article 226-13 du code pénal - De l'atteinte au secret professionnel (56):

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

Loi du 15 juin 2000 (renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes) article 97 art. 35 quater (57) :

« La diffusion, par quelque moyen que ce soit et quel qu'en soit le support, de la reproduction des circonstances d'un crime ou d'un délit, lorsque cette reproduction porte gravement atteinte à la dignité d'une victime et qu'elle est réalisée sans l'accord de cette dernière, est punie de 100 000 F d'amende ».

Article 4 du code de déontologie médicale (article r.4127-4 Du CSP) - Le secret professionnel (57):

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

b. Les responsabilités pénales engagées par le médecin qui rédige un certificat de coups et blessures

Nous l'avons vu, les médecins sont soumis à l'obligation de respecter le secret médical. Tout manquement à cette obligation est constitutif du délit de **violation du secret professionnel** prévu et réprimé à l'article 226-13 du code pénal.

La rédaction d'un certificat présumé **faux** est également passible de sanction pénale par référence aux articles 441-1, 441-7 et 441-8 du code pénal (58), (59), (60).

c. Les responsabilités disciplinaires engagées par le médecin qui rédige un certificat de coups et blessures

Les articles 28, 51 et 76 du code de déontologie (55) déclinent les règles et limites d'établissement des certificats :

Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique): « *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* ».

Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique): « *La délivrance **d'un rapport tendancieux** ou d'un **certificat de complaisance** est interdite.* »

Article 51 (article R.4127-51 du code de la santé publique): « *Le médecin ne doit pas **s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.*** »

Le Conseil de l'Ordre précise que le médecin doit « *consacrer toute l'attention et la rigueur nécessaire à la rédaction du certificat* » car c'est un « *document signé qui engage sa responsabilité* » (61).

• **Éléments pouvant engager la responsabilité disciplinaire du médecin rédacteur :**

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans son rapport d'octobre 2006 (42), « *la responsabilité d'un médecin, auteur d'un certificat médical, peut être engagée, soit en raison de son contenu, soit en raison de sa remise à un tiers qui n'est pas admis à en prendre légalement connaissance. (...) Le médecin s'expose alors tout à la fois à des sanctions pénales et disciplinaires et peut être condamné à réparer sur le plan civil le dommage que son intervention fautive a causé ou favorisé* ».

En cas de remise à un tiers :

« Un certificat médical ne doit jamais être fourni à un tiers (surtout à l'insu du patient), quel que soit ce tiers. Le conjoint doit être considéré comme un tiers. Le médecin, sollicité notamment dans une procédure de divorce - dont il peut ignorer qu'elle est envisagée ou en cours - doit se garder de donner à l'un des conjoints ou à son avocat une attestation concernant l'autre conjoint ou la vie du couple qui pourrait être utilisée dans le cadre de la procédure de divorce » (61).

Sur le contenu :

« Le certificat médical engage la responsabilité du médecin en raison de son contenu tant formel que matériel ».

• **La forme :**

« Un certificat médical engage la responsabilité du médecin signataire. Il doit donc comporter ses nom et adresse et être signé de sa main ; il doit être lisible et daté. Le médecin ne peut antidater ou postdater un certificat » (61).

« Il est constant que si un certificat médical est écarté par une administration ou un juge parce que n'y figure pas la ou les **mentions permettant, par exemple d'identifier son auteur ou la date à laquelle il a été établi**, cette irrégularité est constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité du médecin (42).

• **Le contenu matériel :**

« Plus souvent, c'est le contenu matériel d'un certificat qui, en pratique met en cause la responsabilité de son auteur » (42).

- **Faux :** « Hors le cas où la remise en cause du certificat relève d'une divergence d'interprétation des faits, le contenu d'un tel certificat engage la responsabilité de son auteur lorsque les faits relatés sont faux ou que le document a eu pour objet ou pour effet de tromper le tiers auquel le certificat a été remis pour valoir ce que de droit. Entre dans cette catégorie le **faux certificat** ou le **certificat de complaisance** qui ne repose l'un et l'autre sur aucune vérité médicale mais sur des motifs étrangers à l'exercice de la médecine » (42).

- **Absence d'examen du patient, violation du secret professionnel et ingérence dans les affaires de famille :** « Il engage également la responsabilité de son auteur lorsque, sans être faux, le contenu du certificat ne résulte **pas d'un examen personnel** du patient par le médecin ou viole une obligation légale ou déontologique (**violation du secret professionnel ou ingérence du médecin dans les affaires de famille** notamment) (42).

« Le médecin qui rédige un certificat doit se préoccuper de ne pas violer le secret professionnel (article 4), bien qu'il puisse en droit tout écrire du moment que le document est remis directement à la personne concernée » (61).

Dans ce même rapport, dix conseils pour la délivrance d'un certificat médical sont donnés (42):

- « 1. S'informer de l'usage du certificat demandé,
2. Ne rédiger le certificat qu'après examen de la personne,
3. Décrire de façon précise et objective les éléments constatés, sans omission dénaturant les faits ni révélation excessive,
4. Transcrire, si elles apparaissent nécessaires à la compréhension du certificat, les doléances du patient entre guillemets et sous la forme conditionnelle,
5. S'interdire d'établir toute relation de cause à effet entre les troubles constatés et décrits et l'origine que le patient leur impute,
6. Limiter les propos à ce qui concerne le patient et lui seul,
7. Dater le certificat du jour de sa rédaction même si l'examen médical a été pratiqué quelques jours plus tôt antidater ou post-dater un certificat constitue une faute,
8. Apposer sa signature,
9. Remettre le certificat au patient lui-même et en main propre en faire mention sur le certificat,
10. Garder un double du certificat. »

Selon le Conseil National de l'Ordre (61), une grande retenue est nécessaire si le médecin indique les commémoratifs : « Le signataire du certificat exprime à l'indicatif présent (ou passé) les constatations qu'il a faites et ce dont il est sûr. S'il rapporte des indications fournies par le patient ou l'entourage, il le fait avec la plus grande circonspection et emploie le mode conditionnel ou il écrit : "X me dit que... ". Cependant, le médecin doit se garder d'attribuer la responsabilité des troubles de santé, physiques ou psychiques, constatés, au conflit conjugal, familial (article 51) ou professionnel dont le patient lui a fait part. Il n'a pas plus à authentifier, en les notant dans le certificat sous forme de « dires du patient », les accusations de celui-ci contre un tiers, le conjoint ou l'employeur. ».

Selon le rapport Henrion (6) , « dans les affaires récentes de violation de secret professionnel sanctionnées par les instances disciplinaires il y avait apparemment confusion entre la constatation des éléments objectifs recueillis lors de l'examen physique et psychologique que

doit faire le médecin et la désignation de l'auteur de l'infraction qui n'est pas du ressort du médecin ».

- **Le médecin peut faire l'objet d'une procédure ordinale même en l'absence de préjudice :**

Selon un article publié par des membres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (43) , « même en l'absence de préjudice établi, tout certificat qui ne se baserait pas sur les règles édictées ci-dessus pourrait être qualifié de complaisant, d'immixtion dans les affaires privées ou de faux certificat et contrevenir ainsi aux articles R 4127- 28 (complaisance) et R 4127-51 du code de la santé publique (immixtion dans les affaires de famille). (...) La rédaction d'un certificat présumé faux est également passible de sanction pénale (...) Et comme un malheur n'arrive jamais seul, une réparation devant la juridiction civile peut être demandée par les victimes du préjudice causé par un écrit délictueux. Ces derniers seront d'autant plus déterminés à demander cette réparation que le certificat aura été jugé fautif par la juridiction disciplinaire ».

