



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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

M. Deshpriya Neelesh DHUNY

le 24 octobre 2012

**VIOLENCES CONJUGALES :
VERS UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE
PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LORRAINS**

Examineurs de la thèse :

M. Professeur Henry COUDANE

Président

M. Professeur Jean-Marc BOIVIN

Juge

M. Docteur Laurent MARTRILLE

Directeur

M. Professeur Jean-Pierre CRANCE

Juge

Mme. Docteure Clotilde LATARCHE

Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT – Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS – Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1986)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIETNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

**Professeur de Médecine Légale (option clinique)
Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Officier de l'Ordre des Palmes Académiques**

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Depuis plusieurs années, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et pédagogiques en tant que Professeur de Médecine Légale et Droit de la Santé et Doyen de la Faculté de Médecine. Nous vous sommes reconnaissant et le resterons éternellement pour nous avoir toujours soutenu.

Ces vers d'un auteur inconnu sont un témoignage de notre respect et notre gratitude.

« Une nuit, j'ai eu un songe. J'ai rêvé que je marchais le long d'une plage, en compagnie du Seigneur.

Dans le ciel apparaissaient, les unes après les autres, toutes les scènes de ma vie.

J'ai regardé en arrière et j'ai vu qu'à chaque scène de ma vie, il y avait deux paires de traces sur le sable : L'une était la mienne, l'autre était celle du Seigneur.

Ainsi nous continuions à marcher, jusqu'à ce que tous les jours de ma vie aient défilé devant moi. Alors je me suis arrêté et j'ai regardé en arrière.

J'ai remarqué qu'en certains endroits, il n'y avait qu'une seule paire d'empreintes, et cela correspondait exactement avec les jours les plus difficiles de ma vie, les jours de plus grande angoisse, de plus grande peur et aussi de plus grande douleur.

Je l'ai donc interrogé : " Seigneur... tu m'as dit que tu étais avec moi tous les jours de ma vie et j'ai accepté de vivre avec Toi. Mais j'ai remarqué que dans les pires moments de ma vie, il n'y avait qu'une seule trace de pas. Je ne peux pas comprendre que tu m'aies laissé seul aux moments où j'avais le plus besoin de Toi. »

Et le Seigneur répondit : « Mon fils, Je ne t'aurais jamais abandonné, pas même une seule minute ! Les jours où tu n'as vu qu'une seule trace de pas sur le sable, ces jours d'épreuves et de souffrances, eh bien : c'était moi qui te portais. »

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

**Professeur des Universités de Médecine Générale
Coordonnateur du DES de Médecine Générale**

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur et la gentillesse de faire partie de ce jury. Nous avons apprécié vos qualités d'enseignant.

Nous avons tenu à ce que vous fassiez partie du jury de cette thèse car vous êtes un exemple à suivre pour tous internes de médecine générale, dont nous sommes fier de faire partie.

Nous tenons à vous témoigner toute notre estime.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine Légale et Droit de la Santé)**

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

Vous nous avez jugé digne de votre confiance et nous avez permis de découvrir des opportunités nouvelles, des horizons nouveaux, et une passion nouvelle.

Vous nous avez inspiré pour ce travail, mais aussi pour d'autres projets. Vous avez su canaliser notre énergie, nos ambitions et notre motivation. Nous espérons bénéficier de vos enseignements pendant encore longtemps.

Nous espérons vous faire honneur avec ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CRANCE

**Professeur Emérite de Physiologie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Commandeur des Palmes Académiques
Médaille de l'Aéronautique
Médaille d'Honneur du Service de santé des armées**

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur et l'amitié de faire partie de ce jury.

Nous avons pu compter sur votre disponibilité et sur vos conseils amicaux depuis le début de nos études de médecine. Vos enseignements nous ont marqué, ainsi que votre bonhomie légendaire.

Nous sommes heureux que vous fassiez partie du jury de cette thèse car votre présence, ce jour si important, nous tenait à cœur de longue date.

A notre Juge

Madame la Docteure Clotilde LATARCHE

**Docteure en Médecine
Praticien Hospitalier
(Epidémiologie et Evaluation Cliniques)**

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de faire partie de ce jury.

Vous nous avez conseillé sagement du début à la fin de cette thèse. Nous savons combien votre temps est précieux et nous vous sommes reconnaissant de nous avoir consacré votre écoute

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans votre collaboration et nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre respect et de notre gratitude.

A ma famille,

A mon Père, Anil,

Qui m'a donné l'envie d'apprendre, qui m'a toujours encouragé, et qui est pour moitié responsable de ma réussite. Qui m'a appris la générosité et la valeur du travail. Qui a soutenu mes ambitions et qui m'a donné les moyens de les accomplir.

A ma Mère, Iyanthi,

Qui a accepté de me laisser partir il y a douze ans, et qui m'a permis d'accomplir mes rêves. Qui me racontait la vie de Gandhi et Bouddha et le Ramayana, qui m'ont inspiré étant petit. Qui est pour moitié responsable de l'homme que je suis devenu.

A mon Frère, Deenal,

Qui m'a beaucoup aidé avec ce travail. Dont la présence pour moi est un bonheur et dont le soutien a toujours été infaillible. Qui me rend fier par son ambition et ses idées.

A ma grand-mère, Dadi,

Qui m'a toujours donné son amour. Qui m'a appris à croire en Dieu.

A mes proches qui ne sont plus de ce monde, Amma, Seeya, Dada, Lalita, Dilip, Parmanand,

Qui veillez sur moi depuis le ciel. Qui me protégez et me guidez dans mes pas. Qui me manquez beaucoup.

A ma seconde famille, Yvette, Antoine, Sandrine, Claude, Yanis, Maëlys, Christel, Kevin,

Qui m'avez accueilli les bras ouverts il y a douze ans. Qui m'avez aidé, conseillé et accepté. Qui faites chaque jour que je ne me sens pas seul.

A Dariny,

Qui m'a donné son amour inconditionnel. Qui a accepté mes défauts. Qui restera à jamais dans mon cœur.

A tous les autres membres de ma famille,

Qui êtes si loin, au Sri Lanka et à l'Île Maurice. Qui m'avez toujours aimé et soutenu. Qui me donnez l'impression d'être spécial et unique. Qui êtes fiers de moi.

A mes Amis,

A Philippe et à Sébastien.

Car vous êtes là pour moi et que j'espère pouvoir compter sur vous encore très longtemps.

A Jocelyne et Charles.

Le destin m'a permis de vous rencontrer. Et j'ai eu de chance de vous avoir comme mentors et amis. Vous m'avez transmis bien plus que des connaissances médicales. Ce travail n'aurait pu être réalisé sans l'aide de Jocelyne.

A tous mes amis, mes copains.

A mes anciens collègues brancardiers du Centre Alexis Vautrin.

A mes anciens collègues de l'Établissement Français du Sang Lorraine Champagne.

A mes collègues de médecine générale et de médecine légale.

A tous ceux qui m'ont tendu la main à mon arrivée en France il y a douze ans, qui m'ont soutenu dans les moments durs, qui ont partagé mes joies, qui m'ont aidé à avoir cette vie aujourd'hui, pleine et heureuse.

Vous m'avez tous, sans conteste, aidé à écrire ce chapitre de ma vie, et j'espère que nous écrirons encore beaucoup de pages ensemble.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières

1. Introduction	19
2. Les violences conjugales	21
2.1 Définitions	21
2.1.1 Les violences conjugales	21
2.1.2 Le Cycle de la violence conjugale	23
2.1.3 Dépistage systématique des violences conjugales	25
2.2. Conséquences sur la santé des femmes	26
2.2.1 Traumatismes physiques aigus	27
2.2.2 Séquelles des traumatismes physiques	27
2.2.3 Pathologies chroniques	27
2.2.4 Troubles psychiatriques	28
2.2.5 Les troubles gynécologiques	29
2.2.6 Troubles lors de la grossesse	30
2.3 Les chiffres des violences conjugales en France	32
2.3.1 Les violences non mortelles	32
2.3.2 Les violences mortelles	32
2.3.3 Les victimes collatérales	35
2.3.4 Nombre total de victimes mortelles	37
2.3.5 Violences sur les hommes	38
2.4 Les enfants témoins des violences conjugales	39
2.4.1 Conséquences pendant la petite enfance	39
2.4.2 Les troubles de comportement	41
2.4.3 Conséquences à l'âge adulte	41
2.4.4 Les traumatismes psychologiques	42
2.4.5 Violences des femmes battues sur leurs enfants	42
2.4.6 Violence des enfants envers leur mère	43
2.4.7 Effets chez les nouveaux nés et <i>in utero</i>	43
2.4.8 La situation en France	43
2.5 Le coût des violences conjugales	45
2.6 Les moyens mis en œuvre en France	48
2.6.1 Les textes de Loi	48
2.6.2 Les actions gouvernementales	52
2.6.3 Les associations	63
2.7 Pour ou contre le dépistage des violences conjugales ?	70
2.7.1 Pour le dépistage systématique	70

2.7.2 Les violences sexuelles	71
2.7.3 Les violences psychologiques	71
2.7.4 Protection des enfants	72
2.7.5 Contre le dépistage systématique	72
2.7.6 <i>Evidence based medicine</i>	72
2.8 Les freins au dépistage systématique des violences conjugales	76
2.9 Les outils de dépistage des violences conjugales	79
2.10 Le rôle des médecins face aux violences conjugales	84
3. Enquête sur le dépistage systématique en Lorraine	89
3.1 Objectif	89
3.2 Matériel et Méthode	91
3.2.1 L'enquête qualitative	91
3.2.2 L'enquête quantitative	94
3.3 Résultats	96
3.3.1 Résultats de l'enquête qualitative	96
3.3.2 Résultats de l'enquête quantitative	101
4. Discussion	115
4.1 Impact des violences conjugales	115
4.2 Des chiffres sous estimés	115
4.3 Les plans ministériels	116
4.4 Le Dépistage	117
4.5 Résultats de notre étude	118
4.6 Propositions pour l'avenir	124
5. Conclusion	126
Bibliographie	128
Annexes	137
• Questionnaire de l'enquête qualitative	137
• Questionnaire de l'enquête quantitative	138
• Extrait du livret « Les violences conjugales »	140

1. Introduction

Les violences conjugales sont un problème de santé publique majeur en France. En 2011, 122 femmes sont décédées sous les coups de leurs conjoints ou ex-conjoints [1]. Cependant, en prenant en compte les victimes collatérales et indirectes, ce chiffre passe du simple au double. De plus, les coûts humains et économiques pour la société sont très importants [2], trop importants pour être négligés.

Malgré la gravité des violences conjugales et de leurs conséquences, elles sont très largement sous estimées [3], et de nombreuses victimes femmes ou hommes ne peuvent bénéficier d'une aide appropriée. Seul le dépistage de ces violences de façon systématique permet d'apporter un éclairage sur de nombreux cas [4] et de les prendre en charge de manière précoce et donc plus efficace.

De nombreuses études ont préconisé la mise en place du dépistage des violences conjugales [4]. Certaines études ont même démontré que le dépistage, lorsqu'il était réalisé de façon systématique, le rendait plus acceptable par les soignants [5] ainsi que les patients. Malheureusement, à ce jour, cette pratique n'a pas trouvé sa place dans le système de soins Français.

Le dépistage systématique des violences conjugales ne peut être réalisé sans avoir recours aux acteurs des soins primaires : les médecins généralistes. Cependant, ces derniers sont rarement interrogés pour connaître leur opinion sur ce

dépistage systématique. Seraient-ils favorables et prêts à participer au dépistage des violences conjugales ? Quelles sont les causes qui les empêchent de réaliser ce dépistage systématique aujourd'hui ? Comment les aider et les encourager à mettre en place ce dépistage dans leur pratique ?

Notre étude, menée sur un échantillon de médecins généralistes lorrains, tente d'apporter quelques réponses à ces questions. La première partie de l'étude, une enquête qualitative, aura pour objectif de recueillir une liste exhaustive de barrières au dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes. Dans la deuxième partie, un questionnaire quantitatif permettra d'interroger un panel de généralistes afin d'avoir une vue plus détaillée de leur appréciation de ce dépistage systématique.

2. Les violences conjugales

2.1 Définitions

2.1.1 Les violences conjugales

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les violences conjugales sont définies comme l'existence de violences au sein d'un couple de personnes hétérosexuelles ou homosexuelles [6]. En France, les violences commises par un(e) ex-conjoint(e) sont aussi considérées comme des violences conjugales. Ces violences peuvent être d'ordre différents :

- Physique : Les violences physiques peuvent être de toutes sortes (gifles, coups, étranglements, bousculades, ...) et peuvent aller jusqu'à l'homicide.
- Sexuelle : Il s'agit de viols conjugaux, d'harcèlements sexuels, de partenaires sexuel(le)s imposé(e)s, ou même de prostitution. Ces violences sont beaucoup plus difficiles à concevoir pour le grand public, voire même pour la victime, car les relations sexuelles dans un couple sont considérées comme toujours consenties.
- Psychologique : Cette forme de violences conjugales peut se manifester de façon très sournoise et imperceptible. Il peut s'agir de menaces verbales ou physiques, d'humiliations, d'insultes, de dénigrement sous forme d'humour, de mépris, de menaces d'atteinte aux enfants ou d'enlèvement des enfants.

- Economique : Il est maintenant clairement établi que la privation de ressources ou l'interdiction de travailler constituent également des violences.

Il serait encore possible de rajouter les violences verbales (cris, injures, insultes,...) et les violences administratives (confiscation de documents d'identité ou de voyage, ...).

Ces différentes formes de violences conjugales peuvent toucher les femmes et les hommes indifféremment. Malgré tout, on ne peut pas faire de "symétrie" entre les femmes et les hommes, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, le nombre absolu des violences envers les femmes dépasse largement celui des violences envers les hommes [7-9]. En deuxième lieu, le retentissement des violences est plus lourd sur les femmes que sur les hommes, que ce soit sur le plan physique ou psychique [8-10]. Enfin, il a été clairement démontré que les femmes sont nettement plus à risque de subir des violences létales de la part de leur conjoint, que ne sont les hommes [6,11-13]. Par ailleurs, les violences conjugales sur les hommes constituent une problématique à part entière à elles seules, qui nécessite une approche indépendante de celle concernant les femmes.

2.1.2 Le cycle de la violence conjugale

Les agressions commises dans un contexte conjugal surviennent à l'intérieur d'un cercle vicieux aussi appelé le « Cycle de la violence conjugale » par de nombreux spécialistes [14,15]. Ce cycle est orchestré par le conjoint violent, permettant à ce dernier d'asseoir une domination sur sa conjointe. Composé de quatre phases, ce cycle peut se répéter plusieurs fois et s'accélérer avec le temps.

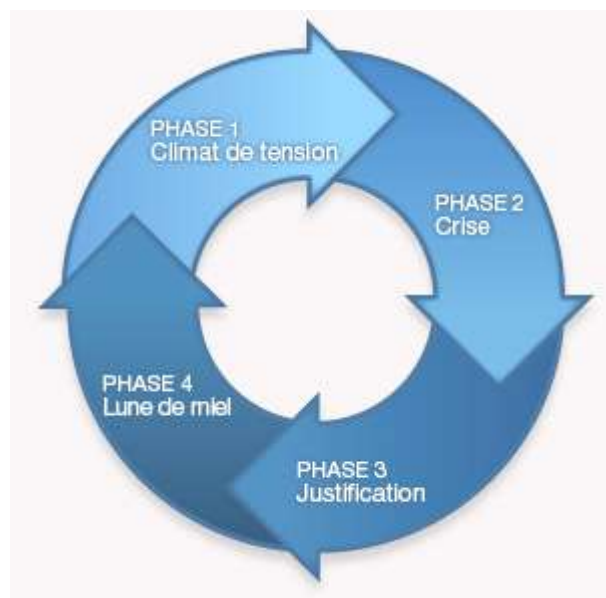


Illustration 1: Les quatre phases du cycle de la violence conjugale

Les phases du cycle de la violence conjugale sont :

Phase 1 : Climat de tension

Le conjoint violent a des accès de colère qu'il n'exprime pas forcément par des gestes physiques. Il peut menacer du regard, ou esquisser des coups, ou encore exprimer son irritabilité en haussant le ton de sa voix, voire à l'inverse en faisant peser un lourd silence.

Durant cette phase, la victime devient inquiète et tente d'apaiser le climat de tension en s'excusant et en faisant attention à ses propres gestes et paroles.

Phase 2 : Crise

Le conjoint agresse l'autre personne par des gestes, des mots, des insultes, des rapports sexuels forcés, des privations, et autres. La victime se sent humiliée et triste. Elle est blessée physiquement ou psychologiquement, se sent impuissante et victime d'injustice.

Phase 3 : Justification

L'agresseur trouve des excuses pour justifier et minimiser son comportement. La femme tente de comprendre ces explications, doute de ses propres perceptions, et se sent responsable de la situation. Elle pense pouvoir aider son conjoint à changer.

Phase 4 : Lune de miel

Lors de cette phase, l'agresseur demande pardon ou il adopte une attitude agréable. Il peut également parler de thérapie, voire de suicide pour arriver à ses fins. La victime croit en la véracité de son conjoint, lui donne une chance et change ses propres habitudes.

Ces phases n'ont pas de durée déterminée dans le temps. Elles peuvent aussi bien se produire sur une très courte période d'une journée, ou sur plusieurs semaines.

2.1.3 Dépistage systématique des violences conjugales

Par ces termes, on entend le fait de rechercher des violences conjugales (physiques, psychologiques, verbales, sexuelles ou économiques), sans que la femme ne s'en plaigne, et sans qu'il n'y ait de signe faisant suspecter le médecin. Il est important de différencier dépistage et repérage. Dans le cas d'un repérage, il est entendu que des signes suspects de violences conjugales existent déjà, et que le médecin doit les prendre en compte s'il les voit.

Dans le cadre d'un dépistage systématique, il est suggéré de réaliser ce dépistage au moins une fois par an chez chaque patiente. Il peut s'agir d'une patiente consultant son médecin traitant, voire un autre médecin que son médecin traitant.

2.2. Conséquences sur la santé des femmes

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine [4]. L' Organisation Mondiale de la Santé, reprenant les termes des Nations Unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « *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* ». Ces violences sont considérées comme un facteur de risque pour leur santé, au même titre que d'autres grands problèmes de santé publique [6].

La violence englobe donc, les coups, les sévices corporels et sexuels, mais aussi les comportements dévalorisants tels que violences verbales, menaces, chantage, le proxénétisme et la prostitution, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à l'intégrité et à la dignité de la femme, les violences exercées au sein des institutions et la violence économique.

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

2.2.1 Traumatismes physiques aigus

La nature des traumatismes physiques est très variée : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures. Elles peuvent avoir des conséquences physiques très lourdes, nécessitant des prises en charges en urgence, voire des soins de réanimation. La consultation aux services de soins constitue le deuxième mode de découverte des violences conjugales après le dépôt de plainte. Les violences physiques ne sont jamais isolées. Elles sont accompagnées d'injures, de menaces et souvent de rapports sexuels non consentis.

Très souvent les violences physiques ne sont révélées que par leur issue fatale. En 2010, dans les cas de morts survenus au sein du couple, l'antériorité des violences était recensée pour moins de la moitié des cas (41.62%)[16].

2.2.2 Séquelles des traumatismes physiques

Les traumatismes physiques aigus ont très souvent des conséquences qui vont perdurer sur le moyen terme, voire le court terme. Les exemples les plus criantes sont les fractures des os longs ou au niveau du visage, les dents cassées, les troubles de l'acuité visuelle, les dysfonctionnements génito-anaux, voire des situations d'handicap plus lourds.

2.2.3 Pathologies chroniques

Les femmes souffrant de pathologies chroniques, nécessitant un traitement continu et un suivi régulier, vont connaître une aggravation ou un déséquilibre de leur pathologie. Ceci est expliqué par l'influence directe des violences sur l'état physique et psychique de ces femmes, mais également par la conséquence sociale. En effet,

par peur de révéler leurs blessures, elles sont réticentes à consulter leur médecin, ou alors elles vont espacer leur rendez-vous de suivi. Il peut aussi arriver que le conjoint contrôle leurs faits et gestes et les empêche de se rendre chez le médecin.

2.2.4 Troubles psychiatriques

La violence psychologique peut exister séparément ou concomitamment à la violence physique. Cette violence insidieuse peut se poursuivre sur une période souvent très longue, et augmente donc la gravité des conséquences sur l'état psychologique de la femme. Les violences physiques et sexuelles peuvent également provoquer des conséquences psychiques à elles seules. Différentes formes de troubles psychiques sont possibles [4]:

- troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto dévalorisation », états d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques, réponses normales à une situation permanente de terreur, perte de l'estime de soi, perte de confiance en soi ;
- troubles psychosomatiques : troubles digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer ;
- troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars ;
- troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie
- troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. , confusion, agressivité et/ou méfiance envers l'entourage ;

- syndrome de stress post-traumatique : « flash back », réactions émotionnelles violentes à de faibles stimulations ou à des évènements déclencheurs rappelant le choc, stratégie d'évitement des endroits faisant référence au traumatisme, troubles dissociatifs de la personnalité, et état d'hyper excitation.

