

## Mise au point

Manon Dautrevaux<sup>1</sup>, Olivier Bouchy<sup>1</sup>, Paolo Di Patrizio<sup>1</sup>, Laurent Martrille<sup>2</sup>, Violaine Mauffrey<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Université de Lorraine, Département de Médecine Générale, Nancy, France

manon.d8@hotmail.fr

<sup>2</sup>CHRU de Nancy, Service de Médecine Légale, F 54000, Nancy, France

<sup>3</sup>Université de Lorraine, École de Santé Publique EA4360 APEMAC, Nancy, France

Tirés à part : M. Dautrevaux

### Résumé

Les violences conjugales (VC) constituent un enjeu majeur de santé publique et sont une véritable problématique d'actualité. 9 % des femmes en France sont victimes de violences. Leur repérage est encore à ce jour insuffisant. Une revue systématique de la littérature a permis d'identifier les principaux freins au dépistage et à la prise en charge des VC par les professionnels de soins primaires en France, en vue de la création d'un outil d'aide à leur dépistage et à leur prise en charge. Trois catégories de freins sont identifiées : liées aux professionnels de santé, au cadre de travail et aux victimes. Les médecins se sentent isolés et impuissants face aux victimes et ressentent un manque de formation et sensibilisation au problème. Les victimes méconnaissent le rôle des professionnels et souhaitent que les soignants abordent d'avantage le sujet. Malgré la prise de conscience récente des professionnels de santé, se reflétant au travers de meilleurs taux de dépistage, ces taux sont encore insuffisants à ce jour. La formation et sensibilisation des médecins sont essentielles. Un outil d'aide a été élaboré, permettant de rompre l'isolement, le sentiment d'impuissance et de manque de formation des professionnels. Son évaluation serait nécessaire à plus long terme.

### • Mots clés

violences conjugales ; médecin généraliste ; soins primaires ; gynécologues ; sage-femme.

### Abstract. Domestic violence, a current issue in primary care: What solution?

Domestic violence (DV) represents a major public health issue and remains a significant current problem. 9% of French women are victims of violence. Their screening continues to be insufficient. A systematic review of

# Violences conjugales, un problème d'actualité en soins primaires : quelles solutions ?

## Introduction

Les violences conjugales (VC) sont aujourd'hui un phénomène d'ampleur bien reconnu et constituent un véritable enjeu de santé publique en France. L'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes (ENVEFF), réalisée en 2000, dressait un premier état des lieux alarmant. Elle publiait officiellement qu'une femme sur dix était victime de VC en France. En 2015, une étude nationale révèle qu'une femme meurt tous les trois jours des suites de VC. Selon l'enquête Cadre de vie et Sécurité, les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs des victimes de violences.

Le Rapport Henrion de 2001 insistait sur le « rôle primordial » et central des médecins dans le dépistage et la prise en charge des victimes. Quatre plans interministériels se sont succédés par la suite ayant pour priorité la prise en charge des victimes de violence.

Cependant, le repérage des VC reste encore à ce jour insuffisant et les médecins se trouvent trop souvent démunis face à ce problème. Dans ce contexte, une revue systématique de la littérature a été réalisée, selon les recommandations des critères PRISMA (figure 1), pour identifier les principaux freins au dépistage et à la prise en charge des VC par les professionnels de soins primaires au niveau national. Les résultats ont permis l'élaboration d'un outil facilitant le dépistage et la prise en charge par les professionnels de santé de premier recours.

## Trois catégories de freins ont été identifiées

Les freins au dépistage et à la prise en charge des victimes de violences conjugales sont de trois ordres : ceux liés aux professionnels de santé, ceux liés au cadre professionnel, enfin les difficultés liées à la victime. On en trouvera le détail dans la figure 2.

## Un sujet encore tabou

Les VC engendrent chez la plupart des professionnels un sentiment de malaise limitant leur prise en charge.