- **Le médecin peut faire l'objet d'une procédure ordinale longue et onéreuse même en l'absence d'erreur rédactionnelle :**

Selon la notice explicative du certificat médical, produite par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (2) , « le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé (par le Conseil de l'Ordre) n'encourt aucune sanction disciplinaire ».

Cependant, selon l'article publié par P.Garat et J.M. Faroudja (43), membres du conseil National de l'Ordre des médecins, « s'il écrit en respectant les règles, il n'y aura dans la plupart des cas aucune conséquence bien que des praticiens, pour des certificats émis en cours de procédure de divorce et fort bien rédigés, puissent être mis en cause. Dans ces cas-là, bien entendu, l'issue judiciaire sera favorable aux médecins, mais que de temps et souvent d'argent perdu au cours de la procédure. Les chiffres sont à ce sujet éloquentes : la mise en cause de certificats représente plus de 20 % des plaintes enregistrées auprès des Chambres disciplinaires de première instance ».

La mise en cause de certificats médicaux représente donc une grande part des plaintes déposées auprès des conseils départementaux de l'Ordre. Selon cet article, il est donc conseillé au médecin d'être très prudent dans la rédaction (notamment dans la mise en cause de tiers ou la retranscription de circonstances de survenue), même s'il est rare qu'il soit condamné.

- **Le cas particulier des procédures de divorce :**

Selon le même article (43), « *les certificats qui posent le plus de problèmes... et de ce fait induisant le plus de sanctions* » sont les certificats rédigés dans les situations de divorce.

« En matière de divorce, le meilleur certificat est celui que l'on n'écrit pas. Cet aphorisme n'a jamais été aussi vrai tant l'écriture d'un certificat en la matière est un exercice qui peut se révéler des plus périlleux. Cette catégorie de certificats représente en effet peu ou prou 80 % des certificats contestés devant les chambres disciplinaires de première instance. Face à une situation pour le moins perturbante, la compréhension voire la compassion ne peut s'exprimer qu'oralement, les écrits divers demandés voire exigés par les avocats étant la plupart du temps source de litiges ultérieurs (coups et blessures, état psychique d'un parent, santé et garde du ou des enfants... tout peut être matière à... plus prosaïquement « tous les coups sont permis »).

Les certificats rédigés dans les circonstances de divorce sont donc les plus contestés. Le Conseil de l'Ordre recommande donc d'éviter de rédiger ce type de certificats.

Selon le rapport Henrion (6), « *on ne peut oublier que lors d'une procédure de divorce, les violences alléguées trop facilement pèseront lourd dans la décision de garde ou de droit de visite des enfants* ».

- **Etude de la jurisprudence ordinale :**

Nous avons étudié les décisions rendues par la Chambre Nationale de l'Ordre des Médecins concernant les procédures mettant en cause des certificats de coups et blessures pour violences conjugales. Cette jurisprudence est disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins et un résumé des décisions étudiées est reproduit en **ANNEXE (CD-ROM)**.

En revanche, il n'existe pas de statistiques disponibles sur la fréquence des sanctions disciplinaires dans ce contexte.

Ce travail nous a permis de repérer les éléments de la rédaction qui mettent en jeu la responsabilité disciplinaire du médecin.

Il est à noter que ces remarques sont faites à partir de l'interprétation des décisions ordinales et non des certificats dans leur forme intégrale. En effet, ces derniers ne sont malheureusement pas disponibles.

- Tout d'abord, nous pouvons observer que les **décisions d'appel sont très souvent plus clémentes** que les décisions de première instance, notamment si un style de rédaction indirect est respecté. Lorsque le certificat a été correctement rédigé, les sanctions sont levées par la chambre nationale.

- Il est également à noter que les juges ordinaires paraissent insister sur le **contenu médical du certificat**, c'est à dire la constatation des lésions.

Ils rappellent au médecin mis en cause l'objectif principal de son intervention : la prise en charge sanitaire de la personne, avant la contextualisation de ses observations.

- Par ailleurs, le Conseil de l'Ordre semble avoir une approche différente entre les **certificats produits dans un contexte d'instance de divorce** et ceux rédigés hors situation de divorce. Les condamnations (pour certificats de complaisance ou tendancieux, ou immixtion dans les affaires de familles) semblent en effet plus fréquentes dans le contexte de divorce .

Cette approche différenciée témoigne-t-elle d'une attention particulière du Conseil de l'Ordre à prévenir toute forme d'instrumentalisation du certificat dans ces situations de divorce ?

d. Une politique nationale de lutte contre les violences qui vise à faciliter le signalement des situations de violences et donc lever les réticences des médecins

Face à la problématique des violences conjugales, la politique nationale cherche à faciliter le signalement de ces violences.

Le signalement est un terme juridique, ce n'est pas un certificat. Il s'agit d'une dérogation légale au secret médical. Il consiste à rapporter directement aux autorités compétentes des faits graves ou d'une dangerosité évidente, nécessitant des mesures appropriées dans le but de protéger rapidement la victime.

- **L'article 226-14 du Code pénal précise les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.**

Article 226-14 Dérogations légales au secret professionnel (62)

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu

connaissance et qui ont été infligées à un **mineur** ou à une **personne qui n'est pas en mesure de se protéger** en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

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

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article **ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur**, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de **bonne foi** ».

Selon cet article, le devoir de protection est clair lorsque les violences s'exercent sur un mineur ou une personne considérée « vulnérable ». L'accord de la victime n'est dans ce cas pas nécessaire.

Ce devoir de protection est moins clair pour les femmes adultes où l'obligation de porter secours ne figure pas dans la loi en tant que telle et est laissée à l'appréciation du médecin : plus la fragilité de la femme est avérée, plus l'obligation d'agir s'impose (6). La loi prévoit que le médecin doit, dans ce cas, recueillir **l'accord de la victime** pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constaté sur le plan physique ou psychique.

La rédaction du certificat attestant des lésions physiques ou des troubles psychiques ne se substitue pas au signalement. La question du signalement doit se poser dans toute situation de violence conjugale. Il est d'autant plus important que la rédaction de ce certificat ne garantit pas qu'il sera utilisé, ni de quelle façon, et donc n'assure pas la mise à l'abri de la victime (1).

Selon le guide de l'action publique (5), si la victime semble en péril imminent ou dans un état de vulnérabilité tel qu'elle semble dans l'incapacité d'agir elle-même, le médecin doit se manifester auprès des autorités judiciaires, administratives ou hospitalières selon les cas, afin de mettre la victime à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais.

En cas de difficultés, il est recommandé de prendre conseil auprès de personnes compétentes (Unité médico-judiciaire locale, conseil départemental de l'ordre des médecins, centre d'accueil des victimes, etc.) sans donner l'identité de la personne.

La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 (63) (tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé) a modifié l'article 226-14 du code pénal. Elle a précisé que le médecin n'encourt **aucune sanction disciplinaire civile et pénale**, si ce signalement a été fait « en toute bonne foi », dans ces conditions prévues par la loi.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins a, suite à cela, indiqué dans son rapport de février 2016 (64), que dans ces mêmes conditions (que celles de l'article 226-14 du code pénal), le médecin est protégé vis à vis du secret médical, s'il se limite à signaler ou à communiquer uniquement les faits et ce qu'il a constaté. Il ne doit pas mettre lui-même un tiers en cause et rapporter les dires et confidences de la personne entre guillemets.

- **Afin de lever la réticence des médecins à signaler des situations de danger, le projet de loi de modernisation sociale a prévu un article qui assure une protection des médecins.**

Le Sénat (65) a choisi de compléter l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique (article énumérant les peines disciplinaires que les conseils peuvent appliquer) et le Code pénal par deux alinéas :

« Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article 226-14 du code pénal ».