Les dépressions sont fréquentes et frappent plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales. Elles ont une consommation accrue de médicaments psychotropes (22 % dans l'enquête ENVEFF). Les abus de substances psychoactives sont fréquents : consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques. Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale [4]. On estime par ailleurs que les femmes victimes de violences conjugales font cinq fois plus de tentatives de suicide que dans la population générale [17].

2.2.5 Les troubles gynécologiques

Certains de ces troubles sont liés à l'impact direct des violences sexuelles sur les femmes. D'autre peuvent cependant survenir de façon indirecte suite aux autres formes de violences entraînent par exemple les divers troubles gynécologiques suivants:

- lésions traumatiques vaginales, périnéales ou anales lors de rapport non consentis,
- infections génitales et urinaires à répétition,

- infections sexuellement transmissibles : VIH, infections à chlamydia responsables de salpingites et de stérilités ultérieures, infections à Papilloma virus (HPV) dont certaines variétés sont responsables de lésions du col utérin pouvant conduire à un cancer ;
- douleurs pelviennes chroniques inexpliquées ;
- troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie ;
- troubles de la menstruation : dysovulations avec irrégularités menstruelles, dysménorrhées.

2.2.6 Troubles lors de la grossesse

La grossesse est un cas particulier. Tous les auteurs considèrent qu'elle est un facteur déclenchant ou aggravant. Une étude américaine de 1999 retrouve que 51,2 % des femmes enceintes décédées à la suite de traumatismes physiques étaient connues de leur gynécologue comme étant victimes de violences de la part de leur partenaire ou d'une connaissance [18].

Aux violences s'associent souvent un tabagisme, parfois l'usage d'alcool ou de drogues, une anémie maternelle ou des infections urinaires plus fréquentes. Toutes ces conditions ne retentissent pas seulement sur l'état de santé de la mère, mais aussi sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant.

Les violences physiques en elles-mêmes peuvent entraîner des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort foetale, des hémorragies, voire des ruptures utérines. Une enquête européenne [19] réalisée dans 59 maternités de 16 pays, révèle que 2,7% des naissances

prématurées ont eu lieu dans un contexte de violence. Ces violences ne sont retrouvées que chez 1,7% des femmes ayant accouché à terme.

Enfin, la grossesse peut être la conséquence d'un viol conjugal ou d'une interdiction par le conjoint d'utiliser un contraceptif. Ces grossesses sont de déclarations souvent tardives, mal surveillées.

De part leur importance, les conséquences des violences conjugales sur les enfants sont traité de manière individuelle, au chapitre 2.4.

2.3 Les chiffres des violences conjugales en France

« En 2011, 122 femmes sont mortes sous les coups de leur compagnon ou ex-compagnon. C'est 24 femmes de moins qu'en 2010. C'est toujours 122 de trop. »

Ce message, affiché sur le site Internet du ministère des droits des femmes, reflète un adage devenu tristement célèbre : En France, tous les trois jours, une femme meurt sous les coups de son compagnon ou ex – compagnon.

2.3.1 Les violences non mortelles

Les chiffres des violences conjugales sont très largement sous estimés. Il y a 20 ans déjà, une étude américaine révélait que 6% des femmes suivant une thérapie de couple déclaraient spontanément être victimes de violences conjugales, mais lorsqu'elles remplissaient un questionnaire standardisé, ce chiffre passait à 53% [20].

En France, en 2001, l'enquête ENVEFF révélait qu'une femme sur dix est victime de violences conjugales [3]. En 2010, 48 411 violences non mortelles sur des femmes au sein du couple ont été dénombrées par les unités de gendarmerie et les services de la sécurité publique, soit 29,5 % des 163 861 violences enregistrées [21]. Par ailleurs, la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) a traité au « 3919 – Violences Conjugales Info » 50 396 appels dont 19 707 concernant une situation de violences entre conjoints. Dans plus de la moitié des cas (52 %), des femmes se sont déclarées victimes de 3 formes de violences : plus de 87 % ont fait état de violences psychologiques, 79,6 % de violences physiques, plus de 74 % de violences verbales et 5,3 % de violences sexuelles. Ce dernier chiffre, qui peut paraître faible, comprenait malgré tout 397 viols conjugaux (30% de plus qu'en 2009), soit plus

d'une femme violée par jour au sein de son couple. Des violences économiques étaient déclarées dans 1521 cas et des violences administratives dans 156 cas [22].

2.3.2 Les violences mortelles

Les violences conjugales sont la première cause de mortalité chez les européennes de 16 à 44 ans avant les accidents de la route, les cancers, et les guerres.

En France, au cours de l'année 2010, 174 personnes (146 femmes et 28 hommes) ont été les victimes mortelles de leur conjoint(e) ou ex-conjoint(e). En moyenne, une femme est ainsi décédée tous les 2.5 jours et homme tous les 13 jours. Ces 174 décès étaient constitués de 125 meurtres (105 femmes et 20 hommes), 36 assassinats (31 femmes et 5 hommes) et 13 faits de violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner (10 femmes et 3 hommes) [21].

Les 161 homicides volontaires et assassinats dans le couple représentent presque un quart (24.54%) des atteintes volontaires à la vie sur tout le territoire Français en 2010.

Qualification	Hommes	Femmes	Total
Meurtres	20	105	125
Assassinats	5	31	36
V V Sans intention*	3	10	13
	28 (16.09%)	146 (83.91%)	174

* V V Sans intention : violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner

Tableau 1 : Conjoint(s) morts dans le cadre de violences conjugales, 2010 [21]

Sur les 28 hommes tués, 12 étaient régulièrement violents avec leur femme, alors que 3 étaient eux-mêmes victimes de violences régulières. Au total, dans 72 cas (41.62%), la violence antérieure dans le couple était établie.

Il est intéressant de préciser qu'en 2010, 13 homicides sur des femmes ont été commis par des hommes du fait de la maladie de leur conjointe. L'euthanasie n'étant pas autorisée par la loi Française, ces « morts assistées » sont également qualifiées de meurtre, voire d'assassinat. Dix des auteurs se sont suicidés et les 3 autres ont fait une tentative d'autolyse, sans réussite.

On peut également noter que 28 auteurs et 28 victimes avaient plus de 70 ans. Le plus jeune de tous les auteurs était une jeune fille mineure de 16 ans.

Le tableau 2 reprend les chiffres de la mortalité des conjoints (hommes et femmes) de 2006 à 2011. Les chiffres pour les hommes ne sont pas encore publiés pour l'année 2011.

Année	Femmes	% Femmes	Hommes	% Hommes	Total
2006	137	81.5	31	18.5	168
2007	166	86.5	26	13.5	192
2008	157	85.3	27	14.7	184
2009	140	84.8	25	15.2	165
2010	146	83.9	28	16.1	174
2011	122		?		?

Tableau 2 : Victimes décédées des violences conjugales [21]

2.3.3 Les victimes collatérales

Les violences entre conjoints font très souvent des victimes collatérales. Ce sont généralement les enfants du couple, mais parfois aussi des proches. Ainsi, en 2010, six enfants mineurs ont été tués lors de violences au sein du couple. A ces six enfants mineurs, il faut ajouter deux enfants majeurs tués concomitamment à leur mère. Une septième enfant mineur, victime d'une tentative de meurtre par un parent, a survécu à ses blessures.

Il est intéressant de noter qu'une femme, victime mortelle de son conjoint, était enceinte de sept semaines, mais le fœtus n'ayant qu'un statut d'objet en droit Français, est non comptabilisé dans ces décès collatéraux.

Par ailleurs, il a été établi que dans 16 affaires, les enfants mineurs avaient été témoins de la mort du conjoint. Dans sept autres affaires, ce sont les enfants qui ont découvert le ou les corps.

Le tableau suivant reprend les chiffres de la mortalité des enfants lors de violences conjugales de 2006 à 2010.

Année	Nombre d'enfants mineurs tués
2010	6
2009	10
2008	9
2007	1
2006	11

Tableau 3 : Enfants mineurs victimes collatérales des violences conjugales [21]

Parmi les victimes collatérales des violences conjugales, en 2010, on compte aussi 55 auteurs d'homicides conjugaux, qui se sont suicidés. Deux des ces auteurs étaient des femmes. Les chiffres des suicides d'auteurs de ces homicides au sein du couple sont indiqués dans le tableau suivant pour 2007 à 2010.

Année	Suicides d'auteurs	dont Femmes
2010	55	2
2009	54	0
2008	59	1
2007	66	0
2006	45	1

Tableau 4 : Suicides d'auteurs d'homicides conjugaux [21]

Au total pour 2010, si on compte 2 proches qui ont également été tués lors de violences conjugales, les 8 enfants tués dans le même temps que le (ou la) conjoint(e) ou ex-conjoint(e), et les 55 auteurs qui se sont suicidés après l'acte, le nombre total de victimes collatérales directement impliquées dans ces crimes entre conjoints est de 65.

On compte encore 16 morts violentes parmi les couples « non officialisés » (amants, petits amis) ou et 17 parmi les « rivaux » actuels ou passés, réels ou imaginaires.

2.3.4 Nombre total de victimes mortelles

Au total, 272 décès ont été recensés en 2010, qui sont imputables aux violences au sein de couples. En 2009, 276 avaient été comptabilisées, et 280 en 2008.

Le tableau 5 détaille le nombre total des décès imputables aux violences conjugales pour l'année 2010.

Conjoints	174
dont femmes	146
dont hommes	28
Victimes collatérales	65
dont enfants mineurs	6
dont enfants majeurs	2
dont proches	2
dont suicides de l'auteur	55
Couples non officialisés	16
Rivaux	17
TOTAL	272

Tableau 5 : Décès directs et collatéraux des violences entre conjoints année 2010 [21]

2.3.5 Violences sur les hommes

Les chiffres détaillés plus haut nous montrent que, même si les violences conjugales concernent dans leur grande majorité les femmes, les hommes peuvent aussi être concernés. On estime que les hommes représentent 1 % des cas de violences conjugales, mais peu sont ceux qui témoignent et qui font appel à la justice. Dans les appels au 3919-Violences Conjugales Info pour violences, 2,1% des appels en 2010 concernaient des situations « homme - victime / femme - auteure » [22]. Par ailleurs, en 2010, parmi les violences non mortelles enregistrées par la

gendarmerie nationale, 3 596 victimes étaient des conjoints de sexe masculin majeurs [21].

2.4 Les enfants témoins des violences conjugales

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, dans une étude irlandaise 64% des femmes victimes de violences ont rapporté que leurs enfants été fréquemment témoins des violences qu'elles subissaient. Elles étaient 50% à rapporter des faits identiques dans une enquête au Mexique [6].

2.4.1 Conséquences pendant la petite enfance

Les traumatismes psychiques auxquels sont soumis les enfants, débordent leurs capacités de régulation émotionnelle [23]. Les différentes sortes de traumatismes sont :

- les violences physiques,
- les abus sexuels,
- les négligences graves,
- l'absence parentale,
- l'exposition aux scènes de violences conjugales.

Le fait d'être « simplement » exposé aux scènes de violences conjugales, sans jamais avoir été frappé, peut provoquer des traumatismes psychiques importants. Assister à ces scènes, en particulier si c'est la mère (qui est la principale figure d'attachement) qui est frappée, constitue un des événements les plus stressants qui soient pour un enfant.

Dès qu'ils sont en âge d'utiliser leurs mains, ces enfants sont beaucoup plus enclins à commettre des violences sur autrui. Ces violences surviennent le plus souvent par accès, et notamment lorsqu'une image parentale violente surgit dans leur pensée. Elles sont fréquemment associées à d'autres troubles : retard de

développement, déficience intellectuelle, troubles de l'attention et de l'impulsivité ou troubles sévères de l'attachement.

L'illustration suivante montre d'abord une figure de Rey simple, puis la même figure reproduite par un enfant de 6 ans qui a été exposé aux scènes de violences conjugales intenses et répétées depuis sa naissance. Il existe un retard de développement manifeste. Depuis l'âge de deux ans, l'enfant présentait des accès de violence irrépressibles, au cours desquels sa voix et son regard se transformaient et il proférait les insultes que son père prononçait. Il a malgré tout présenté un développement langagier normal.

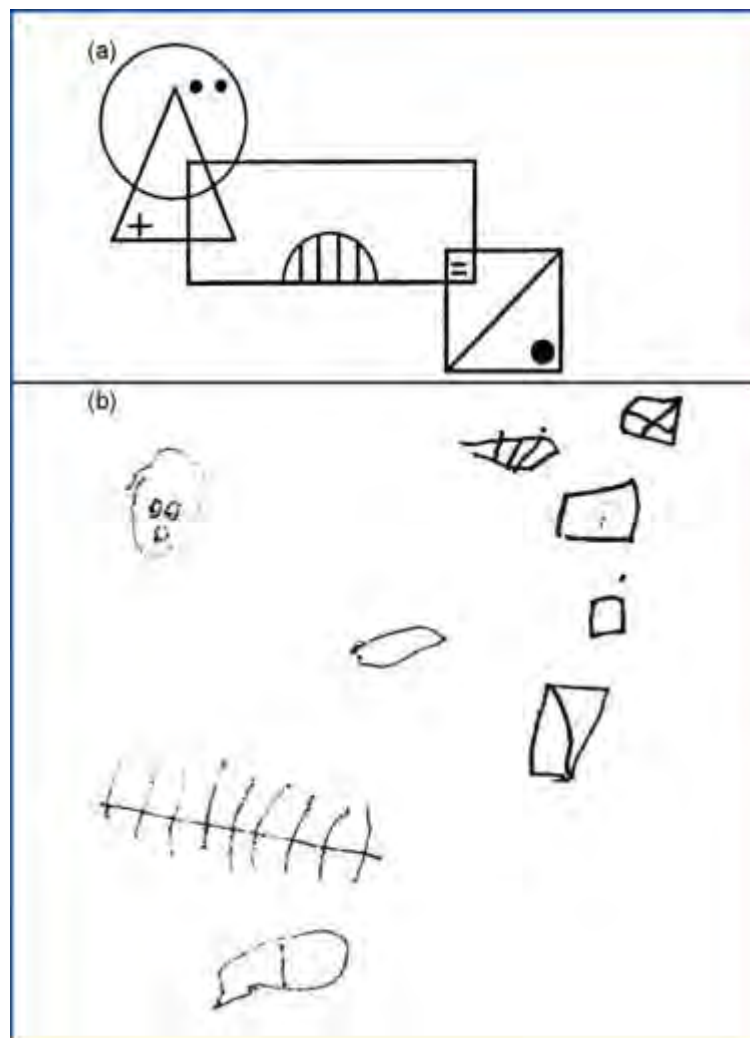


Illustration 2 a : figure de Rey simple ; b : copie du modèle par un enfant de six ans qui a été exposé à des scènes de violences conjugales répétées et intenses dès sa naissance. [23]

2.4.2 Les troubles de comportement

D'autres recherches montrent que les enfants exposés aux violences conjugales peuvent extérioriser leurs troubles émotionnels par des comportements comme l'hyperactivité, l'impulsivité, l'agressivité, les crises colériques et la cruauté envers les animaux [24-26].

2.4.3 Conséquences à l'âge adulte

Des études ont montré que les enfants témoins de violences entre leurs parents, ou qui sont directement victimes de violences, devenaient eux-mêmes violents dans leur couple à l'âge adulte. Ce phénomène est expliqué par de nombreuses théories, dont la plus étudiée est la « transmission inter générationnelle de la violence ». L'argument avancé est que ces enfants vont considérer que la violence est la réponse appropriée aux situations conflictuelles et à l'âge adulte, ils reproduiront ces 'leçons' apprises dans l'enfance [27]. Cette théorie de la transmission inter générationnelle de la violence a été renforcée par de nombreuses études [28-30]. Certaines études ont même trouvé qu'être témoin de violences conjugales avait parfois une plus grande influence sur le comportement violent ultérieur, que d'avoir subi des violences [31]. Un processus identique 'd'apprentissage' est retrouvé dans les comportements de violences psychologiques [32]. En effet, l'exposition aux violences conjugales psychologiques peut provoquer une agressivité du même ordre dans le couple à l'âge adulte.

Ainsi, une étude publiée en 2012 montre que les enfants témoins de violences conjugales étaient 1.86 fois plus à risque de perpétrer des violences lors de leurs relations à l'âge adulte, que ceux qui n'avaient pas été témoins de ces scènes. De plus, ils avaient 1.95 fois plus de risque de perpétrer des violences psychologiques sur leur conjoint. Ceux qui avaient subi des violences physiques (fessées, gifles,

coups) de la part d'un des deux parents, avaient 2.06 fois plus de chance de devenir violents dans leur couple. Ils avaient par ailleurs 2.18 fois plus de risques de produire des violences psychologiques dans leur couple [33].

Par ailleurs, les démonstrations d'hostilités au sein d'un couple sont souvent suivi de réconciliations, voire de signes d'affection. Ces attitudes sont perturbant pour les enfants qui en sont témoin, et peuvent inhiber leurs capacités à faire confiance aux autres, à développer un sentiment de sécurité et de contrôle de soi [34,35].

2.4.4 Les traumatismes psychologiques

Les troubles émotionnels et difficultés psychosociales liés à l'exposition aux violences conjugales comportent la dépression, l'anxiété [36], des plaintes somatiques, des troubles du sommeil, et des angoisses [25,37], la désobéissance, des cauchemars, l'agressivité et le suicide à l'âge adulte, de phobies, et la diminution de l'estime de soi [24], d'alcoolisme et d'utilisation de drogues dures. [38,39]. Enfin, un des effets psychologiques les plus pervers est que certains enfants témoins des violences conjugales peuvent aussi se sentir responsables des violences subies par un des parents [26].

2.4.5 Violences des femmes battues sur leurs enfants

Le model de perpétration séquentiel [40] montre que les femmes battues sont elles même plus à risque de taper leurs enfants à leur tour. Les enfants sont en effet victimes d'une violence intentionnelle ou non de la part de leur mère. Cette dernière peut également être forcée malgré elle par le conjoint violent à commettre ces violences sur ses enfants ; il s'agit là d'une forme de violence psychologique [41].

2.4.6 Violence des enfants envers leur mère

En parallèle de ce qui a été décrit au paragraphe précédent, les recherches montrent aussi que les violences au sein du couple ont des effets négatifs sur les capacités des femmes à avoir de l'autorité sur leurs enfants. Cette situation peut aboutir à des violences physiques par les adolescents envers leurs parents [42,43]. Cette agressivité augmente avec l'âge de l'enfant et survient 18 fois plus fréquemment dans les familles où la mère subit des violences conjugales [44].

2.4.7 Effets chez les nouveaux nés et *in utero*

Des études ont montré que les violences physiques subies pendant la grossesse ont des effets négatifs sur la santé des femmes enceintes et des nouveaux nés [45,46]. Une étude menée en Inde a montré que les femmes victimes de violences conjugales physiques étaient plus à risque de connaître la mort d'un enfant en bas âge, ou *in utero* (avortement, fausse couche spontanée, enfant mort-né). Ces résultats étaient obtenus après la prise en compte des autres facteurs prédictifs positifs de la mortalité infantile [6]. Les violences conjugales sont aussi associées à la prématurité, au petit poids de naissance et à une diminution de l'âge gestationnel [47-49].

2.4.8 La situation en France

En 2010, 79,4 % des enfants vivant dans le foyer ont été témoins des violences, plus de 17 % ont également été maltraités en même temps que la victime alors que 3,5 % n'ont pas été directement exposés mais connaissaient l'existence de ces violences [22].

Les dégâts collatéraux causés par les violences conjugales sont non négligeables et touchent malheureusement les enfants en premier. Le bilan 2007 de

l'Observatoire National de la Délinquance montre un accroissement de 100% des violences gratuites entre 1997 et 2007. Parmi les auteurs de ces violences, on comptait quatorze à vingt mille mineurs.

En termes de mortalité, en 2010, 6 enfants mineurs ont été tués. Aux 6 enfants mentionnés, il faut ajouter deux enfants majeurs tués concomitamment à leur mère. Une fratrie de 4 enfants a été décimée après que le père ait tué sa femme. Ces infanticides ne sont pas toujours commis par des hommes. En effet, un des 6 enfants tués en 2010 a été tué par sa mère, alors que son frère a survécu à ses blessures et on retrouve également le cas où un petit-fils a été tué par sa grand-mère après que celle-ci ait supprimé son époux. Dans une autre affaire, une femme enceinte de sept semaines a été tuée par son conjoint, sans que le fœtus ne soit considéré comme victime collatérale.

Par ailleurs, dans 16 autres affaires, les enfants mineurs avaient été témoins de la mort du conjoint. Et dans sept autres affaires, ce sont les enfants qui ont découvert le ou les corps [21].

2.5 Le coût des violences conjugales

Dans son rapport mondial sur la violence et la santé, *World Report on Violence and Health*, l'Organisation Mondiale de la Santé consacre un chapitre important à l'impact économique des violences en général, et des violences conjugales en particulier. En sus de leur coût humain, ces violences rajoutent un coût économique très lourd pour la société en termes de perte de productivité et d'utilisation accrue des services sociaux. Dans une enquête indienne, 13% des femmes victimes rapportaient avoir manqué 7 jours de travail pour chaque incident violent subi. A Chicago, aux Etats-Unis, les femmes aux antécédents de violences conjugales étaient plus souvent sans emploi, avaient moins d'emplois stables et étaient moins performantes au travail que celles qui n'avaient pas ces antécédents. Les premières gagnaient également moins d'argent et était plus souvent demandeuses d'aides sociales. Dans une étude au Nicaragua, les femmes victimes de violences de la part de leur conjoints gagnaient presque la moitié moins d'argent (46%) que celles qui ne l'étaient pas [6]. Selon la FNSF, en 2010 il y avait 12% de plus de femmes qu'en 2009 qui ont du abandonner leur activité professionnelle en raison des violences conjugales subies.