La vision réductrice de la problématique des VC et leur méconnaissance par les médecins sont un frein majeur au repérage des victimes. Les VC sont largement sous-estimées dans la population générale ainsi qu'au sein même de leur patientèle. Les médecins ont tendance à réaliser un dépistage ciblé d'une partie de leurs patientes (contexte de chômage, alcoolisme...)

literature was conducted to identify the main obstacles to screening and management of intimate partner violence (IPV) in primary care in France, in order to create a work-aid for screening and management of DV. Three categories of obstacles were identified: concerning professionals, their work environment and victims. Doctors feel isolated and helpless faced with victims of IPV and are sensitive to their lack of training. Victims seem to be unaware of the role of health carers and would like to feel that the latter would approach more the subject. Despite the recent recognition of IPV by health care professionals through improved screening rates, they still remain insufficient. Training and awareness of professionals are essential for improved care of DV. This study has culminated in a work-aid, devised to reduce the feelings of isolation and helplessness as well as lack of training experienced by professionals. Our aid now requires long term evaluation.

• **Key words**  
*domestic violence; general practitioner; primary care; gynecologist; midwife.*

DOI: 10.1684/med.2018.330

durée pouvant parfois ne pas aboutir à un résultat satisfaisant pour le médecin. L'angoisse de se retrouver face à l'échec peut limiter le dépistage.

Les médecins généralistes remettent en question leur rôle face aux violences [1, 4, 10, 14]. Ils insistent sur l'importance de la responsabilité des autres intervenants en minimisant leur propre intervention [4, 10, 12] alors qu'ils sont des acteurs centraux du réseau et du parcours de suivi des victimes. La rupture de l'isolement passe essentiellement par une connaissance des acteurs, des associations du réseau local et des moyens existants à leur disposition. L'étude du Dr Cornilleau [4] montre qu'en dix ans le recours au réseau et l'orientation des victimes auprès des associations se sont majorés de 30 %.

## Concernant le dépistage systématique

Pour les médecins, le dépistage systématique des VC n'avait pas sa place dans leur pratique courante. Ils évoquaient la part de risque d'intrusion dans la vie privée et la peur de gêner leurs patientes, le sujet des violences, selon certains médecins, relevant de la sphère privée et intime. Le dépistage ciblé semble pour les professionnels la méthode la plus adaptée et réalisable.

Or, une étude canadienne réalisée en 2011 démontre que les patientes sont favorables à un dépistage par le médecin

au détriment d'autres victimes. Par ailleurs, les violences sont limitées dans la majorité des études au terme de « physiques » délaissant les violences psychologiques et sexuelles [1-6].

La banalisation peut être analysée comme un mécanisme de défense pour les professionnels, générateur d'angoisse et de remises en question parfois personnelles.

Les VC semblent poser plus de questions déontologiques que d'autres situations cliniques difficiles et sont évoquées à plusieurs reprises comme tabou [1, 2, 7-11].

Les professionnels se sentent en difficulté et manquent d'assurance face aux victimes de violences faute de sensibilisation et de formation initiale, ce qui constitue un frein important.