« Lorsque l'instance disciplinaire est informée de l'engagement, à la suite d'un tel signalement, de poursuites pénales pour violation du secret professionnel ou toute autre infraction commise à l'occasion de ce signalement, elle sursoit à statuer jusqu'à la décision définitive de la juridiction pénale ».

Lorsque des poursuites pénales sont engagées contre le médecin pour violation du secret professionnel ou toute autre infraction commise à l'occasion d'un signalement, l'instance disciplinaire, si elle est parallèlement saisie, doit donc surseoir à statuer jusqu'à la décision

définitive de la juridiction pénale, afin d'éviter toute contradiction dans l'appréciation des faits.

L'intention du législateur est de protéger de toute sanction disciplinaire le médecin qui s'est conformé au strict respect de l'article 226-14 du code pénal.

Selon le document du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité « Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels » (4):

« si le patient y consent, les médecins peuvent révéler des faits de violences au sein du couple dont ils ont été informés dans l'exercice de leurs fonctions et qui sont couverts par le secret professionnel, sans voir leur responsabilité mise en cause, ni sur le plan disciplinaire ni sur le plan pénal.

Une telle révélation n'est susceptible de poser un problème que dans deux cas :

- si la victime y est opposée

- si la rédaction du certificat médical apparaît tendancieuse, suggérant un parti pris du praticien en faveur de son patient : lorsqu'il retranscrit les doléances du patient, le praticien doit donc faire état des dires de son patient dans des termes qui font clairement apparaître qu'il s'agit d'une retranscription, et non pas de constatations objectives ».

Il n'y a donc pas de procédure prédéfinie pour la prise en charge médico-légale des violences conjugales. Toute décision doit être prudente, dans le but de protéger au mieux la victime et ses enfants. Elle dépend de l'information, de la formation, de la responsabilité, de l'éthique, de la morale et de la sensibilité du médecin (1).

Selon le rapport Henrion (6), *« on sait que des victimes sont décédées faute de n'avoir pas alerté les autorités judiciaires. Dans tous les cas, ce sont le sens de la responsabilité et sa conscience personnelle qui doivent dicter au médecin sa décision : il ne s'agit pas de se retrancher derrière le Code de déontologie lorsque la vie d'une personne est en danger. À vrai dire, l'efficacité quand il y a danger ne passe pas forcément par le droit : elle peut aussi consister à adresser en urgence la personne en danger à une association d'aide aux victimes ou à la mettre à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais.*

Le cas de conscience ne se posera réellement que si la femme refuse obstinément tout soutien et toute solution alors qu'elle paraît être en danger de mort ».

IV. LES RÉSULTATS SECONDAIRES : LES AUTRES FREINS

D'autres freins sont apparus dans notre étude. Ils sont bien connus et ont été évoqués dans d'autres travaux.

Il s'agit souvent de freins à la prise en charge des violences conjugales plus généralement (pas seulement à la rédaction du certificat de coups et blessures).

1) LE SENTIMENT DE NE PAS ETRE ASSEZ EXPERT ET LE MANQUE DE CONNAISSANCES DU MÉDECIN SUR CE SUJET.

Notre travail montre que le médecin ne se sent pas assez formé pour faire un certificat de qualité. Il craint de ne pas être assez compétent et considère avoir une formation insuffisante. Il exprime aussi la difficulté d'avoir des sources fiables et actualisées. Ce manque de formation est aussi exprimé par les médecins dans d'autres travaux : le rapport Henrion (6), l'enquête de l'Institut de l'humanitaire (14), et le travail de thèse de Florence Simonel (52).

Il ressort également de notre étude que le généraliste considère que d'autres médecins (médecins légistes, urgentistes ou hospitaliers) sont plus à même que lui de faire un certificat de qualité et donc que ce n'est pas tout à fait son rôle. Il préfère souvent garder un rôle d'orientation vers un expert et ne pas prendre en charge lui-même.

D'autres travaux ont montré que certains médecins estiment que l'évaluation de l'ITT n'est pas de leur compétence, considérant qu'elle ne rentre pas dans leur rôle de soignant, ou qu'elle doit être faite par un service spécialisé (16), (17).

Notre étude montre que le médecin généraliste a beaucoup d'incertitudes sur la valeur de son certificat et sur la place du médecin légiste. Parfois il considère que son certificat n'a pas de valeur légale et qu'il y a une réévaluation systématique par un médecin légiste, le certificat permettant seulement d'être « auditionné par un médecin légiste » pour « lancer la procédure ». Il existe un flou par rapport au rôle de chacun en raison d'un manque de connaissances sur ce sujet et de points de vue différents. Par exemple, selon certains médecins légistes, le médecin généraliste ne devrait pas indiquer d'ITT.

Notre travail montre également que le médecin a des mauvaises connaissances sur l'ITT.

- Il sait mal ce que signifie le sigle ITT même s'il en connaît la signification la plupart du temps. Parfois il y a une confusion avec la notion d'arrêt de travail.

D'autres études, comme les travaux de thèses d'Emilie Thomas (15) ou de Lucia Barrios (17), ont montré que les médecins avaient une mauvaise connaissance de cette notion d'ITT.

- La durée de l'ITT psychologique peut être très variable selon le médecin : systématiquement courte (le médecin considérant que les conséquences psychologiques ne limitent pas les activités de la vie quotidienne) ou systématiquement longue (le médecin considérant que les conséquences psychologiques de ces violences sont toujours longues).

La difficulté d'évaluation de l'ITT psychologique et le manque d'un référentiel sont également évoqués dans les travaux de Lucia Barrios (17) et d'Emilie Thomas (15).

- Les avis divergent sur les critères de réévaluation de l'ITT.

- Il apparaît également que le médecin a une mauvaise connaissance des conséquences de la limite légale des 8 jours. Il confond souvent cette limite (qui permet la qualification des faits sur le plan pénal) et la prise en charge dans différents tribunaux : civil, pénal. Le médecin pense aussi parfois qu'il n'y a des poursuites que pour des ITT supérieures à 7 jours et il connaît rarement la notion de circonstance aggravante.

Le travail de thèse de Lucia Barrios (17) montre également que les conséquences judiciaires de l'ITT sont mal maîtrisées, 11% des généralistes confondant les tribunaux pénaux et civils.

La notion d'abandon du domicile conjugal est également évoquée dans notre travail, montrant le manque de connaissances du médecin à ce sujet.

La victime peut quitter le domicile conjugal seule ou avec ses enfants. Le fait de subir des violences conjugales justifie le départ du domicile. Pour faire valoir ses droits et empêcher que ce départ ne lui soit reproché, elle doit prévenir la police ou la gendarmerie (en déposant une main courante) ainsi que le juge aux affaires familiales concernant l'exercice de l'autorité parentale (66) .

2) LES CARACTÉRISTIQUES DES VIOLENCES CONJUGALES

D'un côté, les victimes ne parlent pas ou peu de leur problème et de l'autre, des médecins généralistes n'abordent pas ou peu la question des violences conjugales.

Notre travail montre que le caractère tabou et caché de ces violences est un autre frein à la rédaction du certificat. Le repérage est difficile et le médecin pense que son jugement peut être faussé par la présentation du couple. De plus, quand il dépiste une situation de violence conjugale, il n'ose pas en parler en raison du caractère tabou de ces violences qui se passent dans la sphère privée, intime.

La crainte d'une intrusion dans la vie privée est également un frein évoqué dans d'autres travaux comme l'étude de Florence Simonel (52).

Le médecin considère que la victime elle-même freine la prise en charge, en cachant la situation et en refusant parfois de porter plainte. Il se justifie ainsi de ne pas faire de certificat.

Plusieurs études montrent également que le médecin considère que le comportement de la victime est un frein à sa prise en charge (étude de Chambonet et coll. (13), et enquête de l'Institut de l'humanaire (14)).