Le gouvernement français a estimé le coût économique des violences conjugales pour l'année 2004 à environ 1 milliard d'euros. Cette estimation, réalisée pour la première fois en France, montrait par ailleurs que ce coût était essentiellement dû aux violences commises sur les femmes [50].

Les coûts en matière de santé étaient évalués à 383 millions d'euros : les hospitalisations pour fractures, les consultations médicales, la consommation de psychotropes, mais aussi les problèmes liés à la grossesse (les naissances de bas

poids et très bas poids). A cela était ajouté le **coût social et médico-social** lié au handicap, estimé à 2.5 millions d'euros.

Les coûts pour la police et la justice étaient estimés à 232 millions d'euros : traitement des divorces et des séparations, le traitement policier et pénal des affaires en rapport, les incarcérations et les faits de violence visant également les enfants.

Les coûts en matière de logement et prestations sociales étaient estimés à 89 millions d'euros : l'hébergement d'urgence, l'insertion, le financement des lieux d'hébergement, d'écoute et d'information, les aides personnelles au logement, et les prestations et allocations sociales.

Les coûts humains étaient estimés à 305 millions d'euros: coûts humains directs induits par les événements traumatiques, les situations de handicap acquis à la naissance, par les décès évitables et par les viols.

Le coût de la perte de production domestique était estimé à 83 millions d'euros: pertes de production domestique (dues aux incapacités temporaires et aux décès), et de pertes de revenu (dues aux incarcérations).

Ce coût économique des violences conjugales a été évalué à partir d'une étude du CRESGE (Centre de recherche, étude et conseil dans les domaines des politiques sociales, de la santé et de l'habitat), qui dépend de l'Université catholique de Lille.

En 2009, étaient rendus publiques les résultats d'une étude réalisée en 2006 par un organisme non gouvernemental dans le cadre de programme européen Daphné [51]. Le coût global des violences conjugales en France était cette fois estimé à **2,5 milliards d'euros, soit 1.5 milliards d'euros de plus que pour l'année 2004**. Ce coût était composé des différents postes de dépenses suivants :

- coûts directs médicaux, correspondant aux soins de santé : **483 millions d'euros** ;
- coûts directs non médicaux, correspondant aux recours aux services de police et justice : **235 millions d'euros** ;
- coûts des conséquences sociales et notamment des recours aux aides sociales : **120 millions d'euros** ;
- coûts des pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme : **1 099 millions d'euros**, représentant plus de 44 % du coût global ;
- coûts humains des viols et des préjudices graves : **535 millions d'euros**.

2.6 Les moyens mis en œuvre en France

2.6.1 Les textes de Loi

Loi du 22 juillet 1992

Dans l'ancien Code Pénal, les violences commises par le conjoint ou le concubin n'étaient pas spécifiquement reconnues. Elles relevaient des articles applicables aux voies de faits, ou coups et blessures volontaires, voire aux crimes.

Ce n'est qu'en 1992 avec l'adoption de la Loi n° 92.683 du 22 juillet, que le nouveau Code Pénal mentionne expressément que « *la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise* ».

Loi du 4 avril 2006

La « *qualité de conjoint* » sera élargie aux concubins, "pacsés" et anciens conjoints par la Loi du 4 avril 2006. De plus, cette loi stipule que la qualité de conjoint ou de concubin « *ne saurait être une cause d'atténuation de la responsabilité en cas de viol au sein du couple* ». Par ailleurs, un amendement à cette Loi, adopté par le sénat, punit d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende le fait de priver, dans un couple, l'autre de ses papiers d'identité ou de son titre de séjour.

Décret du 1^{er} avril 2010

Sur le plan juridique, est publié le 1^{er} avril 2010, le Décret n°2010-355 relatif à l'assignation à résidence avec surveillance électronique et à la protection des victimes de violences au sein du couple. Il rend possible l'utilisation du bracelet électronique pour mieux protéger la victime de violences conjugales.

Loi du 9 juillet 2010

Toujours en 2010, la Loi du 9 juillet place la France dans le peloton de tête des pays européens sur ces questions. Cette loi « *relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants* » a été votée à l'unanimité au Parlement. Ses dispositions les plus marquantes résident dans les mesures de protection du (de la) conjoint(e) victime, notamment les suivantes :

- ordonnance de protection des victimes qui permet notamment l'éviction du conjoint violent du domicile,
- attribution du domicile conjugal à la victime,
- création du délit d'harcèlement moral au sein du couple, soit la reconnaissance de violences psychologiques,
- des mesures de protection des enfants vivant dans le couple.

Les deux articles suivants en sont l'exemple :

- Art. 222-33-2-1 du code pénal : Créé par la LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 31 :

« Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint ou un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire lié à cette dernière par un pacte civil de solidarité. »

- Article L222-14, Modifié par la LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 25 :

« Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies :

1° De trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime;

2° De vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

3° De dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ;

4° De cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours.

Les peines prévues par le présent article sont également applicables aux violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité ».

Les textes concernant les professionnels de santé

Bien que la Loi Française interdise formellement aux médecins de rompre leur secret professionnel par l'article 226-13 du Code Pénal *« 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 15000 euros d'amende »*, elle a prévu, dans certains cas bien précis, des exceptions au précédent article afin de permettre aux professionnels de santé de dénoncer certains abus.

En effet, l'article 226 – 14 du Code Pénal stipule :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

Par ailleurs, l'article 434-3 du code pénal incite les citoyens et les professionnels de santé à dénoncer certaines situations d'abus sur les femmes, notamment lors de la grossesse ou lorsqu'elles sont psychiquement touchées :

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende ».

Egalement inscrits au Code de Déontologie, ces textes font maintenant partie du Code de Santé Publique.

2.6.2 Les actions gouvernementales

ENVEFF

La problématique des violences faites aux femmes a été prise en compte par l'Etat Français à partir de 1982. Mais ce n'est qu'en 2001 qu'une première enquête sur les violences au sein du couple est réalisée : l'**Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France** (ENVEFF)[3]. Cette enquête a été pilotée par le Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, prouvant ainsi l'importance accordée à ce problème de santé publique par la France.

Menée par téléphone, cette enquête a interrogé 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans. Elle a révélé que 9% des femmes en couple au moment de l'enquête ont vécu une situation de violence conjugale au cours des douze mois précédents. Les femmes en situation d'« enfers conjugaux » étaient de tous les âges. Deux femmes sur trois subissant des violences très graves rapportaient que les enfants étaient présents lors des agressions. Par ailleurs, pour 17% des femmes victimes, les violences s'étaient produites avec un ex – conjoint. Même si les résultats ne corroboraient pas le chiffre de deux millions de « femmes battues » véhiculé par les médias, l'enquête a permis de produire des statistiques fiables, et de cerner l'ampleur du silence qui recouvrait les violences envers les femmes en France.

Le plan inter ministériel 2005-2007

En 2005, le gouvernement Français a lancé le « *PLAN GLOBAL DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (2005 – 2007) : 10 MESURES POUR L'AUTONOMIE DES FEMMES* ».

Parmi ces dix mesures, la cinquième, intitulée « *REPERER LES SITUATIONS DE VIOLENCES* » avait pour objectif d'« *Améliorer l'écoute et faciliter le repérage*

par les professionnels de santé des femmes victimes de violence. » Cette mesure s'appuyait sur l'argument que « l'expression par les femmes des violences subies est difficile » et que cette difficulté pouvait expliquer certains drames. Le rôle du médecin libéral ou salarié était cité comme étant « essentiel pour repérer des signes de violence et pour écouter les femmes victimes ».

Etait également avancée la difficulté des médecins face à une femme victime, dans l'établissement d'un certificat médical dont le contenu et la qualité sont essentiels pour le bon déroulement de la procédure judiciaire, et qui « *risque de rompre les liens qu'il avait avec l'ensemble de la famille* » s'il s'agit du médecin de famille.

L'argumentaire de cet objectif mentionnait plus loin : « *Il est donc essentiel, d'une part, de sensibiliser aux problèmes des violences au sein du couple l'ensemble des professionnels de santé, et particulièrement les médecins, d'autre part de soutenir les médecins confrontés à ces problèmes et de leur permettre de trouver l'information et l'assistance nécessaires au sein d'un réseau.* »

Le rapport soulignait la nécessité d'améliorer l'accueil des femmes dans les unités médico-judiciaires et d'accroître la vigilance des professionnels à l'égard des femmes au moment de la grossesse lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables.

Les propositions pour atteindre l'objectif de la mesure numéro 5 étaient :

- *Examiner les conditions de levée du secret médical en matière de violences conjugales dans la révélation des faits portés à la connaissance des médecins.*

- *Elaborer à destination des médecins, en collaboration avec le conseil national de l'ordre des médecins, un guide du repérage et de la prise en charge des violences faites aux femmes.*

- *Sur 3 sites, mettre en place dès 2005, à partir d'une unité médico-judiciaire, un réseau « violence et santé », associant l'ensemble des professionnels concernés par les violences au sein du couple, (médecins de ville, services d'urgence, services judiciaires et services sociaux municipaux et départementaux).*

- Sensibiliser les professionnels chargés de réaliser l'entretien individuel systématiquement proposé à toutes les femmes au quatrième mois de grossesse à l'importance de l'écoute des femmes et au repérage de signaux d'alerte de violence subie.

- Intégrer la question des violences conjugales dans les conférences régionales de santé.

- Renforcer la prise en charge des patientes. Un travail de concertation avec le Conseil national de l'ordre des médecins est mis en place pour que des recommandations soient adressées aux Services d'Accueil d'Urgence et aux Unités Médico-Judiciaires. Un effort de formation et de diffusion des recommandations de bonnes pratiques sera réalisé auprès des professionnels. Les services de médecine légale seront sensibilisés à la délivrance de certificats médicaux appropriés à une bonne prise en charge judiciaire ultérieure.

- Mieux connaître le phénomène : au cours de l'année 2005, l'enquête violences et santé, lancée auprès de 10.000 personnes, fera une place importante aux violences de genre et abordera les aspects de causalité de ces violences mais aussi leurs conséquences sur la santé.

En 2007

Le 3919 VCI (Violences Conjugales Info) est mis en place en mars 2007. Facile à mémoriser et gratuit depuis une ligne fixe, le 3919 VCI n'apparaît pas sur les factures téléphoniques. Des écoutantes formées et cadrées dispensent une écoute anonyme, professionnelle, et personnalisée, orientant les appelantes en fonction de leurs besoins. Le 3919 VCI est géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), réseau national de 68 associations en France. Plus de 50 000 appels ont été traités en 2010, soit plus du triple qu'en 2007. L'appel à ce numéro est aussi devenu gratuit depuis les téléphones portables.

Le plan inter ministériel 2008-2010

Le premier plan triennal était suivi par un deuxième « *plan interministériel et global d'actions (2008-2010)* », intitulé « *Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes* ». Ce plan a conforté les mesures déjà mises en oeuvre du premier plan triennal et les a complétées en initiant de nouvelles actions en direction de l'entourage des victimes (auteurs de violences, et enfants exposés aux violences conjugales). Il comportait 32 mesures, articulées autour de 4 grandes orientations : **mesurer, prévenir, coordonner et protéger**.

Deux des douze objectifs visaient particulièrement les professionnels de santé :

Objectif 8 : *Intensifier et étendre la formation des professionnels concernés par la problématique des violences faites aux femmes.*

Cet objectif plaçait la formation des professionnels de santé comme une priorité « *compte tenu de leur rôle majeur en matière de repérage des violences et d'accompagnement et de prise en charge des victimes* ». L'intégration de la problématique des violences conjugales au programme de l'Examen Classant National des étudiants en médecine en était un exemple. De même, que de rendre ce sujet prioritaire dans le cadre de la formation continue des professionnels médicaux et paramédicaux.

Objectif 9 : *Mobiliser les professionnels sur le repérage des violences faites aux femmes.*

Cet objectif préconisait d'actualiser et de diffuser des outils de sensibilisation à destination de l'ensemble des professionnels concernés par les violences

conjugales, notamment par l'actualisation, l'édition et la diffusion de la brochure « *Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels* »

Par ailleurs, l'année 2010 a été déclarée « **Grande cause nationale des violences faites aux femmes** ». A cette occasion, huit périodes de campagnes médiatiques ont été mises en place. Elles concernaient toutes les thématiques entourant les violences faites aux femmes : les violences, le viol, les violences au sein du couple, les comportements sexistes, les conséquences sur les enfants.

Ces campagnes médiatiques ont participé incontestablement à une meilleure connaissance du numéro d'écoute par les femmes. En 2010, le nombre d'appels par jour pour violences conjugales a été deux fois plus important en période de campagne médiatique [22].

Le plan inter ministériel 2011-2013

Le 13 avril 2011, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot, présentait à la commission de lutte contre les violences envers les femmes le nouveau plan triennal 2011-2013, témoignant que la lutte contre les violences faites aux femmes restait une préoccupation majeure du Gouvernement. Ce troisième plan affichait une double ambition : « *maintenir une vigilance collective soutenue et aborder des questions nouvelles : les violences sexistes et sexuelles au travail, les viols et les agressions sexuelles et le recours à la prostitution* » et se fixe trois priorités :

- La protection des victimes directes et indirectes.
- La prévention des violences et des récidives.
- La solidarité par la responsabilisation de l'ensemble de la société.

Toujours en 2011, le 24 novembre, la ministre a lancé la campagne d'information de lutte contre les violences faites aux femmes :

« *Violences faites aux femmes. Osez en parler.* »

A cette occasion, elle a annoncé que l'objectif de la campagne de 2011, était de sensibiliser et d'informer les femmes victimes de l'existence du 3919 Violences Conjugales Info, numéro d'appel d'aide, pour accompagner et orienter les femmes, victimes de violences : violences conjugales, agressions sexuelles, viols ...

Le plan triennal 2011-2013 se voulait global dans la lutte contre les violences aux femmes et a défini sept thèmes : les violences au sein du couple, la lutte contre les violences au travail, les viols et agressions sexuelles, les mutilations sexuelles féminines, le mariage forcé, la polygamie, et la prostitution.

Le premier thème, « *les violences au sein du couple* », était composé de pas moins de huit axes principaux. Nous verrons ici plus en détail les axes 4,5 et 7 qui visent directement les professionnels de santé. Au sein de ces trois axes, nous verrons les actions 8 à 15 qui étaient des piliers de ce projet triennal.

AXE IV du Plan 2011-2013 : Renforcer la formation des professionnels concernés

Cet axe définit les actions suivantes :

Action 8 : Remise d'un rapport sur la formation des professionnels au Parlement avant le 30 juin 2011 (article 21 de la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010). Ce rapport devait permettre de dresser un état des lieux récent et exhaustif sur le sujet.

Action 9 : Poursuivre et renforcer les actions de formation initiale. « *Par ignorance, les textes et recommandations ne sont parfois pas ou sont mal appliqués par les professionnels pouvant être au contact des victimes de violences au sein du couple (services de police, gendarmerie, magistrats, professionnels de santé, travailleurs sociaux ...). Cette méconnaissance nuit à une prise en charge efficiente des victimes* ». Nous pouvons lire plus loin : « *Les médecins généralistes, urgentistes, scolaires, du travail, psychiatres et gynécologues obstétriciens... sont en effet ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge* »

Action 10 : Poursuivre et renforcer les actions de formation continue. Cette action est dans la continuité de la précédente et se base sur un constat identique. Dans le domaine de la formation initiale des médecins : les textes relatifs au programme des études médicales ne prévoient actuellement aucun cours sur la sensibilisation des violences à l'égard des femmes. Dans le cadre des deux premiers cycles des études médicales, certains modules de formation obligatoire pourraient éventuellement intégrer cette dimension à travers notamment la médecine légale et la santé publique.

AXE V du Plan 2011-2013 : Mobiliser les professionnels de santé sur un meilleur repérage et traitement des violences

Compte tenu de leur rôle majeur en matière de repérage des violences conjugales d'accompagnement et de prise en charge des victimes, *il apparaît essentiel de relancer des actions de sensibilisation des professionnels de santé, sachant qu'ils méconnaissent encore très largement cette problématique, voire ne se*

sentent pas impliqués. Ces derniers sont en effet ceux *qui reçoivent le moins de formation spécifique*, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge. Il est proposé en conséquence de relancer des actions spécifiques en direction de ces professionnels :

Action 11 : Mener une campagne d'information sur les violences : Il s'agissait de conduire une campagne auprès des professionnels sanitaires et sociaux et notamment des médecins et des sages-femmes pour accroître leur vigilance vis-à-vis de la violence subie par les femmes. Assurer une information spécifique aux professionnels de santé quant à leur rôle et aux moyens mis à leur disposition (courrier, publications professionnelles, associations)

Action 12 : Diffuser des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé : Concevoir et organiser une diffusion de documents de sensibilisation des médecins, notamment de guides pratiques et synthétiques, ainsi qu'une communication appropriée pour permettre l'accès à ces informations. Ce travail sera mené en lien avec l'Ordre des Médecins, mais aussi l'Ordre des Sages-femmes et les diverses sociétés savantes ou collèges les plus concernés (gynécologie, obstétrique, médecine légale...). L'identification et la recherche de toute situation de violences devra ainsi être intégrée comme facteur de vulnérabilité lors de la grossesse, dans tous les guides de bonnes pratiques actuels et futurs.

Action 13 : Veiller, via les ARS, à l'intégration systématique de la problématique des violences dans le plan régional de santé. La loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi

H.P.S.T) a créé les agences régionales de santé (ARS). Il importe que les problématiques liées aux conséquences sanitaires des violences au sein du couple (santé des femmes, enfants exposés, enfants à naître...) continuent d'être inscrites dans les priorités des ARS.

Action 14 : Formaliser et diffuser un certificat médical type : L'établissement d'un certificat médical attestant des violences subies constitue un élément de preuve primordial dans le cadre d'une procédure judiciaire. Or, la plupart des certificats médicaux établis par les médecins se révèlent souvent inutilisables dans le cadre d'une procédure judiciaire, car mal établis. Un modèle de certificat figure dans le guide « Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels ». Il n'existe cependant pas de modèle de certificat médical unique reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.

Action 15 : Poursuivre le travail sur l'ITT : Une réflexion devait être engagée sur ce sujet avec l'ensemble des acteurs concernés pour lever les confusions, définir ce qu'elle représente en terme de notion médico-légale et sur son champ d'application compte tenu de ses conséquences sur la qualification et les suites juridiques en matière de violences.

En 2008, la Haute autorité de santé (HAS) a commencé à travailler sur un projet de recommandations professionnelles relatif à l'incapacité totale de travail (ITT). L'objectif de la HAS était la rédaction d'un guide des «bonnes pratiques pour l'établissement d'un constat médical initial chez une personne victime de violences», Les divers textes des recommandations ont été publiés en 2011.

AXE VII du Plan 2011-2013 : Améliorer la prise en compte de l'impact des violences conjugales sur les enfants

Un consensus existe pour affirmer l'existence d'un impact de la violence sur les enfants, variable selon le degré d'exposition à la violence conjugale, l'âge et le sexe de l'enfant. Il est convenu en conséquence de prendre en compte et de prévenir l'impact dont les enfants exposés aux violences conjugales sont, pour la plupart, des victimes indirectes.

Ces actions auront pour effet non seulement de protéger et de prendre en charge ces enfants, mais également de prévenir le phénomène de reproduction à venir de comportements d'auteurs et de victimes.

Toutes les mesures portées dans le cadre du présent plan en matière de lutte contre les violences au sein du couple contribueront, certaines directement, d'autres par leur impact, à l'action menée en direction des enfants (information et sensibilisation de la société, formation des professionnels, prise en charge et hébergement des femmes victimes de violences). Des mesures spécifiques doivent également être prises.

En 2012

La ministre des droits des femmes de l'actuel gouvernement s'est engagée devant le Parlement à créer un observatoire national des violences faites aux femmes avant la fin de l'année. Cet observatoire aura pour mission de mieux connaître et analyser ces violences, et de coordonner la mise en œuvre de la loi du 9 juillet 2010, pour organiser la prévention, la protection et l'accompagnement des victimes [52].

Par ailleurs, la lutte contre les violences faites aux femmes sera une des priorités du comité interministériel de l'égalité entre les femmes et les hommes, qui se réunira en octobre prochain. Les décisions qui seront prises devront permettre de recentrer l'action de l'Etat sur un plus petit nombre de priorités que le plan d'action interministériel décidé en 2010 qui en contenait 61, pour une protection voulue sans faille des femmes concernées.

Les journées internationales consacrées aux femmes

Pour clore ce chapitre, il n'est pas inutile de faire un rappel sur deux journées mondiales consacrées aux femmes, celles du 25 novembre et du 8 mars.

