



HAL
open science

Le rôle du chirurgien-dentiste face aux victimes de violences conjugales

Clara Monniello

► **To cite this version:**

Clara Monniello. Le rôle du chirurgien-dentiste face aux victimes de violences conjugales. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. hal-03806081

HAL Id: hal-03806081

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806081>

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE

Année 2021

N° 11676 C

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 27 mai 2021

par

Clara MONNIELLO
Née le 10/01/1995 à Le Creusot (71)

**Le rôle du chirurgien-dentiste face aux victimes
de violences conjugales**

Composition du jury :

Président :

Pr Catherine STRAZIELLE

Membres :

Dr Kazutoyo YASUKAWA

Dr Mariette CAÏONE

Dr Greyce NASREDDINE

Directeur de thèse :

Dr Céline CLÉMENT

« Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

Président : Professeur Pierre **MUTZENHARDT**

Doyen : Professeur Jean-Marc **MARTRETTE**

Vice-Doyens : Dr Céline **CLEMENT** – Dr Rémy **BALTHAZARD** – Dr Anne-Sophie **VAILLANT**

Membres Honoraires : Dr L. **BABEL** – Pr. S. **DURIVAUX** – Pr A. **FONTAINE** – Pr G. **JACQUART** – Pr D. **ROZENCWEIG** - Pr **ARTIS**

Doyens Honoraires : Pr J. **VADOT**, Pr J.P. **LOUIS**

Département odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme JAGER Stéphanie	Maitre de conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maitre de conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maitre de conférences *
	M. HAINOT Raphaël	Assistant
	Mme HILT Léa	Assistante
	Mme HOMBOURGER Morgane	Assistante
Département orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	M. VANDE VANNET Bart	Professeur des universités *
	Mme SENG Marilyne	Assistante *
	Mme TRAN Mai-Linh	Assistante
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme CLÉMENT Céline	Maitre de conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Enseignant univ. – praticien attaché*
	Mme CAIONE Mariette	Assistante
Département parodontologie Sous-section 57-01	M. AMBROSIINI Pascal	Professeur des universités *
	Mme BISSON Catherine	Maitre de conférences *
	M. JOSEPH David	Maitre de conférences *
	M. LACH Patrick	Assistant
	Mme ROCCHI Léa	Assistante
	M. VEYNACHTER Thomas	Assistant *
Département chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme GUILLET-THIBAUT Julie	Maitre de conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maitre de conférences
	Mme KICHENBRAND Charlene	Maitre de conférences *
	Mme PHULPIN Bérengère	Maitre de conférences *
	M. CLERC Sébastien	Assistant*
	Mme DE VERBIZIER Charlotte	Assistante
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme PEREIRA Laure	Assistante
	M. YASUKAWA Kazutosyo	Maitre de conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des universités *
	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Maitre de conférences *
	M. LOISON-ROBERT Ludwig	Maitre de conférences *
	M. MORTIER Eric	Professeur des universités *
Département dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M. AMORY Christophe	Maitre de conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maitre de conférences *
	M. VINCENT Marin	Maitre de conférences*
	Mme DAVRIL Jeanne	Assistante *
	M. GIESS Renaud	Assistant *
Département prothèses Sous-section 58-01	M. GRABER Clément	Assistant
	M. DE MARCH Pascal	Maitre de conférences
	Mme CORNE Pascale	Maitre de conférences *
	M. SCHOUVER Jacques	Maitre de conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maitre de conférences *
	M. GIESLAK Steve	Assistant
	Mme GERBER Caroline	Assistante *
	Mme PRINTZ Elodie	Assistante
	M. SYDA Paul-Marie	Assistant
	Mme WILK Sabine	Assistante
M. HIRTZ Pierre	Enseignant universitaire	
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maitre de conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maitre de conférences
	Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Assistante associée

Souligné : responsable de département * temps plein

Mis à jour le 25 mars 2021

Remerciements

A notre président du jury de thèse,

Madame la Professeure Catherine STRAZIELLE

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré en sciences neurologiques

Habilitée à diriger des recherches

Professeur des universités – praticien hospitalier

Responsable du département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

Chevalier des palmes académiques

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute notre estime et de notre gratitude pour vos précieux enseignements durant notre cursus.

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de conférences – praticien hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé,
odontologie légale

Vice-doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Vous nous faites l'honneur de diriger notre travail.

Nous vous sommes très reconnaissants de l'intérêt que vous avez su porter à notre sujet, et de nous avoir conseillé tout au long de sa rédaction.

Merci pour votre temps consacré à ce travail - en lequel vous trouverez, je l'espère, le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre gratitude envers vos qualités pédagogiques et vos enseignements pendant notre cursus.

Madame le Docteur NASREDDINE Greyce

Docteur en chirurgie dentaire

Ancienne assistante hospitalo-universitaire

Vous nous faites l'honneur de codiriger notre travail, dont le sujet traité fait suite à l'un de vos enseignements pendant notre cursus. Nous vous remercions de nous avoir fait confiance pour approfondir cette problématique qui nous tenait à cœur, et pour vos conseils et votre bienveillance durant la rédaction de ce travail.

Madame le Docteur CAIONE Mariette

Docteur en chirurgie dentaire

Assistante hospitalo-universitaire

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail, ainsi que pour nos échanges pendant la rédaction de cette thèse.

Monsieur le Docteur YASUKAWA Kazutoyo

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'université Paris DESCARTES mention sciences de la vie et de la santé

Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire

Maître de conférences – praticien hospitalier

Responsable du département de biologie orale

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour vos enseignements tout au long de notre cursus et pour votre contribution à cette thèse.

Vous trouverez dans ce travail nos plus sincères remerciements pour votre gentillesse, votre ouverture d'esprit et votre implication auprès des étudiants de notre faculté.

Autres remerciements

Maman, tu es une femme et une mère exceptionnelle, dévouée et si intelligente.... Tu nous as transmis à Emma et moi des rêves et des objectifs d'indépendance et d'instruction exigeants, mais pour lesquels tu nous as fourni ton soutien illimité et sans faille. Merci pour tout Dr Mathieu, je t'aime. *(sauf pour les...)*

Mon **Papou**, merci pour ton soutien et ta présence à chaque fois que j'en ai eu besoin, nos sorties sport et nos promenades. Ta force de caractère dont on a hérité est un atout précieux, mais en revanche, je ne sais pas si je dois te remercier de m'avoir transmis ton humour... Arigateau, je t'aime très fort. *(... fromages de chèvre dans la cabane).*

Emma : mon âme sœur, ma moitié, ma meilleure amie, ma pouc... Je serais quoi sans toi ? Sûrement un vieux ret. Je t'aime. YLP.

Sandrine, Mimo, Leo et Luca : vous êtes mon souffle d'air frais, sans faille, sans condition... Je vous aime tellement.

Papy Jean, Mamy Philo, Papy Leonard et Mamy Annie : j'espère avoir été à la hauteur de vos encouragements et de votre soutien, merci infiniment pour tout.

Adèle, Marion, Margot, Claire et Solène : depuis le premier jour de la P2 pour certaines, vous m'avez fait passer des années d'étude exceptionnelles. Vous m'avez apporté chacune des choses à votre manière, des visions différentes de la vie ; et tout cela a constitué le socle d'une amitié incroyable. Si fière de vous compter parmi les femmes de ma vie.

Esther, Mathilde et Eric : mes amis de lycée, nos retrouvailles annuelles depuis toutes ces années sont toujours tant attendues et si drôles... vous me manquez.

Claire et Elise, vous avez rendu ma seconde D3 bien plus cool et drôle.

Kazu Y, je te remercie d'avoir pris du temps pour prendre de mes nouvelles, m'appeler, dans les bons moments mais aussi les plus stressants de mon cursus. C'est aussi grâce à toi que j'ai pu partir à Dijon ; ton soutien a été un tremplin pour une belle fin d'études.

Mehdi, de ton premier semestre d'internat jusqu'à nos courriers confraternels signés Dr, je dois dire que je suis assez fière de notre improbable binôme.

Les résidents de Dijon 2019-2020.

Flora, je me souviendrai de notre week-end à Aix, et de tous les moments qu'on a passé ensemble à discuter... je pense que dans quelques années, on rigolera de nos inquiétudes face à la mer!

Mathilde, Margaux, Marine, on a tellement rigolé ensemble, merci pour tous ces petits moments !

Diane, nos longues discussions à refaire le monde sont toujours enrichissantes ; j'ai été ravie de partir à Dijon avec toi.

Roman, Jérémy ; j'ai adoré travailler avec vous (mais surtout vous retrouver au Del).

Dr Estelle Blois

Je te remercie à nouveau de la confiance que tu m'as accordée pour mon premier remplacement et mes premiers pas en cabinet libéral : je n'en garde que des bons souvenirs grâce à ta bienveillance et suis toujours ravie d'avoir de tes nouvelles de temps en temps !

Le rôle du chirurgien-dentiste face aux victimes de violences conjugales

Sommaire

Liste des figures 12

1. Introduction sur les violences domestiques	13
1.1. Contexte	13
1.2. Données épidémiologiques	15
2. Définitions des violences conjugales	17
2.1. Les violences verbales et psychologiques	19
2.2. Les violences physiques et sexuelles	20
2.3. Conséquences sur la victime	20
2.3.1. Les conséquences psychologiques	20
2.3.2. Conséquences sur la santé physique et la santé bucco-dentaire	22
2.3.3. Attitude face aux soins médicaux	23
2.3.4. Conséquences sur les enfants	24
3. Dépistage des victimes de violences par le chirurgien-dentiste : comment les reconnaître ?	24
3.1. Questionnaire médical, anamnèse	25
3.2. Examen clinique	28
3.3. Cas cliniques	31
4. Prise en charge de la victime en milieu de soins dentaires	34
4.1. Aspects psychologiques	37
4.1.1. Savoir écouter	37
4.1.2. Accueillir la révélation des violences	38
4.2. Conseiller et informer : être un intermédiaire	40
4.2.1. Associations et organismes d'aide aux victimes	40
4.2.2. Démarches juridiques	43

4.2.3. Autres contacts	49
4.3. Spécificités cliniques de la prise en charge	51
4.3.1. La relation de confiance	51
4.3.2. Aider et motiver le suivi	52
4.3.3. Le conjoint violent	53
4.3.4. Traumatologie	56
5. Les aspects juridiques : position du chirurgien-dentiste envers la législation en vigueur	60
5.1. Le secret professionnel et le signalement	60
5.1.1. Le secret professionnel : définition et législation	60
5.1.2. Le signalement et la « permission de dénoncer »	62
5.1.3. Les situations extrêmes : la personne en péril immédiat et la notion de danger grave et imminent	64
5.2. Certificat médical initial, de constatation	71
5.3. Devoir de formation du chirurgien-dentiste	76
5.3.1. Implication de la profession : Ordre et syndicats de la profession	77
5.3.2. Autres formations	79
6. Les outils de communication avec le public	80
6.1. Campagnes nationales : affiches et clips vidéo	80
6.2. 2019 : le Premier Grenelle des violences conjugales	81
6.3. Autres outils de communication	82
6.4. Informations à afficher au cabinet dentaire	84
7. Conclusion	86
8. Références bibliographiques	87
9. Annexes	99

Liste des figures

Figure 1 : Examen clinique révélant un hématome mentonnier.....	33
Figure 2 : Radiographie panoramique.....	33
Figure 3 : La roue des violences.....	81
Figure 4 : Affiche pour le cabinet dentaire.....	85

1. Introduction sur les violences domestiques

1.1. Contexte

A ce jour, en 2021, selon les Nations Unies, la violence à l'égard des femmes reste l'une des violations des droits humains les plus persistantes. Elle demeure également l'une des moins signalées « *en raison de l'impunité, du silence, de la stigmatisation et du sentiment de honte qui l'entourent* ».

La déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993, a défini la violence à l'égard des femmes comme « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* » ; et reconnaît « *que la violence à l'égard des femmes traduit des **rapports de force historiquement inégaux** entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes, et qu'elle compte parmi les principaux mécanismes sociaux auxquels est due la subordination des femmes aux hommes* ». (Nations Unies, 1993)

Parmi les violences sexistes, les **violences conjugales** tiennent une place conséquente : selon les estimations mondiales de l'OMS, **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 intime au cours de leur vie.

Au niveau mondial, pas moins de 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin. (Garcia-Moreno et coll., 2013)

Le 17 décembre 1999, l'Assemblée Générale des Nations unies a proclamé le 25 novembre, la *Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. Le but de cette journée internationale est d'inciter les gouvernements, organisations internationales et ONG à organiser des activités de sensibilisation et de prévention.

Depuis, des actions voient régulièrement le jour. En France, s'est ouvert le 3 septembre 2019 le **premier Grenelle des violences conjugales**. Ce Grenelle a permis de réunir de nombreux acteurs (gouvernementaux, administrations, associations, victimes et proches de victimes, avocats, professionnels de santé, forces de l'ordre...) avec un objectif commun : « *prendre des engagements concrets et collectifs* » contre les violences conjugales, sous la forme de mesures d'urgence.

Cet objectif s'articule autour de trois grands axes : prévenir ; protéger et prendre en charge ; punir pour mieux protéger.

Les prestataires de soins de santé, acteurs importants de la lutte contre ce fléau de santé publique, doivent ainsi être conscients de la nature sexiste de la violence à l'encontre des femmes, et du fait qu'elle bafoue les droits de l'homme. (OMS, 2013)

Une étude réalisée en France en 2012 auprès de 228 chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme a révélé que seulement 5,7% des praticiens recherchaient systématiquement des signes d'abus chez leurs patients. 36% d'entre eux ont déclaré avoir déjà rencontré un ou plusieurs cas d'abus, et 48% en avoir suspecté au moins un.

Seuls 28% d'entre eux adopteraient une attitude adaptée en regard de la législation française s'ils étaient confrontés à un cas d'abus ou de violences domestiques.

Finalement, 75,9% des praticiens souhaiteraient davantage de formation et d'assistance dans la détection et la prise en charge des patients maltraités, notamment en ce qui concerne les signes de maltraitance et le cadre juridique. (Drigeard et coll., 2012)

Ces résultats coïncident avec ceux d'autres études, notamment réalisées au États-Unis, qui ont montré que parmi une population de victimes de violences conjugales, 50% d'entre elles avaient consulté un chirurgien-dentiste alors qu'elles présentaient de signes d'abus, mais que seulement 11,4% d'entre elles avaient été questionnées par le praticien par rapport à ceux-ci. La plupart des chirurgiens-dentistes interrogés (94%) n'avaient pas de protocole écrit

disponible dans leur cabinet en cas d'identification de violences conjugales. Pourtant, en faisant partie des principaux intervenants réguliers de la sphère oro-faciale, les chirurgiens-dentistes sont parmi les praticiens les plus à même d'identifier des signes de violences physiques. (Mythri et coll., 2015) (Hendler et Sutherland, 2007)

L'objectif de cette thèse est donc d'aider le praticien chirurgien-dentiste à acquérir les réflexes et les connaissances nécessaires pour fournir un soutien immédiat et nécessaire aux victimes. En effet, un certain nombre de difficultés principales ont été identifiées, qui ont pu empêcher ou décourager le praticien d'agir pour la victime :

- Le sentiment de manque de connaissances et/ou de certitudes pour identifier une victime de violence domestique ;
- Le praticien a eu peur d'offenser sa patiente ou était embarrassé d'aborder le sujet ;
- Le praticien ne disposait pas d'une liste d'organismes référents de soutien et d'aide aux victimes ;
- Le praticien a estimé que « cela n'était pas son problème ».

(Mythri et coll., 2015)

(Van Dam et coll., 2015)

(Hendler et Sutherland, 2007)

Nous rappelons que si les femmes représentent plus de 70% des victimes de violences conjugales, environ 28% des victimes sont des hommes. Les femmes étant fortement surreprésentées parmi les victimes de violences conjugales, ce travail traitera plus spécifiquement des violences faites aux femmes. Les violences conjugales sur les hommes nécessitent une approche différente de celle concernant les femmes, mais certains aspects de la prise en charge nous semblent comparables (notamment l'aspect juridique).

1.2. Données épidémiologiques

D'après les données recueillies en France et publiées en août 2020 par le ministère de l'Intérieur dans l'Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, en 2019 :

- 146 femmes (118 en 2018) ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire - ce qui représente une femme tous les 2,5 jours ;
- Les faits sont en majorité commis au domicile du couple ;
- La dispute et le refus de la séparation demeurent les principaux mobiles du passage à l'acte ;
- La victime est « très majoritairement féminine » : l'étude compte 27 décès masculins en 2019 ;
- 7 femmes sur 10 déclarent avoir subi des faits répétés ;
- Seulement 26% des victimes avaient signalé des violences antérieures aux forces de sécurité intérieure ; et seuls deux auteurs faisaient l'objet d'un contrôle judiciaire.

(Ministère de l'Intérieur, 2020)

La MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres Humains) publie chaque année dans sa « Lettre de l'Observatoire national des violences aux femmes » les indicateurs nationaux annuels. Dans sa dernière lettre publiée en novembre 2020, en 2019 en France :

- Sur les 146 femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, 41% avaient subi des violences antérieures ;
- 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur (ex-)conjoint sur une année ;
- Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte (chiffres 2018) ;
- 88% des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes.

(MIPROF, 2020)

Dans le rapport d'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » publié en 2019, sur la période 2011-2018 :

- Le nombre annuel moyenne de victimes de violences conjugales entre 18 et 75 ans atteint 300.000 personnes, ce qui représente 0,7% de la population de cette tranche d'âge ;
- Les femmes représentent 72% des victimes ;

- Les jeunes entre 18 et 29 ans sont fortement surreprésentés chez les femmes victimes ;
- Seulement 14% des victimes déclarent avoir déposé plainte.