Or, dans la majorité des cas, les victimes attendent que ce soit le médecin généraliste qui aborde la question car les barrières sont nombreuses pour qu'elles fassent elles même cette démarche (la peur, la honte, le désespoir, le déni, la perte d'autonomie,...). Des études quantitatives ont montré que quand un soignant aborde le sujet des violences conjugales avec une victime, elle éprouve souvent un soulagement et un réconfort. (12), (67), (68)

L'absence de profil type des victimes et de symptômes spécifiques des violences est un autre frein rapporté par les médecins dans l'enquête de l'Institut de l'humanaire (14).

Selon le rapport Henrion (6), en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, mais il est très peu fait par les médecins français. Dans la très grande majorité des cas (85 %), c'est la femme elle-même qui se signale comme victime de violence conjugale (14).

L'ambivalence de la victime et son refus de porter plainte sont à l'origine de l'incompréhension du médecin qui se questionne sur ses attentes et ses motivations et se sent parfois impuissant.

Ce sentiment d'impuissance est aussi exprimé dans l'étude de l'institut de l'humanaire (14).

Selon le rapport Henrion (6), les médecins sont souvent découragés par la complexité du problème, l'attitude des femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence, leur refus de quitter leur compagnon ou de porter plainte, mais aussi par la fréquence des retraits de plainte qui les mettent en porte-à-faux et la difficulté d'agir sur le comportement de l'agresseur.

Ils ont parfois peur d'un scandale qui serait préjudiciable à leur relation de confiance avec leur clientèle. Ils expriment aussi un sentiment de frustration estimant qu'aucun remède n'est efficace dans de tels cas et que les perspectives d'amélioration sont faibles. Ils ont l'impression de ne pas pouvoir contrôler la situation (6).

Or, il faut garder à l'esprit que la victime va souvent faire plusieurs allers et retours avant un départ définitif. Une reprise progressive de l'autonomie se met en place au fil de ces expériences (5).

Divers facteurs interviennent dans leur conduite apparemment paradoxale des victimes : fatigue, état dépressif, souhait de maintenir une cellule familiale et espoir que la situation va s'améliorer, peur des représailles, perte de confiance et de l'inconnu, isolement social, dépendance financière, crainte d'affronter les institutions judiciaires, crainte que l'abandon du domicile conjugal ne se retourne contre elle dans une instance de divorce, ... C'est le rôle des soignants, du médecin et des associations, d'aider la victime dans sa décision et de lui apporter un éclairage extérieur (6), (12).

La consultation peut être une étape vers la révélation des faits et constitue alors le pendant médical de la main-courante. Le médecin doit s'efforcer d'analyser avec la victime les motifs de son refus, sans pour autant essayer de la convaincre de déposer plainte, cet acte nécessitant pour la victime une préparation psychologique (5). Et si la femme ne porte pas plainte, le certificat médical est un élément de preuves utile ultérieurement en cas d'aggravation des violences (20).

3) LA CHARGE ÉMOTIONNELLE DE CES PRISES EN CHARGE

Une autre difficulté est qu'il s'agit de situations émotionnellement difficiles pour le médecin. Il se sent impliqué dans la vie du couple et est préoccupé par les conséquences que ces décisions auront, avec la crainte de compliquer la situation. Il estime que qu'il sera difficile pour la victime de se rétablir. De plus, il doit mesurer le degré d'urgence ce qui est source de stress et crée également de l'inconfort. Pour se protéger, le médecin s'efforce de ne pas trop s'impliquer émotionnellement en gardant de la « distance ».

Dans l'étude de Florence Simonel (52), les médecins évoque également leurs propres sentiments comme frein à la prise en charge des violences conjugales.

Plusieurs travaux montrent que les médecins redoutent que leur intervention contribue à aggraver la situation (6), (52).

Le médecin redoute d'être lui même « violent » et trop intrusif en évoquant ces sujets douloureux pour la patiente. Il fait donc peu de dépistage.

Ce frein est aussi évoqué dans le rapport Henrion (6), le médecin craignant d'offenser la patiente en posant certaines questions.

La crainte de l'agresseur est un autre frein à la rédaction du certificat.

La prise en charge des violences conjugales semble donc plus difficile pour le médecin généraliste travaillant comme médecin de famille car il peut être amené à suivre également le conjoint violent (ce n'est pas le cas pour celui qui travaille à SOS médecin).

Il craint une vengeance de la part de celui-ci et a peur d'être agressé.

D'autres études ont montré que suivre le conjoint violent peut être un facteur limitant : le rapport Henrion (6), l'étude de Chambonet et coll. (13), celle de l'Institut de l'Humanitaire (14) et les travaux de thèse d'Emilie Thomas (15) et Lucia Barrios (17).

La dangerosité de l'agresseur est également évoquée par les médecins comme une difficulté dans le travail de Florence Simonel (52).

Selon le Dr Barrios, médecin légiste (ANNEXE 7), les médecins généralistes sont souvent réticents à indiquer les dires de la victime sur le lien existant entre elle et son agresseur car il connaissent la plupart du temps l'auteur des faits qu'ils peuvent être amenés à suivre en tant que médecin de famille. Le médecin légiste a une position différente car il n'a pas un rôle de soignant et ne prend pas en charge l'agresseur.

Il est à noter qu'aucun médecin de notre étude n'a évoqué avoir lui-même subi de la violence contrairement à ce qui a été retrouvé dans la littérature (rapport Henrion (6)).

4) LA MINIMISATION

Le médecin est mal à l'aise donc il minimise parfois la situation ce qui lui permet de justifier qu'il ne rédige pas. Il s'agit d'un mécanisme de défense psychique.

Le médecin minimise la responsabilité de l'agresseur lorsque la victime ou l'agresseur a une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool.

Il envisage également que la situation des conjoints puisse s'améliorer et évolue vers un apaisement. Le médecin pense que la victime pourrait regretter d'avoir porté plainte.

Il minimise aussi l'enjeu du certificat considérant parfois qu'il s'agit d'une simple pièce du dossier qui n'a pas un rôle majeur.

5) LES CONDITIONS D'EXERCICE

La contrainte de temps est un autre frein à la rédaction. Rédiger un certificat demande un temps supplémentaire au cours de la consultation ce qui parfois dissuade le médecin de le faire. Il doit réaliser à la fois la prise en charge psychologique et rédiger le certificat médical à but judiciaire, ce qui est chronophage.

Parfois il considère que le manque de temps rend trop difficile ce genre de prise en charge et donc préfère passer le relais.

Le caractère chronophage de ces prises en charge est également exprimé comme une difficulté dans d'autres travaux : le rapport Henrion (6) , l'étude de Chambonet et coll. (13), l'enquête de l'Institut de l'humanaire (14), et les travaux de thèses d'Emilie Thomas (15) et Florence Simonel (52).

Le Dr Barrios, médecin légiste (ANNEXE 7), considère également qu'un des freins à la prise en charge par les médecins généralistes est le caractère chronophage de cet acte alors que le temps d'une consultation de médecine générale est limité et que la rédaction d'un certificat n'est pas valorisée par une meilleure rémunération.

Voir la victime précocement après l'agression est rapporté comme étant un frein pour l'évaluation des lésions psychologiques par manque de recul. C'est la situation à laquelle le médecin d'SOS Médecin est confronté.

6) LE SENTIMENT D'ETRE PAS OU PEU CONFRONTÉ AUX VIOLENCES CONJUGALES

Le fait que le médecin se sente peu ou pas concerné par cette problématique au sein de sa patientelle est aussi un frein retrouvé dans notre étude. Il pense avoir un profil de patientelle privilégiée et considère ne pas être confronté aux violences conjugales.