Le 23 février 1994, l'assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Le 17 décembre 1999, l'ONU a proclamé la journée du 25 novembre la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

Le 8 mars célèbre la Journée Internationale des Femmes. Elle est officialisée depuis 1977 par les Nations Unies. En France, cette journée sera officiellement reconnue en 1982.

2.6.3 Les associations

Le rôle des associations d'aide aux victimes et de lutte contre les violences faites aux femmes, est primordial en France. Certaines ont initié la lutte contre les violences faites aux femmes bien avant que des mesures gouvernementales ne soient mises en place.

Cette thèse ne serait pas complète sans au moins citer celles qui ont fait parti du collectif « Grande cause nationale 2010 - Lutte contre les violences faites aux femmes ».

Alliance des femmes pour la démocratie

Créée en 1989 dans la continuité du Mouvement de Libération des Femmes, l'Alliance des Femmes pour la Démocratie travaille à faire advenir une démocratie paritaire fondée sur la réalité qu'il y a deux sexes et sur la reconnaissance de l'apport des femmes à l'humanité. L'AFD multiplie des actions de solidarité internationale et oeuvre pour la laïcité. La lutte contre les violences réelles et symboliques faites aux femmes est un des piliers de son action avec l'Observatoire de la misogynie.

Association de Femmes Euro-Méditerranéenne Contre les Intégrismes

Ce sont des femmes euro - méditerranéennes, ayant décidé d'unir leurs forces et leurs expériences dans les pays méditerranéens pour lutter ensemble contre les intégrismes culturels, ethniques et religieux qui menacent l'intégrité physique et morale des femmes.

Association de Solidarité avec les Femmes Algériennes Démocrates

Cette association s'est créée en 1995 afin de secourir les femmes algériennes victimes des intégristes et de leurs actes de terreur, durant la guerre civile en Algérie. L'ASFAD est centrée sur l'accueil, l'écoute et l'accompagnement de femmes immigrées ou issues de l'immigration et s'inscrit dans un mouvement global de lutte des femmes pour leurs droits.

Association européenne contre les Violences Faites aux Femmes au Travail

Créée en 1985, elle a pour mission la lutte contre les violences sexistes et sexuelles au travail, la sensibilisation et la formation de tous publics, et la recherche sur toutes les formes de violences à l'encontre des femmes. L'AVFT assure un accueil téléphonique sur le champ des violences faites au travail.

Association Française des Femmes Médecins (AFFM)

Fondée en 1923 et reconnue d'utilité publique en 1931, elle apporte une réflexion de femmes sur la médecine et propose des actions. Par ailleurs, elle s'implique dans les problèmes de Santé Publique (choisit et soutient des grandes causes), diffuse l'actualité médicale concernant surtout la santé des femmes et des enfants, et demande à ce que la parité de compétence soit respectée.

Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

Il regroupe les 114 centres départementaux (CDIFF) qui informent les femmes victimes de violences conjugales, viols, agressions et harcèlement sexuels, mariages forcés. Les CDIFF les accompagnent dans leurs démarches policières, judiciaires, médico-sociales et professionnelles. Ils s'inscrivent dans un large partenariat local.

Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV)

Le Collectif Féministe Contre le Viol tient depuis 1986 la permanence téléphonique « SOS Viols Femmes Informations » au numéro vert 0 800 05 95 95, qui propose aux victimes de violences sexuelles, une écoute, un soutien et des informations nécessaires aux différentes démarches qu'elles peuvent entreprendre, tout en respectant leur anonymat si elles le désirent. Le collectif anime par ailleurs des groupes de parole et organise des formations dans toute la France.

Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS) :

Fondée en 1982, la CAMS travaille dans le domaine des mutilations sexuelles en oeuvrant pour la prévention de ces mutilations et pour la formation des professionnels sociaux et médicaux. Elle se constitue également partie civile lors des procès pour excision. Elle est membre – associée d'UNICEF France et a obtenu le en 1995 le prix des Droits de l'Homme de la République Française.

Conseil National des Femmes Françaises (CNFF)

Le CNFF, réseau fédérant plus de 50 associations féminines actives dans toutes les sphères de l'économie et de la société, se bat depuis plus d'un siècle pour la défense des droits des femmes. Il a été fondé en 1901.

Coordination française pour le Lobby Européen des Femmes (CLEF)

Il s'agit de plus de 80 associations adhérentes, à statut variable (fédérations, collectifs, etc.) intervenant sur toute la palette des droits des femmes et qui mène des actions au niveau régional, national, européen et international.

Elu/es Contre les Violences faites aux Femmes (ECVF)

« Elu/es contre les violences faites aux Femmes » est une association nationale créée par et pour des élu/es. Elle vise à soutenir et à former les élu/es, de tout niveau territorial et de tout parti politique, engagé/es contre les violences faites aux femmes, à mener auprès des collectivités territoriales des actions de sensibilisation et d'information, et à organiser toute manifestation utile au débat et à la lutte contre ces violences.

Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF)

La FNSF gère depuis 1992 une plateforme d'écoute nationale devenue, avec la mise en place du 3919 en mars 2007, « Violences Conjugales Info ». Il s'agit d'un numéro d'appel unique, facile à retenir et gratuit (depuis mars 2008). L'écoute dispensée est anonyme, professionnelle (23 écoutantes formées) et personnalisée. La FNSF anime un observatoire/recherche et un service de formation. Son réseau est constitué de 68 associations qui accompagnent, hébergent des femmes victimes de violences conjugales et développent des programmes de prévention auprès des jeunes filles et garçons.

Femmes Solidaires

Femmes Solidaires est un mouvement féministe. L'association défend les valeurs de Laïcité, Mixité, Egalité pour les droits des femmes. Avec un réseau de 187 associations locales, Femmes Solidaires agit pour faire reculer toutes les formes de discrimination et de domination. Elle lutte contre toutes les formes de violences et s'adresse à toutes les femmes en leur permettant d'oser une parole.

Fondation Jean et Jeanne SCELLES

La Fondation Scelles se bat pour que tout être humain puisse vivre sans avoir recours à la prostitution. Ce n'est pas le sexe, le plaisir ou la liberté qui font problème, c'est l'argent, la violence, l'exploitation. Par un travail d'analyse et de sensibilisation auprès des leaders d'opinion et du grand public, en France et en Europe, la Fondation en partenariat avec une cinquantaine d'associations, se bat pour faire connaître, comprendre, combattre cette violence.

Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, des Mariages Forcés (Fédération Nationale GAMS)

La Fédération Nationale GAMS oeuvre à la disparition des pratiques traditionnelles néfastes telles les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés, en privilégiant l'information, l'éducation et la formation. Au niveau européen, elle est cofondatrice d'Euronet-MGF et partenaire de la Campagne Européenne Fin aux Mutilations Sexuelles Féminines, initiée par Amnesty International Irlande.

Le Planning Familial (MFPPF)

ONG féministe et d'éducation populaire de 70 associations départementales en métropole et dans les DOM, le Planning Familial milite depuis 1956 pour la reconnaissance des droits des femmes à disposer de leur corps et inscrit son action dans un combat pour une société plus juste, fondée sur l'égalité, la mixité, le respect entre femmes et hommes, la laïcité et la lutte contre toutes les formes de violences.

Les Mariannes de la diversité

« Les Mariannes de la diversité » est une association de républicains convaincus pour qui la diversité est un cadeau et non pas un fardeau. Elle entend inscrire la diversité féminine comme un atout pour renforcer notre cohésion sociale.

Mouvement du Nid

Le Mouvement du Nid rencontre et accompagne 5000 personnes prostituées par an, dans 33 départements. Refusant la prostitution, notamment en tant que violence faite aux femmes, il allie actions de prévention, de formation, de plaidoyer et milite pour une société sans prostitution.

Mouvement Jeunes Femmes

Le Mouvement Jeunes Femmes est une association d'éducation permanente, féministe et laïque. Elle lutte contre toute forme de discriminations, en particulier la discrimination fondée sur le sexe et les violences sexuelles.

Mouvement Ni Putes Ni Soumises (NPNS)

Le Mouvement Ni Putes Ni Soumises s'est créé en 2003 pour dire non à la dégradation constante que subissent les femmes des quartiers populaires, notamment face à la montée des intégrismes. Il accompagne les femmes victimes, et porte leur voix auprès des instances nationales et internationales (ONU).

Regards de Femmes France

Regards de Femmes, ONG au statut consultatif auprès du Conseil Economique et Social de l'ONU, pluraliste et indépendante, dénonce les stéréotypes qui enferment

filles et garçons dans des comportements attendus, promeut la parité politique et professionnelle, favorise la solidarité entre femmes de tous pays, affirme les principes d'égalité et de laïcité, lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes.

Union Européenne Féminine (UEF)

L'Union Européenne Féminine, fondée en 1953, œuvre pour la protection de la liberté, de la dignité humaine et le maintien de l'héritage culturel de l'Europe dans le respect des droits de la personne. Pour servir ces principes, nous développons les contacts entre les femmes des pays d'Europe et l'influence des femmes dans la vie politique, civique et sociale.

Vivent les femmes

Vivent les femmes (VLF) est une association qui a pour but de promouvoir et de mettre en exergue le potentiel universel et fédérateur de la femme.

Voix de Femmes

Voix de Femmes soutient les jeunes femmes et hommes confrontés à un mariage forcé. L'association a également pour mission d'aider leur entourage amical et familial ainsi que les professionnels solidaires de leur décision.

Zonta Clubs de France

Information et sensibilisation, financement de nuitées, participation à la création de centres d'hébergement, aide à la réinsertion par le travail, conseils de juristes et psychologues.

2.7 Pour ou contre le dépistage des violences conjugales ?

2.7.1 Pour le dépistage systématique

De très nombreuses études ont été réalisées sur cette question à travers le monde. Dès 1992, l' *American Medical Association* a encouragé les médecins à réaliser le dépistage systématique des violences conjugales [53]. Des chercheurs et des cliniciens emboîteront le pas [54-56]. En 2004, une étude de la *Family Violence Prevention Fund* préconise même d'étendre ce dépistage systématique non pas qu'aux femmes, mais aussi aux adolescentes [57]. Toujours aux Etats Unis, des recommandations d'institutions prestigieuses vont dans le sens du dépistage des violences conjugales à l'instar de la *National Research Council* [58-61]. Certaines études montrent que les patientes souhaitent même que leur médecin les questionnent à ce sujet [62].

En France, en 2001, le Rapport Henrion conclut clairement qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique [4]. En 2004, le Dr. François a montré que si l'on pose la question des violences conjugales à des femmes venant consulter pour le suivi de leur grossesse, on obtient 19% de réponses positives [63]. En 2005, le Dr Coy-Gachen met en place le dépistage systématique par 11 médecins généralistes dans le cadre de sa thèse. Sur 215 patientes interrogées, plus de 20% avaient été victime de violences conjugales [5]. Dans sa thèse, le Dr Piau-Charruau, montre que 72% des femmes victimes de violences interrogées, auraient souhaité que leurs médecins leur posent des questions, leur donnant ainsi la possibilité de révéler les violences qu'elles subissaient [64].

En 2012, une étude américaine avance que les outils de dépistage adaptés aux services de soins peuvent identifier avec précision les femmes qui sont victimes de violences conjugales [65]. De plus, le dépistage de ces violences pourrait améliorer la santé des populations dépistées, contre des inconvénients minimes.

2.7.2 Les violences sexuelles

Une étude rapporte qu'une américaine sur cinq déclare avoir été victime de viol [66]. Un nombre certain d'entre elles ont été abusées par leurs conjoints, mais les chiffres ne sont pas connus. L'étude préconise d'autant plus l'utilisation du dépistage universel des violences conjugales qu'il permettrait d'apporter un éclairage sur les viols conjugaux.

En 2007, une étude montre que malgré l'obligation de dénoncer les violences conjugales, les soignants ne le font pas toujours. Parallèlement il existe une réticence des victimes à se faire examiner. L'étude avance que le dépistage systématique pourrait contribuer à augmenter la participation des victimes et des soignants dans la lutte contre ce fléau [67].

2.7.3 Les violences psychologiques

Une étude française récente sur le sujet préconise le dépistage systématique des violences conjugales dans les services d'accueil des urgences en mettant en avant l'association des violences conjugales psychologiques aux troubles psychiatriques tels la dépression, l'anxiété, la PTSD, l'addiction éthylique et l'addiction à d'autres substances psycho – actives [68].

2.7.4 Protection des enfants

Compte tenu de l'éventail inquiétant des troubles psychologiques sur les enfants témoins des violences conjugales, *l'American Academy of Paediatrics* a recommandé le dépistage de ces violences chez les femmes en guise d'un acte de prévention des violences sur les enfants [69].

Une analyse similaire est faite par une autre étude américaine qui conclut que la nécessité du dépistage des violences conjugales est d'autant plus importante que dans ces couples, les enfants courent un plus grand risque de maltraitance [70].

2.7.5 Contre le dépistage systématique

En 2004, un rapport de la *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* aux États-Unis établit un rapport allant à l'encontre du dépistage systématique des violences conjugales. Ce rapport, qui a fait couler beaucoup d'encre, a depuis été évalué par une étude de la très sérieuse *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* qui met en exergue les manquements et différences sémantiques de la USPSTF qui ont abouti à ses conclusions controversées [71].

En France, la Société Française de Médecine d'Urgence a émis des conclusions similaires en 2004, jugeant qu'en l'absence d'outil validé en France pour aider au diagnostic de maltraitance, on ne pouvait pas proposer de dépistage systématique de la maltraitance aux urgences [72].

2.7.6 Evidence based medicine

De nombreuses publications dans la *Journal of American Medical Association* avancent que le dépistage d'une des atteintes les plus graves à la santé des femmes

dans notre société ne doit pas attendre les résultats de la médecine basée sur les preuves [73,74]. En effet, la plupart des recherches, même en l'absence de recul, montrent que les avantages produits par le dépistage des violences conjugales sont infiniment plus importants que ces inconvénients potentiels, et ce pour les victimes ainsi que pour les agresseurs.

Le dépistage systématique des violences conjugales des violences conjugales par les professionnels de santé a été recommandé par d'autres institutions faisant autorité aux Etats-Unis telles l' *American Medical Association* [75], l' *American College of Obstetricians and Gynecologists* [76], l' *American Academy of Pediatrics* [69], l' *American College of Emergency Physicians* [77], l' *American Academy of Family Physicians* [78] et le *Centers for Disease Control and Prevention* [79]. Il s'agit là des institutions médicales les plus hautes de ce pays, représentatives des gynécologues – obstétriciens, des pédiatres, des médecins urgentistes, des médecins de famille et des épidémiologistes.

Ces recommandations émanant d'experts sur ce sujet et d'organisations médicales sont liées aux raisons suivantes :

- la prévalence élevée des violences conjugales,
- l'identification précoce des cas des violences par le dépistage systématique,
- la prise en charge médicale optimale de la patiente si les violences sont connues, et
- le faible risque associé à ce dépistage systématique.

Pour clore ce chapitre nous ajouterons que d'un point de vue de la santé publique, l'implication des médecins dans le dépistage systématique des violences au sein du couple pourrait entrer dans un cadre plus global de préventions primaire, secondaire et aussi tertiaire.

2.8 Les freins au dépistage systématique des violences conjugales

Peu d'études ont été réalisées pour connaître les freins au dépistage systématique des violences conjugales par les professionnels de santé. Il serait faux d'avancer qu'aucune étude en France ne s'est posée cette question, mais nous n'avons pas trouvé d'étude dont le sujet principal était les barrières au dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes. Il convient donc d'en citer quelques unes, car leurs résultats sont pour le moins alarmants.

En 1996, une étude a été menée en Loire-Atlantique sur la prise en charge de la violence conjugale en médecine générale [80]. L'objectif était d'analyser la prise en charge en soins primaires à partir d'un recueil de données rétrospectif effectué auprès de 917 médecins généralistes : 419 réponses ont été exploitables. Deux tiers des médecins mettaient en avant la difficulté d'avoir à gérer seul le problème. Mais cette enquête ne posait pas la question du dépistage des violences conjugales, seulement de leur prise en charge.

En 2001, le Rapport Henrion consacrait un chapitre aux difficultés rencontrées par les médecins en matière de violence conjugale. Outre l'étude de Chambonet que nous avons mentionnée au paragraphe précédent, ce rapport fait état de la thèse de Cécile Morvant, soutenue en mai 2000 [81]. Cette thèse met en évidence le manque de formation ressenti par 60.3% des médecins, trois-quarts d'entre eux avaient le sentiment d'être isolé face à ce problème et un médecin sur deux déclarait « *être gêné dans son intervention par le fait de connaître et de suivre le mari agresseur* ».

Le Rapport Henrion avançait même que de nombreux médecins n'étaient pas informés de l'ampleur de la problématique des violences conjugales. Certains craignaient d'offenser la patiente, d'autres étaient frustrés par le manque

d'aboutissement des leurs actions, par « *la réticence et l'ambivalence des femmes* » [4], ou alors ils redoutaient la réaction des familles. D'autres mettaient en avant le manque de temps, ou la peur des retombées judiciaires, et le manque de soutien des conseils ordinaires. Le rapport soulignaient bien que « *passivité et réticence ne se limitent pas aux médecins Généralistes* », mais que les autres spécialistes étaient aussi concernés. Le manque de formation des personnels de santé et le manque de temps étaient également des freins cités par une étude américaine en 2000 [82].

En 2005, le Dr Coy-Gachen, demandait à 11 médecins de réaliser un dépistage systématique des violences conjugales auprès de leurs patientes [5]. Au décours de cette étude, les médecins ont été interrogés sur les barrières rencontrées lors de l'enquête. Selon eux, certaines patientes consultaient pour des raisons trop graves, ne permettant pas de les interroger. D'autres présentaient des barrières de langue ou étaient accompagnées. Le manque de temps était également un frein, mais aussi le simple fait d'oublier.

Une étude Belge était réalisée en 2006 auprès des gynécologues – obstétriciens des Flandres pour connaître les barrières qui s'opposaient à eux dans le dépistage des violences conjugales. A peine 8,4% des médecins interrogés pratiquaient un dépistage régulier de ces violences. Les principales barrières évoquées étaient le manque d'information et de formation sur le sujet, le manque de compétence sur le sujet, le manque de temps et la crainte d'offenser les patients. Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de la formation médicale sur les violences conjugales, la disponibilité d'outils de dépistage, l'information à destination des patients, la marche à suivre en cas dépistage positif et le retour d'expérience des médecins pour encourager le dépistage des violences conjugales [83].

En 2009, une thèse réalisée auprès de 159 médecins généralistes Landais sur le thème du dépistage des violences conjugales [84], trouve que 81.8 % d'entre eux n'interrogeaient leurs patientes sur ces violences que lorsqu'ils les suspectaient d'en être victime. Dix-sept pourcent ne les interrogeaient jamais sur ce sujet. Il n'y avait donc sur 2 médecins (1.2 %) sur les 159 qui pratiquaient un dépistage en absence de tout signe de violence. Les difficultés rencontrées par les médecins dans le dépistage et la prise en charge des patientes étaient les suivantes :

- La dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit (73%)
- Le manque de formation sur les violences conjugales (45.3%)
- Sentiment de frustration (43.4%)
- L'absence de symptômes spécifiques et de profil type de la femme violentée (40.9%)
- Le fait de connaître et de suivre aussi son mari (37.7%)
- Le manque d'habileté pour aborder le sujet (34.6%)
- Peur d'être intrusif dans la vie privée de la patiente (32.1%)
- Le manque de temps et de disponibilité (24.5%)
- Sentiment de gérer seul le problème (23.9%)
- Autre (4.4%)

La principale difficulté rencontrée par ces médecins était « *La dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit* » pour 73% d'entre eux. Cette « dissimulation » ne peut être contournée que par un dépistage systématique.

Pour terminer, nous pouvons citer une étude canadienne récente, avec des objectifs quasi similaires aux nôtres, qui a cherché à mettre en évidence ces

barrières. En effet, malgré les recommandations pour le dépistage systématique des violences conjugales, ce dépistage n'est pas appliqué. Les freins mis en évidence sont de cinq types : les barrières personnelles, le manque de moyens, les perceptions et les attitudes, les craintes des soignants et enfin les freins liés aux patients. Les raisons les plus évoquées par les professionnels de santé étaient : le malaise des soignants face à cette problématique, le manque de connaissances et les contraintes liées au temps de consultation. Les auteurs préconisent le développement des formations pour les soignants [85].

2.9 Les outils de dépistage des violences conjugales

De nombreux outils de dépistage des violences conjugales ont été développés. Ils ont tous été traduits de l'anglais. En effet, ces outils ont été mis au point exclusivement par des équipes anglo-saxonnes.

ABUSE ASSESSMENT SCREEN (AAS) :

1. Avez-vous déjà été abusée moralement ou physiquement par votre partenaire ou par un proche ?
2. Dans le passé, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds, ou blessée physiquement d'une autre manière par quelqu'un ?
3. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds, ou blessée physiquement d'une autre manière par quelqu'un ?
4. Dans l'année qui vient de s'écouler, quelqu'un vous a-t-il déjà forcée à avoir des relations sexuelles ?
5. Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ou d'une personne citée plus haut ?

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (CTQ-SF):

Il s'agit d'un outil auto renseigné composé de 28 questions sur les abus sexuelles et les violences subies dans l'enfance, ainsi que la négligence parentale.