Ce rapport précise que « ces résultats sont à prendre avec prudence car il manque en effet l'information des victimes potentielles parmi les enquêtés qui refusent de répondre aux questions sur les violences subies au sein du ménage et qui pourraient modifier cette répartition. » : « les chiffres **sous-estiment** donc le nombre réel de victimes, car les violences au sein du ménage restent encore aujourd'hui un **sujet tabou** ». (INSEE, 2019)

2. Définitions des violences conjugales

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit la violence conjugale comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les agressions sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* ». (OMS, 2011)

Les violences conjugales sont caractérisées par des situations où les faits de violences - pouvant être de plusieurs types - sont à la fois récurrents, souvent cumulatifs, s'aggravent et s'accroissent suivant le phénomène de la spirale ; et sont inscrits dans un rapport de force asymétrique dominant/dominé. Ces violences diffèrent des disputes ou des conflits conjugaux où deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité. Pour les violences conjugales, il s'agit d'un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime : ces violences créent un climat de peur et de tension permanent au quotidien.

Au regard de la loi, toutes les violences sont interdites et punies. Par ailleurs, par l'article 132-80 du Code Pénal, le législateur retient le lien affectif existant (ou ayant existé) qui lie l'auteur à la victime comme une circonstance aggravante « *dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime* » (Légifrance, 2018)

Dès ses premières publications sur le sujet en 1979, dans « *The battered women* », Lenore E Walker décrit la violence conjugale comme un cycle en quatre phases :

- Phase 1 : le climat de tension
 - Le conjoint est de plus en plus tendu, a des accès de colère violents ;
 - La victime a peur : elle doute d'elle-même, se sent paralysée.
- Phase 2 : la crise
 - Le conjoint passe à l'acte : l'agression prend la forme d'actes de violence verbale, psychologique, ou physique ;
 - La victime se sent humiliée, est triste et en colère contre le conjoint.
- Phase 3 : la justification
 - L'agresseur finit par s'excuser, minimise son agression et fait porter la responsabilité à la victime ;
 - La victime se sent alors responsable de la violence du conjoint : « *Il a peut-être raison. J'exagère, je suis trop sensible* ». Cette culpabilisation s'accroît avec la répétition des agressions.
- Phase 4 : la « lune de miel » ou rémission, accalmie
 - Le conjoint demande pardon, parle de thérapie et a un comportement positif, se montre attentionné ;
 - La victime reprend espoir et redonne une chance.

(Walker, 1979)

Ce cycle se reproduit et s'accélère avec le temps.

Il est important de connaître ces phases et de les repérer : en effet, la patiente sera réceptive à nos interrogations et nos conseils **entre la phase 2 et la phase 3**, c'est-à-dire dans les 48 heures après l'agression, au moment où elle est en colère contre son conjoint. Passé ce délai, l'attitude du conjoint qui parvient à justifier son acte et à s'excuser (phase 3) rendra la victime inapte à dénoncer son agresseur et à agir pour elle-même.

La connaissance du caractère « cyclique » des violences est également essentielle pour comprendre certains comportements des victimes comme le retrait de plainte ou encore la réconciliation avec le conjoint violent ; entraînant les récidives multiples et toujours plus graves de l'agresseur.

Les violences peuvent exister sous de multiples formes que nous allons décrire, et qui se cumulent très souvent.

2.1. Les violences verbales et psychologiques

- Violences verbales : insultes, injures, menaces, cris ;
- Violences psychologiques : propos dénigrants, interdictions, comportements d'intimidations, humiliations et insultes, dévalorisation, chantages, isolement, contrôle de la vie sociale, harcèlement, menaces de faire du mal ou de partir : la victime perd l'estime d'elle-même, culpabilise ;
- Violences économiques et administratives : interdiction d'avoir un emploi, contrôle des dépenses, des moyens de paiement, confiscation ou vol des ressources, confiscation des papiers ;
- Isolement : surveillance (ce qu'elle fait, à qui elle parle, où elle va), limitation ou interdiction des activités extérieures y compris professionnelles ou médicales (rendez-vous chez le médecin, le chirurgien-dentiste), interdiction de conduire, d'avoir le téléphone, séquestration, enfermement ;
- Utilisation des enfants : culpabilisation de la victime à propos des enfants, utilisation du droit de visite pour la harceler, menace de lui enlever les enfants, de la dénoncer à l'aide sociale, instrumentalisation des enfants voire violences sur les enfants.

2.2. Les violences physiques et sexuelles

- Violences physiques : immobilisation de force, bousculades, coups de pied ou de poing avec ou sans objet/arme, strangulations, morsures, brûlures, griffures, séquestrations ;
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, contrôle de la sexualité, de la fertilité (IVG, contraception imposée ou refusée), pratiques imposées, prostitution, agressions sexuelles ou viols.

2.3. Conséquences sur la victime

Quelle que soit la forme des violences, les conséquences sur la victime sont importantes à court et long terme, et ce sur plusieurs aspects de la vie : santé, relationnel, professionnel.

Selon le rapport d'enquête « Cadre de Vie Sécurité » 2019, sur la période 2011-2017 :

- 43% des victimes rapportent que les violences subies au sein du ménage ont entraîné des perturbations dans leur vie quotidienne, notamment professionnelle, en particulier les victimes de violences répétées ;
- 61% des victimes de violences conjugales ont eu des blessures physiques ;
- 70% déclarent que l'agression a causé des dommages psychologiques importants ou très importants.

(INSEE, 2019)

2.3.1. Les conséquences psychologiques

Face à une agression, divers types de réactions psychiques peuvent être identifiés :

- Les manifestations immédiates : détresse, phénomènes de dissociation et sidération ;
- Les manifestations précoces : ce sont les troubles du stress aigu, qui surviennent dans les 4 semaines après l'agression ;

- Les manifestations tardives, à long terme : ce sont les troubles du stress post-traumatique : ils représentent jusqu'à 58% des victimes de violences conjugales (contre 24% pour l'ensemble des victimes de traumatismes), et ce chiffre passe à 80% lorsque les violences sont répétées et habituelles pendant des années, et qu'elles incluent des violences sexuelles (Salmona, 2017) ;
- D'autres manifestations psychiques : dépression post-traumatique, modification durable de la personnalité, anxiété généralisée, attaques de panique, dévalorisation, peur du contact physique, tentatives de suicide (les femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois ont 26 fois plus de risque de faire une tentative de suicide que la population générale (MIPROF, 2015)), troubles cognitifs, perte de l'estime de soi et dévalorisation, honte, culpabilité, minimisation des violences, isolement,...

Au moment de l'agression, la victime de violences conjugales peut présenter un comportement d'apparence « inadapté » : elle ne se défend pas, ne prend pas la fuite, et dira qu'elle se sentait spectatrice de son agression : c'est ce que l'on appelle le phénomène de dissociation.

Ce comportement fréquent s'explique par des réactions biologiques se mettant en place face au stress intense vécu au moment de l'agression. En effet, la violence a un pouvoir de « sidération » : le stress est caractérisé « dépassé », et des mécanismes neurobiologiques de survie se déclenchent. On assiste alors à une disjonction du circuit émotionnel et de la mémoire, ce qui génère un arrêt brutal de la production d'hormones de stress se manifestant par une anesthésie émotionnelle et physique (la dissociation traumatique) ; et une mémoire traumatique, qui rentre dans le cadre des troubles du stress post-traumatique et fait revivre de manière incontrôlée à la victime l'agression, avec les mêmes ressentis sensoriels (flashbacks et souvenirs intrusifs).

La connaissance de ces mécanismes psycho-traumatiques répond à la question « Pourquoi n'a-t-elle pas quitté son conjoint dès la première agression ? » et permet aux professionnels de santé de mieux prendre en compte les

processus d'emprise subis par les victimes, et les aide à mieux comprendre ces dernières, les protéger et les prendre en charge : c'est un véritable gain de chance pour les victimes, et cela est perçu comme une reconnaissance de leur expérience traumatique. (Salmona, 2017)

2.3.2. Conséquences sur la santé physique et la santé bucco-dentaire

Les conséquences sur la santé physique générale des femmes victimes peuvent être classées en quatre grandes catégories :

- Traumatismes **physiques** aigus ou immédiats : à savoir que parmi les traumatismes physiques, les blessures sont majoritairement localisées dans les régions de la tête et du cou : cela représenterait 38,7% des blessures selon un étude réalisée en 2010 au Brésil. (Garbin et coll., 2012)
- Impact sur la santé **psychique** et développement des **comportements à risque** chez la victime : addictions (alcool, tabac, drogue), troubles alimentaires, dépression, anxiété, pensées et comportements suicidaires ou auto-agressifs ;
- Conséquences sur la **santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale** des femmes : douleurs pelviennes chroniques, hémorragies et infections gynécologiques et urinaires, complications lors de la grossesse, avortements dangereux ;
- **Maladies chroniques et troubles au long cours** : douleurs et fatigue chroniques, troubles cardiovasculaires et accident vasculaire-cérébral, hypertension, troubles endocriniens (diabète), troubles rhumatismaux, neurologiques et dermatologiques, développement de maladies auto-immunes. (Salmona, 2017)

(MIPROF, 2015)

Les conséquences physiques et psychologiques des violences conjugales ne sont pas limitées à la santé générale, mais concernent également et de manière plus spécifique la **santé orale** : en plus des blessures traumatiques de la sphère bucco-dentaire (repérées lors de l'examen clinique dentaire et qui seront détaillées en 3.2.), les conséquences physiologiques de la dépression

et de l'anxiété engendrées par les violences répétées sont nombreuses : **négligence de l'hygiène bucco-dentaire, xérostomie, alimentation cariogène, immunodépression, bruxisme, aphtes, maladies parodontales, caries**, etc. (Kundu et coll., 2014)

Dans les cas de violences économiques et/ou administratives, le partenaire violent peut contrôler l'accès aux soins dentaires de la victime : au quotidien (la victime n'a plus accès au minimum nécessaire pour assurer son hygiène orale), et/ou en empêchant la victime d'accéder à des soins chez le chirurgien-dentiste, même urgents.

Finalement, outre les conséquences traumatiques directes des violences, la sphère bucco-dentaire en subit les conséquences indirectes : l'anxiété, la dépression et le stress engendrés sont responsables d'une part de la dégradation de l'état bucco-dentaire, mais également d'une négligence de l'hygiène orale ; tout cela étant aggravé par la difficulté d'accès aux soins dentaires.

2.3.3. Attitude face aux soins médicaux

Les soins peuvent être particulièrement difficiles et inconfortables pour les victimes d'abus, qui ont l'impression de vivre une « perte de contrôle » et une atteinte corporelle comme lors d'une agression. La victime est en état d'alerte permanent, avec le sentiment constant d'être sous la menace d'une agression, même si cela est inconscient.

Une peur extrême concerne particulièrement les patientes victimes d'abus sexuels, et ces dernières n'ont pas forcément conscience du lien existant entre leur angoisse et les agressions subies. (Kundu et coll., 2014) (Willumsen, 2001)

En ce sens, une étude datant de 1996 mettait déjà en évidence une peur dentaire accrue chez les femmes victimes d'abus ; et les femmes interrogées avec les plus hauts scores d'anxiété dentaire présentaient deux fois plus de probabilité d'être des victimes d'abus répétés. (Walker et coll., 1996)

Cette peur peut se traduire par un absentéisme (rendez-vous manqués, reportés à multiples reprises), une angoisse et une réticence face aux soins voire un refus de soins, une attitude questionneuse, méfiante ou au contraire une attitude très docile voire « figée » par la peur, ou par d'autres signes plus francs comme la crise d'angoisse, l'hyperréactivité.

2.3.4. Conséquences sur les enfants

Les enfants qui entendent ou assistent à des scènes de violences domestiques, même s'ils ne sont pas eux-mêmes l'objet de ces violences, en sont toujours des victimes indirectes : « toute situation de violence au sein du couple constitue une **situation de maltraitance** pour les enfants qui y sont exposés ». (HAS, 2019)

Les conséquences sur ces enfants « témoins » dépendent de la durée des violences conjugales, de l'environnement familial et social et de l'âge de l'enfant. Elles concernent plusieurs aspects de leur **santé générale** : retard de croissance, développement d'allergies, troubles ORL et dermatologiques, maux de tête, maux de ventre, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation. Ces enfants présentent également des **troubles psychologiques** : troubles du comportement de manière générale, phobies scolaires, hyperactivité, difficultés d'apprentissage, troubles de la concentration.

Les femmes victimes prises en charge doivent donc être soutenues et aidées dans leur **rôle de mère**, afin qu'elles puissent protéger leurs enfants, tout en se protégeant elles-mêmes.

3. Dépistage des victimes de violences par le chirurgien-dentiste : comment les reconnaître ?

Les professionnels de santé - y compris les chirurgiens-dentistes donc - sont susceptibles d'être les premières personnes de contact pour les victimes de violences domestiques : ils sont de ce fait en première ligne pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patientes victimes. (Escard et coll., 2015)

D'après le rapport de l'OMS « *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women* » publié en 2013, les professionnels de santé

sont identifiés par les victimes comme les intervenants à qui ces dernières feraient le plus confiance pour évoquer leur expérience. (OMS, 2013) L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) le confirme : 24% des femmes victimes d'agressions physiques se confieraient en premier lieu au médecin, avant même la police ou la gendarmerie (13%). (Henrion, 2001)

Le chirurgien-dentiste en tant que professionnel de santé doit donc être à même de reconnaître les signes pouvant évoquer des violences conjugales chez une patiente (lésions suspectes, attitudes anormales, facteurs de risque).

3.1. Questionnaire médical, anamnèse

Quand et comment poser la question de la violence à la maison ?

Deux types de situation peuvent se présenter :

- Suspicion de violences subies par la patiente

Le professionnel de santé doit être proactif face à la violence domestique : si des signes suggèrent qu'un(e) patient(e) pourrait être victime de violences, le chirurgien-dentiste doit être en mesure de poser des questions ciblées. Avant de poser des questions directes, il peut être judicieux d'amorcer le sujet de conversation en posant des questions plus vagues : « Est-ce que tout va bien à la maison ? » ; « Êtes-vous inquiet(e) ? », ... La meilleure question est celle que l'on se sent capable de poser.

Bien que les violences concernent les femmes de tout âge et de toute catégorie sociale (et aussi les hommes, dans une proportion moindre), certaines situations doivent d'autant plus attirer notre attention :

- Jeune âge : les jeunes femmes entre 18 et 29 ans sont fortement surreprésentées parmi les victimes ;
- Vulnérabilité :
 - Grossesse ou période périnatale : selon les études internationales, environ 10% (de 6 à 20%) des femmes enceintes sont victimes de violences conjugales pendant leur grossesse ;

et dans 40% des cas, la grossesse a été le facteur déclenchant des violences (Calvez, 2018) ;

- Handicap, isolement social, problèmes de santé mentale ;
- Consommation d'alcool et/ou de drogues chez la patiente ou dans son environnement ;
- Faible niveau d'instruction ;
- Contexte de séparation récente et/ou conflictuelle évoqué par la patiente.

Et si la patiente ne souhaite pas faire de révélation ?

La révélation peut ne pas être immédiate et se faire lors de consultations ultérieures. D'autant plus si la violence est psychologique : la victime peut minimiser les faits, les cacher, voire douter de leur caractère violent (phénomène de dissociation) : elle est en fait « sous emprise ».

En cas de doute, il est recommandé au praticien de ne pas insister, de noter dans le dossier médical les éléments de doute, et d'indiquer les aides existantes « au cas où ». Un prochain rendez-vous sera idéalement proposé, pour la suite des soins ou sous prétexte d'un contrôle.

(HAS, 2019)

Dans tous les cas, le questionnement aura permis de briser le silence et d'amorcer la prise de conscience de la patiente, qui pourra se faire lentement, au fur-et-à-mesure des rendez-vous et de l'établissement de la relation de confiance.

- La patiente ne présente pas de signes de violences évidents

Une approche alternative pour la détection des victimes de violences conjugales est l'application du **questionnement systématique ou « universal screening »** à toutes les patientes.

La pertinence et l'efficacité du dépistage universel et systématique sont critiquées, notamment par l'OMS qui ne recommande pas cette pratique dans tous les cas - hormis pendant la grossesse (Bonneau, 2019). Des études n'ont

en effet pas permis de montrer que le dépistage systématique des violences améliore significativement la sécurité et la qualité de vie des victimes interrogées.

En revanche, certaines études (notamment réalisées auprès de sages-femmes (Calvez, 2018) et de médecins (Coy-Gachen, 2005)) montrent que le questionnaire universel, considéré comme non invasif et sans danger, peut être une manière efficace de détecter le plus grand nombre de victimes.

Le rapport Henrion (2001) a ainsi conclu qu'en l'absence de signes de violence, la seule possibilité de les détecter est le dépistage systématique. (Duhny, 2012)

En ce sens, dans son guide de recommandations publié en 2019 et mis à jour en décembre 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2019), préconise :

« Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte : un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accélèrent avec le temps. »

Cela donne une occasion simple et directe - parfois la première et la seule sur une longue période de temps - aux victimes de parler et d'évoquer leur situation. Le moment le plus approprié est lors du recueil de l'historique médical précédant la consultation.

Le questionnaire systématique peut prendre la forme de questions plus ou moins directes, comme « Avez-vous déjà été dans une relation où vous avez été blessée ? », « Avez-vous déjà reçu un choc dans le secteur de la tête et du cou ? », « Êtes-vous ou avez-vous été victime de violences, au travail ou à la maison ? » ou tout simplement « Avez-vous été/Êtes-vous victime de violences conjugales ? ».

Il est utile de savoir expliquer à la patiente pourquoi ces questions sont posées. Par exemple, comme le suggère la Haute Autorité de Santé dans son guide (HAS, 2019) : *« La violence est très courante au sein des familles. Je questionne régulièrement mes patientes à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites par la loi. Personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire. »* ; ou encore plus simplement « Les

violences ont un impact sur votre santé générale et sur votre santé orale. Le savoir me permet de mieux vous soigner. »

Mais que pensent les femmes victimes du dépistage systématique ?

Globalement, si le ressenti global est effectivement **en faveur** d'un dépistage lors de l'interrogatoire, le caractère systématique susciterait plus de réflexion : il apparaît généralement bien accepté et compris, mais n'est pas toujours perçu comme approprié en fonction du motif de consultation ou de la relation avec le médecin : « *Si je vais me faire soigner pour une angine, je ne vois pas en quoi ça le concerne* ». (Vignocan et Monti, 2016)

On peut donc penser qu'il appartient au praticien de choisir ou non d'appliquer le dépistage systématique, y compris aux patientes sans signes ni facteurs de risques clairement identifiés (« toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées. » (HAS, 2019)).