## Isolement, sentiment d'impuissance et d'échec

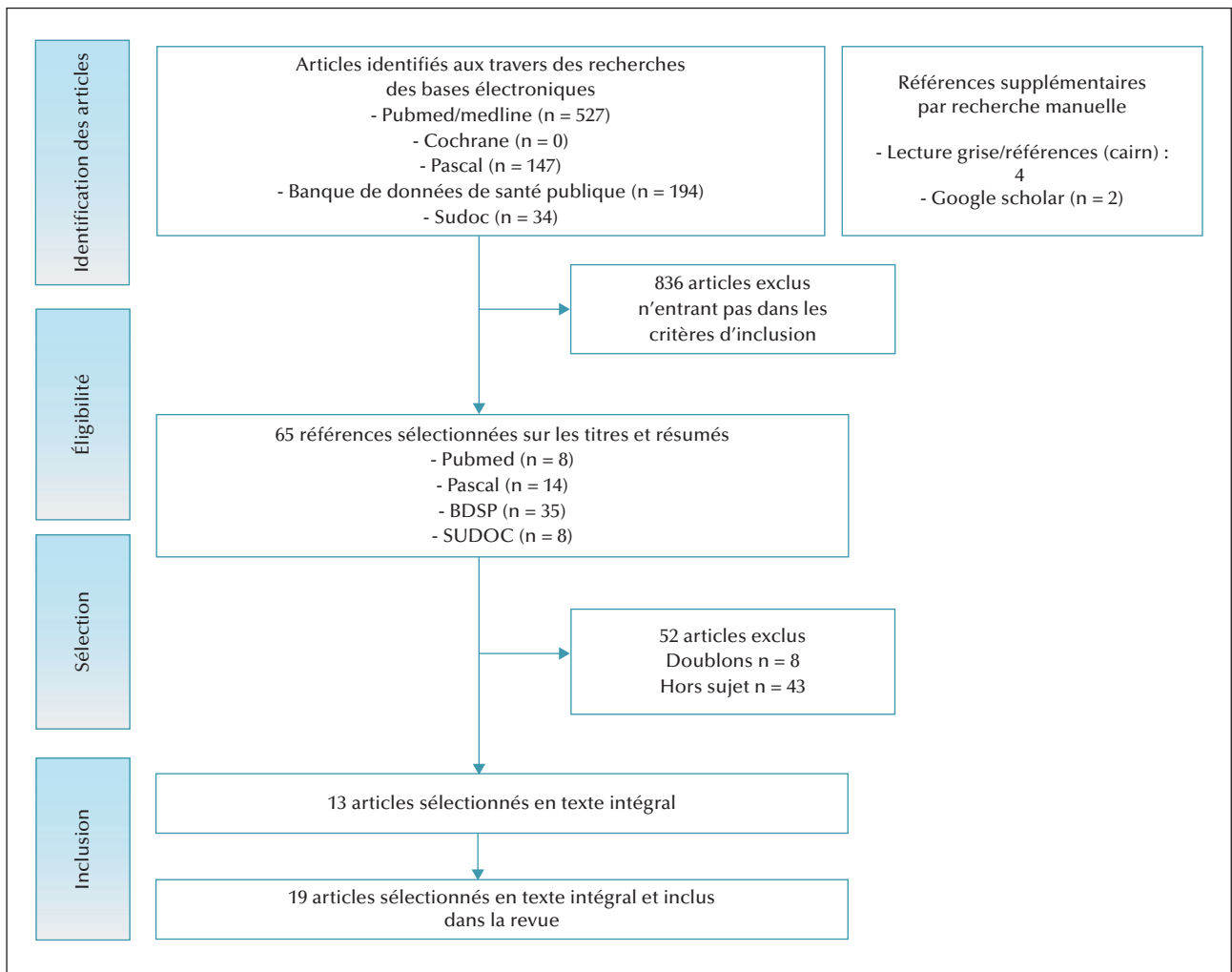
Les sentiments d'impuissance et d'échec sont systématiquement relatés par les médecins [2-4, 6, 8, 10, 12, 14]. L'impuissance est d'origine multifactorielle : difficultés à prendre en charge la victime, incompréhension de l'attitude des victimes qui expriment de l'attachement à leur agresseur et ne souhaitent pas porter plainte ou quitter le domicile familial. Le médecin doit avoir des notions essentielles. Il doit s'adapter à l'évolution de la patiente dans son processus d'acceptation et de reconnaissance de son statut de victime et accepter que l'accompagnement de la femme s'établisse sur la

généraliste et une étude belge de 2006 par le gynécologue, contrairement à ce que les médecins peuvent penser.