COMPOSITE ABUSE SCALE (CAS):

Outil auto renseigné constitué de 30 items qui évalue 4 types de violences conjugales subies lors des douze derniers mois (violence physique, violence émotionnelles, harcèlement, violences combinées)

HUMILIATION, AFRAID, RAPE, KICK (HARK):

Questionnaire composé de 4 items, adapté de l'AAS.

HURT, INSULT, THREATEN, AND SCREAM (HITS):

1. Hurt : Est ce que parfois votre conjoint vous frappe ?
2. Insult : Est ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?
3. *Threaten* : Est ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?
4. *Scream* : Est ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?

INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA):

Composé de 30 items qui évaluent 11 types d'abus physique (ISA-P) and 19 types d'abus non physique de la part d'un partenaire masculin.

ONGOING ABUSE SCREEN et ONGOING VIOLENCE ASSESSMENT TOOL (OAS et OVAT):

OVAT contient 4 items évaluant les violences actuelles:

- En ce moment, votre conjoint vous menace t-il d'une arme?
- En ce moment, votre conjoint vous frappe t-il tellement que vous nécessitez une prise en charge médicale ?
- En ce moment, votre conjoint agit-il comme-ci il voudrait vous tuer?
- Mon conjoint ne respecte pas mes sentiments.

PARENT SCREENING QUESTIONNAIRE (PSQ):

- Avez-vous déjà été dans une relation dans laquelle vous étiez blessée ou menacée par un partenaire ?
- Dans la dernière année, avez-vous eu peur d'un partenaire ?
- Dans la dernière année, avez-vous pensé à demander de l'aide judiciaire pour votre protection ?

PARTNER VIOLENCE SCREEN (PVS) :

1. Avez-vous déjà reçu des coups de pieds, été frappée, poussée, ou blessée autrement dans l'année qui vient de s'écouler ? Si oui, par qui ?
2. Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre couple ?
3. A ce jour, vous sentez-vous menacée par un ex-partenaire ?

REVISED CONFLICT TACTICS SCALE (CTS2):

Questionnaire rempli seul ou lors d'un entretien composé de 78 items sur la prévalence, la fréquence, la sévérité ou la réciprocité violences. Une moitié des questions porte sur le comportement de la victime, et l'autre moitié porte sur le comportement du conjoint. Cet outil prend en compte l'agression physique, sexuelle, psychologique et la négociation.

SAFE :

1. *Stress and Safety* : vous sentez-vous en sécurité dans votre relation conjugale ? Que se passe-t-il lorsque vous et votre conjoint n'êtes pas d'accord ?
2. *Afraid or Abused* : avez-vous été, vous et vos enfants, menacés physiquement ou frappés ? Avez-vous déjà été forcée d'avoir une relation sexuelle ?

3. *Friend and Family Awareness* : Est ce que vos amis ou votre famille sont au courant de ce qui vous arrive ? Pouvez-vous compter sur leur appui et leur aide ?

4. *Emergency Escape Plan* : Êtes-vous en danger actuellement et aimeriez-vous aller dans un foyer ou parler avec quelqu'un ? Avez-vous un lieu où, vous et vos enfants, pourriez vous réfugier en cas d'urgence ?

SECURE, ACCEPTED, FAMILY, EVEN, TALK (SAFE-T):

Cinq questions sur la relation avec le conjoint :

1. Etes vous en sécurité au domicile ?
2. Etes vous acceptée par votre conjoint ?
3. Votre famille apprécie-t-elle votre conjoint ?
4. Etes vous en égalité avec votre conjoint ?
5. Parlez-vous avec votre conjoint pour résoudre les conflits ?

SLAPPED, THREATENED, and THROW (StaT):

Avez-vous déjà été dans une relation dans laquelle:

- votre conjoint vous a giflé ou bousculé ?
- votre conjoint a menacé de vous faire du mal ?
- votre conjoint a jeté, cassé ou cogné des objets ?

WOMAN ABUSE SCREENING TOOL : WAST

1. En général, comment pourriez-vous décrire votre vie conjugale : beaucoup de tension, quelques tensions, pas de tension.
2. Lorsque vous n'êtes pas d'accord sur un sujet, est ce que vous et votre conjoint vous en discutez avec une grande difficulté, quelques difficultés, aucune difficulté ?

3. Est-ce que au terme de la discussion, vous vous sentez rabaissée?
4. Est-ce que la discussion finit parfois par des coups, des coups de pieds, ou le fait d'être poussée?
5. Vous sentez vous parfois effrayée par ce que votre partenaire dit ou ait ?
- 6 Est-ce que votre partenaire vous a parfois agressé physiquement?
- 7- Est-ce que votre partenaire vous a parfois agressé psychologiquement?
- 8- Est-ce que votre partenaire vous a parfois agressé sexuellement?

WOMEN'S EXPERIENCE WITH BATTERING SCALE (WEB):

1. Je ressens une insécurité dans ma propre maison
2. Je me sens honteuse des choses qu'il me fait
3. J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire
4. J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière
5. J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma propre vie, ni de pouvoir, ni de protection
6. Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de la dire
7. J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle
8. Il peut m'effrayer sans lever une main sur moi
9. Il a un regard qui me transperce et me terrifie

Réponses : pas du tout d'accord=1 ; parfois d'accord = 2 ; un petit peu d'accord = 3 ; un peu d'accord = 4 ; parfois d'accord = 5 ; tout à fait d'accord = 6. Si total > ou égal à 20 : positif

2.10 Le rôle des médecins face aux violences conjugales

Le médecin est le plus souvent le premier acteur de la prise en charge des femmes victimes de violence. Il a un rôle clé dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat. Il a aussi un rôle de conseil et d'orientation des victimes.

L'enquête ENVEFF de 2001 montre que les femmes victimes d'agressions se confient en premier lieu au médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie, la justice ou les associations [3]. En 2010, près d'un tiers d'entre elles ont contacté un professionnel de santé [22].

Les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues – obstétriciens sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de violence. D'autres spécialistes peuvent également participer indirectement à cette mission : les pédiatres, les médecins scolaires et des service de Protection Maternelle et Infantile, à l'occasion des consultations des enfants, les psychiatres, ou encore les médecins du travail.

Cependant, la méconnaissance de la fréquence et de la gravité des violences conjugales persiste parmi les professionnels de santé. Cela nuit indubitablement aux rôles et aux devoirs que nous allons décrire dans les paragraphes suivants.

Accueillir et être à l'écoute

La femme victime de violences vit sous la contrainte, l'angoisse, ou la peur. Elle est humiliée et a souvent développé un sentiment de culpabilité. Le médecin doit donc s'efforcer de lui faire exprimer son désarroi [4]. Il doit comprendre sa patiente, qui peut tenir un discours ambigu envers son agresseur ou qui va refuser toute autre

forme d'aide. Dans une étude, les médecins se disent déçus lorsque ces femmes ne portent pas plainte, ou quand elles retirent leur plainte, ou pire lorsqu'elles défendent leur conjoint. Or, il y a des raisons précises qui expliquent ces comportements, qui ne peuvent être apprises et comprises que par une formation appropriée sur les violences conjugales.

Dans l'étude du Dr. Morvant [81], un médecin sur deux avoue être gêné dans son intervention par le fait de connaître et de suivre le mari agresseur. Là encore, les médecins ont besoin d'avoir des formations pour savoir gérer de telles situations.

Dépister les violences

Le repérage des violences conjugales est facile devant des lésions visibles dont la multiplicité et la topographie sont suggestives. Il est beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour des troubles dus à une somatisation comme des troubles digestifs ou des lombalgies chroniques, des troubles gynécologiques comme des douleurs pelviennes ou une dyspareunie, ou encore des troubles psychiques variés.

En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins français [4].

Évaluer la gravité

Souvent les femmes victimes des violences conjugales minimisent l'agression qu'elles ont subie. Cela peut être volontaire, ou alors du fait d'une cécité psychique où la victime est dans un tel état de choc psychologique que son cerveau est incapable de traiter les images transmises par ses yeux.

C'est alors au médecin apprécier les conséquences somatiques, mais aussi psychologiques. L'examen de la victime doit être complet, notamment du point de vue gynécologique. Il ne s'agit pas de réaliser un examen gynécologique à toute femme victime de violences par son conjoint, mais le médecin doit penser à lui demander si elle a subi des agressions sexuelles ou des viols conjugaux. Dans certains cas, elles sont exposées à un risque d'infections sexuellement transmissibles qui justifient la rapidité de la démarche diagnostique.

Les facteurs de gravité tels le jeune âge de la femme, la consommation d'alcool du conjoint, l'existence d'enfants dans le couple ou de grossesse en cours, doivent également être recherchés par le soignant. La notion d'un risque élevé peut justifier soit de conseiller une hospitalisation en urgence, soit d'inciter la femme à un éloignement immédiat même temporaire. L'examen a posteriori des cas d'homicide a parfois permis de constater que si les acteurs de santé et de justice avaient tenu compte des signes d'alerte, le drame aurait pu être évité [4].

Assurer les soins et rédiger un certificat médical

Quand les femmes parlent à leur médecin des violences qu'elles ont subies, c'est premièrement dans le but de recevoir des soins immédiats. Le médecin doit donc traiter les plaies et les lésions et mettre en route un traitement médicamenteux si nécessaire. Tous ces éléments de l'examen à la prise en charge doivent être clairement consignés dans le dossier médical de la patiente, qui pourra être requis par la justice.

Le certificat médical descriptif témoigne des dires de la patiente et décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques, et le retentissement physique et psychique constatés par le médecin.

C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme, et donc l'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendant largement. Il peut aussi constituer un élément de preuve qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme ne l'utilise pas immédiatement. Il doit comporter, outre les éléments d'identification du médecin et de la femme ainsi que la date et l'heure de l'examen :

- la description exhaustive des lésions constatées en précisant leur aspect tout en respectant les termes médicaux appropriés,
- leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue,
- la description des soins nécessaires et prescrits ainsi que la liste des examens complémentaires prescrits et effectués,
- les conséquences fonctionnelles des blessures, tenant compte des appréciations objectives du médecin et des allégations de la victime,
- la détermination de l'Incapacité Totale de Travail (ITT).

Bien que les violences perpétrées par le partenaire constituent un délit ressortant du tribunal correctionnel quelle que soit la durée de l'ITT, sa détermination lors de l'examen n'en conserve pas moins toute son importance pour l'appréciation du préjudice subi et pour la fixation de la peine contre l'agresseur.

L'ITT psychologique est souvent sous-estimé en raison des difficultés d'évaluation et de la complexité du lien de causalité. Il convient alors d'émettre des réserves quant à l'évolution de ce retentissement et d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, à distance des faits, pour affiner la détermination de l'ITT [4].

On doit avoir conscience que les médecins ne sont pas toujours bien formés à la rédaction de ces certificats et à l'évaluation de l'ITT. Souvent, cet acronyme est confondu à avec l'Incapacité Temporaire Totale.

Informier et orienter la patiente

C'est une des missions essentielles du médecin et des professionnels de santé en général. L'analyse de nombreux cas démontre que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offerte.

Le médecin peut conseiller à la femme de porter plainte et surtout de s'adresser aux associations d'aide aux victimes qui lui fourniront conseils et assistance. Cela implique la connaissance de ces associations par le médecin.

Si situation est grave et laisse craindre l'irréparable, le médecin peut décider une hospitalisation immédiate.

Enfin, si le médecin juge qu'il ne peut alerter les autorités car la femme ne le veut pas ou que les conditions ne s'y prêtent pas, il serait utile qu'il puisse s'entretenir avec un substitut du procureur ou un policier, sans rompre pour autant le secret professionnel, et préparer ainsi une réponse mieux adaptée lors d'une récidive.

En conclusion, les médecins ont de nombreux devoirs envers les victimes des violences conjugales. Malheureusement, ils sont peu formés à prendre en charge ces victimes de façon efficace.

3. Enquête sur le dépistage systématique en Lorraine

3.1 Objectif

Des études nord américaines ont démontré il y a plus de 10 ans que le dépistage des violences conjugales permettait une meilleur prise en charge globale des victimes [4]. Toutes les études montrent que les cas qui sont dévoilés ne sont que la partie visible de l'iceberg. Le dépistage permet de révéler des violences qui, dans la grande majorité des cas, resteraient silencieuses. Ainsi, elles seraient prises en charges de manière précoce et avec des résultats plus efficaces. Les bénéfices se répercuteraient également sur les victimes collatérales et la société. Une étude de 2010 [2] estime qu'une augmentation d'1 euro du budget de la prévention des violences conjugales permettrait une économie de 87 euros, dont 30 euros de dépenses directes.

Dans les études menées dans les pays où le dépistage est pratiqué, il est démontré que le dépistage est plus efficace lorsqu'il est réalisé de manière systématique. Sa mise en place en est facilitée, les victimes ont moins de difficulté à participer au dépistage, et les médecins n'ont pas l'impression de poser des questions taboues [5,67].

Nous avons souhaité savoir si les médecins généralistes Lorrains pratiquent le dépistage systématique des violences conjugales ou non. Le cas échéant quelles sont les barrières qui expliquent l'absence de ce dépistage systématique ? Est-ce dû au manque d'informations sur ce sujet ? Le manque de formation au cours des études médicales est-il un facteur négatif significatif ? Ou l'absence de

recommandations officielles ? Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. Quelques explications sont retrouvées au fil des diverses études publiées ces dernières années [4, 81, 84, 86]. Cependant aucune d'entre elles ne prétend rechercher les freins au dépistage systématique, qui s'opposent aux médecins généralistes.

Or, si nous voulons que ce dépistage soit mis en place, et qu'il soit systématique, il est primordial de connaître l'avis des premiers concernés en matière de prévention et de dépistage : les médecins généralistes.

L'objectif de notre étude est de connaître les pratiques des médecins généralistes Lorrains en ce qui concerne le dépistage systématique des violences conjugales auprès femmes. Le cas échéant, nous voulons savoir quelles sont les causes qui expliquent l'absence de ce dépistage systématique par ces généralistes, et quelles sont les propositions concrètes qui pourraient les encourager à intégrer ce dépistage systématique à leur pratique.

Compte tenu du fait que les violences conjugales concernant les hommes soulèvent des problématiques différentes, qui doivent être abordées de façon indépendante, notre étude ne porte que sur les femmes.

3.2 Matériel et Méthode

Pour atteindre l'objectif de notre étude, nous avons décidé de la réaliser en deux parties. En premier, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès d'un panel de médecin généralistes Lorrains afin d'établir une liste de raisons et de barrières pouvant expliquer l'absence du dépistage systématique des violences conjugales dans leur pratique. En effet, nous avons retrouvé certaines de ces barrières dans la littérature mais aucune étude ne permettait d'obtenir une liste exhaustive. Or, pour les besoins de notre étude, cette liste devait être la plus exhaustive possible.

3.2.1 L'enquête qualitative

Lors de cette phase nous avons contacté par téléphone un total de 26 médecins généralistes Lorrains tirés au sort dans l'annuaire téléphonique. La méthode de recueil des données était similaire à celle d'un *focus group*. Les étapes de l'entretien téléphonique étaient les suivantes :

- Nous contactons un premier médecin et lui demandons s'il souhaitait répondre à des questions dans le cadre d'une enquête sur les divers dépistages en médecine générale. S'il acceptait, nous lui posons les questions selon un questionnaire (annexe 1).
- Les premières questions posées étaient d'ordre général, afin de mettre le médecin à l'aise pour l'entretien. Il était important de faire comprendre au médecin qu'il ne s'agissait pas de juger ou de critiquer sa pratique.

- Nous lui demandions ensuite quels étaient les dépistages qu'il réalisait de manière systématique.
- S'il ne mentionnait pas spontanément le dépistage des violences conjugales, nous lui posions la question de savoir s'il réalisait ou non ce dépistage.
- S'il répondait « oui », nous lui demandions par quel moyen et le nombre de dépistages réalisés ces douze derniers mois.
- Si sa réponse à la question était « non », nous entamions un dialogue pour tenter de savoir quelles en étaient les causes, et nous les listions.
- Nous leur demandions enfin quelles seraient les mesures concrètes qui les inciteraient à mettre en place un dépistage systématique des violences conjugales, et nous listions ces mesures.
- Nous recommençons les cinq premières étapes avec un nouveau médecin. Parmi ses réponses, nous regroupions par thématiques celles qui correspondaient aux réponses du médecin précédent, et si une réponse nouvelle était apportée, une thématique nouvelle était créée.

Nous avons reproduit ces étapes jusqu'à atteindre la saturation en réponses, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'aucun nouvel élément de réponse ne soit apporté. En moyenne, un entretien téléphonique durait d'environ 20 minutes.

Les différentes réponses étaient regroupées par pertinence en plusieurs thématiques tout au long de l'enquête téléphonique. Ces réponses ont ensuite été 'épurées' et retranscrites en des énoncés clairs, et précis. Nous avons pris le soin de ne laisser apparaître aucune ambiguïté à l'intérieur d'un énoncé et entre les divers énoncés car ils ont servi de base pour l'enquête quantitative.

3.2.2 L'enquête quantitative

Afin d'interroger un nombre suffisant de médecins généralistes en Lorraine, nous avons réalisé une enquête quantitative en deuxième partie de notre étude. Cette étape a été réalisée grâce à un questionnaire qui était diffusé par messagerie électronique aux médecins généralistes Lorrains.

Le plan de notre questionnaire était le suivant :

- « Background » du médecin (type d'activité, nombre d'années d'exercice, zone d'exercice, sexe).
- Habitudes en matière de dépistage systématique des violences conjugales.
- Si ce dépistage systématique est pratiqué, combien de fois et par quel moyen ?
- Si ce dépistage systématique n'est pas pratiqué, quelles en sont les raisons ?
- Quelles sont les propositions concrètes qui encourageraient la mise en place de ce dépistage systématique ?
- Si tous les moyens souhaités étaient réunis, mettraient-ils en place ce dépistage ?

Pour aborder de manière efficace le point « 4 », nous avons proposé aux médecins participant à l'étude, la liste des freins au dépistage systématique des

violences conjugales établie à la suite de l'enquête qualitative en première partie de l'étude. Ces propositions étaient faites sous formes d'énoncés.

Le questionnaire final était validé puis envoyé par email à des médecins généralistes Lorrains en nous appuyant sur deux structures : AMMPPU et ALOPRO – remplacement.

L'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire (AMMPPU) est un réseau de formation médicale continue comptant des médecins généralistes exerçant en Moselle.

L'Agence Lorraine pour la Promotion du remplacement en médecine générale (ALOPRO – remplacement) est une association qui met en relation des médecins généralistes installés et des remplaçants en Lorraine.

Grâce aux « mailing - listes » de ces deux structures, le questionnaire a pu être diffusé rapidement à plus de 800 médecins Lorrains. Nous avons lancé l'enquête le 1^{er} août 2012 et avons fixé la date retour limite au 24 août 2012, en acceptant cependant les réponses qui nous sont parvenues jusqu'au 31 août 2012.

Afin de préserver l'anonymat des participants, à aucun moment leur identité n'était associée à leurs réponses.

Sur le plan statistique, nous avons souhaité connaître, pour chaque barrière au dépistage des violences conjugales, le nombre de médecins qui la citait. Il nous paru intéressant de faire la comparaison entre les réponses apportées par les femmes et les hommes de l'étude. Ensuite, nous avons calculé le nombre de généralistes favorables à chacune des propositions concrètes que nous avons suggérées en fin de questionnaire, et enfin, le nombre de répondants qui seraient favorables à une mise en place du dépistage systématique des violences conjugales dans leur pratique habituelle, si tous les moyens souhaités étaient réunis.

La méthodologie de cette étude a été élaborée en collaboration avec le Dr Latache du service d'Epidémiologie et Evaluation Clinique du CHU de Nancy.

3.3 Résultats

3.3.1 Résultats de l'enquête qualitative

A la fin de notre enquête, 26 médecins généralistes Lorrains tirés au sort dans l'annuaire téléphonique avaient été contactés. Parmi eux, 1 n'avait pas souhaité répondre car le sujet ne l'intéressait pas, 1 n'avait pas souhaité répondre car elle jugeait que la méthode utilisée n'était pas adéquate, 2 n'avaient pas de temps à consacrer à l'enquête et ne souhaitaient pas être contactés ultérieurement, et 3 étaient en vacances.

Nous avons donc réalisé 19 entretiens téléphoniques avant d'arriver à saturation dans les réponses. Pour 13 d'entre eux, les médecins avaient souhaité être recontactés à un autre moment, ce qui fut le cas. Les 6 autres avaient pu répondre aux questions dès le premier appel. Dans 100% des cas, les médecins ne réalisaient pas de dépistage systématique des violences conjugales. Pour expliquer cela, les raisons qui ont été évoquées par les 19 médecins sollicités sont listées plus bas.

Dans un souci de clarté, les réponses ont été retranscrites en énoncés et regroupées par pertinence. Notre but était de lister le maximum de barrières évoquées par les médecins, jusqu'à ce qu'aucune nouvelle barrière n'apparaisse dans les réponses.

Le nombre de fois où chaque élément a été cité, est mentionné ici uniquement à titre indicatif. En effet, il suffisait qu'un élément ne soit évoqué qu'une seule fois par un des médecins, pour qu'il soit retenu dans l'étude.