Néanmoins, le simple fait de poser la question peut montrer à la patiente éventuellement victime que le praticien est attentif et sensibilisé au problème, disposé à écouter la patiente, et cela peut être un véritable point de départ dans la relation de confiance. (Guide de l'Observatoire départemental des violences envers la femme de Seine-Saint-Denis, 2016)

3.2. Examen clinique

Nous rappelons que la patiente peut être accompagnée par son agresseur au cabinet : il est indispensable de recevoir la patiente seule dans la salle de soins (penser à des explications « neutres » : « ce sont les règles du cabinet, nous ne recevons pas les accompagnants dans la salle de soins » par exemple).

L'examen clinique est ensuite conduit de manière classique sous la forme d'un report factuel des données, clair et précis. Les informations sont conservées dans le dossier médical de la patiente et seront nécessaires au suivi.

La tête et le cou font partie des régions les plus touchées lors des agressions ; les traumatismes dentaires, maxillo-faciaux, ophtalmiques et otologiques sont assez fréquents. Le praticien doit donc être attentif à toutes les lésions pouvant

être observées dans ces zones comme par exemples : des dents fracturées, une mâchoire cassée ou fêlée, un hématome ou ecchymose au niveau de l'œil, du cou ou du menton, un nez cassé, des marques de doigts autour du cou. (Garbin et coll., 2012) (Henrion, 2001)

Motifs très réguliers de consultation d'urgence, les descellements de couronnes dentaires prothétiques à répétition (notamment en secteur antérieur, et sans autre explication évidente), peuvent également faire suspecter des violences physiques portées au visage.

Les blessures d'origine intentionnelle sont caractérisées par un certain nombre de points : les lésions isolées et localisées dans des zones déprimées non saillantes (yeux, philtrum, région sous-mentonnière, avant-bras), ainsi que la coexistence de lésions anciennes et récentes dans une même zone devant alerter le praticien. La forme de ces lésions peut parfois permettre d'identifier les contours d'un objet ayant été utilisé pour donner les coups.

Les lésions d'origine accidentelles sont, elles, préférentiellement localisées au niveau des zones convexes : front, menton, face postérieure des avant-bras et coudes.

La peau peut également être le siège de violences thermiques (brûlure intentionnelle). Ces brûlures sont caractéristiques : on observe une nette démarcation entre la zone de peau saine et la zone de peau brûlée, et elles sont d'apparence homogène et symétrique.

- Examen clinique exobuccal de la tête et du cou : examen visuel et palpation
 - Examen des articulations temporo-mandibulaires : ouverture buccale, déviation, claquements, douleur, trouble de l'ATM unilatéral (caractéristique d'un coup reçu latéralement sur le visage) ;
 - Examen des ganglions (palpation bilatérale) ;
 - Examen des lèvres et tissus environnants ;

- Aspect des téguments : œdèmes, blessures, coupures, brûlures, rougeurs, ecchymoses, cicatrices, morsures, pétéchies ;
- Examen de l'occlusion dentaire fonctionnel : occlusion statique et dynamique ;
- Examen de la déglutition.

- Examen endobuccal

- Examen des dents :
 - Hygiène bucco-dentaire : hygiène globale (fréquence quotidienne et matériel utilisé), indice de plaque, date du dernier détartrage ;
 - Examen global : établissement du schéma dentaire :
 - Détection des lésions carieuses ;
 - Recherche de signes de bruxisme (facettes d'usure, fêlures), ou d'abrasion/attrition/érosion/abfraction ;
 - Plus particulièrement en **secteur antérieur** :
 - Dents absentes et la raison de l'édentement : lésion carieuse, traumatisme (accident ou agression) ;
 - Dents restaurées ou remplacées ;
 - Dyschromie et/ou résorption : pouvant être le signe d'un traumatisme même ancien.
 - Examen parodontal (examen visuel, radiographique, sondage parodontal) : pour établir le diagnostic d'une éventuelle gingivite ou parodontite.
Des relations significatives ont d'ailleurs été mises en évidence entre la violence psychologique et une mauvaise santé parodontale. (Kundu et coll., 2014)

A propos des traumatismes dentaires : les dents les plus fréquemment **traumatisées** lors des violences sont dans l'ordre : les **incisives** maxillaires (31,8%), les incisives mandibulaires (27,3%), et les canines maxillaires (9,1%). Les traumatismes dentaires sont dans l'ordre de fréquence : des **fractures dentaires** (59,1%), des luxations (27,2%), et des expulsions (13,7%). (Garbin et coll., 2012)

- Examen des tissus mous : joues, lèvres, freins, vestibule, gencive, parodonte, palais.
 - Examen radiologique
 - Observation des os de la face et des articulations : trait(s) de fracture, fêlure(s), lésion(s) cicatricielle(s) ;
 - Des examens radiographiques dentaires classiques (notamment la radiographie panoramique) peuvent révéler des vis et plaques d'ostéosynthèse à la mandibule et/ou au maxillaire, pouvant témoigner d'antécédents de violences.

- Examens complémentaires

Des prélèvements peuvent être prescrits et des photographies peuvent être réalisées avec l'accord de la patiente, et conservées dans le dossier médical.

Comme pour chaque patient, le dossier médical doit être complet, rempli et conservé pendant au moins 20 ans. Le cas échéant, il pourra servir de base à l'établissement du certificat médical initial ou de constatation et est un élément médico-légal majeur pour l'enquête.

3.3. Cas cliniques

Cas n°1 : lésions faciales suite à l'agression par le conjoint

Juillet 2020 : Madame X se présente aux urgences générales suite à une « agression ». D'après le certificat médical de coups et blessures établi par le médecin, elle présente suite à la chute une plaie de la face antérieure du genou

droit, une contusion du coude droit et surtout plusieurs lésions au niveau de la face : plaie de **l'arête nasale**, œdème avec dermabrasion des **lèvres** supérieure et inférieure, **bord libre de la dent n°11** fracturé, et une **mobilité** des dents 11, 21 et 22. Le scanner prescrit pour recherche d'une fracture du massif facial révélera une **fracture du maxillaire** supérieur au niveau des **alvéoles dentaires** des dents 11 et 21, et une **fracture de l'apex de la dent n°21**.

Le certificat précise que « son état entraîne une Incapacité Totale de Travail pénale » de **12 jours**.

La victime, dans ce dossier, a porté plainte contre son conjoint. Ce dernier est passé au Tribunal judiciaire pour y être entendu pour « avoir **volontairement commis des violences** ayant entraîné une **ITT supérieure à huit jours**, en l'espèce 12 jours, (...), en l'espèce en la faisant chuter au sol, avec cette circonstance que les faits ont été commis par le **concubin de la victime**, et ce, en état de **récidive légale** pour avoir été définitivement condamné par le tribunal (...) en octobre 2019 pour des faits similaires ou assimilés ».

Ce dossier retient notre attention sur plusieurs points que nous développons dans cette thèse : les **atteintes multiples de la face** et des maxillaires lors de l'agression par le conjoint, la violence entraînant une **répercussion** sur la vie professionnelle (ITT > 8 jours) et sociale, et la **récidive** du conjoint malgré une précédente condamnation.

Cas n°2 : consultation au service des urgences dentaires :

24 septembre 2020 : plusieurs femmes accompagnées d'un homme arrivent en salle d'attente dans le service d'urgence dentaire. Ils sont tous d'origine étrangère.

Parmi elles, une femme de 51 ans se présente en consultation pour les symptômes suivant : des douleurs sous le menton depuis trois jours, irradiant vers la branche montante droite, avec difficultés à l'alimentation. D'après les dires de la patiente, ces douleurs font suite à une **chute**.

L'examen clinique extrabuccal révèle un hématome mentonnier gauche et une palpation très douloureuse au niveau du condyle droit, de la branche montante droite et du bord basilaire de la mandibule. La patiente présente un édentement complet.



Figure 1 : l'examen clinique révèle un hématome mentonnier gauche (source : document personnel)

Une radiographie panoramique est réalisée : elle révèle une **fracture** déplacée parasymphysaire gauche au niveau de la mandibule, et une suspicion de fracture au niveau de la branche montante droite.



Figure 2 : la radiographie panoramique révèle une fracture mandibulaire parasymphysaire et une fracture de la branche montante droite (source : document personnel)

Une simple chute étant peu probablement la cause d'une telle fracture, la patiente est de nouveau interrogée sur les circonstances d'apparition de ces douleurs. Une fois mise en confiance, elle révèle finalement à l'externe la prenant en charge, être victime de violences conjugales de la part de son mari (l'homme en salle d'attente) et avoir reçu un coup au niveau du visage trois jours auparavant.

Elle confie ne pas vouloir porter plainte par peur de **représailles** de la part de sa famille sur elle et son enfant, et par crainte de **menaces de mort** : un **certificat médical initial** est alors rédigé, mentionnant : « la patiente nous rapporte une chute survenue il y a 3 jours ».

La patiente vivant dans une situation précaire (prise en charge par une association et logée dans une chambre d'hôtel avec sa famille), une solution a dû être trouvée le plus rapidement possible pour **l'isoler de sa famille et la protéger en attendant la mise en place des démarches par l'association**. Son hospitalisation a donc été programmée dans le service de chirurgie maxillo-faciale pendant quatre jours pour permettre l'intervention chirurgicale et l'isolement de la patiente.

Ce cas clinique soulève plusieurs points : la nécessité de prise en charge de la patiente seule, sans accompagnant ; celle d'approfondir le questionnaire médical en cas de doute sur l'origine de lésions traumatiques et de savoir mettre la patiente en confiance suffisante pour accueillir ses révélations. Le certificat médical a été rédigé de manière neutre, en tenant compte des déclarations initiales de la patiente. L'isolement de la patiente grâce à son hospitalisation aura permis à l'association de rassembler des éléments pour clarifier la situation familiale et proposer les aides disponibles à la victime.

4. Prise en charge de la victime en milieu de soins dentaires

L'Organisation Mondiale de la Santé a émis en 2013 des directives à l'intention des professionnels de la santé. Si certaines dépassent le champ d'action du chirurgien-dentiste, certaines le concernent néanmoins.

La première recommandation est de pouvoir proposer un soutien immédiat ou « de première intention » aux femmes victimes. La consultation doit se dérouler

de manière à préserver la confidentialité. Ce soutien commence par « ne pas porter de jugement, reconforter et reconnaître la validité du récit de la femme », et l'interroger sur ses antécédents de violence, « l'écouter attentivement sans la forcer à parler ». Ensuite, le professionnel doit être capable à minima de fournir des informations concernant les démarches juridiques pouvant être utiles pour aider la victime à se mettre en sécurité, tout en respectant l'autonomie et le pouvoir de décision de la femme.

La deuxième recommandation concerne l'identification des victimes de violence. L'OMS ne recommande pas forcément l'application du dépistage universel pour toutes les femmes, mais incite les professionnels de santé à observer et reconnaître des affections cliniques pouvant être causées ou compliquées par des violences conjugales. Le rapport précise que pour que le professionnel de santé interroge la victime, il faut que cela puisse se faire sans risque pour la victime (en l'absence du partenaire), et à condition que le professionnel soit formé à la manière correcte de poser des questions, et qu'il soit en mesure d'y répondre par un soutien de première intention. (OMS, 2013)

Le rôle du praticien est donc d'évaluer la situation, prendre les mesures urgentes nécessaires et initier la prise en charge en orientant la victime. Le déroulement de la prise en charge particulière d'une femme victime peut être décrit en plusieurs étapes, qui sont évidemment à adapter à chaque situation et à chaque patiente :

- Étape 1 : prérequis à la prise en charge
 - Créer un cadre rassurant et tout mettre en œuvre pour respecter la confidentialité et le secret professionnel ;
 - Être à l'écoute, se rendre disponible.

- Étape 2 : prise en charge médicale de base
 - Faire une anamnèse la plus précise possible accompagnée d'un examen clinique complet ;
 - Prodiger les soins médicaux urgents (dans notre cas, les soins dentaires urgents : prise en charge d'un traumatisme, restaurations provisoires, sutures par exemple) ;

- Établir une documentation médico-légale (certificat médical initial et de constatation, remplissage et conservation du dossier avec tous les éléments recueillis).
- Étape 3 : principes éthiques face aux violences :
 - Prendre position, être proactif face aux violences infligées : les violences sont graves et ont un impact sur la santé ;
 - Rappeler la loi : « Toutes les violences sont interdites et punies par la loi » ;
 - Rappeler à la victime que l'agresseur est le seul responsable de ses actes et qu'elle doit se protéger.
- Étape 4 : protection et sécurité :
 - Essayer d'évaluer les risques immédiats pour la patiente et ses enfants (la loi autorise les professionnels de santé à signaler les enfants mineurs en danger aux autorités compétentes - le Procureur de la République) ;
 - Orienter la patiente, l'informer des recours possibles pour qu'elle puisse entrer dans le circuit de suivi médico-psycho-socio-juridique.

(Margairaz et Bach Brioschi, 2003)

La prise en charge d'une victime de violences conjugales est complexe : elle nécessite une approche pluridisciplinaire, en collaboration avec un réseau médico-psycho-socio-juridique. Le premier échange avec le professionnel de santé qui détecte ces violences est déterminant pour la suite de la prise en charge. Néanmoins, le praticien n'est pas seul : avec l'accord de celle-ci, il peut référer la victime à son médecin traitant ou tout autre professionnel compétent en qui la patiente fait confiance.

4.1. Aspects psychologiques

4.1.1. Savoir écouter

La façon dont la patiente victime est reçue et abordée par le praticien aura un impact significatif pour déterminer si elle se sentira suffisamment en confiance avec le praticien pour dévoiler sa situation et encore plus important, pour écouter et prendre en compte ses conseils. (Coulthard et Warburton, 2007)

Le praticien qui se retrouve face à une victime de violences conjugales suspectée ou confirmée doit donc savoir adapter son attitude. Le meilleur moyen d'y arriver est de se baser sur les attentes des femmes victimes lorsqu'elles consultent un praticien. Parmi ces attentes, on retrouve :

- Un examen clinique adapté : expliquer, demander à la patiente d'être actrice de la consultation et de prévenir en cas de gêne ou de douleur ;
- Être partenaires : « *nous allons trouver une solution ensemble* » ;
- Les patientes attendent d'être écoutées, orientées vers un psychologue ou un psychiatre, une association, un groupe de parole, etc., et être informées des poursuites judiciaires possibles ;
- Et surtout ne pas se sentir jugées ou voir leur témoignage remis en question, ne pas être culpabilisées.

Globalement, les victimes doivent pouvoir parler à un praticien avec qui elles ont une relation de soins de confiance, et qui sait se rendre disponible et attentif, sans curiosité déplacée. (Vignocan et Monti, 2016)

Le professionnel de santé doit alors savoir mettre en place des stratégies pour contrecarrer l'emprise de l'agresseur sur la victime et pouvoir l'aider à verbaliser ce qu'elle subit :

- Manifester son intérêt pour la victime, proposer un prochain rendez-vous : l'anamnèse peut nécessiter plusieurs entretiens, qui peuvent se tenir à l'occasion des rendez-vous pour les soins dentaires programmés ou sous prétexte d'un contrôle ;
- Montrer qu'il est sensibilisé au problème (affiche dans la salle d'attente, questionnement systématique) ;

- Adapter une attitude adéquate lors de l'entretien : écouter avec attention et croire la victime, la laisser s'exprimer librement, recueillir sa parole, noter ce qu'elle dit et reformuler avec respect ;
- Être confiant et rassurant ;
- Assurer une confidentialité totale à la patiente et le respect de ses décisions.

(Guide de l'Observatoire départemental des violences envers la femme de Seine-Saint-Denis, 2016)

4.1.2. Accueillir la révélation des violences

En cas de révélation de violences par la victime, il est recommandé de :

- Souligner son courage à se confier sur son vécu ;
- Reformuler oralement les propos de la patiente ;
- Confirmer à la patiente ce que sont les violences conjugales, que la loi interdit les violences et que rien ne les justifie ;
- L'inviter à prendre des décisions pour elle-même ;
- Aider la victime à repérer autour d'elle qui peut l'aider et la soutenir ;
- Lui faire évaluer le danger pour elle et ses enfants ;
- Lui proposer de l'orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée ;
- Lui transmettre des informations concernant les démarches juridiques, les aides associatives, et des conseils qui pourront l'aider à se protéger ;

(Drigeard et coll., 2012) (HAS, 2020)

Trois phrases clés à dire sont retenues :

- « Vous n'y êtes pour rien, ce n'est pas de votre faute »
- « Il n'a pas le droit, les violences sont interdites par la loi »
- « Je peux vous aider, si vous le souhaitez »

Des questions permettent de mieux **situer la situation de la victime et d'évaluer sa gravité et son urgence** :

- « Avez-vous peur de votre partenaire ? »
- « Que se passe-t-il quand vous vous disputez ? »

- « *Est-il violent tous les jours ? Plusieurs fois par jour ?* »
- « *Est-ce que les **enfants** étaient présents ? Est-ce qu'ils ont déjà assisté à des scènes de violence ?* » (la HAS recommande de se préoccuper systématiquement de la présence d'enfant au domicile)
- « *Est-il violent avec les enfants ?* »
- « *Avez-vous déjà essayé de vous séparer ?* »
- « *Est-ce qu'il y a une arme à la maison ?* »
- « *Consomme-t-il de l'alcool ou d'autres substances ?* »
- « *A-t-il des antécédents judiciaires ?* »

(Guide de l'Observatoire départemental des violences envers la femme de Seine-Saint-Denis, 2016)

En revanche, le praticien doit respecter les confidences et les décisions de la patiente, peu importe ce qu'elles sont à un instant donné, y compris si la décision est celle de rester avec le partenaire agresseur (Coulthard et Warburton, 2007). Certaines paroles brusques ou culpabilisantes sont à éviter :

- « *Mais pourquoi vous n'êtes pas déjà partie ? Pourquoi vous n'agissez pas ?* » ;
- « *Évitez de provoquer les violences* » ;
- « *Il faut prévenir tout de suite la police* » : le respect de la volonté et de la prise de conscience de la patiente est primordial ;
- « *Il ne faut pas avoir peur, il ne va plus vous faire de mal* » ;
- « *Ce n'est qu'une petite claque* ».