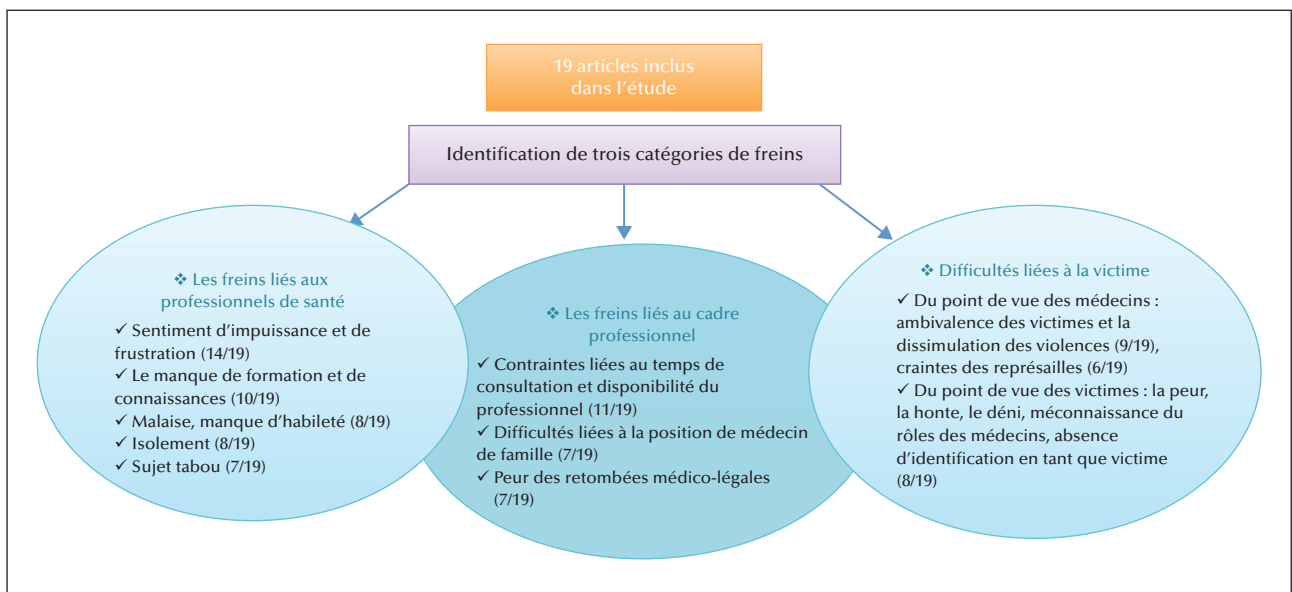
De nombreuses études sont en faveur d'un dépistage systématique même si aucune recommandation ni aucun texte ministériel ne le préconisent en France. Aux États-Unis, le « *Council on Scientific Affairs de l'American Medical Association* » et « *l'American College of Obstetrician and Gynecologist* » recommandent la pratique du dépistage systématique. C'est également le cas du collège anglais. La mise en place du dépistage systématique en France fait cependant débat mais au vu des résultats des publications actuelles, il semble à promouvoir [15]. En tout état de cause, le praticien doit avoir au moins le réflexe de penser aux violences devant des signes d'alerte et donc d'effectuer un dépistage ciblé *a minima*.

## Un cadre professionnel pas toujours adapté

La position de médecin de famille est décrite comme un atout mais aussi une difficulté par les professionnels. Lorsque la relation de confiance est établie avec la victime, l'approche de certains sujets peut être une difficulté supplémentaire car bien souvent le médecin suit également l'agresseur potentiel.



• Figure 1. Diagramme de flux PRISMA-PRISMA CHART.



• Figure 2. Les freins au dépistage et à la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Par ailleurs, la prise en charge des victimes implique un temps de consultation adapté et des consultations itératives. Dans de nombreuses études [1, 2, 10, 13], les contraintes de temps et de disponibilités personnelles sont évoquées comme un frein majeur. En effet, les professionnels ont conscience de l'implication nécessaire à une prise en charge efficace. Un lien significatif a été mis en évidence entre la durée de la consultation et le dépistage spontané des violences [16].

Les médecins soulèvent également le problème du cadre juridique entourant le secret professionnel, notamment le partage de l'information avec les travailleurs sociaux, et la notion « *de non-assistance à personne en péril* », engendrant beaucoup de questionnement sur leurs conduites face aux patientes et la peur de risques médico-légaux. Or, l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique dispose que : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge* » et l'article 226-14 du Code pénal permet au médecin de réaliser un signalement avec l'accord de la victime.

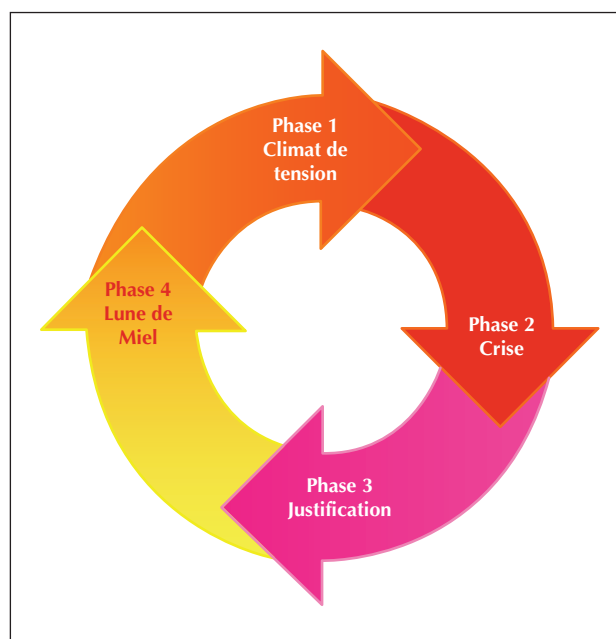
Dans la majorité des cas, la prise en charge des victimes par les médecins consiste en une écoute, la prescription de psychotropes et la rédaction du certificat médical initial [4]. Cette dernière pose également des difficultés pour les professionnels et entraîne une angoisse quant à son importance et sa valeur légale pour la suite des démarches judiciaires.