Cité 18 fois :

- *Je n'ai jamais pensé à le faire ;*
- *Ca ne m'est jamais venu à l'esprit ;*
- *Je n'y ai jamais pensé ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé
« *Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique* ».

Cité 15 fois :

- *Je ne connais pas ce dépistage ;*
- *Je n'ai pas / jamais entendu parler de ce dépistage ;*
- *Je ne savais pas que ça existait ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé
« *Je manque d'information sur ce dépistage systématique* ».

Cité 15 fois :

- *Je ne sais même pas s'il existe une méthode pour faire ce dépistage ;*
- *Je ne s'aurai pas comment m'y prendre en pratique ;*
- *Je n'ai aucun moyen pour le faire ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé
« *Il me manque un outil de dépistage systématique* ».

Cité 13 fois :

- *Je ne sais pas comment on fait ;*
- *Je ne sais pas comment il faut faire ;*
- *On ne nous a jamais formé pour ça ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé
« *Je manque de formation sur ce dépistage systématique* ».

Cité 11 fois :

- *Je ne suis pas sûr que la patiente qui vient pour une angine ou autre chose, ça ne la gêne pas ;*
- *Ca va mettre les femmes mal à l'aise ;*

- *Je crois que c'est assez gênant pour les femmes de parler de ça, ou les hommes ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé « **Je pense que ce dépistage mettra mes patientes mal à l'aise** ».

Cité 7 fois :

- *Si après on ne sait pas quoi en faire, vers qui les orienter... ;*
- *Ce n'est pas toujours évident de les prendre en charge ;*
- *On leur donne des noms d'associations mais sinon que leur dire de plus ? Porter plainte ? Elles ne le font pas ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé « **Je ne sais pas quelle suite donner en cas de dépistage positif** ».

Cité 5 fois :

- *Il n'existe rien d'officiel à ce sujet que je sache ;*
- *Il n'existe pas de recommandations médicales sur ce dépistage ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé « **Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique** ».

Cité 4 fois :

- *Je ne sais pas si je serai à l'aise pour poser ces questions qui sont particulières gênantes ;*
- *C'est un thème difficile à aborder avec ses patientes ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé « **Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes** ».

Cité 4 fois :

- *Quand on connaît le couple, c'est difficile de poser ce genre de question ;*
- *Bien souvent on connaît le mari...ça peut être gênant ;*

Ces déclarations, et celles qui s'en approchaient ont été retranscrites par l'énoncé « **Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour ce dépistage systématique** ».

Cité 3 fois.

- *Ce n'est pas nécessaire ;*
- *Ca ne servirait pas à grand-chose (à 2 reprises) ;*

Ces déclarations ont été retranscrites par l'énoncé « **Je ne pense pas que ce soit utile de faire ce dépistage systématique** ».

Cité 2 fois :

- *Il y a déjà trop de dépistages, le tabac, les conduites addictives, l'obésité, les cancers...j'aurai pas de temps de faire ce dépistage.*
- *On n'a que 24 heures dans une journée pour tout faire, et j'en fais déjà pas mal.*

Ces déclarations ont été retranscrites par l'énoncé « **je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour faire ce dépistage systématique** ».

Cité 1 fois :

- *Je ne suis que remplaçante ici, et je ne connais pas assez bien les patientes. J'aurai peur de les gêner.*

Cette déclaration a été retranscrite par l'énoncé « **Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique** ».

Cité 1 fois :

- *Je connais trop bien mes patientes, vous imaginez si je leur pose ce type de questions.*

Cette déclaration a été retranscrite par l'énoncé « **Je connais trop bien les patientes et ça me gêne pour faire ce dépistage systématique** ».

Cité 1 fois :

- *J'ai bien peur de perdre la confiance de certaines patientes en posant ces questions, et qu'elles ne reviennent plus.*

Cette déclaration a été retranscrite par l'énoncé « **Je crains de perdre la confiance de mes patientes en faisant ce dépistage systématique** ».

Cité 3 fois :

- *Je pense que mes patientes ne sont pas concernées ;*
- *Si ça existait chez mes patientes, je l'aurai su, on sent les choses là quand on est médecin traitant ;*
- *Non, j'ai jamais vu ça chez mes patientes...je suis sûr qu'il y en a pas ;*

Ces déclarations ont été retranscrites par l'énoncé « **Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique** ».

Cité 2 fois :

- *Les patientes doivent se manifester... si elles ont un problème ;*
- *Ce n'est pas au médecin de poser ces questions, c'est la femme qui doit en parler ;*

Ces déclarations ont été retranscrites par l'énoncé « **Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas** ».

Cité 2 fois :

- *J'ai déjà eu des soucis avec ces trucs alors maintenant, c'est fini ;*
- *Quand vous avez voulu aider une patiente et que derrière elle va tout débiller à son mari et il vient pour vous casse la gueule, on n'a plus envie de recommencer ;*

Ces déclarations ont été retranscrites par l'énoncé « **Des expériences professionnelles négatives me freinent à faire ce dépistage systématique** ».

Cité 1 fois :

- *Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste ;*

Cette déclaration a été retranscrite par l'énoncé « **Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de faire ce dépistage systématique** ».

Cité 1 fois :

- *Et c'est approuvé par l'ordre ? Sinon, on pourrait encore avoir des problèmes...*

Cette déclaration a été retranscrite par l'énoncé « **Je crains des retombées ordinales si je fais ce dépistage systématique** »

Cité 1 fois :

- *Moi je ne veux pas qu'après les gens aillent porter plainte et que ça me retombe dessus ;*

Cette déclaration a été retranscrite par l'énoncé « [Je crains des retombées judiciaires si je fais ce dépistage systématique](#) »

Les quatre dernières personnes à avoir répondu n'ont apporté aucun élément nouveau à l'enquête. Nous avons donc estimé que la saturation était atteinte et la phase de recueil d'informations était arrêtée.

A la fin de cette enquête qualitative, nous avons 20 énoncés décrivant les freins ou barrières potentiels qui s'opposent aux médecins généralistes Lorrains dans le dépistage systématique des violences conjugales. Ces 20 éléments ont servi de base pour le questionnaire de l'enquête quantitative exploratoire.

3.3.2 Résultats de l'enquête quantitative

Sur les 890 médecins à qui les questionnaires ont été envoyés, 108 (12.1%) nous ont répondu. Parmi ces 108 réponses, 1 questionnaire n'avait pas été rempli. Nous avons donc reçu au total 107 questionnaires exploitables.

Question 1 : mode d'activité

Vous êtes : médecin installé ☐	médecin remplaçant ☐	interne remplaçant ☐
---	---	---

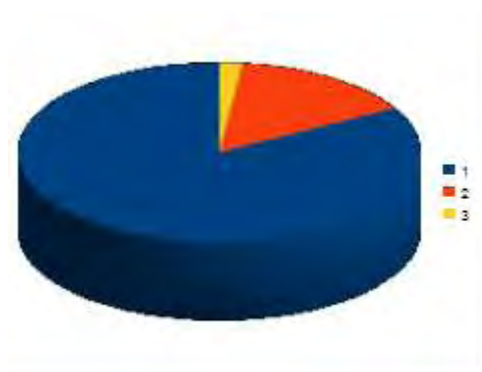


Diagramme 1

Sur les 107 médecins qui ont répondu :

- 89 sont des médecins installés, soit 83,1% (51 hommes et 38 femmes),
- 16 sont des médecins remplaçants, soit 15% (6 hommes et 10 femmes),
- 2 sont des internes de médecine générale possédant une licence de remplacement, soit 1,9% (2 femmes).

Question 2 : expérience

Vous exercez depuis (nombre d'années) :

Concernant cette donnée, 4 des 108 répondants ont omis de répondre à cette question. Nous avons donc des réponses pour 104 médecins (56 hommes et 48 femmes). En moyenne, les médecins avaient 18 années d'expérience de pratique de médecine générale. Chez les hommes, la moyenne était de 21.6 ans, et chez les femmes elle était de 13.7 ans. La plus grande expérience était égale à 40 années et la plus courte était de 4 mois (0.3 ans).

Question 3 : zone d'activité

Vous exercez en zone : rurale ☐ semi-rurale ☐ péri-urbaine ☐ urbaine ☐

En ce qui concerne les médecins exerçant dans un seul type de zone, les résultats sont détaillés dans le tableau suivant :

Zone d'activité	Nombre total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Rurale	10 – 9.3%	5	5
Semi rurale	30 – 28.2%	18	12
Péri urbaine	10 – 9.3 %	3	7
Urbaine	47 – 43.9%	28	19
Plus d'une zone	10 – 9.3%	9	1
	107	54	43

Tableau 6



Diagramme 2

Dix médecins exercent dans plus d'une zone : 2 exercent à la fois en zones rurale et semi-rurale, 2 en zones rurale et urbaine, 3 en zones semi-rurale et péri-urbaine, 1 en zones semi-rurale, péri-urbaine et urbaine, et enfin, 2 exercent dans les 4 zones.

Question 4 : sexe des répondants

Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐

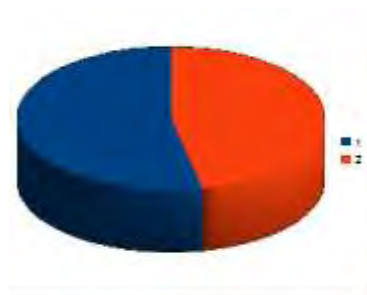


Diagramme 3

Dans les réponses exploitables reçues, 57 proviennent d'hommes et 50 de femmes.

Question 5 : dépistage systématique des violences conjugales

Avez-vous été amené pratiquer le **dépistage systématique (de masse) des violences conjugales** au cours de votre pratique ?

Non, jamais ☐

Oui ☐ <5 fois ☐ < 10 fois ☐ < 15 fois ☐ > 15 fois

106 médecins ont répondu à cette question. 97 (52 hommes et 45 femmes) (91.5%) ont répondu « Non, jamais » et 9 ont répondu « Oui » (5 hommes et 4 femmes). Parmi les 9 qui ont répondu « oui », 6 (2 hommes et 4 femmes) l'ont pratiqué moins de 5 fois au cours de leur carrière, 2 hommes l'ont réalisé moins de 10 fois, et 1

homme l'a fait moins de 15 fois. Aucun médecin n'a pratiqué ce dépistage systématique dans sa carrière plus de 15 fois.

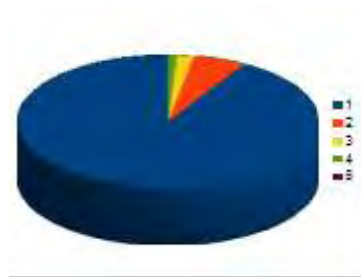


Diagramme 4

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Non, jamais	97 – 91.5 %	52	45
Oui < 5 fois	6	2	4
Oui < 10 fois	2	2	0
Oui < 15 fois	1	1	0
Oui > 15 fois	0	0	0

Tableau 7

Question 6 : moyens utilisés pour un dépistage systématique

Si votre réponse est **OUI à la question 5**, par quel moyen ? (Plusieurs réponses sont possibles) :

Questionnaire(s) type(s) ☐ Lequel/lesquels :

Questions ouvertes ou libres ☐

Autres ☐ Lesquelles :

Un médecin de sexe masculin a utilisé un questionnaire à cet effet, alors que 8 médecins (4 hommes et 4 femmes) ont utilisé des questions ouvertes ou libres.

Question 7 : freins au dépistage systématique des violences conjugales

Si votre réponse est **NON à la question 5**, quelles sont les raisons qui expliquent que vous n'avez pas réalisé ce dépistage **systématique (de masse) des violences conjugales**? **Je n'ai jamais réalisé ce dépistage systématique, car** (plusieurs réponses possibles) :

Parmi les 106 médecins ont répondu à la question 5, 97 ne réalisent pas de dépistage systématique des violences conjugales. Les détails de cette population sont la suivante :

Sexe : 52 sont des hommes (53.6%), 45 sont des femmes (46.4%)

Zone d'exercice : 43 exercent en zone urbaine (44.3%),
27 en zone semi rurale (27.8%),
10 en zone rurale (10.3%),
9 en zone péri urbaine (9.3%).

Expérience : 17,5 ans de pratique de la médecine générale en moyenne

Les raisons cochées par ces 97 médecins pour expliquer l'absence de ce dépistage systématique dans leur pratique sont détaillées dans les pages qui suivent :

Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique ☐

↳ 73 (73.7%), 35 hommes et 38 femmes

Je ne pense pas que ce soit utile de faire ce dépistage systématique ☐

↳ 19 (13 hommes et 6 femmes)

Je manque d'information sur ce dépistage systématique ☐

↳ 70 (32 hommes et 38 femmes)

Je manque de formation sur ce dépistage systématique ☐

↳ 67 (31 hommes et 36 femmes)

Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique ☐

↳ 49 (27 hommes et 22 femmes)

Il me manque un outil de dépistage systématique (questionnaire) ☐

↳ 52 (27 hommes et 25 femmes)

Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour faire ce dépistage systématique ☐

↳ 20 (14 hommes et 6 femmes)

Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes ☐

↳ 10 (7 hommes et 3 femmes)

Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise ☐

↳ 33 (20 hommes et 13 femmes)

Je connais trop bien les patientes et ça me gêne pour faire ce dépistage systématique ☐

↳ 11 (9 hommes et 2 femmes)

Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique ☐

↳ 13 (6 hommes et 7 femmes)

Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour ce dépistage systématique ☐

↳ 16 (9 hommes et 7 femmes)

Je crains de perdre la confiance de mes patientes en faisant ce dépistage systématique ☐

↳ 1 (1 homme et 0 femme)

Je ne sais pas quelle suite donner en cas de dépistage systématique positif ☐

↳ 35 (20 hommes et 15 femmes)

Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique ☐

↳ 4 (4 hommes et 0 femme)

Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas ☐

↳ 15 (10 hommes et 5 femmes)

Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de faire ce dépistage systématique ☐

↳ 5 (5 hommes et 0 femme)

Je crains des retombées judiciaires si je fais ce dépistage systématique ☐

↳ 5 (3 hommes et 2 femmes)

Je crains des retombées ordinales si je fais ce dépistage systématique ☐

↳ 2 (2 hommes et 0 femme)

Des expériences professionnelles négatives me freinent à faire ce dépistage systématique ☐

↳ 5 (4 hommes et 1 femme)

Autres, lesquelles :

↳ Aucun médecin n'a répondu à cette proposition. (0%)

Les freins cités dans le dépistage systématique des violences conjugales par ces médecins généralistes sont détaillés dans le tableau suivant par ordre décroissant :

	Hommes = 57 (53.3%)	Femmes = 50 (46.7%)	p*	Total
Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique	35 (67.3%)	38 (80.9%)	0.1706	73
Je manque d'information sur ce dépistage systématique	32 (61.5%)	38 (80.9%)	0.0467	70
Je manque de formation sur ce dépistage systématique	31 (59.6%)	36 (76.6%)	0.0872	67
Il me manque un outil de dépistage systématique (questionnaire)	27 (51.9%)	25 (53.2%)	1.000	52
Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique	27 (51.9%)	22 (47.8%)	0.8397	49
Je ne sais pas quelle suite donner en cas de dépistage systématique positif	20 (38.5%)	15 (32.6%)	0.6732	35
Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise	20 (38.5%)	13 (27.7%)	0.2908	33
Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour faire ce dépistage systématique	14 (26.9%)	6 (13%)	0.1313	20
Je ne pense pas que ce soit utile de faire ce dépistage systématique	13 (25.5%)	6 (13%)	0.1350	19
Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour ce dépistage systématique	9 (17.3%)	7 (15.2%)	1.0000	16
Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas	10 (19.2%)	5 (10.9%)	0.2771	15
Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique	6 (11.5%)	7 (15.2%)	0.7668	13

Je connais trop bien les patientes et ça me gêne pour faire ce dépistage systématique	9 (17.3%)	2 (4.3%)	0.0561	11
Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes	7 (13.5%)	3 (6.5%)	0.3274	10
Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de faire ce dépistage systématique	5 (9.6%)	0 (0%)	0.0585	5
Je crains des retombées judiciaires si je fais ce dépistage systématique	3 (5.8%)	2 (4.3%)	1.0000	5
Des expériences professionnelles négatives me freinent à faire ce dépistage systématique	4 (7.7%)	1 (2.2%)	0.3668	5
Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique	4 (7.7%)	0 (0%)	0.1201	4
Je crains des retombées ordinales si je fais ce dépistage systématique	2 (3.8%)	0 (0%)	0.4967	2
Je crains de perdre la confiance de mes patientes en faisant ce dépistage systématique	1 (1.9%)	0 (0%)	1.0000	1

* Test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Tableau 8 : barrières au dépistage systématique

Ces résultats nous montrent qu'il existe une différence significative entre les hommes et les femmes uniquement pour la deuxième proposition.

A la suite de la question 7, nous avons suggéré 6 propositions concrètes aux médecins et leur avons demandé si une ou plusieurs d'entre elles les encourageraient à mettre en place un dépistage systématique des violences conjugales dans leur pratique.

Pensez-vous que **les solutions suivantes** vous permettraient d'introduire le **dépistage systématique (de masse)** des violences conjugales dans votre pratique ?

Question 8 : Proposition 1 : plus d'informations sur le sujet

Plus d'informations sur ce dépistage systématique et sur ses bénéfices

Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	4 - 3.8%	4	0
Plutôt pas d'accord	5 - 4.7%	4	1
Assez d'accord	43 - 40.6%	19	24
Tout à fait d'accord	52 - 49.1%	27	25
Sans opinion	2 - 1.9%	2	0

Tableau 9

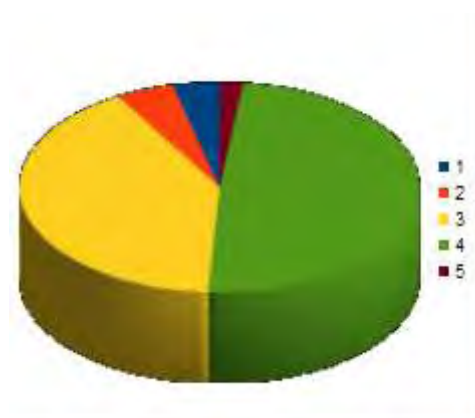


Diagramme 5

Près d'un médecin sur dix, soit 89.7% des 106 médecins qui ont répondu à cette question étaient « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec cette proposition.

Question 9 : Proposition 2 : plus de formation

Des formations théoriques sur les violences conjugales et leur dépistage systématique

Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	9 - 8.7 %	8	1
Plutôt pas d'accord	11 - 10.7%	6	5
Assez d'accord	39 - 37.9%	19	20
Tout à fait d'accord	40 - 38.8 %	20	20
Sans opinion	4 - 3.9%	3	1

Tableau 10

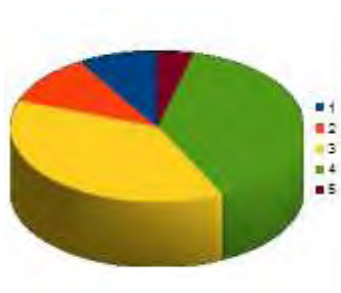


Diagramme 6

Plus des trois – quarts des médecins, soit 76,7% (79 médecins) des répondants étaient « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec cette proposition.

Question 10 : Proposition 3 : suite à donner en cas de dépistage positif

Des informations sur **la suite à donner en cas de dépistage positif**

Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	2 – 1.9%	2	0
Plutôt pas d'accord	5 – 4.8%	4	1
Assez d'accord	27 – 25.7%	12	15
Tout à fait d'accord	70 – 66.7%	37	33
Sans opinion	1 – 1%	1	0

Tableau 11

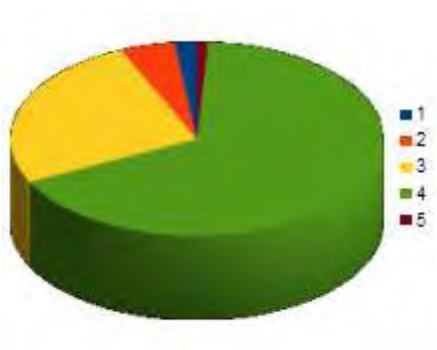


Diagramme 7

105 médecins ont répondu à cette question. 97 médecins sont « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec la nécessité de connaître sur la suite à donner en cas de violences conjugales avérées.

Question 11 : Proposition 4 : outil de dépistage systématique

Des **outils de dépistage systématique** (questionnaires) de ces violences

Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	7 – 6.9%	6	1
Plutôt pas d'accord	9 – 8.9%	5	4
Assez d'accord	38 – 37.6%	14	24
Tout à fait d'accord	44 – 43.6%	27	17
Sans opinion	3 – 3%	3	0

Tableau 12

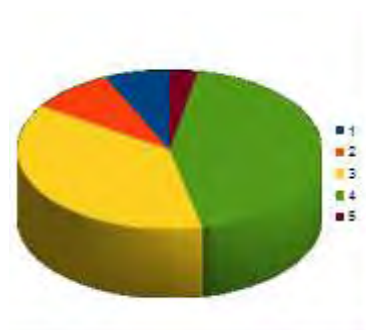


Diagramme 8

Cette proposition recueille 82 avis favorables (assez d'accord ou tout à fait d'accord) sur 101 réponses (81.2%).