Le praticien et son équipe doivent donc être formés face aux violences conjugales et doivent ainsi pouvoir réagir de manière adéquate à chaque étape : il s'agit d'instaurer un climat de confiance en sachant quoi dire et quelles questions poser, assurer à la patiente la plus grande confidentialité, et ne pas faire douter celle-ci concernant ses intentions.

4.2. Conseiller et informer : être un intermédiaire

Au-delà de la délivrance d'un certificat médical, le chirurgien-dentiste doit être en mesure de délivrer des conseils et informer la patiente victime de violences.

2 types d'informations essentielles doivent être fournies à la patiente :

- **Des informations sur les violences conjugales**

- Les violences sont interdites et punies par la loi : elles sont l'unique responsabilité de l'agresseur et la victime peut porter plainte ;
- Le viol au sein du couple existe et est un crime puni par la loi ;
- Les violences conjugales sont une situation fréquemment vécue, la patiente n'est pas seule ;
- Elles évoluent par cycle et sont néfastes pour la santé générale de la femme.

- **Des informations pratiques sur les démarches et les aides disponibles**

- En cas d'urgence, la patiente doit se rendre à l'hôpital 24h/24, 7j/7, ou appeler le 15 ou le 17 ;
- Hors urgence, des numéros d'aide spécialisés existent (3919, 116 006) ;
- Des associations et organismes d'aide aux victimes pourront accompagner la patiente dans ses démarches ;
- Informer la patiente des différentes démarches et mesures juridiques en France (plainte, main courante, ...).

(Drigeard et coll., 2012)

4.2.1. Associations et organismes d'aide aux victimes

- Numéros à appeler

3919 - Violences Femmes Info

De 9h à 22h du lundi au vendredi et de 9h à 18h le samedi, dimanche et jours fériés

Ce numéro n'est pas un numéro d'urgence : c'est un numéro d'aide qui propose d'écouter, informer et orienter les femmes victimes de violences (physiques,

verbales, psychologiques) ainsi que les témoins. L'appel est anonyme et ne figure pas sur les factures de téléphone.

116 006 – Numéro d'aide aux victimes

Écoute, informe et conseille les victimes d'infractions ainsi que leurs proches

Par téléphone au 116 006, appel gratuit 7J/7 de 9h à 19h

Par courriel victimes@france-victimes.fr

- Associations de soutien aux femmes victimes

Des associations soutenues par l'État existent sur l'ensemble du territoire.

Parmi celles-ci :

Les CIDFF (Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) : créés en 1972 par l'État français, ces centres disposent d'équipes spécialisées et formées pour l'accompagnement des femmes victimes ; mais aussi pour la prévention et la formation des professionnels (police, travailleurs sociaux, médecins, ...). Ce réseau national, membre du Conseil national de l'aide aux victimes, comporte 114 CIDFF et 1387 points d'information : cela permet de recevoir chaque année plus de 50 000 femmes en détresse. www.infofemmes.com

La FNSF (Fédération Nationale Solidarité Femmes) : ce réseau d'associations gère depuis 2007 le service national d'écoute (3919). Ces associations, présentes sur tout le territoire français, proposent l'accompagnement des femmes victimes : mise en sécurité des femmes en très grave danger, veille juridique, suivi en hébergement, formation des professionnels. La FNSF dispose d'un comité d'éthique et d'un observatoire des violences conjugales. www.solidaritefemmes.org

Le CFCV (Collectif féministe contre le viol) : ce collectif soutient les victimes de violences et d'agressions sexuelles (viol, agressions, harcèlement). Il gère une permanence téléphonique (0 800 05 95 95). www.cfcv.asso.fr

Le Planning familial (Mouvement Français pour le Planning Familial) : le planning familial, réseau d'associations engagé dans le mouvement féministe depuis 1956, s'est donné pour buts la défense du droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'avortement ; et la lutte contre les violences liées au genre. Le réseau accueille les femmes au sein de 76 associations départementales et 13 fédérations régionales. www.planning-familial.org

Femmes solidaires : mouvement féministe d'éducation populaire, qui regroupe environ 200 associations locales réparties sur le territoire français. www.femmes-solidaires.org

Fédération nationale GAMS : engagée dans la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes, même les plus jeunes, en direction des populations immigrées et issues des immigrations (mutilations sexuelles féminines, mariages forcés, pratiques néfastes à la santé des femmes). www.federationgams.org

France victimes : fédération regroupant 130 associations d'aide aux victimes. Elle promeut l'aide et l'assistance aux victimes (de toute infraction pénale, ...) et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes. Une liste des associations selon le département est disponible sur le site : www.france-victimes.fr.

Un « Annuaire des associations de lutte contre les violences faites aux femmes » (2012), classées par région et département, est disponible sur : <https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/Annuaire-des-associations-MDDF-Edition-20121.pdf>.

Application AppElles®

Il s'agit d'une application gratuite, téléchargeable par tous depuis les plateformes de téléchargement d'application sur mobiles. Elle est disponible en 13 langues, développée par l'association Resonantes (innovation sociale et technologique en réponse aux violences sexistes et sexuelles) qui permet de :

- **Alerter** : localisation et écoute en temps réel avec enregistrement, appel de contacts de confiance et services de secours en cas de besoin ;
- **Parler** : répertoire de ressources d'aide internationale, chats spécialisés ;
- **Agir** : conseil, assistance, liens vers les plateformes de signalement, autres liens utiles, stockage de preuves ;

4.2.2. Démarches juridiques

D'après les données de la MIPROF, en 2018, parmi les femmes victimes de violences conjugales :

- Seulement 18% d'entre elles ont déposé plainte ;
- 7% ont déposé une main courante ;
- 2% se sont déplacées auprès des forces de sécurité mais n'ont pas entrepris de démarche.

Autrement dit, ce sont 73% des victimes qui n'ont entrepris aucune démarche auprès des services de sécurité.

Par ailleurs, les victimes se rendent moins souvent auprès des services de sécurité lorsqu'elles vivent toujours avec le partenaire violent : 16% seulement s'y rendent ; contre 44% lorsqu'elles vivent séparément.

(MIPROF, 2020)

Les raisons de la non-dénonciation du conjoint sont facilement identifiables et ne sont qu'une conséquence de plus de l'emprise de l'agresseur sur la victime : manque d'information sur les aides disponibles, menaces du conjoint et peur des représailles sur soi-même ou sur les enfants, craintes face aux obstacles à surmonter (peur de se retrouver sans logement, sans argent ou travail), sentiment de culpabilité, sentiment de ne pas être capable de vivre sans le conjoint, etc.

Pour remédier à la sous-déclaration des violences conjugales et à l'abandon des poursuites à l'encontre de leur auteur, les droits des victimes de violence conjugale ont été renforcés par la **loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes**, aux niveaux pénal et civil, notamment avec les mesures d'éviction du conjoint et de téléprotection. (Raux et coll, 2013)

Cependant, le juge pénal ne peut prononcer des mesures de protection et engager des poursuites judiciaires contre l'auteur des violences que si un signalement a été fait. La victime de violences a plusieurs recours possibles : dépôt de plainte, main-courante ou procès-verbal.

- **Constat des blessures**

Le constat des blessures peut se faire à l'hôpital, chez un médecin ou une sage-femme. Les informations médicales seront utiles lorsqu'il s'agira de juger l'auteur des violences.

L'obtention d'un certificat médical de constatation n'est pas obligatoire même s'il est souhaitable. Il peut être ordonné par les services de police ou de gendarmerie dans le cadre de l'enquête.

- **Dépôt de plainte**

En cas de violences, les victimes disposent d'un **délai de prescription** :

- Pour un délit (agression ou atteinte sexuelle, violences conjugales) : **6 ans**
- Pour un crime (viols, homicides conjugaux) : **20 ans**

Si les faits sont survenus pendant la minorité de la victime, les délais de prescription ne courent pas pendant cette période et sont allongés pour les infractions les plus graves.

La victime doit s'adresser à un commissariat de police ou une brigade de gendarmerie : la réception de la plainte ne peut pas être refusée. Elle est ensuite transmise au procureur de la République.

Quelles suites pour une plainte ?

Après enquête par les service de police ou gendarmerie, le Procureur de la République décide des suites :

- Classement sans suite de la plainte : auteur non identifié, pas suffisamment de preuves ;
- Mesures alternatives : rappel à la loi, composition pénale ;

- Saisine du juge d'instruction pour poursuite de l'enquête pour certains délits et les crimes ;
- **Audience devant une juridiction pénale pour jugement** : en cas de violences conjugales (délit), le Tribunal correctionnel ; en cas de crime (viol), la Cour d'assises.

- **Une nouvelle piste : le dépôt de plainte à l'hôpital**

Lors du premier Grenelle sur les violences conjugales, le Premier Ministre Edouard Philippe a évoqué le 25 novembre 2019 la généralisation du dépôt de plainte à l'hôpital pour les femmes victimes de violences.

Cette mesure phare du Grenelle suscitant de nombreuses interrogations concernant l'organisation nécessaire (notamment la présence policière à l'hôpital), est désormais en place dans plus de 50 hôpitaux français : elle permet à la victime de porter plainte auprès d'un officier de police judiciaire à l'hôpital, suite à sa prise en charge médicale, dans un contexte de soins plus protecteur et rassurant qu'un commissariat.

- **Main courante et procès-verbal**

Une main courante est une simple déclaration auprès d'un service de police nationale. Le procès-verbal de renseignement judiciaire est l'équivalent en cas de déclaration auprès d'une brigade de gendarmerie.

En principe, la main courante (commissariat de police) et le procès-verbal (gendarmerie) n'ont pas pour vocation de déclencher les poursuites contre l'auteur et ne sont pas transmis au Procureur de la république, à la différence d'une plainte. Ils permettent de signaler la nature et la date des faits aux forces de l'ordre.

Par ailleurs, des spécificités départementales peuvent être appliquées : par exemple, dans les Vosges, le protocole exclut totalement les mains courantes en cas de violences conjugales et préconise l'enregistrement de PV seulement en cas de refus de déposer plainte et en l'absence de faits graves. (SOS Femmes Vendée)

Dans tous les cas, ces déclarations constituent une trace écrite pouvant être utilisée ultérieurement dans une procédure devant la Justice et servir d'élément de preuve.

- **Plateforme de signalement en ligne**

Depuis novembre 2018, un nouveau service en ligne permet de dialoguer en direct (messagerie instantanée) avec un policier ou un gendarme spécialement formé, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, depuis le site service-public.fr

Ce service permet à la victime de bénéficier d'une orientation et d'un accompagnement dans ses démarches, sans nécessiter un déplacement dans un premier temps. À tout moment, l'historique de discussion pourra être effacé de l'ordinateur, téléphone portable ou tablette de la victime.

- **En cas de départ du domicile conjugal**

L'article 215 du Code civil implique pour les époux du couple marié l'obligation d'habiter ensemble au sein de la résidence conjugale : cela s'appelle le devoir de cohabitation. (Légifrance, 1975)

Ce devoir de vie commune s'applique également au couple pacsé.

En cas de départ du domicile, l'époux peut, en théorie, intenter un divorce pour abandon du domicile conjugal, qui est une faute.

Cependant, en cas de violences conjugales, la jurisprudence peut admettre que le conjoint maltraité puisse quitter de sa propre initiative la résidence conjugale ; sans l'autorisation préalable d'un juge.

En cas de départ du domicile, il est néanmoins fortement conseillé de déposer une main-courante à la gendarmerie ou au commissariat.

Si des enfants sont impliqués, le juge aux affaires familiales devra être saisi en urgence, avec l'aide d'un avocat :

- Si la victime quitte le domicile conjugal avec les enfants : l'autorité parentale est conjointe (article 371-1 du Code civil) (Légifrance, 2019). Il est donc a priori illégal de quitter le domicile avec ses enfants, et le

conjoint peut attaquer la victime pour « enlèvement d'enfants ». Dans ce cas, le juge aux affaires familiales devra être saisi en urgence pour qu'il autorise la victime à garder les enfants le temps des mesures d'urgence ;

- Si la victime quitte le domicile conjugal sans les enfants : le juge aux affaires familiales doit également être saisi. Il aura pour rôle de statuer en urgence sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

• **Ordonnance de protection**

L'ordonnance de protection est une procédure pouvant être demandée par une femme victimes de violences conjugales à un juge aux affaires familiales, et qui vise à la protéger à travers une liste de contraintes imposées au conjoint violent.

Article 515-11 du Code Civil : l'ordonnance de protection est délivrée par le juge aux affaires familiales et permet de :

- *« Interdire à la partie défenderesse de recevoir ou de rencontrer certaines personnes spécialement désignées (...) ainsi que d'entrer en relation avec elles, de quelque façon que ce soit ;*
- *Interdire à la partie défenderesse de détenir ou de porter une arme ;*
- *Proposer à la partie défenderesse une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique ou un stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple et sexistes ;*
- *Statuer sur la résidence séparée des époux : à la demande du conjoint qui n'est pas l'auteur des violences, la jouissance du logement conjugal lui est attribuée, sauf circonstances particulières, (...), et même s'il a bénéficié d'un hébergement d'urgence. Il en va de même pour les concubins ou les partenaires pacsés ;*
- *Se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale ;*
- *Autoriser la partie demanderesse à dissimuler son domicile ou sa résidence et à élire domicile chez l'avocat qui l'assiste ou la représente ou auprès du procureur de la République ; ou à élire domicile pour les*

besoins de la vie courante chez une personne morale qualifiée. »
(Légifrance, 2019)

Article 41-1 du Code de procédure pénale : le procureur de la République peut :

- « *En cas d'infraction commise soit contre son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, soit contre ses enfants ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire, demander à l'auteur des faits de résider hors du domicile ou de la résidence du couple et, le cas échéant, de s'abstenir de paraître dans ce domicile ou cette résidence ou aux abords immédiats de celui-ci, ainsi que, si nécessaire, de faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.* »
 - « *Demander à l'auteur des faits de ne pas paraître, pour une durée qui ne saurait excéder six mois, dans un ou plusieurs lieux déterminés dans lesquels l'infraction a été commise ou dans lesquels réside la victime.* ».
- (Légifrance, 2019)

En 2019 en France, 3 930 demandes ont été formulées, une hausse de 21% par rapport à 2018. Cependant, des progrès peuvent encore être attendus : en 2018 en Espagne, ce sont 39 176 ordonnances de protection qui ont été délivrées.

- **Dispositif de téléprotection**

Le dispositif de téléprotection des personnes en grave danger (TGD) consiste à assurer la protection des personnes en grave danger, victimes soit de violences de la part de leur partenaire ou ex-partenaire, soit de viol.

Lorsque le téléphone est déclenché (par une simple touche à l'arrière), un appel est dirigé vers une plateforme de téléassistance qui dispose de toutes les informations utiles à propos de la victime. Si le danger est confirmé, les forces de l'ordre sont alertées et une patrouille est envoyée. En 2015, 400 téléphones étaient disponibles.

Article 41-3-1 du code de procédure pénal, créé par la loi du 4 août 2014 : « En cas de grave danger menaçant une personne victime de violences de la part de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le procureur de la République peut attribuer à la victime, pour une durée renouvelable de six mois et si elle y consent expressément, un dispositif de téléprotection lui permettant d'alerter les autorités publiques. Avec l'accord de la victime, ce dispositif peut, le cas échéant, permettre sa géolocalisation au moment où elle déclenche l'alerte. »

« Le dispositif de téléprotection ne peut être attribué qu'en l'absence de cohabitation entre la victime et l'auteur des violences et lorsque ce dernier a fait l'objet d'une interdiction judiciaire d'entrer en contact avec la victime dans le cadre d'une ordonnance de protection, d'une alternative aux poursuites, d'une composition pénale, d'un contrôle judiciaire, d'une assignation à résidence sous surveillance électronique, d'une condamnation, d'un aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté. »

Cet article est également applicable lorsque les violences ont été commises par un ancien partenaire. (Légifrance, 2014)

- **Bracelets anti-rapprochements**

Un décret paru au Journal Officiel en septembre 2020 précise les modalités de mise en œuvre du nouveau dispositif électronique « anti-rapprochement » destiné à assurer le contrôle à distance des (ex-)conjointes violents.

Ce bracelet, porté par l'auteur de violences, permet de le géolocaliser et de déclencher un système d'alerte lorsqu'il approche de la personne protégée en-deçà d'un périmètre défini par le juge (entre 1 et 10 km). Il vient compléter le dispositif « Téléphone grave danger ». (Légifrance, 2020)

4.2.3. Autres contacts

Réseau pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de proximité ou contacts locaux : le praticien doit se constituer un répertoire de ces principaux correspondants :

- Service d'urgence du secteur (médecin référent Violences faites aux Femmes)
- Service d'Unité Médico-Judiciaire

- Consultations de soins spécialisés en psycho-traumatologie
- Psychologue
- Assistante sociale

(HAS, 2019)

Bureaux d'aide aux victimes des tribunaux judiciaires : situés au sein des palais de justice, les BAV sont gérés par les associations d'aide aux victimes, afin de renseigner, orienter et accompagner les victimes d'infractions pénales.

Procureur de la République : magistrat du parquet chargé de la protection de l'intérêt public, il assure le respect de la loi pénale. Il est assisté de substituts et est chargé de déclencher les poursuites pénales lorsqu'il est informé d'une infraction, s'il décide de l'opportunité des poursuites. Pour le saisir, il faut s'adresser auprès du tribunal de grande instance du lieu de l'infraction.

Annuaire des avocats : solidaritefemmes.org, en lien avec Violences Femmes Info (3919), met à disposition une liste d'avocat.e.s travaillant en lien avec les associations Solidarité Femmes, consultable sur ce lien (mis à jour en 2020) : <https://www.solidaritefemmes.org/upload/Liste-avocatesFNSF2020-2.pdf>.

Le rôle de l'avocat.e spécialisé.e est notamment l'accompagnement de la victime dans la procédure pénale : sa présence n'est pas obligatoire mais vivement recommandée.

Droitdirect.fr : l'association Droits d'urgence a créé en 2017 cette plateforme numérique d'accompagnement des victimes de violences conjugales. Ce site permet à la victime d'obtenir, en fonction de sa situation précise, des informations et un accompagnement juridique par des professionnels du droit. Cette plateforme est pour l'instant mise en place à Paris et dans le Pas-de-Calais, mais a vocation à être généralisée à l'ensemble de la France.

Centres d'hébergement : certains sont spécialisés dans l'accueil des femmes victimes de violences. Un annuaire est disponible en suivant ce lien : <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214.html>

4.3. Spécificités cliniques de la prise en charge

4.3.1. La relation de confiance

La relation de soins entre le patient et son praticien est avant tout une question de **confiance**. Celle-ci doit être mutuelle : c'est une condition *sine qua non* à une relation patient-praticien sereine et pérenne.

De son côté, le patient qui accorde sa confiance au soignant accepte sa démarche clinique et prend en compte, garde en mémoire, ses conseils. Réciproquement, le soignant doit avoir confiance en son patient qui lui fait des confidences, surtout dans les situations délicates - tout en gardant sa position de soignant -, afin d'adapter au mieux sa prise en charge.

Dans les situations courantes, la relation de soins s'établit habituellement naturellement ; en revanche, la vulnérabilité de la patiente victime de violences conjugales et son sentiment d'insécurité peuvent créer un sentiment d'asymétrie dans la relation : entre la patiente profane qui accepte de livrer des confidences intimes, et le praticien qui en est dépositaire.

Comment instaurer une relation de confiance avec un patient vulnérable ?

Un patient accepte de se confier et/ou se faire soigner par son praticien en fonction de la confiance qu'il lui accorde : finalement, la confiance est le « feedback » attendu de la communication préalable réussie du praticien. Mais le praticien, s'il est bon communicant, requiert une qualité supplémentaire pour instaurer cette relation de confiance : **l'empathie**. (Chevalier, 2007)

L'empathie est définie comme « la capacité à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre, arriver à se mettre à la place d'autrui ». Elle permet au praticien de comprendre son patient en se mettant à sa place, sans toutefois s'impliquer émotionnellement : cela la différencie de la sympathie et de la

compassion et permet au chirurgien-dentiste de garder une posture professionnelle.

L'empathie est indispensable face à un patient se trouvant dans une situation qui le fait se sentir vulnérable : elle va lui permettre de se sentir reconnu et considéré en tant que personne entière, se sentir compris et écouté, et lui donner la possibilité de s'ouvrir et de se confier. (Mons, 2015)

Comment mettre son empathie en pratique ?

Le contexte et le « ton » de l'entretien pourront permettre au patient de se livrer au-fur-et-à-mesure de la discussion : une **attitude chaleureuse et ouverte**, de la **curiosité** (avec tact), de la **patience** (respecter l'attente, les silences), de l'**écoute** attentive et compréhensive, de la **disponibilité** (« je suis ici pour vous aider ») permettent de créer une atmosphère positive et bienveillante, propice aux confidences.

(Josse, 2013)

Enfin, un pilier évident de la relation de confiance est la **confidentialité** : il est nécessaire de rassurer et d'assurer au patient vulnérable la confidentialité de l'entretien (« ce que vous me dites ne sortira pas d'ici ») : en dehors du fait de l'obligation professionnelle constituée par le secret médical (traité en 5.1.1.), celui-ci est indispensable pour la sécurité du patient.

« Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret. » Louis Portes, 1954

4.3.2. Aider et motiver le suivi

Il peut être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son asthénie, de son mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son conjoint contrôle ses faits et gestes et l'en empêche.

Le rôle du professionnel de santé est de motiver et faciliter le suivi de la patiente :

- Prévoir des rendez-vous de contrôle réguliers, pour ne pas perdre de vue la patiente ;

- Prévoir des rendez-vous de soins de prophylaxie ;
- Prévoir une plage horaire un peu plus longue pour le temps d'écoute, en plus des soins et de l'examen clinique ;
- Lui proposer des horaires qui lui permettent de venir seule.

(Henrion, 2001)

4.3.3. Le conjoint violent

Le comportement de l'homme qui se présente avec sa femme au cabinet, concomitant avec celui de cette dernière, peut être révélateur et certains signes doivent alerter :

- La femme est plutôt craintive, ou irritée et agressive, sursaute à la moindre stimulation, recherche l'approbation voire l'autorisation de son conjoint avant chaque réponse, ...
- L'homme est trop prévenant, répond à la place de sa femme, essaie de la contrôler (cela peut être discret à travers des regards), minimise ou nie les problèmes de santé de celle-ci, voire critique ou méprise sa partenaire.

Au moment des démarches administratives (création du dossier, facturation, prise de nouveaux rendez-vous), un partenaire en possession de tous les papiers et moyens de paiement, et connaissant le planning détaillé de sa femme peut, de la même manière, nous faire suspecter une situation anormale.

Afin de mieux cerner la personnalité du conjoint, la problématique du couple et accompagner la victime dans sa prise de conscience, une **classification des conjoints violents** a été proposée par le groupe d'experts chargé du rapport sur le rôle des professionnels de santé face aux femmes victimes de violences conjugales (Henrion, 2001) :

- Hommes immatures et impulsifs : ils s'énervent et deviennent violents à l'occasion d'évènements qu'ils ne contrôlent pas, par exemple lors d'une grossesse, ou d'une séparation ;
- Hommes psychorigides, autoritaires : ceux-ci trouvent « normal » de dominer leur compagne. Les migrants de coutumes différentes peuvent être inclus dans cette catégorie : dans certains pays, les femmes ne

disposent pas des mêmes droits et des mêmes traitements que dans les pays européens ;

- Hommes ayant été témoins ou victimes de violences ou d'abus sexuels dans leur enfance et qui reproduisent à l'âge adulte ce qu'ils ont subi ou vu faire ;
- Hommes jaloux : ils représentent jusqu'à 33% des personnalités violentes dans l'enquête de Thomas et coll. ;
- Hommes paranoïaques ou psychopathes : éprouvent une méfiance quasi délirante à l'égard des femmes ;
- Hommes violents lors de la prise d'alcool ou de stupéfiants ;
- Hommes pervers narcissiques, « contrôlants » : la violence psychologique est permanente et faite de menaces, dénigrement, manipulations. Cette forme de violence est la plus difficile à repérer car leur partenaire sous emprise n'est pas sûre de la réalité de l'agression, et cette violence est « discrète » donc plus facilement tolérée par la société. Malheureusement, c'est aussi la forme de violence de loin la plus fréquente.

Le rapport précise que « le point commun de toutes les formes de violence conjugale se situe dans le besoin de contrôle et de domination de l'autre. Les hommes violents considèrent l'autre comme leur propriété. (...) Ils ne reconnaissent pas les faits dans 90 % des cas ou justifient leur comportement par les provocations ou les « fautes » de leur partenaire. » (Henrion, 2001)

Depuis quelques années, des dispositifs d'accompagnement des hommes violents ont été mis en place et pourraient constituer une avancée dans la lutte contre les violences faites aux femmes : au Canada, le Service d'Aide aux Conjoints (SAC) est un organisme de prévention, sensibilisation, responsabilisation et d'intervention en matière de violence conjugale, offrant divers services auprès des hommes en difficultés conjugales :

- Service de références et d'intervention psychosociale aux hommes en matière de violence conjugale et familiale ;
- En conscientisant, sensibilisant et responsabilisant les hommes face à la violence faite aux femmes et à la violence conjugale et familiale.

Le but est de favoriser des relations responsables, égalitaires et sans violence.

Plusieurs axes d'action sont définis :

- Agir en amont des problèmes conjugaux ou dans les situations à risque de violence conjugale et familiale en intervenant avec rapidité et professionnalisme ;
- Adapter les interventions selon les réalités masculines ;
- Organiser des activités de sensibilisation aux facteurs liés à la violence conjugale et à leurs impacts.

En France, selon un rapport au Sénat en 2016, « *il a fallu attendre 2005 pour que le Plan global de lutte contre les violences au sein du couple intègre dans ses composantes une prise en compte des auteurs de violences, à la fois dans un renforcement des sanctions à leur encontre mais aussi dans leur prise en charge thérapeutique.* » (Délégation aux droits des femmes, 2016)

La loi du 4 août 2014 a ensuite créé le « *stage de responsabilisation pour la prévention et lutte contre les violences au sein du couple* », à destination des auteurs de violences (article 50 de la loi du 4 août 2014) (Légifrance, 2014). Ces stages peuvent être une « *alternative aux poursuites* » pour les maris violents non-récidivistes, et sont décidés par le Procureur de la République. Le but de ces stages est d'éviter aux conjoints de recommencer, et que le cycle de la violence s'installe dans la relation : « *On veut leur faire comprendre la gravité des faits, les conséquences physiques et psychiques. Très souvent, ils minimisent, ou rejettent la faute sur l'autre.* » explique Fatna Hamlil, la directrice de Meviavipp, une association qui assiste les victimes.

Une autre initiative dans ce sens, d'abord faite d'actions locales reprises au niveau national, a vu le jour lors du confinement lié au Covid-19 de 2020 : une permanence téléphonique à destination des auteurs de violences a été créée (le « *numéro pour se ressaisir* » : 08 019 019 11). Cette permanence est gérée par la Fédération nationale des associations et des centres de prise en charge d'auteurs de violences conjugales et familiales (FNACAV).

Ce numéro, soutenu par la secrétaire d'État chargé de l'Égalité Marlène Schiappa, a été mis en place pour « *aider les personnes qui se sentent avoir des accès de colère, à les gérer, à ne pas devenir violents.* ».

4.3.4. Traumatologie

Si le chirurgien-dentiste de cabinet de ville est plus rarement le premier professionnel sollicité en urgence face à un traumatisme facial suite à une agression que le praticien hospitalier, il est néanmoins important de reconnaître un traumatisme dentaire compliqué et de savoir quels examens complémentaires prescrire ; et quand/à qui adresser.

Le praticien de ville est à même de prendre en charge le traumatisme dentaire classique suivant les dernières recommandations scientifiques : de la simple contusion à l'avulsion traumatique, en passant par la fissure, la fracture ou la luxation. Un calendrier de soins et de suivis rapprochés puis réguliers est mis en place avec la patiente.

Devant une suspicion de fractures/fêlures dentaires multiples, les examens radiographiques classiques (radiographie rétro-alvéolaire, orthopantomogramme) peuvent être complétés par une radiographie 3D (cone-beam).

La cavité buccale peut également être le siège d'autres traumatismes :

- Traumatisme de la langue : hématome ou plaie entraînant un saignement abondant, pouvant nécessiter des sutures ;
- Fractures du maxillaire et/ou de la mandibule.

Andreasen (2007) propose une **classification des traumatismes dentofaciaux** :

- Traumatismes dentaires
 - Atteintes amélaire : fêlures, fractures
 - Fractures coronaires non compliquées : sans exposition pulpaire
 - Fractures coronaires compliquées : avec exposition pulpaire
 - Fractures corono-radiculaires : compliquées ou non
 - Fractures radiculaires intra-alvéolaires.

- Traumatismes du parodonte
 - Concussions
 - Subluxations
 - Luxations extrusives
 - Luxations latérales
 - Luxations intrusives
 - Luxations complètes : expulsions

- Traumatismes du support osseux
 - Fractures comminutives alvéolaires
 - Fractures d'une paroi ou d'un procès alvéolaire
 - Fractures des maxillaires

- Lésions des tissus mous
 - Atteintes faciales
 - Atteintes labiales
 - Atteintes des freins labiaux
 - Atteintes muqueuses
 - Atteintes linguales

(Andreasen et coll., 2007)

En cas de suspicion d'atteintes du massif facial, le patient doit être redirigé le plus rapidement possible aux urgences générales ou directement au service de chirurgie maxillo-faciale le plus proche.

Afin de faciliter l'orientation et la transmission du dossier du patient, face à une suspicion de traumatisme de la zone faciale, on cherchera à décrire :

- Des ecchymoses : souvent révélatrices de fractures ;
- Une douleur osseuse : les fractures peuvent être repérées à la palpation par une « douleur exquise » voire la perception d'une interruption de la continuité osseuse ;
- Une déformation nasale ;
- Des hémorragies : épistaxis, saignements endobuccaux ;
- L'impossibilité de fermeture buccale ou la limitation ;
- La limitation douloureuse de l'ouverture buccale (trismus) ;

- Une asymétrie faciale ;
- Une paralysie faciale ;
- Des plaies cutanées et muqueuses : trajet, profondeur ;
- Un trouble de l'occlusion, de l'articulé dentaire, des traumatismes dentaires ;
- Un hématome du plancher buccal ;
- La présence de corps étrangers.

Devant une suspicion de traumatisme facial compliqué, la radiographie panoramique dentaire se relève bien insuffisante : un **scanner de l'ensemble du massif facial** est alors nécessaire.

Parmi les traumatismes maxillo-faciaux, nous retrouvons :

- Fractures du maxillaire : étage moyen de la face :

Le collège hospitalo-universitaire de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie classe les fractures de l'étage moyen de la face en deux catégories : avec ou sans répercussion sur l'articulé dentaire (fractures occlusofaciales). Parmi les fractures occlusofaciales, nous retrouvons :

- Fractures de Le Fort I, II et III : fractures horizontales qui séparent l'arcade maxillaire de la base du crâne, à des hauteurs variables ;
- Fractures frontales.

Ces fractures peuvent s'associer avec des fractures mandibulaires dans les *fracas panfaciaux*.

- Fractures de la mandibule :

Ces signes cliniques doivent faire penser à une fracture mandibulaire :

- Une douleur au niveau du trait de fracture ;
- Une stomatorragie ;
- Une sialorrhée ;
- Une douleur à la mobilisation et à la mastication ;
- Un trismus antalgique ;

- Une plaie de la muqueuse gingivale en regard du trait de fracture : fracture ouverte faisant communiquer le foyer de fracture avec la cavité buccale ;
- Une modification de l'articulé dentaire ;
- Une mobilité osseuse anormale ;
- Une hypo- ou anesthésie du territoire labiomentonnière du nerf alvéolodentaire inférieur (V3) : signe de Vincent.

Les fractures mandibulaires représentent 50% des fractures faciales, et présentent des formes anatomo-cliniques très variées :

- Fractures de la portion dentée (corps mandibulaire) ou des portions non dentées (branches montantes, condyles, apophyses coronaires). Les traits de fracture passant par la portion dentée s'accompagnent souvent d'une déchirure ou d'une désinsertion de la muqueuse au collet des dents, mettant en contact le foyer de fracture avec le milieu buccal ;
- Fractures déplacées (entraînant un trouble de l'articulé dentaire) ou non.

(Raux et Bertolus, 2012)

La fracture mandibulaire nécessite une prise en charge en milieu hospitalier dans un service de chirurgie maxillo-faciale, dont le but thérapeutique sera de rétablir l'articulé dentaire habituel, la fonction masticatoire et l'esthétique du visage.

Le traitement comporte des méthodes fonctionnelles (rééducation précoce), chirurgicales (ostéosynthèse par plaques vissées, fixateur externe...) ou mixtes.

Le traitement des fractures mandibulaires même ouvertes en bouche peut être différé de quelques heures sans compromettre le résultat. Néanmoins, et encore plus particulièrement dans le cas de fractures en communication avec le milieu buccal, une antibiothérapie doit être mise en place sans attendre.

Enfin, « *d'une manière générale, tous les traumatismes faciaux ne nécessitent pas une prise en charge en urgence dans un centre disposant d'un chirurgien*

maxillo-facial. Ne doivent y être adressés de prime intention que les patients présentant un risque vital ou fonctionnel lié au traumatisme facial.

Le cas contraire, la consultation spécialisée pourra avoir lieu à distance, une fois le bilan et le traitement des autres lésions effectués.

Méconnaître cette règle expose la filière spécialisée à un risque de surtriage, délétère pour les patients relevant d'une prise en charge spécialisée. En revanche, si un traumatisme facial n'engage pas le pronostic vital immédiat, il ne doit pour autant pas être négligé, tant ses séquelles seront difficiles à corriger si le temps de la chirurgie primaire est passé. ». (Raux et Bertolus, 2012)

5. Les aspects juridiques : position du chirurgien-dentiste envers la législation en vigueur

5.1. Le secret professionnel et le signalement

5.1.1. Le secret professionnel : définition et législation

- **Le secret professionnel dans la loi**

Le secret professionnel est encadré d'un certains nombres de textes et de lois qui s'imposent au praticien en tant que professionnel de santé :

- Le secret professionnel imposé aux chirurgiens-dentistes et son champ d'application sont énoncés clairement dans l'article R.4127-206 du code de Santé Publique (code de déontologie) : « Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste 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**. » (Légifrance, 2004)

De même, le chirurgien-dentiste « doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment ». (art. R4127-207 du code de la Santé Publique) (Légifrance, 2004)

Il doit également « veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut

détenir ou utiliser concernant des patients ». (art. R4127-208 du code de la Santé Publique) (Légifrance, 2004)

- Le secret professionnel est une responsabilité **pénale**.
Sa **violation** est un délit, décrit dans le chapitre VI « atteintes à la personnalité » du code Pénal, par l'article 226-13 : « 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. (Légifrance, 2000)

Le caractère secret d'une information est défini par la jurisprudence (arrêt du 19 décembre 1885 de la chambre criminelle de la Cour de cassation, affaire Watelet) (Puech, 2014) : il désigne « tout ce qui aura été appris, compris, connu ou deviné à l'occasion de l'exercice professionnel », et concerne toutes les informations à caractère **privé**.

De la même manière, la « vie privée » a été, elle aussi, définie par la jurisprudence (Cour d'Appel de Paris, 5 décembre 1997) (Puech, 2014) : « la vie privée s'entend de l'intimité de l'être humain en ses divers éléments afférents à sa vie familiale, à sa vie sentimentale, à son image ou à son état de santé, qui doit être respectés en ce qu'ils ont trait à l'aspect le plus secret et le plus sacré de la personne ».

Par ailleurs, une information relevant de la « vie privée » est couverte par le secret professionnel non pas par sa nature, mais parce que le professionnel soumis au secret en est dépositaire dans l'exercice de ses fonctions.

- **La notion de secret partagé**

La prise en charge d'une victime de violences est une prise en charge pluridisciplinaire, et le chirurgien-dentiste peut être amené à chercher l'aide d'un confrère, notamment celle prépondérante du médecin traitant de la victime. Cependant, ce partage d'informations est soumis à l'accord de la victime, et doit se faire dans son intérêt.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, après avoir rappelé l'étendue du secret professionnel, a défini la notion de secret partagé en matière médicale. « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, **sauf opposition de la personne dûment avertie**, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. » (Legifrance, 2002).

Les critères de partage du secret sont donc centrés sur l'utilité pour le patient. Le partage est licite avec tout soignant jouant un rôle utile dans la prise en charge, en l'absence d'opposition du patient.

5.1.2. Le signalement et la « permission de dénoncer »

« Le respect du secret professionnel s'oppose parfois à l'intérêt des victimes d'infractions. Deux valeurs pénalement protégées entrent en conflit lorsqu'un professionnel apprend ou découvre que son interlocuteur a été victime d'une infraction. Peut-il parler, doit-il parler, peut-il se taire, doit-il se taire ? » (Py, 2005)

Le professionnel qui est confronté à la délicate situation d'avoir à choisir entre respecter le secret et dénoncer une infraction est placé devant ce qui est appelé : **une option de conscience**. (Alt-Maes, 1998)

- **Respect du secret professionnel et non-dénonciation**

Article 434-3 du Code pénal : « Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 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. » (Légifrance, 2018)

Article 434-1 du Code pénal : « Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sont également **exceptées** des dispositions du premier alinéa les **personnes astreintes au secret** dans les conditions prévues par l'article 226-13. » (Légifrance, 2016)

Les derniers alinéas de ces articles font donc primer le respect du secret professionnel (auquel est soumis le chirurgien-dentiste) sur le signalement et la dénonciation ; « sauf lorsque la loi en dispose autrement ».

→ Dans quelles situations la loi « en dispose autrement » et autorise-t-elle à procéder à un signalement ?

- **Pour les mineurs et les personnes vulnérables :**

L'article 226-14 du Code Pénal délie le chirurgien-dentiste du secret professionnel sous certaines conditions spécifiques et l'autorise (plus précisément, empêche sa sanction) alors à alerter les autorités. Dans ces deux cas précis, le praticien n'a pas l'obligation de recueillir le consentement de la victime :

- La victime est un **mineur** (peut concerner la victime elle-même et/ou ses enfants) : l'article R.4127-235 du Code de la santé publique (code de déontologie des chirurgiens-dentistes) impose au chirurgien-dentiste de protéger les mineurs : « *Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de*

quinze ans, conformément aux dispositions du code pénal relatives au secret professionnel. » (Légifrance, 2004)

Le signalement doit être adressé directement par le chirurgien-dentiste au procureur de la République et ou à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

- La victime est une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son **âge** ou de son **incapacité physique ou psychique** : le signalement doit être adressé directement au procureur de la République.

« Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions décrites ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du chirurgien-dentiste, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

(Légifrance, 2015)

- Depuis la loi du 30 juillet 2020, une **troisième situation** (voir 5.1.3) délie le professionnel de santé du secret professionnel : lorsque « les violences mettent la vie de la victime majeure **en danger immédiat** et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de **l'emprise** exercée par l'auteur des violences. »

5.1.3. Les situations extrêmes : la personne en péril immédiat et la notion de danger grave et imminent

5.1.3.1. La non-assistance à personne en péril

Une situation extrême rend le professionnel « *condamnable pour n'avoir pas signalé qu'il connaissait professionnellement une personne dont la santé était très sérieusement compromise* » (Py, 2005) : c'est l'hypothèse de la « **non-**

assistance à personne en péril ». L'obligation d'agir prend alors le pas sur le secret professionnel.

La loi **punit l'entrave aux mesures d'assistance et l'omission de porter secours** par l'article 223-6 du Code Pénal : « *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. (...) Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans.* » (article 223-6 du code pénal) (Légifrance, 2015)

Le **péril immédiat** est défini par : « un état dangereux ou une situation critique faisant craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée et qui risque, soit de **perdre la vie**, soit des **atteintes corporelles graves**. » (Tribunal correctionnel de Rouen, 9 juillet 1975).

« *Il est important de rappeler que le signalement hâtif pourra être reproché à celui qui est, par principe, astreint au silence et qu'il ne pourra échapper à des poursuites pour violation de l'article 226-13 qu'à la double condition qu'il s'agisse d'une **victime visée par le texte** et que les **privations ou sévices soient plausibles**. Or, si l'âge de la majorité (18 ans) est une donnée objective, la **qualité de personne vulnérable** devra être démontrée par le professionnel de même que la réalité, ou tout au moins **l'apparence sérieuse de mauvais traitements graves**.*

*On mesure donc la prudence avec laquelle un professionnel doit examiner les intérêts en présence, avant de prétendre bénéficier de la permission légale de dénoncer. Quant au signalement d'un fait que l'on sait **totalemment ou partiellement inexact**, il est plus grave encore qu'une violation du secret professionnel et peut conduire à des poursuites pour dénonciation calomnieuse.* » (Py, 2005).

5.1.3.2. La loi du 30 juillet 2020

2020 : adoption d'une loi pour la protection des victimes de violences conjugales

Ces dernières années, le sujet du secret professionnel face à une victime de violences conjugales a fait l'objet de réflexions. Après une proposition de loi en 2019, la **loi n°2020-936 visant à protéger les victimes de violences conjugales** a été publiée au Journal Officiel le 31 juillet 2020 :

« *L'article 226-14 du code pénal est ainsi modifié :*

1° Le 3° devient un 4° ;

*2° Le 3° est ainsi rétabli : « 3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il **estime en conscience** que ces violences **mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat** et que celle-ci n'est **pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise** exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. » »*

Cette mesure, à l'époque du débat, n'a pas fait l'unanimité chez les professionnels de santé. En effet, pour certains professionnels de santé et associations d'aides aux victimes, la levée du secret médical serait « rompre la confiance » : dans des interviews donnés à *franceinfo* sur le sujet, Emmanuelle Piet, médecin de la protection maternelle et infantile, présidente du collectif féministe contre le viol (CFCV) explique : « *Le risque, c'est que la patiente ne vienne plus nous parler et qu'elle se mette encore plus en danger. Si elle avait l'habitude de venir se confier et qu'elle se met à avoir peur que l'on parle, elle ne viendra plus. Et là, ça devient dangereux* ». Dr Schmitt, médecin généraliste qui travaille avec l'association SOS femmes solidarité 67 ajoute : « *Le fait de parler à leur place saperait le travail des associations qui accompagnent ces femmes depuis parfois des années et qui les préparent à porter plainte en récupérant des preuves, en rassemblant des papiers administratifs...* ». (Franceinfo, 2019)

Le ministère de la Justice, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé et le conseil national de l'Ordre des médecins, a publié un « **vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal** ».

Il rappelle les **deux conditions** de levée du secret médical énoncées dans le texte de loi (les violences mettent la vie de la victime majeure en **danger immédiat**, et la victime se trouve **sous l'emprise** de l'auteur des violences). Un outil d'évaluation du danger et de l'emprise a donc été élaboré pour aider le médecin dans l'appréciation de ces deux conditions, basé sur des faisceaux d'indices concordants issus de la jurisprudence.

Critères d'évaluation du « **danger immédiat ou imminent** » :

- La victime fait-elle état d'une multiplicité de **violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)** et/ou d'une **augmentation de la fréquence** de ces dernières ?
- D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de son **projet de séparation** ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?
- S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?
- La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?
- La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?
- La victime dit-t-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?
- La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?
- **La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?**
- **La victime exprime-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?**

- La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?
- La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?
- Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?
- À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?
- **La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants** de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?
- La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des **armes à feu** (déclarées ou non) ?

Concernant **l'emprise**, voici les faisceaux d'indices proposés :

- La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?
- La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?
- La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?
- **La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?**
- La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?
- La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?
- La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ? Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

- La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?
- La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ? Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?
- La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

*Le guide précise que ces éléments peuvent permettre d'aider le soignant à la prise de décision de signalement, mais restent à titre indicatif. « **Les items énoncés en violet sont néanmoins à considérer comme des signaux d'alerte** ».*

Il convient de préciser que cette mesure permet en effet de délier le professionnel de santé du secret professionnel et faire un signalement au Procureur de la République **sans l'accord de la victime** ; mais lorsque sa vie est « en **danger immédiat** » (défini par le **risque de mort**) et qu'elle se trouve « **sous l'emprise** » de l'auteur des violences.

Cette dérogation au secret professionnel correspondrait en fait avec la notion **d'assistance à personne en péril** (5.1.3.1.) qui existe déjà, et qui permet déjà - en tant que situation exceptionnelle - de passer outre le secret professionnel.

Cette mesure constitue en fait une « **réassurance au profit des professionnels de santé concernant la non-assistance à personne dans des situations complexes** ». Elle s'applique aux situations identifiées « **extrêmes** » de violences conjugales et non pas aux situations « préoccupantes » dont le danger n'est pas d'intensité absolue. (Ministère de la Justice, 2020)

Les réticences des professionnels de santé nous rappellent que dans les situations les plus courantes de violences conjugales, le secret professionnel, la confidentialité et la volonté de la victime priment.

Le secours par la parole

En réalité, ce qu'impose la loi au témoin c'est d'agir « soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Pour le praticien qui découvre dans l'exercice de sa fonction qu'une personne est en situation de danger grave et imminent, la question qui se pose est de savoir si l'obligation de porter secours prime sur le respect du secret professionnel.

Il convient donc de rappeler que :

- « *Porter secours n'est pas forcément synonyme de violation du secret professionnel* » : le signalement n'est qu'un moyen parmi d'autres de porter assistance à une personne en péril ; et pas forcément le plus judicieux ni le plus efficace à un temps donné ;
- Dans la plupart des cas, le professionnel peut être utile à la victime en danger sans violer le secret professionnel, en donnant les moyens à la victime de se protéger et d'acquérir toutes les informations et les aides nécessaires afin de prendre des mesures pour elle-même : c'est ici que l'objet de notre travail prend tout son sens.
- Lorsqu'il y a un péril grave, actuel ou imminent, le secours passe parfois par la parole. « *S'il est des mots qui tuent, il est des mots qui sauvent.* » (Py, 2005)

Finalement, les situations de révélations ou de découvertes de violences, la complexité du secret professionnel prend tout son sens et pose plusieurs problématiques :

- Les violences intrafamiliales font partie de la sphère la plus intime et sont donc soumises par leur nature au secret professionnel ;
- Le chirurgien-dentiste dépositaire de ces révélations est soumis au secret professionnel par sa fonction ;
- La femme victime est souvent majeure, mais peut être sous l'emprise totale de son agresseur et être en danger, voire en péril notamment dans les cas de violences physiques ou de privations extrêmes ;

- La présence d'enfants mineurs au sein du foyer, pouvant être victimes directes ou collatérales des violences. A savoir qu' « en cas de doute sur une situation de violence au sein du couple, en présence d'enfant, le praticien a la possibilité de contacter le **médecin référent en protection de l'enfance du Conseil départemental** afin d'échanger sur la situation. » (HAS, 2019)

5.2. Certificat médical initial, de constatation

La victime de violences, lorsqu'elle engage des démarches judiciaires, doit fournir des éléments de preuve pour faire valoir ses droits et obtenir des mesures de protection, par exemple. Le **certificat médical initial** (CMI) est un élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire peut s'appuyer.

Même si la victime ne souhaite pas déposer plainte immédiatement, il est important de faire un constat des blessures qui pourra servir de preuve plus tard.

Le chirurgien-dentiste fait partie des professionnels de santé autorisés par le Code de Santé Publique à rédiger un certificat médical initial :

- Article R.4127-229 du CSP : « L'exercice de l'art dentaire comporte normalement l'établissement par le chirurgien-dentiste, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la réglementation en vigueur. Tout certificat, attestation ou document délivré par le chirurgien-dentiste doit comporter sa signature manuscrite ». (Légifrance, 2004)

Le CMI est rédigé selon des règles précises et des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé et doit être remis à la patiente en main propre, dans le respect du secret médical. Une copie sera conservée dans le dossier. (HAS, 2011)

Le chirurgien-dentiste est légalement responsable de ses écrits et de leurs conséquences : la rédaction d'un certificat médical est un acte qui engage la responsabilité du praticien.

Le certificat médical doit être rédigé avec objectivité et prudence et ne doit pas être tendancieux. Il doit être : clair, précis, le plus complet possible, et factuel : il s'agit d'un simple constat et ne détermine pas les liens de causalité éventuels. Il doit être iconographié au maximum (clichés photographiques et radiographiques).

Si ce certificat n'est pas simplement factuel ou descriptif, il peut engager les responsabilités civile, pénale et disciplinaire du praticien.

Concernant la rédaction du certificat :

- Identification du praticien : nom, prénom, adresse et numéro RPPS ;
- Identification du patient : nom, prénom, date de naissance, domicile ;
- Le certificat est daté du jour de l'examen (même si les faits sont antérieurs) et signé de façon manuscrite par le praticien.

Le praticien décrit les circonstances de la rédaction du certificat et rapporte les déclarations de la personne (ce sont des faits commémoratifs) : il note les dires spontanés de la victime, sur le mode déclaratif et entre guillemets : « XXX me dit que » ; « XXX a déclaré que » ; « Selon les dires de la victime ».

Le praticien doit ensuite :

- Recueillir les **doléances** de la victime : noter de façon exhaustive et entre guillemets les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots ;
- Procéder à l'**examen clinique** et actualiser le schéma dentaire : examens exobuccal, endobuccal, radiographique et complémentaires ;
- Iconographier le dossier avec les clichés photographiques, radiologiques et des moulages éventuels ;
- Décrire un **état antérieur** éventuellement connu (par exemple pour un patient connu du cabinet) ;

- Décrire les **soins nécessaires** actuels et préciser les gestes cliniques éventuellement pratiqués le jour de l'examen ;
- Décrire **l'évolution prévisible** et les soins futurs, et émettre ses réserves quant au devenir pulpaire, radiculaire, ou parodontal des dents traumatisées concernées, des antagonistes...
- Préciser l'éventuelle nécessité d'une **surveillance** clinique et radiologique régulière, et éventuellement en préciser la fréquence ;
- Préciser que la situation actuelle est transitoire et qu'elle pourra ou devra être réévaluée dans le temps, et que le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications : à cette occasion, un certificat d'évolution intermédiaire ou un certificat d'aggravation pourra être délivré.

Le praticien 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 ; **et ne se prononce pas sur le lien de causalité entre les lésions constatées et le contexte de violences.**

S'il le peut, le chirurgien-dentiste note l'éventualité d'un risque de **Déficit Fonctionnel Permanent** à prévoir (DFP) et peut également noter, s'il est en mesure de l'évaluer, un nombre de jours d'incapacité totale de travail (ITT). Il s'agit de 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, etc. Ces éléments sont facultatifs : si le praticien ne peut les déterminer de façon certaine, ils pourront l'être ultérieurement par le médecin.

Un cas de nécessité d'examens complémentaires (analyses, moulages), un certificat complémentaire pourra être établi ultérieurement.

Un **certificat de consolidation** pourra éventuellement être rédigé ensuite, si l'état est jugé consolidé.

Une copie de ces certificats doit être conservée dans le dossier dentaire du patient. A noter que les certificats doivent comporter la date et le lieu de réalisation de l'examen mais peuvent être rédigés ultérieurement.

5.3. Devoir de formation du chirurgien-dentiste

Comme tout professionnel de santé, le chirurgien-dentiste doit être formé aux violences intrafamiliales et sensibilisé à la lutte contre ce problème de santé publique.

Au-delà de l'aspect éthique et moral, ce devoir de formation est rendu obligatoire, notamment depuis 2010 par la loi n°2010-769 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences sur ces dernières sur les enfants : « La **formation initiale et continue** des médecins, des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, (...), comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes, sur les mécanismes d'emprise psychologique, ainsi que sur les modalités de leurs signalements aux autorités administratives et judiciaires. » (Légifrance, 2010)

→ Pourquoi la formation des chirurgiens-dentistes face aux victimes de violences conjugales ?

Tout d'abord, c'est une obligation légale du professionnel de santé en contact avec des femmes, donc avec des potentielles victimes.

Cela permet au praticien d'apprendre et comprendre les mécanismes des violences, pour adapter sa pratique et sa prise en charge, et mieux comprendre l'attitude d'une victime face aux soins. Le professionnel doit également connaître les lois en rapport avec les violences conjugales : celles permettant la protection des victimes, mais aussi celles concernant le professionnel de santé et le cadre dans lequel il peut agir.

Le fait d'être formé et d'avoir tous les outils en main pour soutenir, informer et orienter une éventuelle victime permet au praticien d'être plus confiant et plus efficace dans le repérage des victimes (ne plus hésiter à poser la question, ne plus avoir peur d'avoir une attitude inappropriée ou d'engager sa responsabilité).

(OMS, 2013)

Une étude de 2017 a permis de démontrer l'intérêt de la formation des praticiens au problème des violences conjugales : l'éducation des futurs

chirurgiens-dentistes à la violence domestique durant leurs études a permis d'accroître significativement leur sensibilité aux violences conjugales (multipliée par 3,2) ; et les praticiens éduqués agissaient 2 fois plus auprès des victimes par rapport à ceux qui n'avaient pas été formés.

Il en va de même pour ceux ayant été sensibilisés aux violences dans le cadre de leur formation continue (sensibilité multipliée par 6,3).

Cela confirme donc l'intérêt et la nécessité de former les étudiants en chirurgie-dentaire et les chirurgiens-dentistes diplômés aux concepts clefs des violences conjugales, ce qui leur permettra de fournir des conseils appropriés et d'orienter les victimes pour une prise en charge optimale.

(Al Alyani et Alshouibi, 2017) (Everett et coll., 2013)

5.3.1. Implication de la profession : Ordre et syndicats de la profession

- Implication de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : les Référénts Violence

L'idée de la formation de Référénts Violence volontaires au sein des Conseils de l'Ordre départementaux a été initiée par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), en collaboration avec l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes et les syndicats de la profession.

Ainsi, en 2016, un référent « Violences » pour chaque conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a été formé - lors d'une journée de formation réalisée en collaboration avec la MIPROF et le ministère de la Santé - par des intervenants tels que le juge Edouard Durand (spécialiste des violences intrafamiliales et des droits des enfants et des mères), Murielle Salmona (présidente de l'association *Mémoire traumatique et victimologie*, un organisme de formation pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles, conjugales, faites aux enfants, et liées au terrorisme), ainsi que d'autres spécialistes comme des chirurgiens-dentistes formés à l'identification médico-légale.

Ce référent a sur le terrain une « mission d'appui » : il est chargé d'orienter, informer et former les praticiens dans le cas de violences subies par leurs patients, en mettant à disposition son réseau de partenaires utiles (associations, psychologues, etc.).

Certains référents ordinaires en une « double casquette » et sont nommés « Référents violences *faites à autrui* » : ils s'occupent des violences faites à l'égard des patients des praticiens (dont les violences conjugales), mais aussi des violences faites aux praticiens.

Chaque praticien peut contacter son référent départemental qui pourra le conseiller, l'informer et l'orienter sur les démarches qu'il peut accomplir.

Par ailleurs, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes a mis à disposition une formation gratuite pour les chirurgiens-dentistes sur « Les violences faites aux femmes », disponible en ligne sur : <http://formation.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

Cette formation d'une durée de deux heures a été réalisée en collaboration avec la MIPROF et permet aux praticiens de remplir leur obligation de formation sur ce sujet, en proposant trois modules : les violences faites aux femmes, le rôle du chirurgien-dentiste et son action.

- Implication des syndicats

Le Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes (SFCD) - le syndicat exclusivement féminin de la profession -, s'implique de manière active dans la lutte contre les violences faites aux femmes et publie régulièrement des articles d'actualité à ce sujet.

L'organisme de formation du syndicat, le FFCD, propose également une formation sur « l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violences » (rendue obligatoire par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010, citée dans l'article 51 de la loi du 4 août 2014) : sous forme d'une journée animée par des intervenants (juristes, psychologues spécialisés, référents violence, etc.), les objectifs principaux de cette formation sont :

- Amener le praticien à une réflexion personnelle et une prise de conscience de ce que sont les violences conjugales ;
- En comprendre les mécanismes et être capable de détecter et d'orienter les femmes victimes ;
- Aider le praticien à adopter une posture professionnelle et acquérir des outils pour aider la victime, sans se mettre en danger.

« Se former, détecter, accompagner, prendre en charge : agir ensemble dans le respect des victimes et de leur parole ».

5.3.2. Autres formations

Des kits de formation ont été créés par la MIPROF :

- **Kit ELISA** : ce premier kit porte sur l'impact du questionnement systématique sur la femme victime de violences sexuelles ;
- **Kit ANNA** : explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par le professionnel ;
- **Kit TOM ET LENA** : traite de l'impact des violences au sein du couple sur les enfants, ainsi que du repérage et de la prise en charge de la mère et de l'enfant victimes ;
- **Kit Protection sur ordonnance** : traite des mécanismes des violences, du repérage et de l'évaluation du danger lié aux situations de violences au sein du couple. Il est conçu d'abord pour les professions du droit.

Ces kits pédagogiques (courts-métrages avec livrets d'accompagnement) sont disponibles sur demande à formation@miprof.gouv.fr.

Affiches, supports de communication, exemple type de certificats médicaux selon la profession sont également disponibles et téléchargeables sur le site .

Le CNIDFF met en place des formations à destination des professionnel-le-s du secteur sanitaire et social. Les objectifs de ces formations sont de : comprendre les causes et les origines des violences sexistes et identifier les différentes formes qu'elles prennent ; resituer les violences sexistes au regard de la loi ; permettre aux participant-e-s d'envisager comment lutter contre les violences sexistes. Plus d'informations sur :

<http://www.infofemmes.com/v2/modules/upload/upload/Documents/Formations/EXT-2017/FormationHP2017-LesViolences.pdf>

6. Les outils de communication avec le public

Aujourd'hui, de nombreux outils de communication sont disponibles : affiches, vidéos, dépliants, fiches pratiques, sites internet...

Ces outils sont élaborés par différents acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes (État, collectivités territoriales, organismes internationaux, associations).

Ces campagnes de communication ont deux enjeux : elles s'adressent au grand public et aux professionnels en contact avec les victimes. (Quilot, 2015)

6.1. Campagnes nationales : affiches et clips vidéo

- Affiche de campagne 2015 pour le 3919 : à l'occasion de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Affiche_finale_40x60_-_Impression.pdf
- Affiche de campagne 2018 : « Réagir peut tout changer » : chaque citoyen doit se sentir concerné et peut agir contre les violences : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/AFFICHE-Violences_A3-ou-A4.pdf
- Affiche de campagne 2019 « Stop aux féminicides », réalisée dans le cadre du Grenelle des violences conjugales : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-communication>
- Clip vidéo du 3/9/19 : dans le cadre d'une campagne de communication de grande ampleur pour mieux faire connaître le numéro d'écoute 3919 : <https://youtu.be/6ObA3qLXJLU>

6.2. 2019 : le Premier Grenelle des violences conjugales

A l'occasion du premier Grenelle des violences conjugales qui s'est tenu en France en 2019, de nouveaux outils pédagogiques de prévention et de lutte contre les violences ont été développés :

- La « **roue des violences** » résume les différents types de violences physiques, psychologiques, sexuelles et économiques et s'adresse aux jeunes et aux professionnels, notamment les soignants.

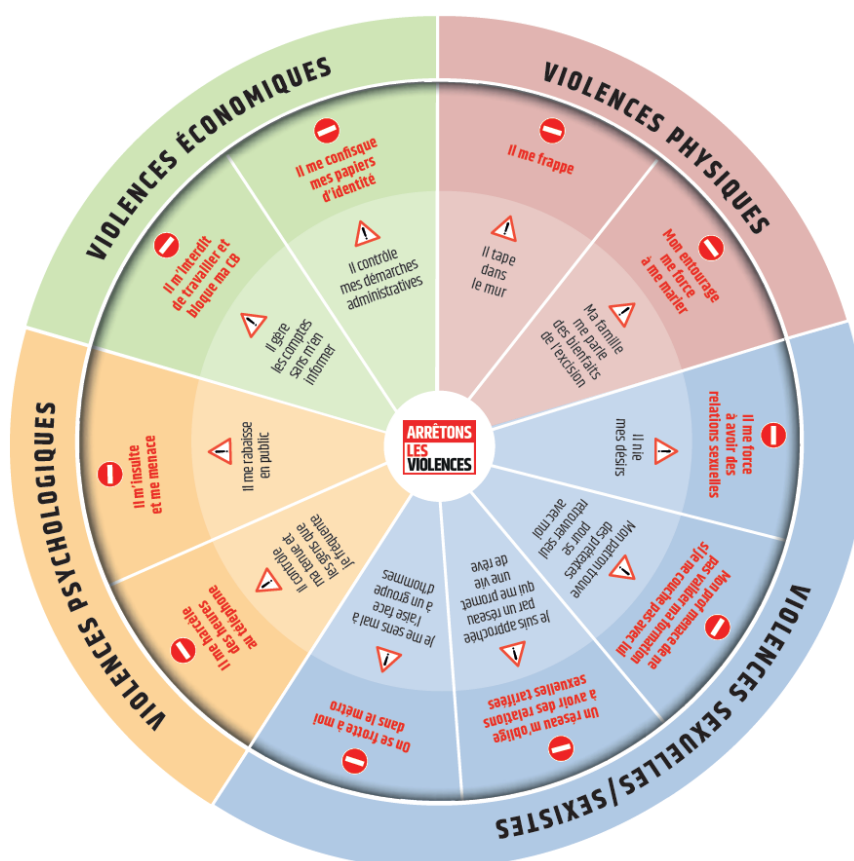


Figure 3 : La roue des violences (source : Grenelle des violences conjugales, 2019)

- Une **affiche** a été spécialement créée pour l'occasion : « **STOP AUX FÉMINICIDES** ». Elle résume de manière visuelle et pédagogique les principaux moyens d'action face aux violences : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/affiche-violences-conjugales.pdf> (cf. Annexe 1)

Les premiers résultats des actions de communication dans le cadre de ce Grenelle 2019 ont été très satisfaisants, notamment en termes de nombres d'appels au 3919 : le 3 septembre et le 4 septembre 2019, plus de 1000 appels ont été passés chaque jour, contre habituellement à peine 250 appels par semaine.

Le Grenelle a également parmi la création du « Fonds Catherine » : il s'agit d'un fond spécial d'un million d'euros pour les associations de terrain, annoncé par Marlène Schiappa. Le prénom « Catherine » fait directement référence aux victimes : en France, il y a autant de femmes victimes de violences que de femmes qui s'appellent Catherine. Toutes les régions se verront attribuer une enveloppe de base, à laquelle pourra s'ajouter une enveloppe répartie en fonction du nombre de femmes par région.

6.3. Autres outils de communication

- **Site internet parcours-victimes.fr**

Lancé en février 2021 par la Fédération France Victimes et le Fonds de Garantie des Victimes, ce site s'adresse aux victimes majeures et mineures de violences physiques, psychologiques ou sexuelles.

Ce portail numérique regroupe de nombreuses informations, liens et numéros utiles aux victimes dans leurs démarches. Ces informations sont présentées sous forme d'un **parcours en cinq « temps clés »** :

- Parler et être écouté (comment, quand, à qui s'adresser)
- Se mettre en sécurité (les solutions d'aide et d'hébergement, les mesures de protection existantes)
- Préparer le temps pénal (le parcours depuis le dépôt de plainte jusqu'à l'indemnisation)
- Être indemnisé
- Se reconstruire (psychologiquement, socialement, professionnellement).

- **Communication à l'intention des auteurs de violences**

Si les campagnes de communication sont pour la plupart destinées aux victimes (pour les inciter à chercher de l'aide) et aux professionnels (pour les aider à mieux repérer et agir) ; Ernestine Ronai - pionnière de la lutte contre les féminicides en France et à l'origine du premier Observatoire départemental des violences faites aux femmes en Seine-Saint-Denis – a eu l'idée de créer une campagne à destination des hommes.

En 2004 puis en 2009, des affiches ont été diffusées, représentant des hommes avec des messages forts adressés aux auteurs de violences : « Être mâle, c'est pas faire mal », « Tu es nul, si tu la frappes », ou encore « Insulter, ce n'est pas aimer ». Le Dr Gilles Lazimi, coordinateur de cette campagne, explique : « Les messages sont simples, clairs, forts, ils susciteront le débat, libéreront la parole et permettront de balayer les idées machistes sur les hommes qui ne peuvent changer. ». (cf. Annexe 2)

L'idée a été reprise plus récemment en 2019, par la ville de Villiers-Le-Bel : une campagne d'affiches représente cinq hommes ayant pour point commun de vivre ou travailler à proximité de la ville et leur donne la parole : « Mon père ne frappait que ma mère mais il nous a tous démolis... », « Frapper ta femme ne fera jamais de toi un bonhomme ! », ou encore « 130 femmes tuées chaque année par leur conjoint. Je pense à ma fille ! ». (cf. Annexe 3)

- **Autres outils de communication**

Depuis plusieurs années, des dépliants et guides d'information sont régulièrement créés et mis à jour, à destination des victimes, des témoins ou des professionnels amenés à recevoir des victimes.

Ces dépliants peuvent être distribués et ces guides conservés au cabinet pour pouvoir s'y référer rapidement ; ils permettent un accès rapide et pédagogique aux principales informations nécessaires.

En voici quelques exemples :

- Dépliant « Violences conjugales – La loi avance » à l'intention des témoins ou des victimes, réalisé dans le cadre d'un appel à projets de la Commission européenne visant à soutenir des actions de lutte contre les violences faites aux femmes (PROGRESS) : dépliant disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/depliant_violences_femmes.pdf
- Fiche synthétique « Ce qu'il faut savoir » à destination des victimes et des témoins, par le Ministère des Droits des femmes : dépliant disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Lutte-contre-Violences-conjugales_version-2012.pdf
- Fiche pratique à l'intention des professionnels de santé : « Violences au sein du couple – le rôle des professionnels » : guide disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Violence_48_pages_20_10-2.pdf

6.4. Informations à afficher au cabinet dentaire

Comme le suggère le guide de la HAS (HAS, 2019), une affiche et/ou des brochures mises à disposition dans la salle d'attente peuvent permettre de montrer l'implication du professionnel dans la lutte contre les violences.

Une affiche a d'ailleurs été spécialement conçue pour les cabinets dentaires par l'ONCD (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes). Accrochée en salle d'attente, cette affiche pensée dans le but de « susciter le dialogue » permet aux patientes d'identifier le lieu comme un espace d'accueil où elles pourront être entendues par un professionnel de santé sensible au sujet, si elles en ont besoin.

Jointe à cette affiche, une fiche explicative à l'intention des chirurgiens-dentistes : elle rappelle le « rôle déterminant » du professionnel dans l'accueil des victimes et donne des conseils de « posture professionnelle adaptée ».

Cette fiche est disponible en ligne sur :
https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/fiche_explicative_oncd - 2016.pdf

**VOUS ÊTES UNE FEMME
VICTIME DE VIOLENCES**

**PARLEZ-EN
À VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE
IL PEUT VOUS AIDER**

**VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919***
*Appel anonyme et gratuit.

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES
LA LOI VOUS PROTÈGE**
<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

ONCD
Ordre national des chirurgiens-dentistes

**NUMÉRO D'ÉCOUTE
ET D'INFORMATION ANONYME
ET GRATUIT DEPUIS TOUS
LES TÉLÉPHONES FIXES ET PORTABLES**

The poster features a woman with long brown hair seen from behind, sitting in a dental chair in a clinical setting. The background is a light blue dental office with various pieces of equipment.

Figure 4 : Affiche pour le cabinet dentaire (source: Ordre National des Chirurgiens-Dentistes)

7. Conclusion

Le chirurgien-dentiste en tant que professionnel de santé a bien évidemment un rôle prépondérant à jouer lorsqu'il reçoit un patient victime de violences conjugales.

S'il ne peut « sauver le monde » et reste un soignant spécialiste, il nous semble néanmoins qu'il doit s'atteler à connaître ses patients dans leur globalité et connaître tous les facteurs pouvant influencer leur santé orale, qui est bien souvent le reflet de la santé générale du patient.

Au même titre que la question « Consommez-vous du tabac ? De l'alcool ? » est devenue presque omniprésente dans le questionnaire initial de tout praticien ; la question « Êtes-vous/Avez-vous été victime de violences ? » devrait y trouver sa place. Cette question à laquelle les patients ne s'attendent pas toujours en rentrant dans un cabinet dentaire, doit trouver sa justification dans la bienveillance et l'empathie du praticien qui souhaite mieux connaître son patient, pour mieux le soigner.

Néanmoins, le praticien doit avoir conscience que, de façon certaine, il y trouvera régulièrement une réponse positive : ainsi il lui est nécessaire, en amont, de se positionner clairement en tant qu'individu et en tant que professionnel de santé sur la question des violences.

Il doit pouvoir offrir un retour à ces confidences : qu'il prenne la forme d'une écoute attentive, de paroles rassurantes, d'une petite carte d'informations remise à la patiente, ou alors d'un accompagnement plus approfondi, par exemple avec l'aide du Référent Violences et son réseau de partenaires locaux.

8. Références bibliographiques

Références bibliographiques

Al Alyani WS, Alshouibi EN. Dentists awareness and action towards domestic violence patients. Saudi Med J. 2017; 38(1): 82-8.

Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4e édition. Oxford: Blackwell publishing; 2007. 897 p.

Bonneau R. Acceptabilité d'un dépistage systématique des violences interpersonnelles en médecine générale [Thèse d'exercice]. [La Réunion] : Université de la Réunion. UFR Santé ; 2019. 73 p.

Calvez É. Dépistage des violences conjugales : quel abord par les sages-femmes pendant la grossesse ? État des lieux des pratiques des sages-femmes du Finistère ayant une activité de consultation prénatale [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Brest : Université de Bretagne occidentale. UFR de Médecine et des Sciences de la Santé ; 2018. 41 p.

Chevalier G. La communication : un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henri Poincaré Nancy I. Faculté d'odontologie ; 2007. 140 p.

Coulthard P, Warburton AL. The role of the dental team in responding to domestic violence. Br Dent J. 2007; 203(11): 645–8.

Coy-Gachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs [Thèse d'exercice]. [Paris] : Université Paris VI Pierre et Marie Curie. Faculté de médecine ; 2005. 57 p.

Drigeard C, Nicolas E, Hansjacob A, Roger-Leroi V. Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: the opinion of a population of French dentists. *Eur J Dent Educ*. 2012; 16(3): 156-65.

Dhuny DN. *Violences conjugales: vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté de médecine de Nancy ; 2012. 145 p.*

Escard E, Torreggiani C, Theler J-M, Guessous I, Jaquier V. En première ligne face aux violences domestiques : attitudes et représentations des professionnels de santé. *Rev Int Criminol Police Tech Sci*. 2015 ; 69(4) : 387-402.

Everett RJ, Kingsley K, Demopoulos CA, Herschaft EE, Lamun C, Moonie S, et coll. Awareness and beliefs regarding intimate partner violence among first-year dental students. *J Dent Educ*. 2013; 77(3): 316-22.

Alt-Maes F. Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel. *Rev Sc Crim*. 1998 ; 2 : 301

Garbin CA, Guimarães e Queiroz AP, Rovida TA, Garbin AJ. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J*. 2012; 23(1): 72–6.

García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.

Gillioz L, Gramoni R, Margairaz C, Fry C. *Voir et agir : responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes*. Genève : Editions Médecine & Hygiène ; 2003. 219 p.

Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. J Can Dent Assoc. 2007; 73(7): 617.

Kundu H, Basavaraj P, Singla A, Kote S, Singh S, Jain S, et coll. Domestic Violence and its Effect on Oral Health Behaviour and Oral Health Status. J Clin Diagn Res. 2014; 8(11): ZC09-ZC12.

Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. J Oral Maxillofac Surg. 2001; 59(11): 1277-83; 1283-1284.

Margairaz C, Bach Brioschi C. Violences envers les femmes : quelle prise en charge au cabinet médical ?. Meg Hyg. 2003 ; 1(2457) : 40-4.

Mythri H, Kashinath KR, Raju AS, Suresh KV, Bharateesh JV. Enhancing the Dental Professional's Responsiveness Towards Domestic Violence: A Cross-Sectional Study. J Clin Diagn Res. 2015; 9(6): ZC51-3.

Mons M. Empathie et odontologie [Thèse exercice]. [Toulouse] : Université Toulouse III - Paul Sabatier. Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse ; 2015. 140 p.

Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan ; 2005. 136 p.

Quilot L. Les campagnes de communication gouvernementales de lutte contre les violences faites aux femmes [Mémoire]. Paris : Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. UFR Science Politique ; 2014. 169 p.

Raux C, Savall F, Dedouit F, Telmon N, Rougé D. Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. Revue de Médecine Légale. 2013 ; 4(3) : 121-7

Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*. 2010; 10: 268.

Van Dam BAFM, van der Sanden WJM, Bruers JJM. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. 2015; 15: 159.

Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » : la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles. [Thèse d'exercice]. [Toulouse] : Université Toulouse III - Paul Sabatier. Faculté de médecine ; 2016. 78 p.

Walker L. *The Battered women*. New York: Harper and Row Publishers; 1979. 288 p.

Walker EA, Milgrom PM, Weinstein P, Getz T, Richardson R. Assessing abuse and neglect and dental fear in women. *J Am Dent Assoc*. 1996; 127(4): 485–90.

Willumsen T. Dental fear in sexually abused women. *Eur J Oral Sci*. 2001; 109(5): 291–296.

World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2013. 55 p.

Références bibliographiques électroniques

Campion J. Violences conjugales : pourquoi la levée du secret médical, souhaitée par la ministre de la Justice, fait débat [Internet]. 2019 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/metiers/droit-et-justice/violences->

[conjugales-pourquoi-la-levee-du-secret-medical-souhaite-par-la-ministre-de-la-justice-fait-debat_3708395.html](http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie4/site/html/cours.pdf)

Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Traumatologie maxillo-faciale : items 201, 237 [Internet]. 2011 [consulté le 11 juin 2020]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie4/site/html/cours.pdf>

Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences : texte de recommandations [Internet]. 2011 [f 21 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf

Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couplage : recommandation de bonne pratique [Internet]. 2019 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

HCDH (Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. 1993 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Henrion R, Ministère de la santé. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. Paris : La Documentation française ; 2001 [consulté le 7 décembre 2018]. 64 p. Disponible sur :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>

INSEE (Institut National de la statistique et des études économiques), ONDRP (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales), SSMSI (Service statistique ministériel de la sécurité intérieure). Rapport d'enquête « Cadre de vie et Sécurité » 2019 : victimation, délinquance et sentiment d'insécurité [Internet]. Paris : SSMSI ; 2019 [consulté le 27 mars 2021]. 123 p. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>

Josse E. Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles : approche orientée vers la solution [Internet]. 2013 [consulté le 5 septembre 2019]. Disponible sur : https://psychosolutions.be/IMG/pdf/Victimes_violences_sexuelles.pdf

Lazimi G, Le Clerc S, Ronai E. Campagne contre les violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis : les hommes contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2010 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur : <http://contrelesviolencesfaitesauxfemmes.blogspot.com/2010/02/campagne-contre-les-violences-faites.html>

Légifrance. Code civil : Chapitre 1er : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant : Article 371-1 [Internet]. 2019 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038749626&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190712>

Légifrance. Code civil : Chapitre VI : Des devoirs et des droits respectifs des époux : Article 215 [Internet]. 1803 ; mis à jour en 1975 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F16D28BB3B6D46A71CFE1B4DEC3EE85B.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000006422766&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=19760701

Légifrance. Code civil : Titre XIV : Des mesures de protection des victimes de violences : Article 515-11 [Internet]. 2019 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000039778135&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20200101>

Légifrance. Code de la santé publique : Chapitre préliminaire : Droits de la personne : article L1110-4 [Internet]. 2002. [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020886954/2009-07-23

Légifrance. Code la santé publique : Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Article R4127-206 [Internet]. 2004 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913004&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

Légifrance. Code la santé publique : Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Article R4127-207 [Internet]. 2004 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=71E412AB05CD737A3F9C5C311A9041A5.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000006913005&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808

Légifrance. Code la santé publique : Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Article R4127-208 [Internet]. 2004 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=71E412AB05CD737A3F9C5C311A9041A5.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000006913006&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808

Légifrance. Code de la santé publique : Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Article R.4127-229 [Internet]. 2004 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913031&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200621&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=1051216096&nbResultRech=1>

Légifrance. Code de la santé publique : Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Article R.4127-230 [Internet]. 2004 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913032&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200621&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=1794580759&nbResultRech=1>

Légifrance. Code la Santé Publique : Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Article R.4127-235 [Internet]. 2004 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CBA6AB142B7925D0798E411C1C713F2E.tplqfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000006913039&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090909

Légifrance. Code de la santé publique : Titre II : Organisation des professions médicales : Article L.4124-6 [Internet]. 2017 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI00034058980&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170218>

Légifrance. Code de procédure pénale : Section 3 : Des attributions du procureur de la République : Article 41-1 [Internet]. 2019 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038312444&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20190325>

Légifrance. Code de procédure pénale : Section 3 : Des attributions du procureur de la République : Article 41-3-1 [Internet]. 2014 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029334594&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20140806>

Légifrance. Code Pénal : Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice : Article 434-1 [Internet]. 2016 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207673&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20160316>

Légifrance. Code Pénal : Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice : Article 434-3 [Internet]. 2018 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289453&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>

Légifrance. Code Pénal : Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours : Article 223-6 [Internet]. 2018 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289588&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>

Légifrance. Code Pénal : Section 4 : De l'atteinte au secret : Article 226-13 [Internet]. 2000 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte=&categorieLien=cid>

Légifrance. Code pénal : Section 4 : De l'atteinte au secret : Article 226-14 [Internet]. 2015 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

Légifrance. Décret n° 2020-1161 du 23 septembre 2020 relatif à la mise en œuvre d'un dispositif électronique mobile anti-rapprochement [Internet]. 2020 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042357259?r=haNPbHPGMk>

Légifrance. Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences sur ces dernières sur les enfants [Internet]. 2010 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id>

Légifrance. Loi n°2014-874 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes [Internet]. 2014 [consulté le 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/8/4/FVJX1313602L/jo/texte>

Légifrance. Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1) [Internet]. 2020 [consulté le 27 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042176652>

Ministère de la Justice. Secret médical et violences au sein du couple : vademecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal [Internet]. 2020 [consulté le 5 février 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

Ministère de l'Intérieur. Étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple [Internet]. 2018 [consulté le 3 septembre 2019]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>

Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la police nationale, Direction générale de la gendarmerie nationale. « Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple » [Internet]. 2019 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>

MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres Humains). Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2020. Lettre de l'Observatoire national des violences aux femmes n°16 [Internet]. 2020 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/Lettre%20n%C2%B016%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202019.pdf>

MIPROF (Mission Interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des Êtres humains). Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°6 [Internet]. 2015 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/02/lettre_ONVF_mai_2015_violences_et_sante.pdf

Observatoire départemental des violences envers la femme de Seine-Saint-Denis. Comment avez-vous su ? Guide d'aide à l'entretien avec des femmes victimes de violences [Internet]. 2016 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/guide-aide-entretien.pdf>

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). La violence à l'encontre des femmes. Violences d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Aide-mémoire n° 239 [Internet]. 2011 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.who.int/medacentre/factsheets/fs/fs239/fr/>

Puech L. Les informations couvertes par le secret professionnel [Internet]. 2014 [consulté le 11 mars 2021]. Disponible sur : <https://secretpro.fr/secret-professionnel/fiches-par-theme/information-couverte>

Raux M, Bertolus C. Traumatismes de la face [Internet]. 2012 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Traumatisme de la face.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Traumatisme_de_la_face.pdf)

Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes [Internet]. 2017 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur : [https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017 Muriel Salmona Violences conjugales le droit d etre protegee DUNOD.pdf](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017_Muriel_Salmona_Violences_conjugales_le_droit_d_etre_protegee_DUNOD.pdf)

Sénat.fr. 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales. Rapport d'information au Sénat n°425 [Internet]. 2016 [consulté le 11 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4256.html>

Service d'Aide aux Conjoints (SAC). Aide aux hommes en difficultés conjugales [Internet]. 2007 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.serviceaideconjoints.org/fr/>

Service-public.fr. Violence conjugale [Internet]. 2020 [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>

SOS Femmes Vendée. Plaintes et mains courantes [Internet]. [consulté le 7 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.sosfemmesvendee.fr/plaintes-et-mains-courantes>

United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women. A/RES/48/104 [Internet]. 1993 [consulté le 21 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.un-documents.net/a48r104.htm>

9. Annexes

Annexe 1 : Affiche « Réagir face aux violences conjugales » de 2020

RÉAGIR FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES

EN PARLER

- **À des associations** : spécialisées dans la lutte contre les violences (plus de 111 CIDFF vous accompagnent partout en France)
- **Appeler le 3919** : ligne d'écoute anonyme et gratuite, 7j/7 de 9h à 22h (de 9h à 18h le week-end)
- **À votre entourage et/ou des professionnels** : soignants, travailleurs sociaux, enseignants, avocats, cellules d'écoute



PORTER PLAINTE

- **Au commissariat ou gendarmerie** : les forces de l'ordre disposent d'une grille d'évaluation du danger et des psychologues et intervenants vous accompagnent
- **Sur la plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes** : deux brigades sont formées et vous orientent vers la plainte 24h/24, 7j/7
- **À l'hôpital** : généralisation de la plainte à l'hôpital et certificat médical de constatation des violences

ÉLOIGNER LE DANGER

L'auteur des violences part :

- > Eviction de l'auteur des violences (mesure d'éloignement, saisie des armes)
- > Centre de soins et d'hébergement des auteurs

La victime des violences part, elle n'est plus redevable du loyer :

- > Garantie Visale : l'Etat se porte garant pour le relogement des femmes victimes
- > Hébergement d'urgence : 5000 places d'hébergement dédiées et géolocalisées par les professionnels
- > Accès facilité à un logement social



LA LOI EST DE VOTRE CÔTÉ

Vous protéger :

- > L'ordonnance de protection (éloignement, interdiction de détenir une arme, suspension et aménagement possible de l'autorité parentale)
- > Le Téléphone grave danger (dispositif d'alerte des forces de l'ordre et accompagnement par une association)
- > Le bracelet anti-rapprochement du conjoint violent

Vous défendre :

- > Avec l'Aide juridictionnelle pour couvrir les frais de justice
- > Des points d'accès gratuits au droit partout en France

Punir l'auteur des violences :

- > Condamnation pénale (prison, autorité parentale)
- > Stages de responsabilisation et de prévention de la récidive

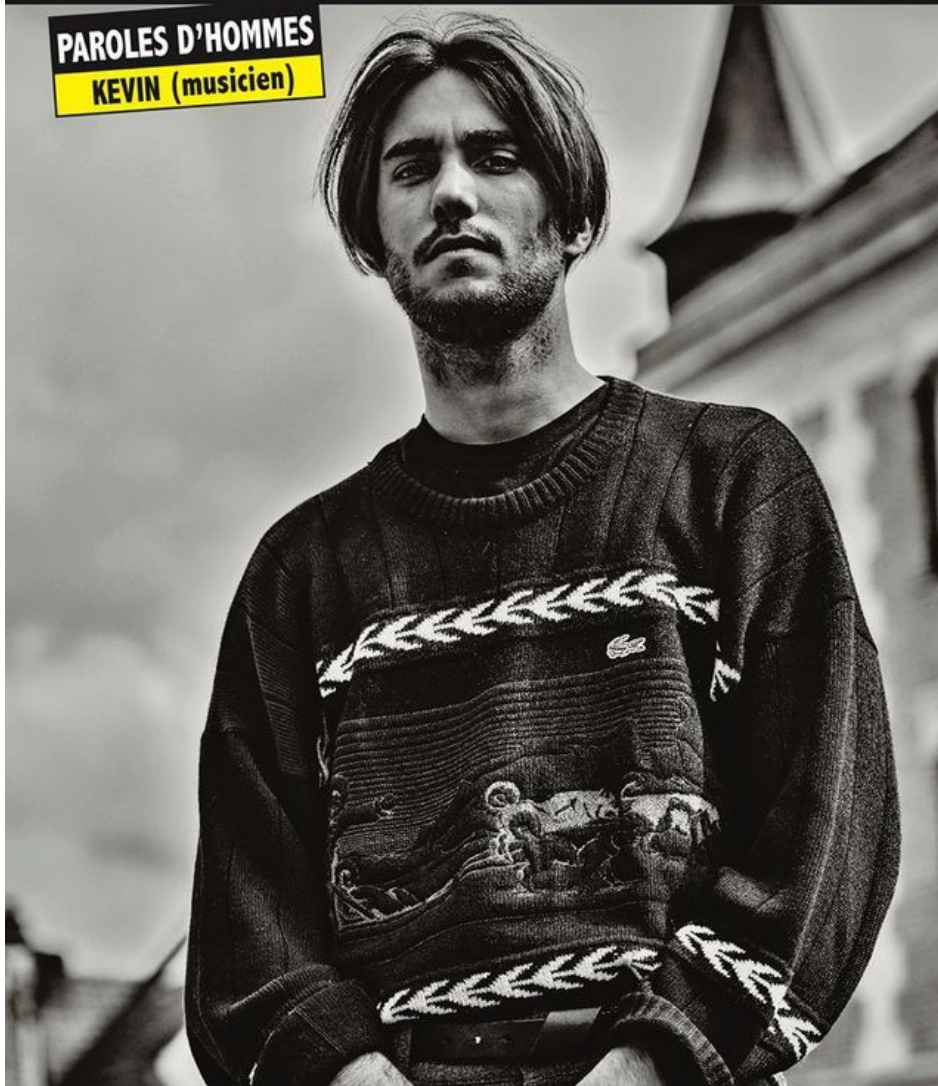
SE RECONSTRUIRE

- **Prise en charge psychologique** : 10 centres de soins psycho-trauma ouverts sur le territoire
- **Allocation d'aide au retour à l'emploi** : en cas de démission forcée

EN CAS D'URGENCE, FAITES LE 17 OU LE 112 (PORTABLE)

**« Mon père ne frappait que ma mère,
mais il nous a tous démolis... »**

PAROLES D'HOMMES
KEVIN (musicien)



Villiers-le-Bel contre les violences conjugales

ville de Villiers-le-bel

Table des matières

Liste des figures 12

1. Introduction sur les violences domestiques	13
1.1. Contexte	13
1.2. Données épidémiologiques	15
2. Définitions des violences conjugales	17
2.1. Les violences verbales et psychologiques	19
2.2. Les violences physiques et sexuelles	20
2.3. Conséquences sur la victime	20
2.3.1. Les conséquences psychologiques	20
2.3.2. Conséquences sur la santé physique et la santé bucco-dentaire	22
2.3.3. Attitude face aux soins médicaux	23
2.3.4. Conséquences sur les enfants	24
3. Dépistage des victimes de violences par le chirurgien-dentiste : comment les reconnaître ?	24
3.1. Questionnaire médical, anamnèse	25
3.2. Examen clinique	28
3.3. Cas cliniques	31
4. Prise en charge de la victime en milieu de soins dentaires	34
4.1. Aspects psychologiques	37
4.1.1. Savoir écouter	37
4.1.2. Accueillir la révélation des violences	38
4.2. Conseiller et informer : être un intermédiaire	40
4.2.1. Associations et organismes d'aide aux victimes	40
4.2.2. Démarches juridiques	43
4.2.3. Autres contacts	49
4.3. Spécificités cliniques de la prise en charge	51
4.3.1. La relation de confiance	51
4.3.2. Aider et motiver le suivi	52
4.3.3. Le conjoint violent	53
4.3.4. Traumatologie	56
5. Les aspects juridiques : position du chirurgien-dentiste envers la législation en vigueur	60
5.1. Le secret professionnel et le signalement	60

5.1.1. Le secret professionnel : définition et législation	60
5.1.2. Le signalement et la « permission de dénoncer »	62
5.1.3. Les situations extrêmes : la personne en péril immédiat et la notion de danger grave et imminent	64
5.2. Certificat médical initial, de constatation	71
5.3. Devoir de formation du chirurgien-dentiste	76
5.3.1. Implication de la profession : Ordre et syndicats de la profession	77
5.3.2. Autres formations	79
6. Les outils de communication avec le public	80
6.1. Campagnes nationales : affiches et clips vidéo	80
6.2. 2019 : le Premier Grenelle des violences conjugales	81
6.3. Autres outils de communication	82
6.4. Informations à afficher au cabinet dentaire	84
7. Conclusion	86
8. Références bibliographiques	87
9. Annexes	99

MONNIELLO Clara – Le rôle du chirurgien-dentiste face aux victimes de violences conjugales

Nancy 2021 : 104 pages, 4 figures

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2021

Mots-clefs :

- Chirurgien-dentiste
- Violences conjugales
- Secret professionnel
- Santé publique

Résumé :

En 2021, et partout dans le monde, la violence conjugale - dont les femmes sont les victimes les plus fréquentes - reste un fléau de santé publique. De nombreuses études ont montré que les professionnels de santé ont un rôle prépondérant à jouer contre cette problématique : en tant que professionnels de confiance, ils sont capables d'utiliser leurs connaissances et leur réseau pour dépister, informer et aider les victimes. Comment accueillir les révélations d'une victime ? Quel est le champ d'action du professionnel de santé : par quoi commence-t-il, où s'arrête-t-il face au secret professionnel ? Cette thèse a pour but de donner les éléments nécessaires au chirurgien-dentiste, en tant que soignant, pour lui permettre d'améliorer la prise en charge globale du patient victime de violences en traitant des spécificités cliniques, psychologiques et juridiques de celle-ci.

Jury :

Président :	Pr Catherine STRAZIELLE
Membres :	Dr Greyce NASREDDINE
	Dr Kazutoyo YASUKAWA
	Dr Mariette CAÏONE
Directeur de thèse :	Dr Céline CLÉMENT

Adresse de l'auteur :

Clara MONNIELLO
112, rue du Pas de Cible
71710 MONTCENIS