Selon le rapport Henrion (6), beaucoup de médecins sont inconscients de l'ampleur du problème et du fait que la violence peut s'exercer dans n'importe quel milieu. Beaucoup pensent que le phénomène est réservé à des couches de population défavorisée et ne peut atteindre leur clientèle.

La prévalence est sous estimée et le problème est banalisé, notamment en confondant le conflit et la violence conjugale.

7) L'OUBLI DE PROPOSER LE CERTIFICAT

Dans notre travail, le médecin dit pouvoir oublier de proposer le certificat s'il n'est pas demandé directement par la victime ou si la victime a été prise en charge précédemment par les forces de l'Ordre.

V. PRINCIPALES CIRCONSTANCES FACILITANT LA RÉDACTION

Notre étude montre que, dans certaines situations, le médecin est moins hésitant et rédige le certificat plus volontiers.

1) LORSQUE LA RÉDACTION D'UN CERTIFICAT EST DEMANDÉE PAR QUELQU'UN D'AUTRE

1. EN CAS DE DEMANDE DIRECTE DE CE CERTIFICAT PAR LA VICTIME POUR PORTER PLAINTÉ

Dans cette situation, il rédige le certificat car c'est un devoir déontologique.

Comme nous l'avons vu, lorsqu'il est sollicité, le médecin (qu'il soit médecin traitant de la victime ou non) ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical initial émanant d'une victime pour attester des violences volontaires ou des blessures involontaires subies. Le médecin ne peut refuser un certificat au motif que la victime n'entend pas lui indiquer la destination du certificat (1), (2).

2. SUR DEMANDE DES FORCES DE L'ORDRE

Lorsque le certificat est demandé par les forces de l'ordre pour la procédure, le médecin rédige le certificat.

Dans le travail de thèse de Lucia Barrios (17), une part des médecins interrogés ne déterminent une ITT que sous la demande explicite du patient ou des forces de l'ordre.

2) LORSQUE LE MÉDECIN EST CONVAINCU DE LA CULPABILITÉ DE L'AUTEUR

Le médecin semble avoir besoin d'être convaincu de la responsabilité de l'auteur pour rédiger le certificat :

1. LORSQUE LA VICTIME RAPPORTE TRES EXPLICITEMENT ETRE VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES

Si la situation de violences conjugales est clairement présentée par la victime, le médecin a moins de réticences à rédiger le certificat.

2. EN CAS D' « INTIME CONVICTION » DU MÉDECIN

L'intime conviction est souvent évoquée par le médecin comme facteur favorisant la rédaction. Ceci est contradictoire avec le fait qu'il dise vouloir rester objectif.

Dans le travail de Lucia Barrios (17) , les généralistes déclarent se sentir influencés pour fixer une ITT en fonction de la gravité de l'agression et /ou de l'état de vulnérabilité de la «victime».

3. LORSQUE LE MÉDECIN EST TÉMOIN DIRECT

Le médecin explique être plus à l'aise lorsqu'il est témoin direct des violences car, dans ce cas, il ne craint pas de faire un faux certificat.

4. EN CAS DE LÉSIONS PHYSIQUES

Lorsqu'il y a des lésions physiques, le médecin rédige le certificat plus volontiers.

Le rapport Henrion et l'étude de Chambonet et coll. (6), (13) rapportent également que la prise en charge est facilitée en cas de lésions physiques.

5. EN CAS DE VIOLENCES A ENFANTS ASSOCIÉES

La crainte que les enfants soient également victimes est un facteur favorisant la rédaction par le médecin.

Par ailleurs, il apparaît dans notre travail que moins on observe de dissonance, plus les médecins semblent à l'aise pour rédiger les certificats.

Ils redoutent moins les conséquences judiciaires et disent ne pas se préoccuper des conséquences pour l'agresseur. Il ne craignent pas d'indiquer les dires de la victime sur le lien la reliant à son agresseur, en respectant un style de rédaction indirect.

Ils redoutent moins d'être intrusif et font du dépistage.

Il se sentent assez experts et considèrent que leur certificat peut apporter une plus-value à la prise en charge judiciaire.

Ils considèrent qu'il faut que la prise en charge soit simplifiée pour les femmes victimes et que de devoir voir systématiquement un médecin légiste complique la procédure.

Ils pensent qu'il faut donc que le médecin généraliste mette une ITT quitte à ce qu'elle soit réévaluée, d'autant plus que c'est le procureur qui décide d'en tenir compte ou non.

Enfin, ils notent les éléments dans le dossier pour une éventuelle utilisation ultérieure.

Le fait que certains médecins soient plus à l'aise dans cet exercice semble clairement en lien avec le fait qu'ils redoutent moins de se mettre en difficulté sur le plan de la justice.

Ces médecins moins dissonants semblent mieux connaître leur rôle et les responsabilités engagées.

Il semblent avoir mieux intégré le concept de justice partenaire et non de justice punitive.

CONCLUSION

Malgré les efforts de formation et de sensibilisation réalisés ces dernières années, les médecins généralistes sont toujours en difficulté dès lors qu'il convient de rédiger des certificats médicaux de coups et blessures en cas de violences conjugales.

Notre travail montre que, confrontés à cette problématique, ils ressentent un **inconfort psychique**. Ils sont mal à l'aise pour rapporter les commémoratifs (les dires de la victime sur les circonstances de l'agression et le lien la reliant à son agresseur), la description des lésions psychologiques, et l'ITT.

En plus des freins bien connus, il apparaît très nettement dans notre étude que **la crainte de sanctions judiciaires pour le médecin est l'obstacle principal à la rédaction**.

Nous avons constaté qu'il existe une **discordance entre les attentes de la justice pénale, qui souhaite un certificat riche et détaillé afin de défendre la victime, et les recommandations des instances ordinales qui suggèrent la prudence pour éviter les sanctions disciplinaires**.

Cette discordance (insécurité juridique) explique l'inconfort des médecins qui ne peuvent noter les éléments souhaités par la justice sans craindre une procédure ordinale à leur rencontre.

D'après nos recherches, **il n'y a jamais de poursuite pénale** du médecin rédacteur, sous réserve d'un examen de la victime et d'une rédaction respectant un style indirect pour rapporter ses dires. Le médecin est ici, au titre de la protection des victimes, dans un rôle de véritable partenaire de la justice.

En revanche, **le médecin encourt un risque de poursuite sur le plan ordinal** si les dires de la victime sont retranscrits trop longuement, si un lien entre la victime et son agresseur est indiqué ou si il semble que le médecin a manqué d'impartialité. L'étude de la jurisprudence nous montre que ces sanctions sont en général levées par la Chambre Disciplinaire Nationale, lorsque le certificat est correctement rédigé avec un style de rédaction indirect pour rapporter les dires de la victime.

Les violences conjugales constituent un **enjeu de sante publique** dont la prise en charge est en pleine évolution. La politique nationale de lutte contre les violences cherche à faciliter le signalement des situations de violences et à lever les réticences des médecins. La législation a

évolué dans ce sens et la formation des médecins fait partie des objectifs du « plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes ».

Les Départements de Médecine Générale de plusieurs facultés ont mis en place des formations sur ces violences.

Paradoxalement, alors que les médecins généralistes se disent insuffisamment formés sur les violences conjugales, les formations proposées sont régulièrement annulées en raison d'un manque d'inscrits. **Il reste difficile de sensibiliser les médecins** qui estiment souvent ne pas être concernés par cette problématique au sein de leur patientelle.

Comme le suggère Mme Gazzera, substitut du procureur, il pourrait être intéressant que les procureurs interviennent dans la formation aux étudiants en médecine afin d'expliquer le rôle des médecins et l'utilité de leurs certificats médicaux dans la procédure pénale.

Par ailleurs, il semble que, **même si on s'attache à intensifier la formation des médecins, la crainte de sanctions disciplinaires reste un obstacle à l'amélioration de leurs pratiques.** Ne voulant pas prendre le risque d'une mise en jeu de leur responsabilité ordinale, les médecins demeurent réticents à retranscrire les dires des victimes sur le contexte des violences. Ainsi, ils se limitent souvent à la description des lésions physiques qu'ils ont constatées.

Par soucis d'efficacité pour la justice, les médecins légistes, quant à eux, ont l'habitude d'indiquer dans leurs certificats le mécanisme lésionnel des violences et les commémoratifs. Ils ne semblent pas être inquiétés pour autant sur le plan judiciaire.

Une réflexion globale semble donc nécessaire pour **harmoniser les attentes de la justice et les recommandations des Ordres Médicaux pour la rédaction du certificat.**

Le rapport Henrion invitait à « *demander au Conseil national de l'Ordre des médecins d'alerter les conseils départementaux sur l'importance des violences conjugales et les difficultés rencontrées par les médecins confrontés à des violences extrêmes et faire en sorte qu'ils harmonisent leurs réponses* ». **Une harmonisation des recommandations entre les différents conseils ordinaires** permettrait en effet une clarification de la responsabilité des médecins.

Ces démarches permettraient de s'attaquer pleinement à cette situation d'insécurité juridique, et ainsi de réduire l'inconfort des médecins et d'améliorer la qualité de leurs certificats.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2011 [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf
2. Le Conseil National de L'Ordre des Médecins. Notice explicative du certificat médical étanli sur demande du de la-patient-e [Internet]. [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/notice_certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf
3. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Ressources et outils - Modèles de certificats, d'attestations [Internet]. [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats-d.html>
4. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Lutter contre la violence au sein du couple : le rôle des professionnels [Internet]. 2012 [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/02/Brochure_le-role-des-professionnels_Violences.pdf
5. Direction des Affaires criminelles et des Grâces. Guide de l'action publique : La lutte contre les violences au sein du couple [Internet]. 2011 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf
6. Roger Henrion. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. La Documentation Française; 2001 [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
7. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours | Académie nationale de médecine. Bull Académie Natl Médecine. 2002;186(6):949-61.
8. INSEE. Enquête de victimation - Cadre de vie et sécurité / CVS [Internet]. 2016 [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1278>
9. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Mai 2015 [cité 22 mars 2017];(6). Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf
10. Haut Comité de la Santé Publique. Rapport Violences et santé [Internet]. 2004 [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000405.pdf>
11. TURSZ Anne, Ministère de la Santé et des Solidarités. Violence et santé - Rapport préparatoire au plan national [Internet]. La Documentation Française; 2005 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000694.pdf>

12. Pauline Malhanche, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand. Décliv Violence [Internet]. 2016 [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.declivviolence.fr>
13. Chambonet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 2000;507:1481-5.
14. Institut de l'Humanitaire, Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Chauvin. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. Rev Prat Médecine Générale. 2005;(702-703):945-54.
15. Thomas E. La rédaction des certificats de coups et blessures par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes: les difficultés rencontrées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
16. Goupil N. Certificats de coups et blessures et incapacité totale de travail: enquête menée auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [S.l, 1997, France];
17. Barrios L. Les difficultés des médecins généralistes à déterminer l'incapacité totale de travail [Internet]. Nantes; 2011 [cité 2 févr 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/8c4003a4-82f7-401d-ab21-4c0c9dd15714>
18. Bourquardez S. Représentations et prise en charge médico-légale des violences conjugales par les médecins généralistes: étude qualitative en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
19. Lorin de la Grandmaison GL de la L de la, Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. [cité 10 déc 2014]; Disponible sur: https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/3064/3070.pdf
20. Académie nationale de Médecine. Les violences familiales. 19 nov 2002;186(8):1565-74.
21. Peltier-Martin S. Comment gérer la prise en charge d'une femme victime de violences conjugales en médecine générale? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. site Xavier-Bichat; 2004.
22. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales: évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
23. Organisation mondiale de la santé, Claudia Garcia-Moreno, Alessandra Guedes, Wendy Knerr. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes- La violence exercée par un partenaire intime [Internet]. 2012 [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/
24. Organisation mondiale de la santé. Etude Multipays de l'OMS Sur La Santé Des Femmes et La Violence Domestique À L'égard Des Femmes [Internet]. 2005 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43366/1/9242593516_fre.pdf
25. Jaspard M. Les violences envers les femmes : une enquête nationale. Doc Fr. 2003;370.

26. Maryse Jaspard, l'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés [Internet]. numéro 364. janv 2001 [cité 8 mars 2017]; Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
27. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes- Violences faites aux femmes- Chiffres clés 2016 [Internet]. 2016 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/03/Chiffres-Cles-2016.pdf>
28. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
29. Nations unies. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes. In Beijing; 1995 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>
30. Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes. L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf
31. Vie Publique.fr. Les violences faites aux femmes, Les droits des femmes. violences, femmes, violences conjugales, - Politiques publiques - repères - vie-publique.fr [Internet]. 2011 [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/droits-femmes/lutte-violences-femmes/>
32. INED. Viols et agressions en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Popul Société [Internet]. [cité 18 janv 2017];(538). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/25953/538.population.societes.2016.novembre.fr.pdf
33. Délégation aux Victimes, Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2015 [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_sur_les_morts_violentes_au_sein_du_couple_2015_-_principaux_enseignements_-_MIPROF.pdf
34. Organisation mondiale de la santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire [Internet]. 2013 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85242/1/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf?ua=1
35. INVS Santé publique France. Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Bull Épidémiologique Hebd [Internet]. 19 juill 2016 [cité 30 avr 2017];(22-23). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23.pdf
36. Bolot A-L. Repérage des violences conjugales en médecine générale: Evaluation de deux types d'interventions [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.

37. Dechenaud M. Prévalence de la violence conjugale en soins primaires: une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône-Alpes et de 103 femmes au Centre de Planification ou d'Education Familiale de Bourg-en-Bresse [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
38. INVS. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. Bull Épidémiologique Hebd [Internet]. 16 juill 2016 [cité 26 mars 2017];(22_23). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23_2.pdf
39. Roger Henrion. Violences conjugales : a-t-on progressé? Bull Académie Natl Médecine [Internet]. avr 2014 [cité 15 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/01/tap-pages-de-893-%C3%A0-904.pdf>
40. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. La mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/-La-mission-interministerielle-de,91-.html>
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Modèle de certificat médical initial en cas de violences sur personne majeure [Internet]. 2016 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf
42. Le Conseil National de L'Ordre des Médecins, Boissin, Rougemont. Les certificats médicaux [Internet]. 2006 [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>
43. Garat P, Farougja JM. certificats : principes et risques. l'ITT pénale : qu'est-ce que c'est? Les entretiens de Bichat [Internet]. 2012 [cité 14 juin 2014]; Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/itt_0.pdf
44. Fauchaux C, Moscovici S. Psychologie sociale théorique et expérimentale. Recueil de textes choisis et présentés. ResearchGate [Internet]. 1 janv 1971 [cité 6 juin 2016]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/275655292_Psychologie_sociale_theorique_et_experimentale_Recueil_de_textes_choisis_et_presentes
45. Martinie M-A, Larigauderie P. Coût cognitif et voies de réduction de la dissonance cognitive. Rev Int Psychol Soc. 1 janv 2011;Tome 20(4):5-30.
46. Vaidis D, Halimi-Falkovicz S. La théorie de la dissonance cognitive : une théorie vieille d'un demi-siècle. Rev Électronique Psychol Soc. 2007;(1):9-18.
47. Aubin-Roger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. (84):142-5.
48. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Médicale Assur Mal [Internet]. juin 2001 [cité 27 mars 2017];32(2). Disponible sur: <http://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>

49. Blanchet A, Gotman A. L'entretien [Internet]. 2eme édition. Armand Colin; 2010 [cité 27 mars 2017]. 128 p. (L'enquête et ses méthodes). Disponible sur: /Loisirs/Livre/l-entretien-9782200248093
50. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002;(3):81-90.
51. Demont L. La notion d'incapacité totale de travail en droit positif. Médecine Légale Société. 2002;(5):5-10.
52. Simonel F. La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales: barrières et stratégies pour y remédier [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
53. Légifrance. Article 223-6. Code pénal.
54. Légifrance. Article 434-3. Code pénal.
55. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie Médicale [Internet]. 2016 [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
56. Legifrance. Article 226-13. Code pénal.
57. Legifrance. Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes.
58. Légifrance. Article 441-1. Code pénal.
59. Légifrance. Article 441-7. Code pénal.
60. Légifrance. Article 441-8. Code pénal.
61. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 76 - Délivrance des certificats | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-76-delivrance-des-certificats-300>
62. Legifrance. Article 226-14. Code pénal.
63. Légifrance. Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/11/5/AFSX1507632L/jo>
64. Kahn-Bensaude I, Faroudja J-M. Signalement et information préoccupante [Internet]. Ordre National des Médecins; 2016 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/signalement_et_information_preoccupante.pdf
65. Sénat. Projet de loi relatif à la modernisation sociale [Internet]. avr 10, 2017. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/100-404/100-40436.html>
66. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Ce que dit la loi - Violences au sein du couple [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-au-sein-du-couple,317.html>

67. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.

68. Le Bars Goubert M. « Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... »: enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales dans le Rhône [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.

ANNEXES

Annexe 1 :

LES PRINCIPALES QUALIFICATIONS PÉNALES ET LES PEINES ENCOURUES

INFRACTIONS	ARTICLES DU CODE PÉNAL	PEINES ENCOURUES
• Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) supérieure à 8 jours, par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-12 6° et 14°	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
• Violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours, ou sans aucune ITT, par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-13 6° et 14°	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
• Violences habituelles ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours, jusqu'au décès, sur les personnes vulnérables du fait de l'état de grossesse	222-14	Entre 5 ans et 30 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende
• Appels téléphoniques malveillants réitérés ou agressions sonores en vue de troubler la tranquillité d'autrui	222-16	1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende
• Menace sous condition, ou réitérée ou matérialisée de commettre un crime ou un délit, menace de mort sous condition, ou réitérée ou matérialisée de commettre un crime ou un délit, menace ou acte d'intimidation envers une victime en vue de la déterminer à ne pas porter plainte ou à se rétracter	222-17 222-18 434-5	Entre 6 mois et 5 ans d'emprisonnement et de 7 500 à 75 000 € d'amende
• Agressions sexuelles autres que le viol commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-28 7°	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
• Tortures et actes de barbarie par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-3 6°	20 ans de réclusion criminelle
• Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-8 6°	20 ans de réclusion criminelle
• Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-10 6°	15 ans de réclusion criminelle
• Viol commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-24 11°	20 ans de réclusion criminelle
• Viol ayant entraîné la mort de la victime	222-25	30 ans de réclusion criminelle
• Viol précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie	222-26	Réclusion criminelle à perpétuité
• Arrestation, enlèvement, détention ou séquestration supérieure à 7 jours ou suivie d'une libération volontaire avant le septième jour	224-1	De 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende à 20 ans de réclusion criminelle
• Meurtre par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	221-4 9°	Réclusion criminelle à perpétuité

Les références au code pénal peuvent être retrouvées sur le site de LEGIFRANCE <http://legifrance.gouv.fr>

Annexe 2 : Modèle de certificat médical proposé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE

Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____
heure____, à _____(Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS:

La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____(heure)____, à _____(lieu),
de _____
_____ ».

DOLEANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de « _____ »

ETAT ANTERIEUR *(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)*

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :

- sur le plan psychique :

- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN

Notice explicative du certificat médical

établi sur demande du de la - patient - e

L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire. (Article 226-14 du CPP) Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier.

A- LES FAITS OU LES COMMÉMORATIFS

Noter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif ET entre guillemets notamment sur le contexte et la nature des faits, l'identité déclaré avec l'auteur des faits, etc. Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation.

A titre d'exemple X dit avoir victime de « », La victime déclare « », « Selon les dires de la victime... »).

B- LES DOLEANCES

Noter de façon exhaustive et entre guillemets, les symptômes exprimés par la victime **en utilisant ses mots** notamment les troubles du sommeil, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, conduites d'évitement, conduites addictives, céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales, troubles gynécologiques...

C- L'EXAMEN CLINIQUE

Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. **Il ne détermine pas non plus si les violences sont volontaires ou non.**

Il décrit avec précision et sans ambiguïté dans cette rubrique **les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psycho comportementaux constatés.**

Sur le plan physique

- ✓ Préciser les ecchymoses, plaies franches, plaies contuses, fractures, morsures avec leur taille, couleur, localisation. Pensez à examiner les zones saillantes : coudes, genoux, paume des mains, fesses
- ✓ Mentionner des éléments cliniques négatifs si cela est utile;
- ✓ Prendre des photos ou réaliser un schéma anatomique car les certificats sont destinés aux autorités judiciaires qui n'ont pas de connaissance de l'anatomie et des termes médicaux ;
- ✓ Prescrire des examens complémentaires si nécessaire (radiographie et consultations spécialisées) qui pourront modifier les conclusions et le mentionner expressément ;
- ✓ Décrire la gêne fonctionnelle à savoir la gêne pour accomplir les actes usuels de la vie (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, nécessité de prise d'antalgique en raison des douleurs ...)

Sur le plan psychique :

Le médecin recherche et décrit l'état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation et plus particulièrement des symptômes fréquents et/ou spécifiques en cas de violences notamment : des **troubles anxio-dépressifs** (des idées suicidaires), des **troubles alimentaires** et de la **sexualité**, des **conduites addictives et à risque**, des **troubles somatiques liés au stress**, des **symptômes d'hyperactivation neuro-végétatives** (hyper vigilance, sursauts, insomnies, palpitations, irritabilité, troubles de la concentration...), des **symptômes dissociatifs** (déconnection émotionnelle, d'être spectateur détaché des événements, de dépersonnalisation, désorientation, confusion, amnésie) une **détresse émotionnelle péri-traumatique** (reviviscences sensorielles et émotionnelles des violences, flashbacks, cauchemars).

D - ETAT ANTERIEUR

- ✓ Ne mentionner que les antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques.
- ✓ Rappeler les constatations faites au cours de précédentes consultations en lien avec les faits exposés : cicatrices antérieures, douleurs antérieures de la zone atteinte, antécédents chirurgicaux.

E - L'ITT, INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (facultatif)

Définition :

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la **durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime** notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

L'ITT est une notion **pénale** qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. **Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT** (art. 222-13 C. pén.) en raison de la qualité de l'auteur.

L'ITT diffère de l'incapacité temporaire totale (ITT civile) ou Déficit fonctionnel temporaire total (DFTT) qui, au **civil**, correspond à la période, **indemnisable**, pendant laquelle la victime va se trouver empêchées de jouir de ses pleines capacités (périodes d'hospitalisation en règle).

La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT **pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical.**

Si vous décidez de la déterminer, quelques recommandations-précautions :

- ✓ Ecrire en toutes lettres, en la justifiant par une description précise des troubles fonctionnels.
- ✓ Pour les violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques mais qui n'entraînent pas de gênes fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, il peut être utile de préciser néanmoins, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne.
- ✓ **PRECISER SYSTEMATIQUEMENT « Sous réserve de complications ultérieures ».**

DATER ET SIGNATURE DU MEDECIN

Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.

XXXXXXXXXX

Une posture professionnelle adaptée pour la prise en charge des femmes victimes de violences

Au-delà du certificat médical, le médecin doit délivrer un certain nombre de conseils et d'informations notamment :

- *affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;*
- *conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable) ;*
- *inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones;*
- *informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;*
- *informer la victime de la possibilité de porter plainte ;*
- *évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire*
- *proposer une nouvelle consultation dans un délai court*



A dire à la patiente victime

«Vous n'y êtes pour rien»
«L'agresseur n'y est le seul responsable».
« La loi interdit les violences»
« Vous pouvez être aidée »
« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaitre les associations d'aide près de chez vous»
« Je vous donne un nouveau rendez-vous »

Pour en savoir plus, visitez le site stop-violences-femmes.gouv.fr rubrique «Je suis un-e professionnel-l-e »

Annexe 3 : Modèle de certificat médical proposé par l'HAS

Modèle de certificat médical initial

sur demande spontanée de la victime(1)

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement (ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).

Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal ³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____(Nom, Prénom)_____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom)_____¹.

Il/Elle déclare ⁴« avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____) ⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____) ⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi ⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications ¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____(heure) _____, à _____(lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____(Nom, Prénom)_____¹ et remis en main propre.

Signature ¹² et
cachet d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

- 1 En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».
- 2 La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.
- 3 Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.
- 4 Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.
- 5 Mentionner les examens complémentaires réalisés.
- 6 Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.
- 7 Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.
- 8 Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.
- 9 À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.
- 10 Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.
- 11 La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.
- 12 Signature à la main obligatoire

Annexe 4 : Modèle de certificat médical proposé par le rapport Henrion

Sans réquisition, pour un adulte

Je soussigné (e) : (NOM, prénom)....., docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour (heure, jour, mois, année).....
à sa demande, Madame, Mademoiselle : (NOM, prénom),
née le : (jour, mois, année),
domiciliée à : (adresse précise).

Elle déclare avoir été victime de (description de l'agression)

.....
..... le (heure, jour, mois, année).....
à..... (lieu) par (inconnu ou personne connue).....

Madame, Mademoiselle..... présente les signes suivants :

– à l'examen général :
(préciser le comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état
dépressif.....)

– à l'examen somatique :
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions
cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures.....,
indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de
gravité.....)

– examens pratiqués : prélèvements, radiographies.....

En conclusion, Madame, Mademoiselle..... présente (ou non) des traces de
violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle
dit avoir subie (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression).

L'incapacité totale de travail (ITT) pourrait être de..... jours sous réserve de
complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une incapacité
permanente partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressée pour valoir ce que de droit.

Signature du médecin

Annexe 5 : Modèle de certificat médical propose par le ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité

Je soussignée.....docteur en médecine.....
certifie avoir examiné ce jour.....

Madame.....
ou
Monsieur.....

né(e) le..... domicilié(e) à

Elle/il déclare avoir été victime de

le à par.....

Madame/Monsieur..... se plaint de.....

Elle/il présente à l'examen somatique :

Les examens complémentaires pratiqués :

Sur le plan psychologique, elle/il présente :

En conclusion, Madame ou Monsieur
présente des traces de violences et une réaction psychique compatible avec l'agression
qu'elle/il dit avoir subie.

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de.....jours, sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP)
à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Signature

Annexe 6 : GUIDE D'ENTRETIEN

INFORMATIONS GENERALES :

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre type d'exercice : rural, semi-rural, urbain ou SOS médecin?

Etes-vous souvent confronté, dans votre exercice, aux violences conjugales et à la rédaction du certificat médical ?

QUESTION D'OUVERTURE :

Pouvez-vous me rapporter votre expérience en matière de violences conjugales, et notamment sur la rédaction du certificat médical ?

OU

Rédigez-vous des certificats médicaux de coups et blessures pour violences conjugales ?

GUIDE THEMATIQUE :

But du certificat

Que savez-vous de ce certificat médical?

Quel est son but ?

Rôle du médecin généraliste

Pensez-vous que ce soit votre rôle ?

Circonstances de rédaction

En rédigez-vous toujours un ?

Dans quelles circonstances en rédigez-vous?

Dans quelles circonstances n'en rédigez vous pas ?

Règles de rédaction

Connaissez-vous les règles de rédaction ?

Indiquez-vous les dires de la patiente ?

Mentionnez-vous le lien avec l'auteur ?

Décrivez-vous les lésions ?

Règles de délivrance

Remettez-le vous systématiquement à la patiente ?

L'ITT

Qu'est ce que c'est pour vous l'ITT ? A quoi pensez-vous que ça sert?

Sur quoi vous baser vous pour déterminer la durée de l'ITT ? Et l'ITT psychologique ?

Pensez-vous qu'elle est réévaluée ? Systématiquement ?

Comment voyez-vous la place du médecin légiste ?

Avez-vous recours au conseil de l'Ordre ?

Considérez-vous que ce soit votre rôle de fixer une ITT?

Implication médico-légales

Quelle est pour vous la valeur du certificat médical d'un médecin généraliste ?

Etes-vous à l'aise avec les conséquences médico-judiciaires ?

Pensez-vous aux conséquences : Pour la victime ? Pour l'homme violent ? Pour le médecin ?

Contraintes rencontrées

Etes-vous à l'aise dans ce genre de situation ? Rencontrez vous des difficultés ?
Trouvez-vous que ça s'intègre bien dans votre exercice de médecin généraliste ? Y a t'il des contraintes ?
Vous sentez-vous assez formé ?
Avez-vous peur de l'homme violent ?

Vécu du médecin

Est-ce que selon vous, votre vécu (personnel ou professionnel) influence votre façon d'aborder la rédaction du certificat médical de coups et blessures pour violences conjugales ?
Et votre formation médicale dans ce domaine ?
Est-ce que ce sont des consultations que vous abordez sereinement ? Est-ce que ça vous procure des sentiments particuliers ?

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy Senand

Vu, le Directeur de thèse,
Madame le Professeur Laure Van Wassenhove

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales.

RESUME :

Introduction : Les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs des victimes de violences conjugales. Le certificat médical de coups et blessures est fondamental pour les défendre. La qualité de sa rédaction est donc essentielle. Néanmoins, les certificats des médecins sont souvent peu et/ou mal rédigés. L'objectif de notre étude était de comprendre les réticences des médecins généralistes à la rédaction d'un certificat de coups et blessures de bonne qualité dans ces situations.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi directifs, auprès de 12 médecins généralistes exerçant en ambulatoire en Loire-Atlantique ou en Vendée.

Résultats : Les médecins confrontés à la rédaction de ces certificats éprouvent un inconfort psychique. Ils sont en difficulté pour rapporter les commémoratifs (les dires de la patiente sur les circonstances de l'agression et le lien qui la lie à son agresseur), la description des lésions psychologiques, et l'ITT. La peur des répercussions judiciaires du certificat est le principal frein à la rédaction. La non assistance à personne en danger est moins redoutée. L'inconfort des médecins s'explique par la discordance entre les attentes de la justice pénale qui souhaite un certificat détaillé, et les recommandations des instances ordinales qui suggèrent la prudence pour éviter les sanctions disciplinaires.

Conclusion : La politique de santé publique actuelle travaille à la facilitation du signalement des violences. Dans ce cadre, une réflexion globale semble nécessaire pour harmoniser les attentes de la justice et les recommandations des Conseils Ordinaux. La clarification de la responsabilité des médecins permettrait de réduire leur inconfort et donc d'améliorer la qualité de leurs certificats.

MOTS CLES : Violences conjugales, Certificat médical de coups et blessures, Médecins généralistes, Etude qualitative.