Question 12 : Proposition 5 : recommandations de la HAS

Des **recommandations médicales de la HAS** sur ce dépistage systématique

Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐

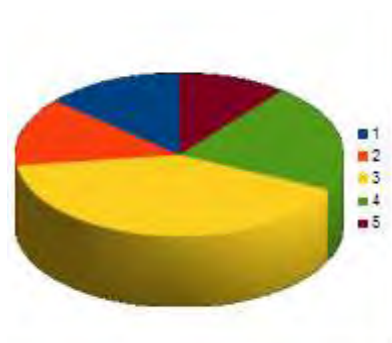


Diagramme 9

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	14 – 13.6%	10	4
Plutôt pas d'accord	14 – 13.6%	8	6
Assez d'accord	42 – 40.8%	24	18
Tout à fait d'accord	22 -21.4%	12	10
Sans opinion	11 -10.7%	2	9

Tableau 13

Près des deux – tiers, soit 64 médecins sont soit « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec cette proposition (62.2%).

Question 13 : Proposition 6 : Prime à la performance

Une **prime à la performance** pour réaliser ce dépistage systématique

Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐

Sans opinion ☐

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	58 – 56.9%	35	23
Plutôt pas d'accord	18 – 17.6%	4	14
Assez d'accord	9 – 8.8%	7	2
Tout à fait d'accord	5 – 4.9%	3	2
Sans opinion	12 – 11.8%	6	6

Tableau 14

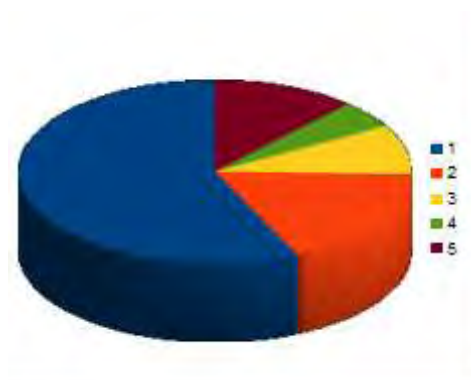


Diagramme 10

Cette proposition est celle qui recueille le plus d'avis défavorables, 76 médecins ayant répondu qu'ils n'étaient « pas d'accord » ou « plutôt pas d'accord » (74.5%)

Le tableau suivant résume les réponses obtenues pour ces six propositions ayant pour objectif d'encourager la mise en place du dépistage systématique des violences conjugales par les médecins ayant répondu à notre enquête.

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion
Plus d'information	4	5	43	52	2
Formation théorique	9	11	39	40	4
Suite à donner	2	5	27	70	1
Outil de dépistage	7	9	38	44	3
Recommandation de la HAS	14	14	42	22	11
Prime à la performance	58	18	9	5	12

Tableau 15 : Résumé des réponses aux 6 propositions :

Nous avons ensuite souhaité savoir si les médecins qui ont répondu à notre questionnaire estimaient si d'autres moyens étaient nécessaires pour permettre la mise en place de ce dépistage systématique dans leur pratique.

Question 14 : autres moyens nécessaires

Selon vous, quels sont les **autres moyens nécessaires** pour mettre en place un dépistage systématique (de masse) des violences conjugales dans le cadre de **votre pratique** ?

.....

Plus de la moitié des médecins (57) ont répondu à cette question ouverte. La grande majorité des réponses insistait sur la nécessité de mettre en place des campagnes d'information grand public, notamment par voie des médias (télévision, radio et presse écrite) et par un affichage dans les structures de soins (hôpitaux, salles d'attentes des cabinets médicaux). La deuxième mesure nécessaire est le soutien

de l'ordre de médecins. Beaucoup insistent lourdement sur un travail pluri – disciplinaire avec les autres professionnels concernés (juges, travailleurs sociaux, associations). Et enfin, ils sont nombreux à demander un temps de consultation dédié spécifiquement à cette action de prévention.

Enfin, la quinzième et dernière question de notre enquête quantitative demandait aux médecins généralistes Lorrains s'ils pratiqueraient le dépistage systématique des violences conjugales si tous les moyens étaient réunis.

Question 15 : si tous les moyens étaient réunis :

Si les **moyens nécessaires étaient réunis**, mettriez-vous en place un **dépistage systématique (de masse)** des violences conjugales dans **votre pratique** ?

- Pas d'accord ☐
- Plutôt pas d'accord ☐
- Assez d'accord ☐
- Tout à fait d'accord ☐
- Sans opinion ☐

	Total - %	Dont Hommes	Dont Femmes
Pas d'accord	9 – 8.5%	8	1
Plutôt pas d'accord	10 – 9.4%	5	5
Assez d'accord	48 – 45.3%	21	27
Tout à fait d'accord	33 – 31.1%	21	12
Sans opinion	6 – 5.7%	1	5

Tableau 16



Diagramme 11

Nous avons obtenu un taux d'avis favorables de 76.4% (assez d'accord ou tout à fait d'accord) à cette question.

4. Discussion

4.1 Impact des violences conjugales

Les violences conjugales ont des impacts néfastes sur la santé des femmes : lésions traumatiques, décès, tentatives de suicide, aggravation des pathologies chroniques, traumatismes psychologiques et psychosomatiques, pathologies psychiatriques, abus de substances psychoactives et conduites addictives, grossesses pathologiques, et troubles gynécologiques [4].

L'impact de ces violences entre conjoints, sur les enfants qui en sont témoins, est loin d'être négligeable : comportements agressifs, troubles somatiques, troubles psychoaffectifs, fugues, prostitution, conduites addictives, difficultés d'adaptation sociale, suicide [4,81].

En plus du coût humain, il existe un coût économique pour la société. Il est difficile à estimer, mais une étude prédit qu'une augmentation d'un euro ferait diminuer de 87 euros le coût de la prise en charge [2]. A ces coûts, se rajoutent les conséquences à long termes liés aux enfants qui ont été exposés aux violences conjugales : adultes, ils auront des difficultés d'adaptation, certains reproduiront le schéma parental par la transmission inter générationnelle de ces violences. Ces conséquences à long terme ne peuvent malheureusement pas être évaluées financièrement.

4.2 Des chiffres sous estimés

Malheureusement, pour des raisons diverses il est difficile pour les femmes de parler de ces violences : sentiment de honte, menaces du conjoint, incompréhension

des médecins, crainte de voir leurs enfants placés en famille d'accueil, etc., auxquelles il faut ajouter, si la femme est étrangère, l'obstacle de la langue voire pire si elle est en situation irrégulière de séjour [81].

Les violences connues ne représentent ainsi que la partie visible de l'iceberg. Selon certains auteurs, la présence réelle de la violence s'avérerait 10 fois plus fréquente que ne le perçoivent les médecins [87]. Ce phénomène est illustré par un exemple criant : dans les 161 cas d'homicides volontaires et assassinats entre conjoints en 2010, la violence antérieure dans le couple a été établie dans 72 cas (soit 41,62 %) [16]. Nous pouvons donc estimer que dans les 58.39% des cas restants, c'est la mort d'un conjoint qui a été l'élément révélateur de violences conjugales. L'absence de « repérage actif » de la violence conjugale par les professionnels de santé est avancée comme une des raisons de la sous estimation du nombre de ces violences [81].

4.3 Les plans ministériels

Une des mesures phares du plan interministériel 2005-2007 de lutte contre les violences aux femmes « REPERER LES SITUATIONS DE VIOLENCES », était basée sur l'argument suivant :

« L'expression par les femmes des violences subies est difficile. Son retard explique certains des drames qui surviennent ».

Or, la campagne 2011 « Osez en parler » demande à ces femmes (dont on sait qu'elles parlent difficilement des violences subies) d'oser les dénoncer. Est-ce méconnaître les raisons du silence des femmes victimes ? Le fait ne pas « oser en parler » fait partie de ces raisons, mais il existe d'autres facteurs, telle la honte, le mutisme psychologique, les menaces de mort, ou le chantage lié aux enfants. Cette

campagne a malgré tout a eu pour effet une augmentation très importante du nombre d'appels reçus au 3919 - Violences Conjugales Info. Mais il faut accorder la même importance aux autres causes du silence des femmes victimes des violences conjugales, car les solutions à y apporter sont différentes. De trop nombreuses violences continueront à être méconnues tant que leur dépistage systématique ne sera pas mis en vigueur.

Par ailleurs, force est de constater que les deux premiers plans inter ministériels ont produit peu de résultats concrets malgré toutes les mesures annoncées. Par exemple, à l'issue de plan 2008 – 2010, la seule mesure concrète prise *en direction des professionnels concernés était* la réédition de la brochure « *Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels* ».

4.4 Le dépistage

De nombreux travaux ont montré que lorsqu'un dépistage était réalisé, un nombre important de cas de violences conjugales était révélé [63, 64, 81].

D'autres montrent que les femmes victimes auraient souhaité que leurs médecins leur pose la question [88]. Trop de professionnels de santé se cachent encore derrière la pudeur et contribuent à solidifier le tabou social des violences conjugales. Dans de nombreuses études, la peur d'offusquer ou de gêner les patientes apparaît comme une des réticences principales des soignants à réaliser un dépistage. Or, en 2006, une étude Belge menée auprès de patientes d'un service d'obstétrique montre que ces dernières étaient favorables au dépistage des violences conjugales de la part de leur gynécologue. Cela va donc à l'encontre des croyances des médecins qui craignent d'offenser les patientes, ou encore de ne pas

obtenir de réponse de leur part. Il s'agit là de préjugés et de conceptions erronées de la part des professionnels de santé, qui doivent être combattus.

Le dépistage systématique rend plus facile le dépistage pour les soignants, et pour les patientes [81]. Dans la thèse de Cécile Morvant en 2000, seulement 7,7 % des médecins déclaraient réaliser « *un dépistage actif, c'est-à-dire interrogent eux-mêmes directement leur patiente pour savoir s'il y a violence* ». Malgré les recommandations du Rapport Henrion pour le dépistage systématique il y a déjà plus de 10 ans, aucun texte ministériel ne préconise le dépistage bien qu'il n'est pas démontré de conséquence négative à le produire [86]. D'autres travaux expliquent que le rapport bénéfice / risques de ce dépistage systématique est tellement positif qu'il ne faut plus attendre les résultats de la médecine basée sur les preuves [73, 74].

4.5 Résultats de notre étude

Au décours de la phase qualitative de notre étude, nous avons obtenu un total de 20 raisons différentes pouvant expliquer l'absence du dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes en Lorraine. A phase suivante, dans le questionnaire quantitatif, nous avons malgré tout laissé la possibilité aux participants de proposer d'autres freins que les 20 suggérés. Et nous n'avons obtenu aucune nouvelle proposition parmi les 108 questionnaires qui nous ont été renvoyés. Nous ne pouvons évidemment pas penser que nous détenons toutes les barrières au dépistage systématique des violences entre conjoints, mais notre enquête qualitative en a identifié un bon nombre d'entre elles. Cette première partie du travail n'avait pour but que l'élaboration du questionnaire de l'enquête quantitative.

En réponse à notre enquête quantitative, neuf médecins déclarent avoir déjà réalisé le dépistage systématique des violences conjugales au cours de leur carrière. Cependant aucun n'a réalisé ce dépistage plus de 15 fois. Ces chiffres très bas ne correspondent pas à notre définition du dépistage systématique qui est la réalisation de ce dépistage « *chez toutes les patientes, au moins une fois par an* ». Il n'est donc pas improbable que ces médecins aient mal interprété le sens de la question. En effet, lors de certains entretiens téléphoniques de la phase qualitative, il a été nécessaire de bien mettre l'accent sur le côté systématique de ce dépistage. Un des médecins nous a alors même suggéré d'utiliser les termes « dépistage de masse » pour augmenter la lisibilité du questionnaire, ce que nous avons fait.

Sur les 97 médecins qui ont déclaré ne jamais avoir réalisé de dépistage systématique des violences conjugales lors de leur pratique, nous avons une quasi parité (57 hommes et 50 femmes). Cela montre que le sujet des violences conjugales intéresse autant les médecins de chaque sexe. Une grande majorité d'entre eux, 75,3 % (35 hommes et 38 femmes) n'ont jamais pensé à réaliser ce dépistage. Cela signe une certaine méconnaissance du phénomène, conséquence à la fois d'un manque d'information (deuxième barrière évoqué dans notre étude (70 médecins) et d'un défaut dans la formation de ces médecins (67 médecins). Ces constats, pour le moins inquiétants, ne sont cependant pas surprenants. La plupart des études réalisées sur ce sujet retrouve un manque dans la formation des professionnels de santé sur ce sujet. Un médecin généraliste formé au bout de 9 ans d'études en France, n'a aujourd'hui aucun cours sur les violences faites aux femmes lors de cursus obligatoire. Il en est de même pour la majorité des autres spécialités médicales. Il n'y a guère que quelques formations très spécialisées, notamment la médecine légale, qui abordent la problématique.

Lorsqu'ils sont interrogés sur les solutions qui les aideraient à mettre en place ce dépistage systématique dans leur pratique, presque 9 sur 10 (89,7%) sont « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec plus d'informations sur la problématique, et 76,7% sont « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec la nécessité d'une meilleure formation théorique des médecins.

Parmi les facteurs extrinsèques aux médecins, le manque de recommandations officielles est celui qui est le plus cité dans notre enquête (49 médecins). En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) n'a à ce jour émis que des recommandations sur un dépistage chez les femmes enceintes, au 4^{ème} mois de grossesse. Or, notre enquête montre que les médecins sont demandeurs de *guidelines* officiels. En effet, ils sont 64 médecins à être « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » que de telles directives les aideraient à mettre en place le dépistage systématique.

L'aval et le soutien de l'ordre des médecins sont proposés par de nombreux médecins comme une incitation supplémentaire à la réalisation du dépistage systématique des violences conjugales. Pour certains cela constituerait même une condition *sine qua non* pour ce dépistage.

Dans l'étude de Cécile Morvant, les trois - quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels qui sont susceptibles d'aider la patiente (social, police, santé, psychologues...)[81]. La forme d'aide la plus proposée aux victimes était de recourir aux forces de la police ou de la gendarmerie (proposée par 56,3% des médecins).

Le dépistage sans proposer des solutions adaptées, est inutile, voire négatif pour les victimes. Il est vital que ces dernières aient des réponses concrètes et des actes réalistes, et non seulement des « conseils de comptoir ». Une étude américaine réalisée auprès de 142 femmes montre que seulement 31% d'entre elles ont reçu des conseils adaptés de la part des acteurs du système des soins [89].

Dans notre étude, 35 médecins avouent ne pas savoir quelle suite donner en cas de dépistage positif. Lorsqu'on leur demande si plus d'informations sur la suite à donner les encourageraient à mettre en place un dépistage systématique, 92,4% des médecins disent qu'ils sont « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord ». C'est la proposition qui reçoit le plus d'avis favorables comme étant un encouragement à la mise en place du dépistage systématique.

Dans notre enquête, 52 médecins (48.6%) indiquent qu'ils n'ont pas d'outil pour réaliser un dépistage systématique des violences conjugales. Des outils de dépistage existent sous forme de questionnaires standardisés, mais ils ne sont pas facilement accessibles aux médecins, alors qu'ils sont nombreux. Cette méconnaissance nécessite des formations adaptées. Il nous semble important de rapidement mettre ces outils à la disposition des médecins. De plus, 92 médecins (85.6%) sont « assez d'accord » ou « tout à fait d'accord » qu'un outil de dépistage systématique leur permettrait de mettre en place le dépistage des violences conjugales.

La prime à la performance est une mesure incitative qui vise à valoriser la qualité d'exercice. Elle permet aux médecins de choisir des « indicateurs » dans lesquels ils souhaitent s'investir. Chaque indicateur est lié à des objectifs de santé qui, lorsqu'ils sont atteints par le médecin, rapporte à ces derniers une rémunération

complémentaire. Il existe 8 indicateurs de prévention et de santé publique. Ces indicateurs portent sur le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, la vaccination antigrippale, la prescription de vasodilatateurs et des benzodiazépines chez les personnes âgées, le volume de prescription des antibiotiques.

Le dépistage systématique des violences conjugales pourrait avoir sa place parmi ces indicateurs de prévention et de santé publique. Nous avons voulu savoir si une telle mesure inciterait les médecins généralistes de notre étude à mettre en place ce dépistage systématique. La réponse est majoritaire « non ». En effet, 74 médecins ne sont « pas d'accord » ou « plutôt pas d'accord » avec cette proposition. Cela montre que malgré les nombreuses barrières auxquelles sont confrontées les généralistes, ils n'estiment pas avoir besoin de mesures financières pour mettre en place le dépistage systématique.

La majorité des commentaires vont dans le sens d'une campagne d'information grand public. Les médecins soulignent qu'il est important que les patientes soient informées en amont de l'existence d'un dépistage systématique des violences conjugales lorsqu'elles se rendent chez leur médecin traitant. Cela rendrait également le sujet plus facile à aborder par ces médecins. De plus, ils insistent sur le caractère non obligatoire de ce dépistage pour les femmes qui ne souhaiteraient pas s'y soumettre.

Un autre facteur nécessaire très cité est l'attribution d'un temps de consultation dédié à ce dépistage. En effet, les médecins consacrent déjà du temps à d'autres dépistages et pour 20 médecins de notre étude cela constitue également un frein à la réalisation du dépistage systématique.

De plus, les médecins insistent sur l'importance d'une action soutenue par l'Ordre des Médecins et un travail pluri disciplinaire avec les autres professionnels concernés. Par ailleurs ils insistent sur le respect de l'anonymat des patientes.

De toutes les barrières il n'y a guère qu'une seule pour laquelle la différence est significative entre les médecins hommes et femmes. Cela montre que les freins au dépistage systématique des violences conjugales sont perçus de façon quasi identique par les généralistes des deux sexes.

Nous avons demandé aux médecins généralistes Lorrains s'ils mettraient en place le dépistage systématique des violences conjugales dans leur pratique, dans l'hypothèse où tous moyens demandés étaient réunis. 81 médecins (75.7%) étaient favorables (assez d'accord ou tout à fait d'accord) à cette mesure.

Cela montre l'intérêt des médecins généralistes Lorrains pour le fléau que représentent les violences conjugales. Ils sont demandeurs de plus d'informations et d'une meilleure formation théorique. Des moyens pratiques tels un outil de dépistage, une campagne d'information, ou du temps de consultation dédié, sont aussi demandés. Enfin, ils n'imaginent pas mettre en place cette pratique sans le soutien de l'Ordre des Médecins, sans connaître la suite à donner aux femmes en cas de dépistage positif, et sans un travail d'équipe tous les acteurs concernés par cette problématique.

Les différents résultats que nous avons trouvés sont en phase avec les données issues des quelques campagnes de dépistages menées dans le cadre de projets de thèse ou de recherche en France, mais également à l'étranger. Le manque de formation est la barrière qui est le plus fréquemment mise en évidence. Par

ailleurs, les pays qui réalisent de manière officielle de dépistage, mettent l'accent sur l'information du grand public et des patientes, mais aussi des soignants.

Nous avons mené notre enquête pendant le mois d'août. Cela a-t-il sans doute joué sur le taux de réponses. Mais de façon positive comme négative, car même si certains médecins étaient en vacances, ceux qui ont répondu avaient un peu moins de patients qu'en période normale, et donc plus de temps pour répondre. Pour la partie quantitative, nous n'avons reçu finalement que 12.5% de réponses.

De plus, selon l'ARS Lorraine [90], il y avait en 2011, 2419 médecins généralistes libéraux en Lorraine. Pour notre étude, nous n'avons donc touché que 4.64% de ces généralistes Lorrains. Il est donc nécessaire, afin d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population Lorraine, de mener une nouvelle enquête auprès de l'ensemble des médecins concernés. Cette ambition ne pourra être atteinte qu'avec l'entière collaboration des quatre conseils départementaux de l'ordre des médecins (Meurthe et Moselle, Moselle, Meuse et Vosges) et du Conseil Régional de l'Ordre des médecins.

4.6 Propositions pour l'avenir

Fort des résultats de notre étude, nous avons élaboré quelques propositions concrètes pour le court et le moyen terme. Il s'agit de suggestions modestes et simples qui pourraient apporter un « coup d'accélérateur » à la lutte contre les violences faites aux femmes, et en particulier contre les violences conjugales.

Pour commencer, vu le faible effectif de notre échantillon, nous proposons donc la réalisation d'une étude de grosse envergure à l'échelle régionale, inter

régionale, voire nationale. Cette ambition ne pourra être réalisée qu'avec le soutien total des institutions compétentes.

Notre deuxième proposition est la mise à disposition d'outils de dépistage des violences conjugales aux médecins qui le souhaitent. Il nous paraît souhaitable qu'un outil standardisé en Français soit mis au point. Là encore, cela devra être le fruit du travail de tous les professionnels concernés.

Concernant la formation théorique sur le sujet des violences faites aux femmes, nous suggérons que la Faculté de Médecine de Nancy soit pionnière en introduisant les violences conjugales au programme des enseignements du troisième cycle de médecine générale. Il est par ailleurs important que ce sujet soit traité dès le deuxième cycle des études médicales car chaque médecin doit avoir été formé sur ce problème de santé publique au moins une fois durant ses études.

Enfin, nous proposons à l'Ordre National des Médecins, à la Haute Autorité de Santé, au Centre National des Concours d'Internat, au Ministère des Droits des Femmes et au Ministère de la Santé de mettre en œuvre des actions de formations, des campagnes de dépistage, et de permettre aux médecins qui le souhaitent, de réaliser un dépistage systématique des violences conjugales.