## Une part de difficulté liée aux victimes

Dans la majorité des études [2, 4, 6-8, 10, 12, 17, 18], la principale difficulté du dépistage évoquée par les médecins, est la dissimulation par la victime de ce qu'elle subit. Son ambivalence apparente rend la prise en charge compliquée et parfois frustrante, allant jusqu'à une remise en cause de sa crédibilité et de la réelle existence des violences. La connaissance par les médecins des quatre phases du cycle des violences est primordiale (figure 3). Selon la phase du cycle où le dépistage est réalisé, l'attitude du médecin ne sera pas identique et une mauvaise prise en charge pourrait s'avérer plus délétère que bénéfique.

La crainte de représailles par le conjoint est fortement évoquée par les médecins interrogés, que ce soit pour la victime ou pour le médecin lui-même.

La peur, la honte, le déni, et la culpabilité, voire parfois la dépendance financière, sont autant de sentiments pouvant amener la victime à ne pas parler. L'isolement social créé par leur agresseur aggrave le repli sur soi, empêchant la femme de se reconnaître comme une victime sous-estimant ainsi l'intérêt d'un dépistage systématique par les professionnels de santé. La plupart des femmes interrogées expriment leur crainte du risque de séparation avec leurs enfants.



• Figure 3. L'ambivalence des victimes de violences conjugales.

Dans une approche purement médicale, la femme violentée ne présente pas de profil type ni de symptômes spécifiques. Les signes de violences physiques évidents permettent un repérage des victimes de violences mais les signes dissimulés ou peu spécifiques ne font pas toujours évoquer en premier lieu des VC entraînant un retard ou une absence de dépistage [4-6, 13, 19, 20].

## Une piste vers des solutions pratiques...

L'étude chronologique des études incluses montre l'évolution du ressenti, de la prise de conscience et de l'amélioration de la prise en charge des patientes par les professionnels. Il est nécessaire de poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès des médecins mais également de la population, leur intérêt ayant été prouvé [1, 2, 4].

La sensibilisation est indissociable de la formation médicale initiale et continue, souvent incriminée par les médecins comme insuffisante. La formation initiale des études médicales aborde très peu le sujet des violences et pas du tout celui spécifique des VC (le nouveau programme de l'ECN ne comporte pas d'item spécifique sur les violences faites aux personnes). Le troisième plan triennal (2011-2013) reconnaît que les professionnels de santé sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique alors qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge.

À ce jour, des conférences de consensus sur les violences existent pour la rédaction des certificats médicaux, pour le suivi de la femme enceinte et pour la situation de

maltraitance des enfants aux urgences. Peut-être pourrait-on envisager des recommandations officielles pour la prise en charge des VC ?

La majorité des centres d'accueil pour les victimes se situent dans les grandes villes. Le développement de réseaux de proximité en milieu rural serait bénéfique pour orienter les victimes au plus proche de leur domicile.

Enfin, pour prendre en charge les violences conjugales dans leur globalité, les hommes violents doivent être orientés et pris en charge. Il existe à ce jour peu d'études sur les mécanismes et le fonctionnement des agresseurs rendant l'approche médicale compliquée.

Afin de poursuivre l'amélioration du dépistage des VC, nous avons donc élaboré un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge des VC sous forme de fiche réflexe (annexe 1) facilement utilisable en pratique courante. La fiche a également été conçue dans un but de support de formation. Enfin, lors de la consultation de dépistage, le professionnel pourra, après accord de la patiente, remplir la fiche de liaison (annexe 2) comme l'indique la fiche réflexe.

## Conclusion

Le repérage des violences conjugales reste encore à ce jour insuffisant. Les violences sont dans la plupart des cas révélées par la victime.

Les professionnels de santé ont un rôle clé et primordial dans le dépistage et l'orientation des victimes, ces dernières se tournant en premier lieu vers leurs médecins. Il est souhaitable qu'ils fassent partie intégrante du réseau de prise en charge de leur secteur.

## RÉFÉRENCES

1. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer* 2010 ; 92 : 75-81.
2. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale : Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine* 2014 ; 10 (9) : 423-8.
3. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile-de-France. Institut de l'Humanitaire, 2000, 25 p.
4. Cornet P, Cornilleau A, Ibanez G. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. *Cahiers de santé publique et de protection sociale* 2014 ; 12 : 27-31.
5. Morvant C, Lebas J, Cabane J, et al. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. *Rev Prat* 2005 ; 702 (3) : 945-53.
6. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier, 2012.
7. Ronai E, Ouharzoune Y, Warnet S. Health professionals all have a role to play in identifying violence. *Rev infirm* 2014 ; 205 : 21-4.
8. Simonel F. La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales : barrières et stratégies pour y remédier [Thèse-mémoire d'exercice de médecine]. Lyon 1, Université Claude Bernard, 2013.
9. Palisse M. Repérage par les médecins généralistes des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Thèse-mémoire d'exercice de médecine]. Paris V, Faculté de médecine Paris Descartes ; 2013.
10. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances au changement de pratiques. Étude qualitative à partir



## Pour la pratique

- Les violences conjugales sont un problème de santé publique majeur et reconnu. Une femme sur dix est victime en France et une femme meurt tous les 3 jours dans un contexte de violences conjugales.
- À ce jour, les taux de dépistage par les médecins sont encore insuffisants.
- Les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, sont des interlocuteurs privilégiés et font partie intégrante de la prise en charge en réseau des victimes de violences.
- La formation initiale et la sensibilisation des professionnels de santé doivent être renforcées.
- L'utilisation de la fiche réflexe remise à l'issue d'une formation pourrait permettre un meilleur dépistage et une meilleure orientation des victimes.

Il est important de rompre l'isolement et le sentiment d'impuissance et d'échec des médecins fortement exprimés dans la plupart des études, de pallier au manque de connaissances des réseaux locaux et d'apporter une sensibilisation et formation.

~Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

d'entretiens semi-directifs [Thèse - mémoire d'exercice de médecine]. Nantes, Université de médecine de Nantes, 2013.

11. Boutonné R. Représentation et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation : une étude qualitative exploratoire [Thèse d'exercice de médecine]. Créteil, Faculté de médecine de Créteil ; 2014.
12. Chambonet JY, Douillard V, Urion J, et al. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Rev Prat MG* 2000 ; 14 (107) : 1481-5.
13. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2002 ; 86 (6) : 949-61.
14. Dhuny D. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes Lorrains [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy, Faculté de médecine de Nancy ; 2012.
15. Lazimi G. Violences faites aux femmes. *Rev Prat* 2005 ; 19 (706-7) : 1180.
16. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme [Mémoire du Diplôme d'état de sage-femme]. Clermont-Ferrand, Faculté de médecine, 2012.
17. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou M-F. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique et Santé* 2015 Déc ; 244-249.
18. Lazimi G. The general practitioner's role in identifying and supporting female victims of violence. *Rev infirm* 2014 (205) : 25-7.
19. François I, Moutel G, Plu I, et al. Domestic violence : what are the difficulties for practitioners? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients. *Presse Med* 2004 ; 33 : 1561-5.
20. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. *Cahiers de santé publique et de protection sociale* 2011 Sep ; 9-18.



annexe 1

Fiche reflexe

CONTACTS UTILES

POLICE SECOURS	17
NUMÉRO D'HÉBERGEMENT D'URGENCE	115
STOP VIOLENCES FEMMES ECOUTES	3919

LES HÔPITAUX (55)

- HÔPITAL DE VERDUN  
Consultation médico-judiciaire : 03 29 83 27 57
- URGENCES VERDUN : 03 29 83 83 83
- URGENCES BAR-LE-DUC : 03 29 45 88 88

LES LIEUX D'ACCUEILS (55)

- COMMERCY  
AMIE : 03 29 92 05 39  
Accueil de jour - Hébergement
- VERDUN  
CIDFF : 03 29 86 70 41  
Accueil de jour - Info sur les droits  
Accompagnement des victimes
- BAR-LE-DUC  
CSA - PIS : 03 29 88 40 20  
Accueil de jour - Hébergement  
CIDFF : 03 55 12 40 25

SE FORMER ET S'INFORMER

- Unité médico-judiciaire (UMJ) de Nancy :  
03 83 15 51 30
- Outils de formation en ligne disponibles sur le site de la MIPROF :  
[www.stop-violences-femmes.gov.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html](http://www.stop-violences-femmes.gov.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html)
- www.stop-violences-femmes.gov.fr
- Déléguée aux Droits des Femmes et à l'égalité DDCSPP 55 : 03 29 77 42 21

PRÉSENCE TERRITORIALISÉE DU CIDFF

Verden - siège social : présence du lundi au vendredi de 8h à 17h30 - ensemble des services

Bar-Le-Duc : Présence hebdomadaire : juriste, conseillère emploi, médiatrice familiale/conseillère conjugale et familiale

Permanences bimensuelles accès au droit/aide aux victimes : Commercy, Ligny, Stonay, Esain

Permanences mensuelles accès au droit/aide aux victimes : Damvillers, Boulogny, Clermont, Fresnes, Vigneulles/Apremont, St Mihiel, Revigny, Vaucouleurs, Gondrecourt

Bureau d'aide aux victimes : Td de Verdun : tous les mercredis de 8h45 à 11h45 / Td de Bar-Le-Duc : tous les mardis de 8h45 à 11h45

© 2017 - Marion DAUTREVAUX - Docteur en médecine

AIDE ET ORIENTATION dans la prise en charge des violences conjugales

**STOP AUX VIOLENCES**

FICHE RÉFLEXE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES**

1 femme meurt tous les 3 jours !

J'IDENTIFIE

**Le type de violence subie**  
Essayer de penser à toutes les formes de violences \*physique, \*psychologique, \*verbale, \*sexuelle, \*économique...

**Les signes d'alerte**  
Traumatismes, douleurs chroniques entraînant des consultations répétées, déséquilibre de pathologie chronique, troubles psychologiques, mauvaise observance thérapeutique, propos contradictoires, interrogatoire difficile...

**Oser en parler, repérer, évaluer**  
En étant seul(e) avec la patiente, poser des questions : Comment ça se passe à la maison ? Avec votre mari ? Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie ?

**Évaluer le danger immédiat / vital**  
90% de femmes sont victimes en France

J'AGIS

**Etre dans la compréhension et l'écoute, instaurer un climat sécurisant et de confiance**  
Rassurer la victime, expliquer qu'elle n'est plus seule, que des professionnels peuvent l'aider, que les violences sont punies par la loi et que seul son agresseur est responsable

**Examiner**  
Pratiquer un examen clinique détaillé des lésions éventuellement visibles, évaluer le retentissement psychologique, consigner les éléments dans le dossier médical.  
Précrire des examens complémentaires ou avis spécialisé si besoin  
En cas de viol, il est possible d'adresser la patiente au centre de référence  
En cas de difficulté ou de doute, adresser la victime aux urgences ou à une Unité Médico-Judiciaire

**Établir le certificat initial de coups et blessures**  
Il peut être rédigé pour tous les types de violences, ne pas oublier d'évaluer le retentissement psychologique.

Définir l'ITT  
[www.conseilnational.medecin.fr/node/1675](http://www.conseilnational.medecin.fr/node/1675)

J'ORIENTE

**Si la patiente ne souhaite pas parler**  
Lui proposer de la revoir en consultation, ou délivrer le message qu'elle peut revenir quand elle sera prête

**Lui transmettre les numéros de téléphone d'urgence et contacts utiles (audas)**

**Lui conseiller de porter plainte ou, avec accord de la victime, réaliser un signalement (article 226-14 CP)**

**En cas de danger immédiat, mise en sécurité de la victime et de ses enfants**  
\* Hospitalisation d'urgence anonyme, hébergement d'urgence ou chez un membre de la famille ou ami.  
\* En cas de refus, conseiller la victime : élaborer un plan d'urgence (prévenir un proche du risque d'hébergement d'urgence, préparer une valise, les papiers d'identité)

**Remplir, avec accord de la patiente, la fiche de liaison avec le CIDFF de la Meuse**

## annexe 2

Fiche de liaison

Maison Médicale du Pasviolence  
Médecine Générale  
3919 rue des Femmes  
55100 VERDUN

Je soussigné(e), Mme, Melle, M.

Née le .....

Résidant : .....

.....

Autorise le Dr..... à prévenir le Centre d'Information sur les  
Droits des Femmes et des Families, de mon passage à sa consultation le .....

Et vous informe que mon numéro de portable, ou tout autre numéro précisé (amis,  
parents, voisins, ...) est le :

Afin que cet organisme puisse prendre contact discrètement avec moi.

Horaires d'appels de préférences :

Fait à .....

Le .....

Signature :