5. Conclusion

Des prestigieuses institutions américaines recommandent le dépistage systématique des violences conjugales. La France n'a toujours pas prévu de suivre leur exemple. Le CNOM, mais aussi la HAS devraient sans tarder mettre en place des recommandations pour le dépistage systématique des violences conjugales, non seulement par les médecins généralistes, mais aussi par les autres spécialistes de premier recours (gynécologues, urgentistes, psychiatres,...), avec la réalisation en amont d'une enquête pour connaître l'opinion des généralistes.

Le ministère des droits des femmes a édité un « livret sur les violences conjugales » en 2012 (annexe 3). Ce livret, synthétique et complet a néanmoins le défaut d'utiliser les termes « d'Incapacité Temporaire Totale », et non d'Incapacité Totale de Travail dans chapitre concernant le rôle des médecins. Si le sujet traité n'était pas aussi grave, nous aurions pu penser à une simple erreur, mais quand on traite un sujet aussi délicat et important que les violences conjugales, chaque mot compte et chaque message a son importance.

Plus de dix ans se sont écoulés depuis que l'ENVEFF nous a dévoilé qu'une femme sur 10 était victime de violences conjugales en France [3]. Une décennie nous sépare également de la parution du Rapport Henrion de l'académie nationale de médecine et ses recommandations pour un dépistage systématique des violences conjugales. Durant cette période, nous sommes passés d'une femme décédée sous les coups de son conjoint tous les trois jours, à un décès tous les deux jours et demi.

D'aucuns avancent volontiers que ces chiffres ne sont qu'un reflet de l'augmentation des cas dénoncés. Mais est-ce un argument suffisant pour laisser mourir des femmes dans ces conditions de violences?

En 2010, sur les 161 homicides volontaires et assassinats survenus entre conjoints, l'antériorité des violences n'était pas connue dans plus de la moitié des cas. Il ne serait pas superflu de se demander combien de ces morts auraient pu être évitées par la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales.

Il est donc urgent et vital pour de nombreuses femmes aujourd'hui, et pour de nombreux enfants demain, que le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes devienne une réalité.

Nous ne prétendons pas avoir trouvée la panacée aux violences conjugales. Notre travail a surtout le mérite de proposer un nouvel angle d'attaque dans le combat contre les violences conjugales. Notre étude peut et doit être améliorée, mais la participation des institutions compétentes est une condition plus que nécessaire.

Bibliographie

1. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, Rapport 2010
2. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S. An economic evaluation of intimate partner violence in France, *Sante Publique*. 2010 Jul-Aug;22(4):405-16
3. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population et société*. Janvier 2001.
4. Henrion R, Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre chargé de la santé, 2001
5. Coy-Gachen C, Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP, Thèse de médecine. Paris VI, 2005
6. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002
7. Tjaden P, Thoennes N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male violence intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 6(2), 142–161.
8. Walby S, Allen J. (2004). *Domestic violence, sexual Assault & stalking: Findings from the British crime survey*. London: Home Office Research Study., 276
9. Watson D, Parsons S (2005). *Domestic abuse of women and men in Ireland: Report on the national study of domestic abuse*. Dublin: National Crime Council.
10. Women's Aid & the Child and Women Abuse Studies Unit, London. (2001). *Teenage tolerance: The hidden lives of young Irish people*. Dublin: Women's Aid.

11. Campbell JC, Sharps P, Glass N. (2001). Risk assessment for intimate partner homicide. In G. F. Pinard & L. Pagani (Eds.), *Clinical assessment of dangerousness* (pp. 136–157). Cambridge: Cambridge University Press.
12. Jaffe PG, Lemon NKD, Poisson SE. (2003). *Child custody & domestic violence: A call for safety and accountability*. Thousand Oaks: Sage Publications
13. Walby S, Myhill A. (2001). Assessing and managing risk. In J. Taylor-Browne (Ed.), *What works in reducing domestic violence: A comprehensive guide for professionals* (pp. 307–334). London: Whiting & Birch.
14. <http://www.violenceconjugale.gouv.qc.ca>
15. Hirigoyen MF, Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple. Oh ! Editions, 2005.
16. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2010
17. Stark E, Flitcraft AH. *Spouse abuse*. In: Rosenberg M, Mercy J, ed. *Violence in America: a Public Health Approach*, New York: Oxford University Press; 1991
18. Parsons LH. Violent Maternal Deaths in North Carolina, Obstetrics & Gynecology: December 1999 - Volume 94 - Issue 6 - p 990-993
19. SAUREL-CUBIZOLLES MJ, LELONG N., 2005, Violences familiales pendant la grossesse, J Gynecol Obstet Reprod, Volume 34, supplément au n°134 (supplément au n° 1), 47-53
20. O'Leary, K.D., Vivian, D., & Malone, J. (1992). Assessment of physical aggression in marriage: The need for a multimodal method. *Behavioral Assessment*, 14, 5-14.
21. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, Rapport 2011

22. Fédération Nationale Solidarité Femmes, rapport juillet 2011
23. Berger M. L'apparition de la violence pathologique extrême chez l'enfant de moins de trois ans. Peut-on la prévenir ? In: Prise en charge de la psychopathie. Rapport de la Haute Autorité de santé ; 2005; 49-52
24. Fantuzzo JW, Mohr WK. (1999). The prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 9(3), 21–32.
25. Pepler DJ, Catallo R, Moore TE. (2000). Consider the children: Research informing interventions for children exposed to domestic violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe, & M. Suderman(Eds.), *Children exposed to domestic violence: Current issues in research, intervention, and policy development* (pp. 37–58). Binghamton: The Hawthorn Maltreatment & Trauma Press.
26. Sullivan M, Egan M, Gooch M. (2004). Conjoint interventions for adult victims and children of domestic violence: a program evaluation. *Research on Social Work Practice*, 14(3), 163–170.
27. Egeland BA. History of abuse if a major risk factor for abusing the next generation: Current controversies on family violence (pp. 197–208). Newbury Park: Sage Publications, 1993
28. Kerley KR, XiaoheX, Bangon S, Alley JM. (2010). Exposure to family violence in childhood and intimate partner perpetration or victimization in adulthood: Exploring intergenerational transmission in urban Thailand. *Journal of Family Violence*, 25, 337–347
29. Kwong MJ, Bartholomew K, Henderson AJZ, (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology*, 17, 288–301
30. Renner LM, Slack KS. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30, 599–617

31. Kalmuss D (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 11–19
32. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. (2006). Examining the intergenerational transmission of violence in a New Zealand birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 30, 89–108
33. Franklin CA, Kercher GA. The Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence: Differentiating Correlates in a Random Community Sample, *J Fam Viol* (2012) 27:187–199
34. Campbell J, Lewandowski L (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353–374
35. Tyndall-Lind A. (1999). Revictimization of children from violent families: child centered theoretical formulation and play therapy treatmentimplication. *International Journal of Play Therapy*, 8, 9–25.).
36. Litrownik AJ, Newton R, Hunter WM.(2003). Exposure to family violence in young at-risk children: a longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 18, 59–73.
37. Margolin G, Gordis E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Psychological Review*, 51, 445– 479.
38. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001, 286:3089-3096
39. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict* 2002, 17:3-17

40. Coohy C.(2004). Battered mothers who physically abuse their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(8), 943–952
41. Holden GW, Stein JD, Richie KL. (1998). Parenting behaviour and beliefs of battered women. In G.W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 289–332). Washington, DC: American Psychological Association
42. Jackson D. (2003). Broadening constructions of family violence: Mother's perspectives of aggression from their children. *Child and Family Social Work*, 8, 321–329
43. Ulman A, Straus MA. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 41–60
44. McCloskey LA, Lichter EL. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression acts across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 390–412
45. El Kady D, Gilbert WM, Xing G. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2005;105:357-63. [PMID: 15684165]
46. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict*. 2002;17: 169-85. [PMID: 12033553]
47. El-Mohandes AA, Kiely M, Gantz MG. Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial. *Matern Child Health J*. 2011;15:19-28. [PMID: 20082130]
48. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;115:273-83. [PMID: 20093899]

49. Shah PS, Shah J. Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/ LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19:2017-31. [PMID: 20919921]
50. Centre de recherche, étude et conseil dans les domaines des politiques sociales, de la santé et de l'habitat.
51. Daphné 2006 « Estimation du coût des violences conjugales en Europe » - IPV EU_Cost - Psytel – juin 2009
52. Le ministère des droites des femmes. Femmes.gouv.fr
53. American Medical Association Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Archives of Family Medicine*, 1, 39–47
54. Bograd M, Mederos F. Battering and couples therapy: universal screening and selection of treatment modality. [J Marital Fam Ther](#). 1999 Jun;25(3):291-312.
55. Greene K, Bogo M. The different faces of intimate violence: implications for assessment and treatment. [J Marital Fam Ther](#). 2002 Oct;28(4):455-66.
56. Jory B. [The Intimate Justice Scale: an instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice](#). *J Marital Fam Ther*. 2004 Jan;30(1):29-44. PMID:14763207
57. The National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings, Family Violence Prevention Fund, 2004
58. National Research Council. Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps. Washington, DC: National Academies Pr; 2011. National Advisory Council on Violence and Abuse. Policy Compendium

59. American Medical Association; 2008. Accessed at www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/vio_policy_comp.pdf on 19 January 2012.
60. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Screening Tools—Domestic Violence. American Congress of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
61. Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD. Committee on Child Abuse and Neglect. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics*. 2010; 125:1094-100. [PMID: 20421260]
62. PUNUKOLLU M., Domestic violence: Screening made practical, *J. Fam. Pract.*, volume 52, n°7, 2003.
63. François I, Moutel G, Plu I. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? *La presse médicale*, 2004, tome 33.
64. PIAU CHARRUAU D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes, Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Angers, Université d'Angers, 2006.
65. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence A Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. 2012;156.
66. [Toohey JS](#). Domestic violence and rape. [Med Clin North Am](#). 2008 Sep;92(5):1239-52, xii
67. [Phelan MB](#). Screening for intimate partner violence in medical settings. [Trauma Violence Abuse](#). 2007 Apr;8(2):199-213.
68. [Lamy C](#), [Dubois F](#), [Jaafari N](#), Clinical and psychopathological profile of women victims of psychological partner violence]. [Rev Epidemiol Sante Publique](#). 2009 Aug;57(4):267-74. Epub 2009 Jun 12

69. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998, 101:1091-1092
70. BAIR-MERRITT MH, GHAZARIAN SR, BURELL L. Patterns of Intimate Partner Violence in Mothers At-Risk for Child Maltreatment. *J Fam Viol* (2012) 27:287–294
71. Klevens J, Saltzman LE. Report from the CDC The Controversy on Screening for Intimate Partner Violence: A Question of Semantics? *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, Volume 18, Number 2, 2009
72. Société Française de Médecine d'Urgence, 200
73. Rhodes KV, Levinson W: Interventions for Intimate Partner Violence Against Women: Clinical Applications. *JAMA* 2003, 289:601-605
74. Cole TB: Is domestic violence screening helpful? *JAMA* 2000, 284:551-557.
75. Association AM: Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med* 1992, 1:39-47.
76. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Domestic violence. *ACOG Educational Bulletin* 1999, 257:..
77. Physicians ACE: Emergency medicine and domestic violence. *Ann Emerg Med* 1995, 25:442-443.
78. American Academy of Family Physicians (AAFP) Commission on Special Issues and Clinical Interests: Family violence: an AAFP white paper. *Am Fam Physician* 1994, 50:1636-1646.
79. CDC, ACOG: Slide show: Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. Reproductive Health Information Source CDC 2000

80. Chambonnet JY, Douillard V, Urion J. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2000, 507 :1481-5
81. Morvant C. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes, 2000
82. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM. Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *Am J Prev Med* 2000, 19:230-237.
83. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health* 2006, 6:238
84. www.urml-lr.com/userfiles/Thèse%20LANDES%20.pdf
85. [Sprague S](#), [Madden K](#), [Simunovic N](#). Barriers to screening for intimate partner violence. [Women Health](#). 2012 Aug;52(6):587-605.
86. Thomas A, Le dépistage des violences dans le couple, PREVIOS, 2009
87. Stark E, Flitcraft A. Violence among intimates : an epidemiological review. In : Hasselt, Morrisson, Hersen, eds. *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press, 1988, pp 293-318
88. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K. Violence in pregnancy in Eastern Flanders, Belgium: a cross-sectional survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006
89. [Morse DS](#), [Lafleur R](#), [Fogarty CT](#). "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. [J Am Board Fam Med](#). 2012 May-Jun;25(3):333-42.
90. ARS Lorraine. STATISS 2011 p 36

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête qualitative (entretien téléphonique) :

Bonjour, je souhaite vous poser quelques questions dans le cadre d'une enquête sur les dépistages en médecine générale en Lorraine. Le temps de réponse est estimé à 15 minutes.

1. Vous êtes : médecin installé ☐ médecin remplaçant ☐ interne remplaçant ☐
2. Vous exercez depuis (nombre d'années) :
3. Vous exercez en zone : rurale ☐ semi-rurale ☐ péri-urbaine ☐ urbaine ☐
4. Réalisez-vous des dépistages dans le cadre de votre activité habituelle ?
5. Pouvez-vous les citer ?
6. Avez-vous déjà pratiqué un dépistage systématique de violences conjugales dans votre pratique ?
7. Vous avez répondu « oui » à la question 6 ; par moyen faites-vous ce dépistage ?
8. Vous avez répondu « non » à la question 6 ; quelles sont les raisons qui expliquent cette cela ?

Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête quantitative

Enquête Dépistage Systématique (Dépistage de Masse) des Violences Conjugales en Médecine Générale

Le **dépistage des violences conjugales** consiste à rechercher des situations de ces violences en l'absence de tout signe, sans que la patiente n'en parle ou sans qu'aucun élément ne vous fasse y penser. Le **dépistage systématique (de masse)** consiste à mener un dépistage une fois par an chez chaque patiente, ou chez toute nouvelle patiente (avec l'accord préalable de ces dernières).

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes installés et remplaçants. Il est anonyme et comporte 15 questions. Temps de réponse estimé à moins de 10 minutes.

9. Vous êtes : médecin installé ☐ médecin remplaçant ☐ interne remplaçant ☐

10. Vous exercez depuis (nombre d'années) :

11. Vous exercez en zone : rurale ☐ semi-rurale ☐ péri-urbaine ☐ urbaine ☐

12. Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐

13. Avez-vous été amené pratiquer le **dépistage systématique (de masse) des violences conjugales** au cours de votre pratique ?

Non, jamais ☐

Oui ☐ <5 fois ☐ < 10 fois ☐ < 15 fois ☐ > 15 fois

6. Si votre réponse est **OUI à la question 5**, par quel moyen ? (Plusieurs réponses sont possibles) :

Questionnaire(s) type(s) ☐ Lequel/lesquels :

Questions ouvertes ou libres ☐

Autres ☐ Lesquelles :

7. Si votre réponse est **NON à la question 5**, quelles sont les raisons qui expliquent que vous n'avez pas réalisé ce dépistage **systématique (de masse) des violences conjugales**?

Je n'ai jamais réalisé ce dépistage systématique, car (plusieurs réponses possibles) :

Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique ☐

Je ne pense pas que ce soit utile de faire ce dépistage systématique ☐

Je manque d'information sur ce dépistage systématique ☐

Je manque de formation sur ce dépistage systématique ☐

Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique ☐

Il me manque un outil de dépistage systématique (questionnaire) ☐

Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour faire ce dépistage systématique ☐

Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes ☐

Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise ☐

Je connais trop bien les patientes et ça me gêne pour faire ce dépistage systématique ☐

Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique ☐

Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour ce dépistage systématique ☐

Je crains de perdre la confiance de mes patientes en faisant ce dépistage systématique ☐

Je ne sais pas quelle suite donner en cas de dépistage systématique positif ☐

Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique ☐

- Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas ☐
- Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de faire ce dépistage systématique ☐
- Je crains des retombées judiciaires si je fais ce dépistage systématique ☐
- Je crains des retombées ordinaires si je fais ce dépistage systématique ☐
- Des expériences professionnelles négatives me freinent à faire ce dépistage systématique ☐
- Autres, lesquelles :.....

Pensez-vous que **les solutions suivantes** vous permettraient d'introduire le **dépistage systématique (de masse)** des violences conjugales dans votre pratique ?

8. **Plus d'informations** sur ce dépistage systématique et sur ses bénéfices
 Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐
9. **Des formations théoriques** sur les violences conjugales et leur dépistage systématique
 Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐
10. Des informations sur **la suite à donner en cas de dépistage positif**
 Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐
11. **Des outils de dépistage systématique** (questionnaires) de ces violences
 Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐
12. **Des recommandations médicales de la HAS** sur ce dépistage systématique
 Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐
13. Une **prime à la performance** pour réaliser ce dépistage systématique
 Pas d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Assez d'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐
 Sans opinion ☐
14. Selon vous, quels sont les **autres moyens nécessaires** pour mettre en place un dépistage systématique (de masse) des violences conjugales dans le cadre de **votre pratique** ?

.....

.....

.....

15. Si les **moyens nécessaires étaient réunis**, mettriez-vous en place un **dépistage systématique (de masse)** des violences conjugales dans **votre pratique** ?

- Pas d'accord ☐
- Plutôt pas d'accord ☐
- Assez d'accord ☐
- Tout à fait d'accord ☐
- Sans opinion ☐

→ Quelles démarches entreprendre ?

EFFECTUER UN EXAMEN MÉDICAL LE PLUS TÔT POSSIBLE

Qu'une plainte soit déposée ou non, il est important de faire constater par un médecin les violences subies, à la fois physiques et psychologiques. Le « certificat médical de constatation » est un élément de preuve utile dans le cadre d'une procédure judiciaire, même si elle a lieu plusieurs mois après.

En quoi consiste le certificat médical de constatation ?

Le **certificat médical de constatation** décrit, au besoin à l'aide de schémas et si possible avec photos à l'appui, toutes les lésions constatées, les conséquences qu'elles soient physiques ou psychiques et les traitements recommandés. Il comporte un résumé de l'agression racontée par la victime. Il peut être accompagné, selon la gravité des faits, d'une évaluation de l'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP), que la victime exerce ou non une activité professionnelle. L'évaluation de l'ITT ou l'ITP doit traduire l'origine et la durée des incapacités consécutives aux traumatismes physiques et psychologiques subis. Elle a une incidence sur la qualification juridique des faits et la peine encourue.

Où se faire soigner et établir un certificat médical ?

- Chez un médecin généraliste.
- À l'hôpital dans les unités médico-judiciaire (UMJ) avec une réquisition d'un officier de police judiciaire, ou au service des urgences.

RASSEMBLER DES TÉMOIGNAGES

Les témoignages écrits des proches, amis ou voisins, sont un élément important pour appuyer la déclaration des victimes de violences. Ils doivent être datés, signés et accompagnés d'une copie de la pièce d'identité du témoin.

VU

NANCY, le **25 septembre 2012**
Le Président de Thèse

NANCY, le **27 septembre 2012**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/5005

NANCY, le **1^{er} octobre 2012**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

Résumé

VIOLENCES CONJUGALES : VERS UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS

En France, en 2010, plus de 50 000 femmes ont dévoilé les violences qu'elles subissaient. En 2011, 124 femmes en sont mortes. Dans 60% des morts en 2010, les violences antérieures n'étaient pas connues. Cela illustre la méconnaissance des chiffres réels. Des études ont montré que le dépistage systématique des violences conjugales est le seul moyen de révéler ces violences.

Le rapport Henrion a recommandé le dépistage systématique des violences conjugales en 2001. Or, cette mesure n'est pas appliquée. Nous souhaitons connaître les raisons qui expliquaient l'absence de cette pratique par les généralistes Lorrains. Dans cet objectif, nous avons d'abord menée une enquête qualitative et une enquête quantitative auprès des médecins.

108 généralistes ont répondu à notre enquête. 90.7% n'ont jamais réalisé de dépistage systématique des violences conjugales. Les principales raisons sont : le fait de n'y avoir jamais pensé (68.2%), le manque d'information (65.4%) et le manque de formation (62.6%). Nous avons proposé des mesures pour favoriser le dépistage systématique : 90.7% des médecins veulent plus d'informations sur la suite à donner en cas de dépistage positif, 88.8% veulent plus d'informations sur ce dépistage systématique et sur ses bénéfices, 76.6% ont besoin d'un outil de dépistage, 73.8% demandent des formations théoriques et 59.8% sont demandeurs de recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé.

Notre étude montre une grande méconnaissance des violences conjugales de la part des médecins généralistes Lorrains. Nous suggérons des cours théoriques sur le sujet en 3^{ème} cycle de médecine générale à la Faculté de Nancy. Il serait utile de mener une enquête de plus grande envergure sur ce sujet. Enfin, nous suggérons la publication de recommandations par la HAS.

INTIMATE PARTNER VIOLENCE : AIMING FOR UNIVERSAL SCREENING BY GENERAL PRACTITIONERS IN LORRAINE, FRANCE.

MOTS CLES: VIOLENCES CONJUGALES, DEPISTAGE SYSTEMATIQUE, MEDECIN GENERALISTE

THESE DE MEDECINE GENERALE

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex