



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

Le 15 octobre 2012

Par

Sophie LARUELLE

Née le 29 novembre 1981 à Toulon

TITRE :

**ENQUÊTE QUANTITATIVE SUR LES CONNAISSANCES CONCERNANT LES
VIOLENCES CONJUGALES AUPRÈS D'UNE POPULATION GÉNÉRALE EN
LORRAINE.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur H. COUDANE

Président

M. le Professeur D. SIBERTIN-BLANC

M. le Professeur J.P. KAHN

M. le Docteur O. BOUCHY

Juges

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

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle	Professeur Bruno CHENUÉL
- « 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
Assesseurs 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 - Olléro 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 MALLIE - 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 DALLLOUL

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 LOZNIEWSKI – 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 François 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 ALBUISSON

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 LOEUJLE

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 CHAQUAT

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 Serguei 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 AYAY

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 : (*Ophthalmologie*)

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 HAUTEMANIERE – 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 BURSZEJN

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 (1976)
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 Menish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Milfred 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 DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1986)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Masahiko KASHIMURA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
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)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur H. COUDANE
Professeur de Médecine Légale
Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy
Officier de l'Ordre des Palmes Académiques
Officier de l'Ordre national du Mérite
Chevalier de l'Ordre national de la Légion d'Honneur

Nous vous remercions de l'immense honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC
Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de faire partie de notre jury de thèse.

Nous espérons de tout cœur que vous trouverez satisfaction dans ce modeste travail.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre dévouement.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur J.P. KAHN
Professeur de Psychiatrie d'Adultes

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de faire partie de notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre accueil chaleureux et espérons que vous trouverez satisfaction dans ce modeste travail.

Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Docteur O. BOUCHY

Vous nous avez enseigné notre métier, la belle médecine générale de campagne, humaine et à la pointe du progrès.

Vous avez suivi de près ce travail.

Nous vous remercions pour votre dévouement, votre disponibilité et vos conseils.

Veillez trouver ici le témoignage de notre éternelle reconnaissance.

Nous remercions également le Docteur Cédric BAUMANN et Mademoiselle Diane PIVOT du Département d'Épidémiologie Clinique de la Faculté de Médecine de Nancy pour leurs nombreux conseils et l'analyse des données.

Remerciements aux cabinets de Haute-Marne où nous avons beaucoup remplacé :

- le Docteur Carole LARGER-AUBRY de Fayl-Billot ;
- les Docteurs Didier SOUMAIRE et François MOLI de Chalindrey ;
- les Docteurs Jean EVEN, Christian TOUSSAINT, Philippe ESCUDIER et Bruno MICHEL de Bourbonne-les-Bains.

Vous m'avez tous chaleureusement accueillie, dans une ambiance de partage de connaissances et de conseils amicaux. Merci pour vos encouragements dans les moments de découragement.

Un immense merci à Carole, sans qui je n'aurais pas connue cette épanouissante aventure.

Mille mercis aux soignantes et soignants de l'Hôpital et de la Maison de Retraite de Bourbonne-les-Bains. Leur participation dans la naissance de ce travail est très importante. Merci également de m'avoir épargnée en période de rédaction.

À Lucio, pour notre bonheur quotidien et tout ce que la vie nous réserve...

À Serena, la plus merveilleuse des moyennes-grandes filles.

À ma Maman, que je vais enfin pouvoir gâter comme elle le mérite.

À Julien et Éric, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui.

À mon frère Raphaël : je suis fier de toi.

À Cassandra et Noémie : en souhaitant l'apaisement.

À toute ma famille pour leur soutien, leur gentillesse, leur présence, leur disponibilité et leur affection.

À ma bonne amie Laure, déjà une décennie d'amitié...

À Maryline, remonteuse de moral en chef.

À mes amis et amies de Nancy, Paris, Lyon, Chambrey, Desvres, Lille, Yutz et Toulon : pour les moments drôles et parfois malheureusement moins drôles, vous êtes formidables.

À tous les membres de l'Étrier de Lorraine, qui attendent depuis longtemps la thèse et le traditionnel pot.

À Qualife et Hadji nos chevaux, notre passion ; à Mouche, notre chien anxiolytique.

À Molly, humble et altière.

À ceux que j'ai oublié, veuillez me pardonner.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

Introduction

Généralités

1. Qu'est-ce que la violence conjugale ?	
1.1. Définitions	
1.1.1. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé	
1.1.2. Les cinq types de violence conjugale	
1.1.2.1. La violence physique	
1.1.2.2. La violence psychologique	
1.1.2.3. La violence verbale	
1.1.2.4. La violence sexuelle	
1.1.2.5. La violence économique et financière	
1.2. Graduation de la violence conjugale	
1.2.1. La violence conjugale croissante et grave	
1.2.2. La violence conjugale courante	
1.3. Quelques chiffres	
2. Outils d'identification de la violence conjugale et d'évaluation de sa gravité	
2.1. Facteurs de risque	
2.2. Facteurs de gravité	
2.2.1. Caractéristiques de la violence	
2.2.2. Contexte situationnel et relationnel	
2.2.3. Caractéristiques de l'agresseur	
2.2.4. Caractéristiques de la victime	
3. Mécanismes psychologiques de l'agresseur	
3.1. Mécanismes psychologiques de l'agresseur à travers les principaux profils psychologiques décrits	
3.1.1. Les profils narcissiques	
3.1.1.1. Personnalités narcissiques, mal structurées	
3.1.1.2. Personnalités psychopathiques : les narcissiques agressifs	
3.1.1.3. Personnalités immaturo-névrotiques dans le spectre de la normalité	
3.1.2. Les profils rigides	
3.1.2.1. Les personnalités obsessionnelles	
3.1.2.2. Les personnalités paranoïques	
3.1.3. A la croisée des chemins entre les narcissiques et les rigides	
4. Chronologie de la violence conjugale	
4.1. La violence cyclique	
4.2. La violence perverse	
5. Retentissement sur l'état de santé : le rôle du médecin généraliste	
5.1. Un problème de santé publique	
5.2. Le dépistage ciblé	
5.3. Le dépistage systématique	
5.4. La diversité des motifs de consultation	
6. Ressentis de victimes	

Matériel et méthode

1. Protocole de recherche	
1.1. Objectifs	
1.1.1. Objectif principal	

1.1.2. Objectifs secondaires.....	
1.2. Méthode.....	
1.2.1. Questionnaire.....	
1.2.1.1. Elaboration.....	
1.2.1.2. Test.....	
1.2.2. Nombre de sujets nécessaires et échantillonnage.....	
1.2.3. Recueil des données.....	
1.3. Exploitation des données.....	
2. Résultats.....	
2.1. Représentativité de l'échantillon.....	
2.1.1. Sexe.....	
2.1.2. Age.....	
2.1.3. Activité.....	
2.1.4. Profession.....	
2.1.5. Statut matrimonial.....	
2.1.6. Enfants.....	
2.2. Réponses au questionnaire.....	
2.2.1. Les types de violence conjugale reconnus par la justice.....	
2.2.1.1. Selon la population générale.....	
2.2.1.2. Selon le sexe.....	
2.2.2. Les professionnels recours.....	
2.2.2.1. Selon la population générale.....	
2.2.2.2. Selon le sexe.....	
2.2.3. Les mesures pour l'hébergement des victimes.....	
2.2.3.1. Selon la population générale.....	
2.2.3.2. Selon le sexe.....	
2.2.4. Les mesures concernant les enfants.....	
2.2.4.1. Selon la population générale.....	
2.2.4.2. Selon le sexe.....	
2.2.5. Le statut juridique du couple dans la violence conjugale.....	
2.2.5.1. Le couple circonstance aggravante : selon la population générale.....	
2.2.5.2. Le couple circonstance aggravante : selon le sexe.....	
2.2.6. PACS, concubinage et vie de couple.....	
2.2.6.1. Selon la population générale.....	
2.2.6.2. Selon le sexe.....	
2.2.7. Les peines encourues.....	
2.2.7.1. Selon la population générale.....	
2.2.7.2. Selon le sexe.....	
2.2.8. La surveillance par bracelet électronique.....	
2.2.8.1. Selon la population générale.....	
2.2.8.2. Selon le sexe.....	
2.3. Stratification en niveau de connaissance.....	
2.3.1. Selon l'âge.....	
2.3.2. Selon le sexe.....	
2.3.3. Selon le statut d'activité professionnelle.....	
2.3.4. Selon la catégorie socio-professionnelle.....	
2.3.5. Selon le statut marital.....	

2.3.6. Selon le statut parental.....	
3. Discussion.....	
3.1. Sur la méthode.....	
3.1.1. L'élaboration du questionnaire et du scoring.....	
3.1.1.1. Les lacunes bibliographiques.....	
3.1.1.2. Les lacunes de formulation.....	
3.1.1.3. Les lacunes de variable démographique.....	
3.1.2. Les biais.....	
3.1.2.1. Le biais de sélection.....	
3.1.2.2. Le biais d'information.....	
3.1.3. Les refus de participation.....	
3.1.4. L'analyse des données.....	
3.2. Sur les résultats.....	
3.2.1. Représentativité de l'échantillon.....	
3.2.2. Niveau de connaissance de la population générale sur les violences conjugales.....	
3.2.3. Les différents domaines de prise en charge.....	
3.2.3.1. La reconnaissance des différents types de violence conjugale.....	
3.2.3.2. Les professionnels recours.....	
3.2.3.3. L'hébergement des victimes.....	
3.2.3.4. Le devenir des enfants.....	
3.2.3.5. Concernant la répression des agresseurs.....	
3.2.4. Caractéristiques démographiques des populations dont les connaissances sont à renforcer.....	
3.2.4.1. L'âge.....	
3.2.4.2. Le sexe.....	
3.2.4.3. Le statut d'activité professionnelle.....	
3.2.4.4. La catégorie socio-professionnelle.....	
3.2.4.5. Le statut marital.....	
3.2.4.6. Le statut parental.....	
3.3. Fiche d'information à destination des patients en cabinet de médecine générale.....	
3.4. Apport du travail.....	
3.4.1. L'intérêt des sujets.....	
3.4.2. La découverte d'une facette de la médecine générale.....	
<u>Conclusion</u>	
<u>Bibliographie</u>	
Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des connaissances.....	
Annexe 2 : Grille d'évaluation du risque léthal JC Campbell 1995.....	
Annexe 3 : Les expériences de Seligman.....	
<u>Table des matières</u>	

INTRODUCTION

Au cours de notre exercice de médecin généraliste remplaçant, nous avons été confrontée à des situations douloureuses de femmes effrayées, subissant l'emprise d'un conjoint violent. Leurs demandes étaient diverses : soins, écoute, certificats médicaux, informations sur les démarches à suivre. Bien qu'ayant appris à rédiger un certificat de coups et blessures pendant nos études médicales, la réalité était tout autre : nous ne connaissions pas la marche à suivre. Depuis dix ans, les institutions sanitaires ont pris conscience à travers différents travaux que le médecin traitant est un interlocuteur privilégié pour ces victimes qui ne savent pas s'auto-identifier et se sentent délaissées (1, 2, 3). Elles redoutent les regards et les conséquences des démarches qu'elles pourraient effectuer (2, 3).

Les victimes de violence conjugale ont une espérance de vie entre 1 et 4 ans inférieure à celle de la population générale (4). Elles consultent plus souvent leur médecin traitant pour des motifs et des plaintes divers : troubles psychosomatiques, troubles du sommeil, dépression, tabagisme et ses conséquences, usage de l'alcool et ses conséquences, déséquilibre de pathologie chronique, syndrome dépressif, pathologies gynécologiques et problèmes obstétricaux (2). Dans 24% des cas, les victimes de violence conjugale s'adressent à leur médecin traitant (1).

En 1995, lors de la 4^{ème} Conférence Mondiale sur les Femmes, à Pékin, Gro Harlem Brundtland, Directrice Générale de l'OMS mentionnait déjà la nécessité de changement d' « attitudes enracinées et séculaires » favorisant la position masculine au sein de la famille (5).

La première enquête nationale en France était dirigée par Maryse Jaspard et publiée au Journal Officiel en 2000 : l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France décrivait alors que 10% des femmes de plus de 18 ans vivant en France ont subi des violences au cours des 12 derniers mois. Il existait moins de violences physiques qu'attendu mais plus d'agressions verbales et psychologiques (1). Une décennie plus tard, la modification de la loi du 9 juillet 2010 sur les violences conjugales intégrait cette donnée épidémiologique et le délit de harcèlement moral au sein du couple était créé (6).

En 2001, le rapport Henrion soulignait qu'il existait chez les partenaires violents et chez les partenaires victimes une banalisation des actes violents. Le couple était régi par la dominance masculine (2). C'était pour répondre à ce constat que la loi de 2006 donnait un caractère aggravant au conjoint violent (7).

Il existe donc aujourd'hui un arsenal judiciaire important pour faire face à cette violence conjugale, reconnue sous toutes ses formes (physique, psychologique, verbale, sexuelle et économique et financière), au moins délictuelle et quel que soit le statut matrimonial ; le statut d'ancien conjoint est aussi une circonstance aggravante (6,7).

Dans les associations de lutte contre les violences conjugales et les services d'accueil téléphonique (3919) sont présentées des mesures logistiques et financières et un travail en réseau qui permettent aux victimes de trouver un toit (centres d'hébergement d'urgence, famille d'accueil, éviction du conjoint violent du domicile familial) et de subvenir à leurs besoins (assistantes sociales) (8,9) et leur sécurité peut si besoin être assurée (7).

Nous pouvons donc constater que depuis le début du XXI siècle, d'importants moyens législatifs et logistiques ont permis une amélioration de la qualité de la prise en charge en terme d'écoute, de sécurité, de respect des liens familiaux et de ressources financières .Malgré cela, le nombre des homicides liés à la violence conjugale n'a cessé d'augmenter : en 2005, une femme mourrait tous les 4 jours sous les coups de son conjoint, en 2010 c'est tous les 2,5 jours (10,11). Comment une telle flambée de ce problème de santé publique a-t-elle pu se faire ? Et surtout quelles solutions pouvons-nous y apporter ? Il faut évidemment penser à l'évaluation des mesures déjà existantes mais aussi à l'imprégnation des esprits de ces mesures. Le 3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 renforce et contrôle la qualité des mesures déjà existantes et consacre son 3^{ème} axe à l'information et la responsabilisation de l'ensemble de la société : la solidarité envers les victimes de violence conjugale est définie comme une responsabilité citoyenne (12). Pour pouvoir aider et réagir, encore faut-il avoir quelques connaissances à transmettre. Aujourd'hui, quel est l'état de connaissance de la population française sur les mesures existantes face aux violences conjugales ? Faut-il renforcer l'information sur certaines phases de la prise en charge ? Y a-t-il des populations et des catégories socioprofessionnelles qui, ne se sentant pas concernées, ne reconnaissent pas l'acquisition de telles connaissances ?

Dans une première partie, nous rappellerons quelques points importants pour identifier victimes et agresseurs et répondre à leurs besoins.

La deuxième partie sera consacrée à une étude quantitative décrivant le niveau de connaissance de la population générale sur les conséquences judiciaires et les aides suivant le type de violence conjugale.

Enfin nous proposerons une fiche d'information à diffuser ou afficher dans les cabinets de médecin générale et comblant les lacunes observées dans notre recherche.

GÉNÉRALITÉS

1. QU'EST-CE QUE LA VIOLENCE CONJUGALE ?

1.1. Définitions

L'entrée dans le XXI siècle marque un tournant dans la place de la femme dans la société : les grandes institutions sanitaires mondiales reconnaissent et travaillent sur les violences qu'elles subissent au quotidien dans les différentes sphères de leur vie.

1.1.1. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Ainsi, en 1993, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes est adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies. Elle en donne cette définition, reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé :

La violence à l'égard des femmes est constituée par tous les 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.

Des actions sont proposées contre le viol, le trafic de femmes et de filles, la prostitution, les violences lors des conflits armés, l'esclavage sexuel et la grossesse forcée, les meurtres d'honneur, les violences liées à la dot, l'infanticide des petites filles et la sélection prénatale, les mutilations génitales et les violences domestiques (13).

Comme nous pouvons le constater, c'est donc par la reconnaissance des violences faites aux femmes par les hommes que nos grandes instances ont commencé à travailler sur la violence conjugale. Ainsi la plupart des enquêtes sont réalisées dans cette direction mais n'oublions pas les hommes victimes de violence par les femmes et les violences conjugales dans les couples homosexuels. Ainsi dans le développement de notre discussion nous préférons le terme « victime » et le terme « agresseur », dont nous respecterons les genres grammaticaux tout en considérant que l'attention portée à nos victimes doit être la même qu'elles soient hommes ou femmes, hétéro- ou homosexuels. En revanche lorsque nous rapporterons des résultats d'études des femmes victimes de violences conjugales faites par les hommes, nous utiliserons les termes « hommes » et « femmes ».

1.1.2. Les cinq types de violence conjugale

En 2002, dans un rapport mondial sur la violence et la santé, l'OMS définit la violence entre partenaires intimes comme tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation (4).

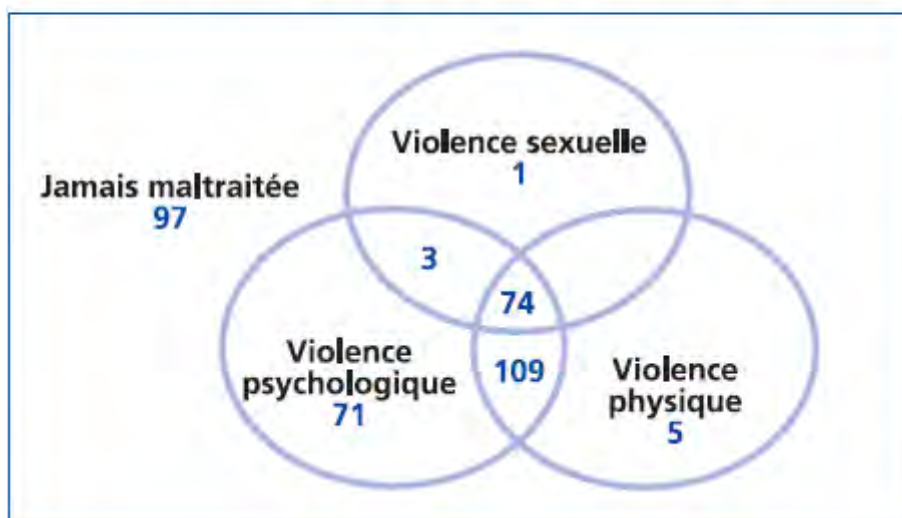
Les enquêtes alors réalisées retrouvaient des taux de prévalence très variables, allant de 10% à 69% selon les pays, l'âge et les situations familiales des femmes interrogées (4).

Néanmoins, chez la plupart des femmes victimes de violence exercée par leur partenaire intime, il ne s'agissait pas d'actes de violence isolés mais bien de schémas de comportements violents. L'hypothèse alors émise par la recherche et retrouvée dans les chiffres, est que la violence physique s'accompagne bien souvent de violence psychologique et de violence

sexuelle (1, 4, 14, 15, 16,17). En exemple, ce schéma montrant le chevauchement entre les violences physique, psychologique et sexuelle, dans une étude réalisée à León (16):

Schéma 1

Chevauchement entre la violence sexuelle, physique et psychologique subie par les femmes à León, au Nicaragua (N= 360 femmes ayant déjà eu un partenaire)



L'effectif est faible mais il est intéressant de voir que rares sont les femmes n'ayant été victimes que de violences physiques. Aujourd'hui 5 types de violences sont reconnus dans la violence conjugale.

1.1.2.1. La violence physique (1, 2,18).

Par exemple : donner des gifles, des coups avec ou sans objet contondant, menacer avec une arme, tenter d'étrangler ou de tuer, exercer d'autres brutalités physiques .

1.1.2.2. La violence psychologique : il s'agit de comportements ou propos méprisants, dénigrant les opinions, les valeurs, les actions de la femme et portant atteinte à son intégrité psychique (1, 2,18).

Par exemple : enfermer ou empêcher de sortir, abandonner sur la route (en voiture), empêcher de rentrer chez soi, insultes, remarques vexantes, chantage, menaces, comportement de l'agresseur se présentant comme celui qui sait tout.

1.1.2.3. La violence verbale : s'associant aux autres formes de violence, elle est permanente (1, 2, 18).

Il ne s'agit pas d'un simple conflit entre conjoints, où parfois les propos peuvent être virulents, proportionnellement aux enjeux ; dans ce cas il y a conflit car justement chacun reconnaît l'opinion de l'autre comme étant un obstacle franchissable ou non, et du conflit sortira un accord ou une divergence, menant parfois à la séparation : la relation est dite « symétrique ».

Dans la violence conjugale, ce qui paraît comme une dispute de couple est en fait un moyen supplémentaire pour l'agresseur de contrôle, de domination et de destruction de sa victime (19). La relation est « asymétrique » puisque l'un n'est pas reconnu par l'autre dans ses opinions : ici il n'y a pas d'enjeu particulier mais un seul but poursuivi par l'agresseur :

mettre sa victime sous emprise (19), condition indispensable à la poursuite des violences conjugales.

Quelque soit le ton utilisé, l'agresseur envoie un message à la victime.

Par exemple: crier, utiliser un ton brusque et autoritaire pour demander un service, faire des injonctions, interrompre sans cesse l'autre ou lui reprocher de parler, de se taire, de faire ce qu'il n'aime pas, diriger la conversation, ne pas écouter ce que dit l'autre.

1.1.2.4. La violence sexuelle : tout acte sexuel réalisé en utilisant la coercition (1, 2, 18).

La coercition vise le recours à la force et à divers degrés : en dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces.

La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement (alcool, drogue, sommeil,...).

La violence sexuelle comprend le viol : acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte.

La violence sexuelle peut comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus.

Par exemple : contrainte à la sexualité ou une insatisfaction de la vie sexuelle, actes d'agression, être insultée, humiliée ou brutalisée pendant un rapport sexuel, être prise de force, être ligotée de force pendant un rapport sexuel, être pénétrée de force dans l'anus, être pénétrée de force avec un objet, être violée après avoir été battue ou injuriée, être forcée d'agir selon les fantasmes sexuels du conjoint, être obligée de reproduire des scènes pornographiques, être " prêtée " à un ami pour un rapport sexuel.

1.1.2.5. La violence économique et financière : il s'agit du contrôle économique ou professionnel (1, 2, 18).

Elle est utilisée comme moyen de contrôle permanent de la victime et s'associe à d'autres comportements agressifs et destructeurs.

Par exemple: empêcher de travailler, dévaloriser le travail de l'autre , considérer le salaire de l'autre comme secondaire, empêcher d'avoir accès à l'argent du couple ou un carnet de chèques ou une carte bancaire, distribuer parcimonieusement l'argent pour le ménage, vérifier toutes les dépenses de la victime.

Ces diverses formes de violence s'exercent dans différentes sphères de la vie (1):

- Lieux publics (rues, transports, parkings, commerces, administrations...) et de loisirs (sportifs, culturels, festifs...).
- Services aux usagers lors de consultations (médicales, sociales, juridiques par exemple) ou lors d'interventions de professionnels à domicile.
- Monde du travail, de la formation, ou des études.
- Couple.
- Famille et proches.

1.2. Graduation de la violence conjugale

Ces différentes violences s'articulent entre elles et l'OMS définit 2 grades de violence conjugale : grave et courante. Cette qualification ne se fait pas selon la gravité des actes de violence mais plutôt selon le mode évolutif de celle-ci :

1.2.1. La violence conjugale croissante et grave

Caractérisée par de multiples formes de violence, d'actes visant à terroriser et de menaces, et par un comportement de plus en plus possessif et autoritaire de la part de l'agresseur (4).

1.2.2. La violence conjugale courante

C'est une forme plus modérée de violence relationnelle, où l'exaspération et la colère en continu dégénèrent parfois en agression physique (4).

Reprécisons toutefois que ce n'est pas parce qu'elle est courante que la violence conjugale soit excusable et normale. Il ne s'agit pas de conflits de couple évoluant sur un mode symétrique. Il y a une asymétrie relationnelle où le partenaire violent instaure une hiérarchie, critère que nous devons rechercher afin d'identifier la violence conjugale, qu'elle soit courante ou grave (2,19). Ces comportements visent à la destruction de la victime, à la différence du conflit de couple.

1.3. Quelques chiffres

En France, en 2000, l'équipe de Maryse Jaspard réalise l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) à la demande du service des Droits des femmes du secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle. Cette première enquête nationale programmée en France sur ce thème établit que 10% des femmes interrogées entre 20 et 59 ans avaient subi des violences conjugales de tout type au cours des 12 mois précédant le recueil de données par entretien téléphonique. 7, 7% ont subi ou subissent un harcèlement moral de leur conjoint, alors que 2,5% d'entre elles ont été victimes d'agressions physiques et à 0,9% de violences sexuelles intra-conjugales. Les victimes consultent en moyenne 5 fois plus leur médecin généraliste que la population générale, et ce pour des motifs divers.

En France, une femme meurt tous les 2,5 jours des suites de violences conjugales ; dans la moitié des cas, la femme subissait déjà des violences conjugales. Un homme meurt tous les 13 jours, victime de sa compagne qui dans la moitié des cas subissait des violences. Ces chiffres sont en augmentation depuis 2009 et ne sont pas anecdotiques. (11)

Qu'ils soient victimes ou agresseurs, nous recevons des patients que nous devons identifier. Les facteurs de risque sont un outil utile au dépistage, à condition de les connaître et de les intégrer à bon escient à une démarche de dépistage ne s'y limitant pas.

2. OUTILS D'IDENTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE ET DE SA GRAVITÉ

Les études à travers le monde ont tenté d'identifier les facteurs de risque de violence conjugale. Méthologiquement fiables, elles ne sont pas comparables à cause de la différence des échantillons de population étudiées (âge, situation personnelle, situation professionnelle, niveau d'industrialisation du pays). Certains critères sont fréquemment cités : il est donc indispensable d'en prendre connaissance et de s'en servir pour orienter nos questions. Cependant, n'oublions pas que la violence conjugale évolue dans tous les milieux et que proférée par un certain type psychologique d'agresseur, son propre est de ne pas transparaître aux yeux de la société, qui voit évoluer un « couple parfait ».

2.1. Facteurs de risque

	Victimes	Agresseurs
Individuel	-jeune âge (1, 20) -exposition aux violences familiales pendant l'enfance (1) -conduites addictives (22) -dépression (23) -femmes divorcées ou séparées	-jeune âge (4, 21), immaturité (22) - la pauvreté familiale pendant l'enfance et l'adolescence, de mauvais résultats scolaires et une délinquance agressive (4) -ATCD violence familiale (4, 1) -consommation alcool +++ (4, 2, 21), conduites addictives (1, 20) -troubles de la personnalité (1, 2, 4, 20) (dépendance affective plus importante, dépression, manque de confiance en soi avec besoin de compensation narcissique, psychopathes, paranoïa, personnalité borderline, <i>instabilité psychologique</i>)
Relationnel		- instabilité du couple (1, 4, 20)
Sociétal	-représentation archaïque du couple faisant écho aux schémas du partenaire -représentation erronée des violences	-représentation traditionnelle voire archaïque du couple (2) -pratique importante de la religion (1) -sanctions communautaires légères en cas de violence familiale
Economique	- chômage, étudiante ou niveau d'étude bas (1)	-faibles revenus, instabilité professionnelle (1,4) -hommes bénéficiant par leur fonction professionnelle d'un certain pouvoir avec une personnalité psychorigide (2)

Tableau 1 : facteurs de risque de violence conjugale

2.2. Facteurs de gravité

Comme dans toute démarche médicale, lorsque le diagnostic est posé, il faut en évaluer le risque léthal pour adapter la prise en charge et les soins (24), que l'on retrouve dans des grilles d'évaluation du risque léthal (annexe 2).

2.2.1. Caractéristiques de la violence

- l'augmentation de la fréquence et de la gravité des violences (2)
- violence sexuelle (25)
- violence verbale à son paroxysme avec des menaces de mort, de suicide et d'enlèvements des enfants
- propagation de la violence sur les enfants (18)

2.2.2. Le contexte situationnel et relationnel

- la présence d'armes à la maison (2)
- séparation récente, instance de divorce (11), existence d'un nouveau conjoint
- la grossesse et post-partum (1, 2)

2.2.3. Caractéristiques de l'agresseur

- antécédents judiciaires
- alcoolisme chronique et conduites addictives

2.2.4. Caractéristiques de la victime

- accroissement du désespoir et d'un sentiment de fatalisme de la victime face à la situation
- ou au contraire prise d'initiative radicale (départ du domicile, mise en route d'une procédure)

3. MÉCANISMES PSYCHOLOGIQUES DE L'AGRESSEUR ET DE LA VICTIME

Pour bien prendre en charge une maladie il est important d'en comprendre les phénomènes physiopathologiques. Dans la violence conjugale, les médecins se heurtent souvent à une réaction commune à beaucoup de victimes : le refus d'entreprendre des démarches ou de les mener à leur terme. Les professionnels ne comprennent pas ce qu'ils considèrent parfois comme une satisfaction sado-masochiste. Ils sont désabusés et baissent les bras face à leur ambivalence. Comprendre qui sont ces agresseurs permet de comprendre la toile qu'ils tissent autour de leurs victimes et comment celles-ci sont privées de leur libre arbitre et prises au piège d'une spirale infernale : ils nous faut en effet envisager la relation du couple à soigner telle qu'elle est et non pas telle qu'elle est définie par nos concepts personnels.

3.1. Mécanismes psychologiques de l'agresseur à travers les principaux profils psychologiques décrits

Les études de cas psychologiques ont permis de dresser quelques profils de personnalités conjugalement violentes. Cet outil est encore à utiliser avec discernement pour la démarche diagnostique : la liste présentée ici n'est pas exhaustive et plusieurs profils

peuvent s'entrecroiser chez un agresseur donné. « Attention à ne pas stigmatiser un type d'homme » (19) et il n'est nulle question ici de déresponsabiliser pénalement les agresseurs. Comme nous le fait remarquer le Professeur Henrion : « Il s'agit en majorité d'hommes bénéficiant par leur fonction professionnelle d'un certain pouvoir. On remarque une proportion très importante de cadres, de professionnels de santé et de membres de la police ou de l'armée. » (2)

3.1.1. LES PROFILS NARCISSIQUES : la domination de l'autre par la fusion et une violence physique importante, assorties de difficultés relationnelles dans les autres sphères de la vie

3.1.1.1. Personnalités narcissiques, mal structurées (26)

- ⇒ Instabilité, agressivité, aspect dysharmonique du caractère, immaturité, égocentrisme, éternelle insatisfaction
- ⇒ Jalousie, peur de la perte, séduction, demandeurs d'admiration et d'attention
- ⇒ Majorité des sujets
- ⇒ Banalisation et minimisation des faits ; mouvement défensif privilégié, difficulté d'autocritique et d'expression de leurs émotions
- ⇒ Rejet de leurs responsabilités sur les autres et facteurs extérieurs
- ⇒ Moralisateurs, critique permanente d'autrui afin de maintenir la toute puissance
- ⇒ Plus préoccupés des conséquences sur eux-mêmes que du ressenti de leur compagne
- ⇒ Recherche de la fusion et du contrôle de l'autre
- ⇒ Les crises de violence sont des actes délibérés destinés à blesser face à un échec ou toute autre atteinte personnelle, et non pas un coup de folie (19)
- ⇒ Privilégier les techniques de groupe

3.1.1.2. Personnalités psychopathiques: les narcissiques agressifs (19 ,27)

- ⇒ Egocentrisme très marqué avec forte dimension paranoïaque et mégalomaniacale
- ⇒ Se présentant comme des durs écrasant le reste du monde
- ⇒ Dans leur système de valeur, toute émotion étant vécue comme une faiblesse, le scrupule est inexistant et ils peuvent donc tromper, mentir, trahir, tricher, voler , sans remord puisque dans leurs schémas de société la qualité première est la domination de l'autre
- ⇒ Le défaut de réponse émotionnelle devant un conflit a été démontré dans des études qui ne retrouvent ni tachycardie ni tachypnée physiologiques chez les psychopathes (19): il y a donc bien une maîtrise de cette crise de folie comme nous l'avons vu chez le narcissique simple
- ⇒ Cette incapacité à l'empathie entraîne donc une conflictualité quotidienne dans les différentes sphères de la vie et des difficultés majeures pour l'autonomie
- ⇒ La mise sous emprise est la principale caractéristique de la relation conjugale
- ⇒ Violence impulsive évoluant sur une irritabilité permanente, seul moyen d'évacuation des tensions internes, souvent rapportées à une histoire infantile traumatique
- ⇒ Intégrer un ou deux sujets de ce type dans un groupe de travail ; résultats peu contributifs

3.1.1.3. Personnalités immaturo-névrotiques dans le spectre de la normalité (26)

- ⇒ Les « borderline » (19)
- ⇒ Adolescents attardés en proie à un vide intérieur et une rage froide flottante
- ⇒ Forte participation émotionnelle dans leurs réactions, ils sont donc imprévisibles et impulsifs mais capables de reconnaître leurs actes et même d'en souffrir
- ⇒ Sensibles au regard et au jugement de leur entourage, ils résistent mal aux frustrations
- ⇒ Leur demande affective est très importante mais ils redoutent le rapprochement de leur partenaire de crainte de perdre leur indépendance et donc leur individualité déjà très dévalorisée par eux-mêmes
- ⇒ Recours fréquents aux toxiques à visée anxiolytique
- ⇒ La violence évolue selon le cycle classiquement décrit plus loin
- ⇒ Suivi assez facile, peuvent être demandeurs de soins, psychothérapie individuelle classique
- ⇒ Minoritaire : 20%

3.1.2. LES PROFILS RIGIDES : la domination de l'autre dans le contrôle insidieux de son quotidien

3.1.2.1. Les personnalités obsessionnelles (19)

- ⇒ Professionnellement perfectionnistes, socialement conformistes et respectueux et personnellement exigeants, dominateurs, égoïstes et avares
- ⇒ Crainte du débordement émotionnel, ils sont froids et peu démonstratifs

- ⇒ Critique systématique des autres, jugement des autres (irresponsables)
- ⇒ Exercice de la violence à travers le pouvoir et le contrôle incessant de l'autre, aux arguments duquel l'obsessionnel est imperméable
- ⇒ Ruminations donnant naissance à une rage contenue physiquement (par crainte de conséquences judiciaires) suivies d'explosions de violence non contrôlée
- ⇒ Accessibles à la thérapie dont ils sont volontiers demandeurs : le traitement repose sur l'évacuation des tensions internes afin qu'elles soient moins répercutées sur l'entourage et sur l'apprentissage du contrôle des dérapages violents

3.1.2.2. Les personnalités paranoïaques (19)

- ⇒ Meticuleux, perfectionnistes et dominateurs, « petits chefs » au travail, paranoïaques jaloux dans leur couple
- ⇒ Crainte de la proximité affective se reflétant dans la pauvreté émotionnelle de leur contact
- ⇒ Vision rigide du rôle de l'homme et de la femme : soumission économique en empêchant le travail, isolement en empêchant de voir les amis et la famille
- ⇒ Report des responsabilités sur le partenaire, mise en position dominante de l'omniscient, utilisation des tentatives de désamorçage du conflit pour reporter sur le partenaire la responsabilité de l'échec
- ⇒ Projection de ses défauts sur les autres, stigmatisation des erreurs des autres avec mauvaise foi
- ⇒ Pensant être trahi et trompé, il trompe et trahit pour soulager ses tensions par la loi du talion. Ses actes se faisant en réponse à une prétendue mésaction du partenaire, il n'a donc rien à se reprocher

- ⇒ Ayant de grandes aspirations, ils sont déçus par la réalité de leur quotidien et se méfient de leur entourage dont ils remettent sans arrêt en cause la loyauté, obligeant l'autre à se justifier sans arrêt sur son emploi du temps
- ⇒ Risque de passage à l'acte maximum lors des tentatives de rupture

3.1.3. *A la croisée des chemins entre les narcissiques et les rigides : les pervers narcissiques*

- ⇒ En public : manipulateur à tendance paranoïaque qui exerce responsabilités professionnelles et sait adopter un discours politiquement correct tout en pointant la moindre erreur ou maladresse comme venant d'une intention maligne (19)
- ⇒ En privé : jaloux pathologique, possessif, culpabilisateur
- ⇒ Problème de crédibilité des victimes
- ⇒ La violence est insidieuse, instrumentale et dirigée : elle se dispense verbalement par petites touches bien réfléchies et une agressivité physique détournée sur les objets avec encore une incapacité à l'empathie et une insensibilité émotionnelle
- ⇒ Ils justifient leurs actes en prétextant des exactions du partenaire qui les « obligeraient » à agir de la sorte
- ⇒ Les sentiments dépressifs sont projetés sur le partenaire, se nourrissant de son énergie ; le partenaire est un faire-valoir et donc une personne dotée de nombreuses qualités et qui par chacune de ses réussites provoque chez le violent un sentiment d'échec et de perpétuelle insatisfaction
- ⇒ Le refus de satisfaire les besoins affectifs de l'autre est le symbole de la négation de l'existence du partenaire

- ⇒ Les victimes, souvent initialement pleines de vie, s'expriment sur un mode hystérique ou agressif quand elles tentent de dire ce qu'elles vivent à leur proche : l'agresseur n'hésite pas à déprécier en public sa victime, la faisant passer pour malade et lui ressortant glorifié du courage de supporter ce quotidien difficile avec sérénité et patience
- ⇒ Troubles psychiatriques de la victime réactionnels à la violence subie : dépression, tentative de suicide, alcoolisme
- ⇒ Lors des séparations, l'agresseur se fait passer pour la victime abandonnée, légitimant ainsi une nouvelle rencontre, et les batailles juridiques pour les gardes d'enfant ou le partage des biens à travers lesquels il va encore exercer son pouvoir
- ⇒ Contre-indication absolue à la médiation conjugale devant le risque élevé d'utilisation du médiateur
- ⇒ Peu accessibles à la thérapie, ils ne l'utilisent que pour se justifier auprès du public

Face à ces agresseurs qui font entrer la terreur dans le quotidien, les victimes ont du mal à franchir le cap de la séparation. Cette difficulté est bien souvent très mal comprise par l'entourage et les intervenants. Après avoir brossé quelques portraits d'agresseurs, nous allons tenter de démêler la toile qu'ils tissent autour de leurs victimes afin de comprendre cette incapacité à s'échapper et de leur permettre progressivement de trouver elles-mêmes des solutions.

4. CHRONOLOGIE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Comme nous l'avons précédemment décrit, les victimes sont plus volontiers des femmes ayant d'une part une conception archaïque du couple et d'autre part une vision banalisée de la

violence. Pourtant l'intégralité des femmes à risque ne sont pas victimes sans défense de leur conjoint, quand bien même celui-ci soit socialement désinséré ou petit chef psychorigide. Nous décrirons deux types de violence : la violence cyclique (28) et la violence perverse.

4.1. La violence cyclique

La violence cyclique est plutôt l'apanage des narcissiques, dont l'impulsivité mène à l'explosion des tensions internes : (19)

-on décrit une première phase de tension

-vient alors la deuxième phase : l'agression

-puis la troisième phase: la contrition et la justification

-enfin la quatrième phase: la réconciliation : la lune de miel (29)

4.2. La violence perverse

La violence perverse est permanente, avec des pics. C'est la violence exercée par les individus rigides, qui assouviennent leurs tensions à travers le contrôle de la moindre seconde d'existence de leurs victimes et une hostilité constante et insidieuse. Les protagonistes semblent normaux, menant une vie réglée, avec des positions sociales intéressantes. La violence psychologique en est la principale composante. Marie-France Hirigoyen décrit la mise sous emprise. Comme dans la violence cyclique, il faut une « complémentarité psychique des deux protagonistes » (4).

On distingue trois étapes :

-l'effraction psychique : l'agresseur prend le contrôle de la pensée de la victime

-la persuasion coercitive ou lavage de cerveau : une fois que la pensée est contrôlée, l'agresseur ôte toute capacité de résistance ou de fuite par des techniques comportementales (isolement social et familial, contrôle de l'information reçue, création d'une dépendance économique, fragilisation psychique et physique) ou des techniques émotionnelles (chantage, manipulation verbale, menaces) en alternant clémence et vérité. La capacité critique est alors fortement diminuée. Le DSMIV décrit des états dissociatifs secondaires à des manœuvres prolongées de persuasion coercitive. Ces techniques sont utilisées par les armées sur les prisonniers de guerre et par les sectes. Par ailleurs, le concept d'impuissance apprise a été décrit par Seligman à partir d'expériences réalisées sur des chiens et des étudiants volontaires (30) ; Leonore Walker le confirme dans une étude portant sur 403 femmes (28): l'impuissance apprise est une diminution des capacités cognitives et du désir de trouver des solutions à un problème, lorsque des stimuli agressifs d'intensité variable sont dispensés de manière imprévisible et aléatoire. Il s'agit d'un mécanisme d'adaptation pour la survie. Des travaux sur des rats ont même montré la sécrétion d'une hormone bloquant les apprentissages lorsque celui-ci perd son statut de dominant (19).

-la programmation: la terreur est maintenue hors présence de l'agresseur. La victime perçoit son agresseur comme omniprésent et omniscient et ne peut envisager de fuir sans subir une cascade de destructrices conséquences dont, à son avis, personne ne pourra la protéger.

Ces mécanismes ont été étudiés et démontrés lors d'études scientifiquement validées. Très loin du simple problème familial et à mille lieues d'une prétendue quête de l'échec et de la souffrance pour « assouvir un besoin de châtiments » (31), les intégrer nous permettra d'accompagner nos patients plus efficacement, sans nous laisser déborder par notre désir de les sortir au plus vite du danger.

5. RETENTISSEMENT SUR L'ETAT DE SANTE : RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

5.1. Un problème de santé publique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les femmes victimes de violence conjugale perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et leur prise en charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes : il s'agit d'un problème de santé publique reconnu par les institutions sanitaires mondiales et françaises (2).

5.2. Le dépistage ciblé

L'enquête ENVEFF (1) montre que les femmes victimes de violences conjugales présentent des symptômes physiques et psychiques plus nombreux que les femmes n'ayant jamais subi de violence, ont des affections chroniques décompensées plus fréquemment, sont plus souvent hospitalisées, ont une consommation accrue de psychotropes et de soins médicaux. Elles consultent plus souvent leur médecin traitant et c'est pourquoi le médecin détient un rôle important de dépistage et d'orientation.

5.3. Le dépistage systématique

Des études commencent à montrer son intérêt en soins primaires (3). Il repose sur 3 questions.

1/Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?

2/Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?

3/Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ?

Les résultats de l'étude du docteur Lazimi (32) menée sur la région parisienne montrent une facilité des médecins à poser ces questions et une facilité des femmes à y répondre. 60% d'entre elles disent avoir été victimes de violences verbales et 43% ont subi des violences physiques (32). Sachant que les données actuelles disent que les médecins généralistes sont confrontés deux à trois fois par an à un cas de violence conjugale (5), on peut se dire qu'il y a un intérêt certain. Cependant, les études existantes sont faites sur de faibles échantillons et il manque encore une information massive des professionnels de santé pour faire évoluer les pratiques actuelles.

5.4. La diversité des motifs de consultation (18)

-traumatologie: lésions diverses, de topographie variée et d'âges différents; la victime parfois se confie sans détour, d'autres fois elle trouve des explications plus ou moins vraisemblables, qui doivent retenir l'attention du médecin

-psychiatrie : dépression sans ou avec idées suicidaires, troubles anxieux et attaques de panique, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, troubles émotionnels, troubles psychosomatiques, troubles psychotiques, syndromes post-traumatiques

-addictologie : tabac, alcool, drogues, psychotropes, antalgiques

-gynécologie : MST, infections génito-urinaires, dyspareunie, troubles sexuels, algies pelviennes chroniques

-obstétrique : grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse, fausse couche, menace d'accouchement prématuré, troubles placentaires, fractures fœtales, hypotrophie fœtale, mort fœtale in utero

-pathologies chroniques déséquilibrées

-demande de soins pour les enfants: traumatismes, insomnie, troubles sphinctériens, troubles alimentaires, troubles de la croissance, troubles du développement psychomoteur, troubles anxieux et dépressions, troubles psychosociaux

-demandes de soins pour l'agresseur: troubles du comportement, éthyliste, toxicomanie, troubles psychiatriques

6. RESENTIS DE VICTIMES

Les enquêtes réalisées montrent que les victimes sont avant tout en recherche d'une écoute : elles se confient :

-à un proche ou un ami dans 42% des cas d'agression au sein du couple (tout comme on sait aujourd'hui que la formation du public sur les gestes de premier secours permet de sauver des victimes d'arrêt cardio-respiratoire, on peut dire qu'il est indispensable d'informer la population générale sur les droits et recours des victimes) (33).

-à un médecin dans 24% des cas (généralistes en médecine libérale, urgentistes hospitaliers et gynécologues obstétriciens), avant la police ou gendarmerie (13% des cas), la justice ou les associations (1).

Ainsi la victime a besoin d'un climat de confiance pour surmonter ses réticences, décrites par le Professeur Henrion dans son rapport de 2001 (2) :

-la fatigue physique et l'état dépressif ;

-la volonté de préserver l'unité familiale ;

-la peur des représailles ;

-la crainte d'affronter les institutions judiciaires ;

-la crainte que l'abandon du domicile ne se retourne contre elle dans une instance de divorce.

Ces réticences constituent un important frein à la révélation : en moyenne, les victimes femmes subissent environ 35 actes de violence avant de se confier (34).

Le rapport Henrion implique le médecin généraliste dans l'accueil des victimes. Mais pour le professionnel, aborder un problème psychosocial n'est jamais facile. Les patients

attendent pourtant du médecin qu'il pose lui-même les questions amenant au diagnostic (35), 75% des victimes de violence conjugale souhaitant même que le médecin les pose (36).

Dans la thèse d'Alice BOUNOURE (37), certaines patientes se sont confiées après avoir été informées de la notion de secret professionnel. D'autres ne savaient pas que la rédaction du certificat médical était de la compétence du médecin généraliste. Certaines femmes n'ont pas été reçues par les médecins généralistes contactés car elles n'avaient ni carte vitale, ni argent. Alors qu'une autre a simplement eu droit à une leçon de morale du médecin traitant qui prenait la défense du conjoint.

Les femmes interrogées attendaient du médecin qu'il soit « humain » : calme, chaleureux, prenant le temps d'écouter son ou sa patiente et lui portant un intérêt. Elles disaient aussi avoir besoin d'un médecin respectant leur cheminement, disponible, ne les jugeant pas, proposant des solutions (suivi psychothérapeutique, droits et aides financières et logistiques possibles) tout en les expliquant. Pour les femmes interrogées qui ne pouvaient venir en consultation qu'accompagnées, certaines auraient souhaité que le médecin prenne l'initiative de faire sortir la tierce personne.

La mise à disposition de prospectus en salle d'attente les informe sur les démarches à suivre, les rassure quant à la compétence et à la disponibilité du médecin sur les violences conjugales et leur montre qu'elles ne sont pas seules victimes.

MATERIEL ET METHODE

1. PROTOCOLE DE RECHERCHE

1.1. Objectifs

1.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de décrire le niveau d'information de la population générale sur les réponses existantes en France face à la violence conjugale.

1.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- cibler les phases de la prise en charge des violences conjugales sur lesquelles la population était mal informée ;
- cibler le cas échéant les caractéristiques socio-démographiques des sujets dont les connaissances étaient faibles.

1.2. Méthode

Nous avons mené une enquête transversale descriptive quantitative par questionnaire oral rempli sur entrevue.

1.2.1. Questionnaire

1.2.1.1. Élaboration

Nous avons élaboré un premier questionnaire :

-renseignements socio-démographiques : sexe, tranche d'âge, statut d'activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle, statut matrimonial, statut parental, antécédent de confrontation directe ou indirecte à la violence conjugale, et antécédent de confrontation directe ou indirecte aux professionnels recours des violences conjugales ;

-évaluation des connaissances sur six chapitres

*reconnaissance des cinq formes de violence conjugale par la justice : il existe cinq formes de violence conjugale reconnues par la justice : la violence physique, la violence psychologique, la violence verbale, la violence sexuelle, la violence économique et financière.

*les professionnels recours compétents pour accueillir et orienter les victimes de violence conjugale : les urgences médicales, la gendarmerie et la police, les assistantes sociales, le médecin traitant, les associations nationales et départementales de lutte contre les violences conjugales et les services d'accueil téléphonique comme le 3919 le sont. Les pompiers n'interviennent pas spécifiquement dans la prise en charge des violences conjugales.

*le médecin traitant et le secret médical : le médecin peut-il signaler aux autorités une violence conjugale ? En a-t-il l'obligation ? Le médecin est soumis au secret médical selon le code pénal (39) et le code de déontologie (43), cependant il doit aussi protéger (44) et porter assistance à une personne en danger (41).

*les mesures d'hébergement des victimes : d'après la loi, les victimes ne se retrouvent pas démunies dans l'obligation d'abandonner le domicile conjugal et les enfants. L'agresseur est rarement immédiatement privé de liberté. Il existe des centres d'hébergement d'urgence, ainsi

que des foyers, des appartements (45) et des familles d'accueil (12) pour les hébergements de quelques mois. L'éviction du conjoint violent du domicile conjugal peut également être proclamée par ordonnance du juge (6).

*les mesures pour le devenir des enfants : les mesures aujourd'hui favorisent la sécurité des enfants, qui peuvent être hébergés avec la victime (12,45). Le juge des affaires familiales peut organiser les modalités de visite au parent agresseur afin de permettre le maintien du lien parental (6).

*les peines encourues : le mariage, le PACS, le concubinage, la vie en couple, le divorce et la séparation sont des circonstances aggravantes de la violence (7), qu'elle soit physique, sexuelle ou morale (dont les composantes sont la violence psychologique, la violence verbale et la violence économique et financière) (6). Dès lors, tout type de violence conjugale est passible d'une peine de prison et d'une amende (6). La surveillance de l'agresseur par bracelet électronique est un dispositif prévu par la loi (6).

1.2.1.2. Test

Nous avons testé ce questionnaire sous 2 modes de recrutement, dix exemplaires chacun sur 2 jours.

Le premier mode : directement auprès de notre entourage et de patients reçus en consultation au cabinet.

Le deuxième mode : nous l'avons distribué dans une pharmacie et un cabinet de kinésithérapeutes.

La préparatrice en pharmacie a sélectionné les sujets : 2 questionnaires ont été distribués à un homme jeune et une femme jeune qu'elle pensait concernés par la violence conjugale.

Les kinésithérapeutes ont fait une distribution systématique.

Il semble que les kinésithérapeutes aient compris l'objectif de l'enquête : nous avons donc décidé de distribuer le questionnaire directement afin d'éviter ce biais de recrutement dans des lieux neutres et sans sélection (galerie marchande, supermarché...)

Les vingt-deux questionnaires recueillis ont bien été accueillis par les sujets.

Nous avons remanié le questionnaire en collaboration avec le Département d'Épidémiologie Clinique de la Faculté de Médecine de Nancy.

Entre les questions démographiques et l'évaluation des connaissances nous demandions si le sujet avait déjà été confronté directement ou par l'intermédiaire d'un proche à la violence conjugale, auquel cas si des démarches avaient été effectuées et si la victime s'étaient sentie écoutée. Seul un sujet n'a pas répondu. Parmi les 19 autres, 5 ont affirmé y avoir été confrontés. Leur niveau de connaissance était inférieur à 50%, avec des réponses comparables aux sujets non confrontés.

Cette question n'avait donc pas d'intérêt, d'autant plus qu'il aurait fallu intégrer l'évolution législative pour évaluer si l'expérience pouvait être un moyen d'information.

Par ailleurs, pour des raisons éthiques, le Conseil Scientifique du Département Universitaire de Médecine Générale a demandé son retrait : la configuration de l'enquête ne permettait pas une prise en charge adaptée face à une éventuelle victime venant nous demander conseil.

Nous avons également supprimé la question sur le secret médical et le médecin traitant : le médecin est tenu à plusieurs obligations pénales et déontologiques qu'il convient

d'appliquer au cas par cas. Nous ne pouvions donc pas affirmer qu'une réponse était correcte et qu'une autre ne l'était pas.

Enfin, une question sur les peines encourues a été remaniée: elle contenait le terme « incapacité totale de travail » qui n'est pas très parlant pour les sujets naïfs de tout épisode judiciaire. Nous avons choisi une formulation circonstanciée.

A l'issue de ce test, nous disposions d'un questionnaire composé de 6 items démographiques et 28 questions abordant cinq domaines de prise en charge des victimes de violence conjugale. Les questions étaient fermées à choix unique sous la forme oui/non/je ne sais pas.

1.2.2. Nombre de sujets nécessaires et échantillonnage

Afin de déterminer le nombre de sujets nécessaires, nous avons rencontré le Docteur Cédric BAUMANN et Mlle Diane PIVOT, Interne de Santé Publique, au Département d'Épidémiologie Clinique de la Faculté de Médecine de Nancy. Nous l'avons déterminé à 500 pour un risque $\alpha = 5\%$, afin de garantir une précision satisfaisante.

À partir de cet effectif, nous avons appliqué la méthode des quotas en utilisant les résultats du recensement de la population française réalisé en 2008 (38).

1.2.3. Recueil des données

Nous avons réalisé notre enquête entre le 15 mai 2012 et le 30 juin 2012.

Nous avons enquêté dans différents lieux publics (supermarchés, bureaux de presse, gare, boulangeries) dans différentes communes de Lorraine, plus ou moins urbaines.

	Zone urbaine	Zone Rurale/ Semi-rurale
Meurthe-et-Moselle	Nancy, Pont-à-Mousson	Saizerais, Ludres
Meuse	Verdun	Vaucouleurs
Moselle	Metz	Puttelange-Aux-Lacs
Vosges	Epinal	Lamarche

Afin d'optimiser le taux de réponses, nous nous présentions à chaque sujet en donnant notre nom et la raison de notre présence. Nous abordions alors le thème de notre étude en précisant bien que le questionnaire était anonyme, ne portait pas sur leur vie privée et qu'il était important pour la validité de l'enquête d'interroger un public de tout âge, et de toute catégorie socio-professionnelle, quelque soit leur statut marital.

1.3. Exploitation des données

L'analyse des données a été réalisée par le Département d'Épidémiologie Clinique de la Faculté de Médecine de Nancy par le Docteur Baumann et Mademoiselle Pivot.

Dans un premier temps, nous décrirons les résultats de chaque question, pour l'ensemble de la population étudiée puis selon le sexe.

Puis nous ferons une stratification des connaissances. En l'absence de scoring existant dans la littérature, nous avons décidé en collaboration avec l'équipe du Département d'Epidémiologie Clinique que nous évaluerions chaque question sans pondération. Nous calculerons pour chaque questionnaire rempli un score noté sur 28. Un point sera attribué par bonne réponse ; aucun point ne sera attribué pour une réponse fausse ou une réponse « je ne sais pas ». Les scores inférieurs ou égaux à 25% de bonnes réponses seront qualifiés de « méconnaissance ». Les scores supérieurs à 25% et inférieurs ou égaux à 50% seront qualifiés de « faibles connaissances ». Les scores supérieurs à 50% et inférieurs ou égaux à 75% seront qualifiés de « bonnes connaissances ». Les scores supérieurs à 75% seront qualifiés de « très bonnes connaissances ».

2. Résultats

2.1. Représentativité de l'échantillon

Comparaison des variables démographiques (en %) à la population française d'après les données du Recensement de la Population Française 2008 (38).

2.1.1. Sexe

	Echantillon	Population Française	Chi 2
Homme	47,9	48,4	p=0,92
Femme	52,1	51,6	

Tableau 2

2.1.2. Age

	Echantillon	Population française	Chi 2
18-24 ans	15,1	15,08	p=0,98
25-34 ans	16,5	15,08	
35-44 ans	15,3	16 ,4	
45-54 ans	17,9	16,6	
55-64 ans	14,5	15,6	
65-74 ans	11,8	9,9	
75 ans ou plus	9	11	

Tableau 3

2.1.3. Activité

	Echantillon	Population	Chi 2
En activité	50,7	50,5	p=0,97
En recherche d'emploi	6,1	6,6	
En retraite	27,7	28,7	
Etudiant	8,4	6,8	
Autres inactifs	7,1	7,4	

Tableau 4

2.1.4. Profession

	Echantillon	Population	Chi 2
Agriculteur, exploitant	2,8	1,8	p=0,98
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	4	5,7	
Profession supérieure	14,5	14,9	
Profession intermédiaire	26,1	24,1	
Employé	28,1	29,4	
Ouvrier	24,5	24,1	

Tableau 5

2.1.5. Statut matrimonial

	Echantillon	Population	Chi 2
Mariage	47,9	44,6	p=0,93
PACS	5,5		
Concubinage	14,9		
Célibat	18,3	37,2	
Veuvage	9,4	7,7	
Divorce	7,3	7,2	

Tableau 6

2.1.6. Enfants

	Echantillon	Population
Oui	71,3	Données non disponibles
Non	28,7	Données non disponibles

Tableau 7

2.2. Réponses au questionnaire

Nous recueillons 490 questionnaires. De nombreuses personnes ne se sont pas arrêtées lorsque nous avons tenté de les aborder. Sur l'ensemble des personnes qui ont pris le temps d'écouter notre démarche, 28 d'entre elles ont refusé de répondre au questionnaire après l'énonciation du thème de notre recherche.

2.2.1. Les types de violence conjugale reconnus par la justice

2.2.1.1. Selon la population générale

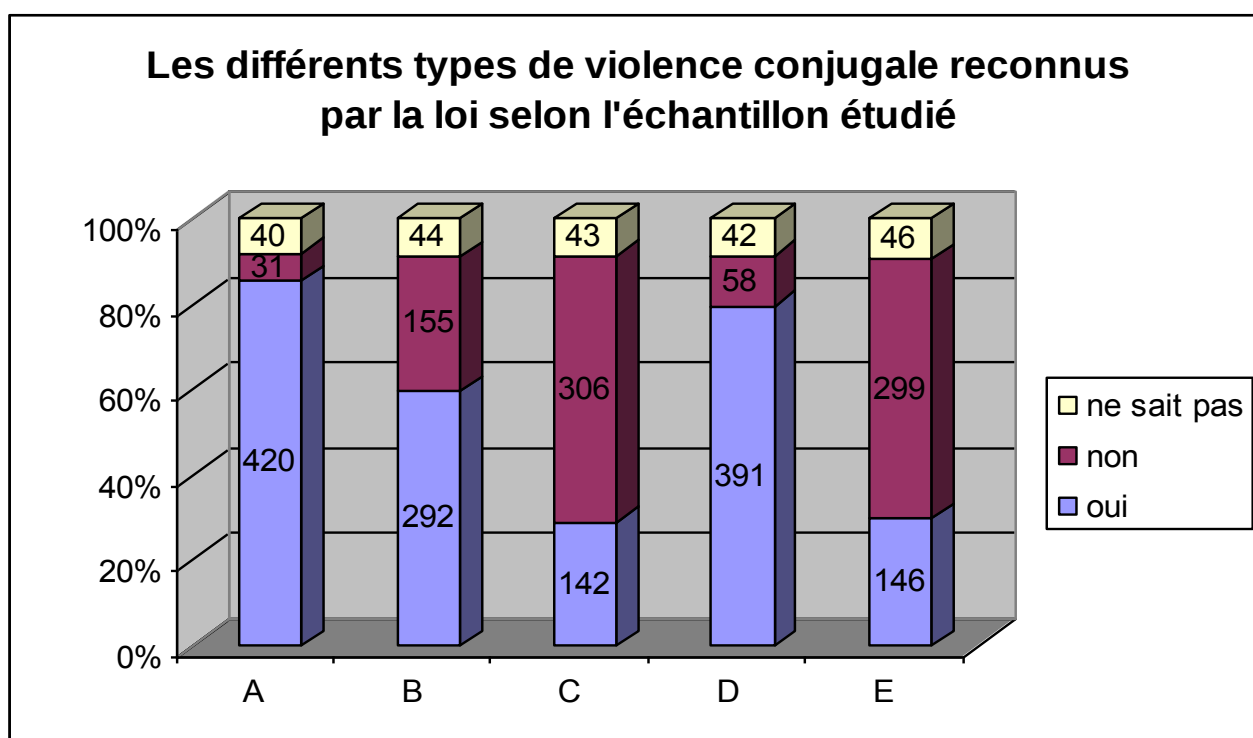


Diagramme 1

A : violence physique

B : violence psychologique

C : violence verbale

D : violence sexuelle

E : violence économique et financière

2.2.1.2. Selon le sexe

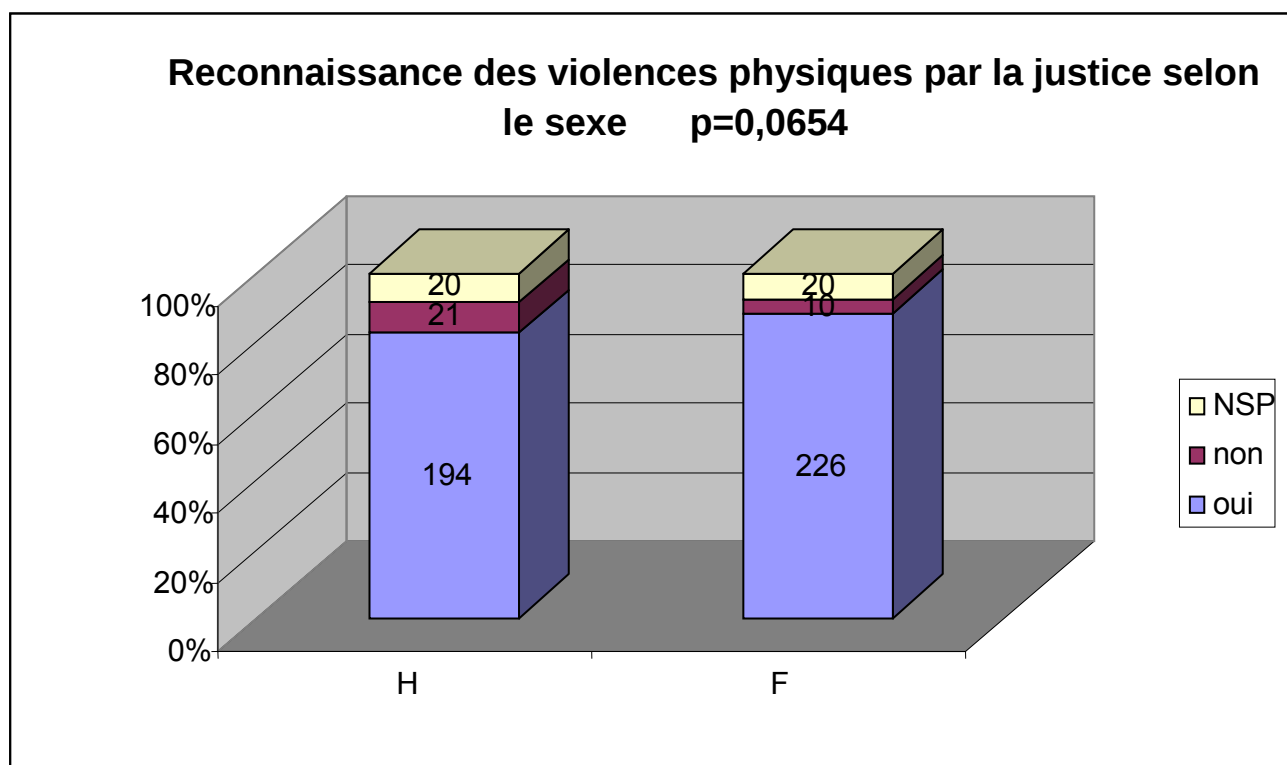


Diagramme 2

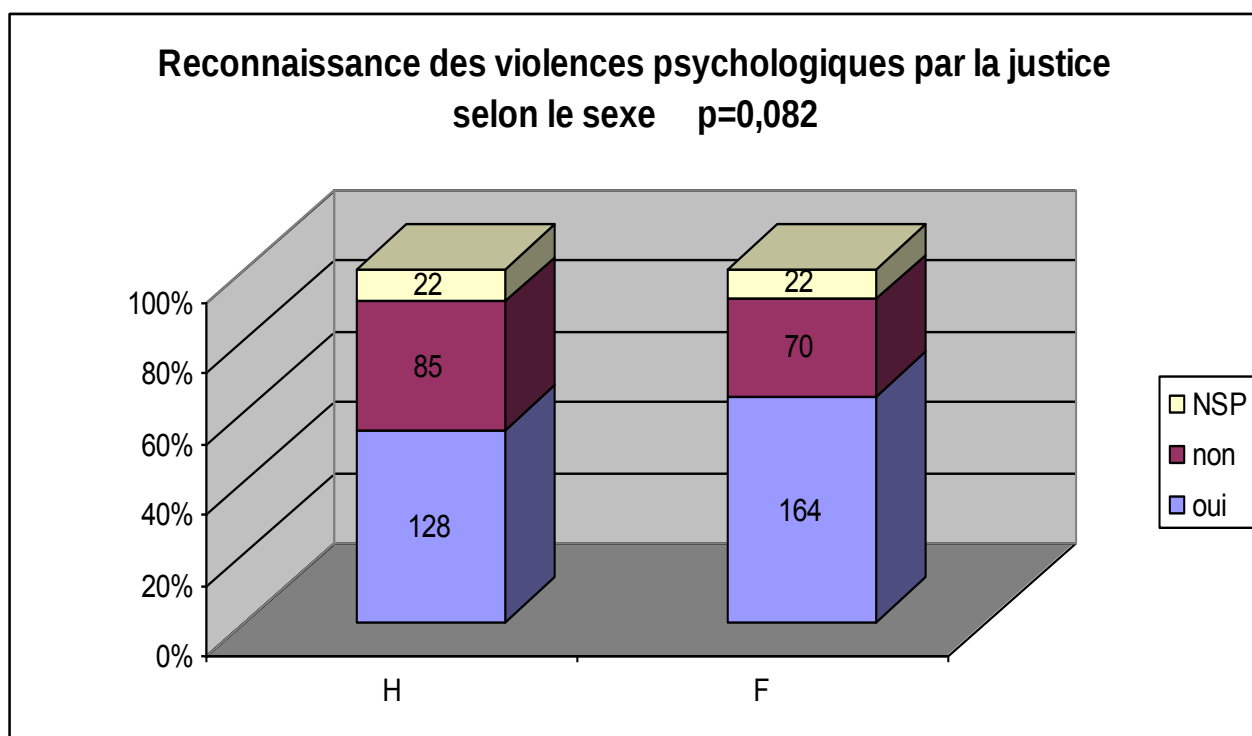


Diagramme 3

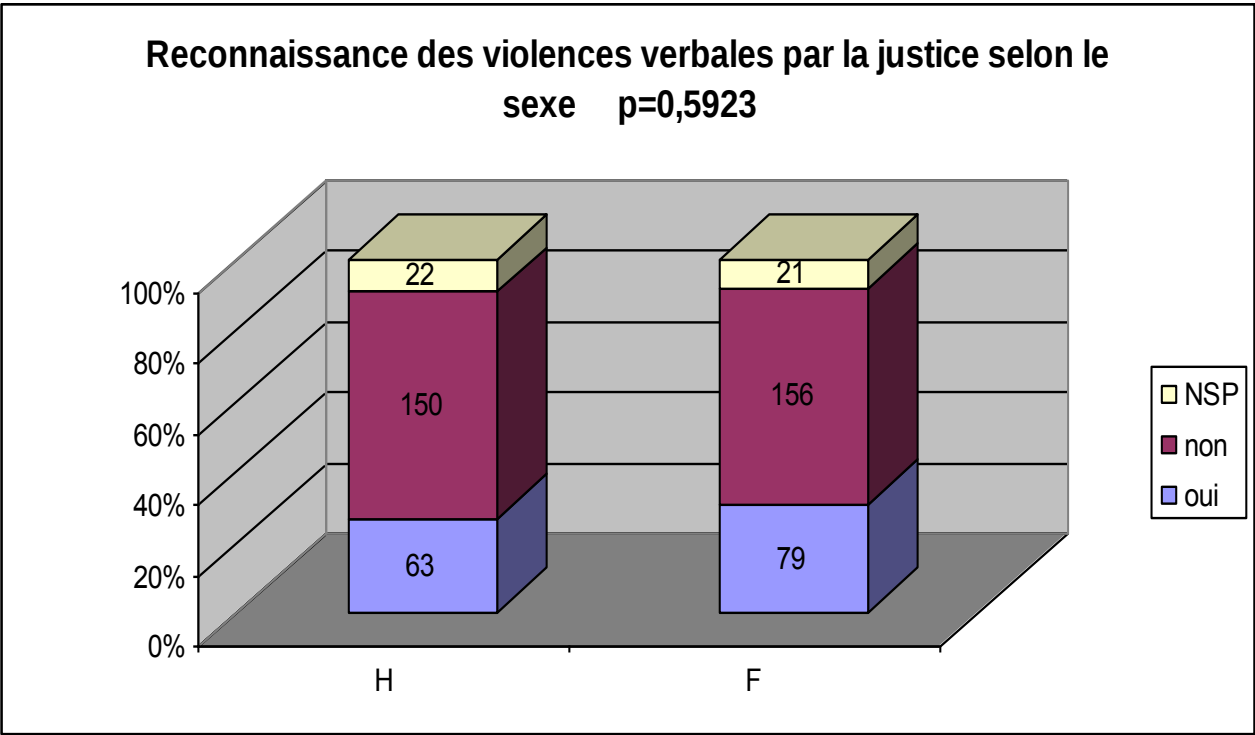


Diagramme 4

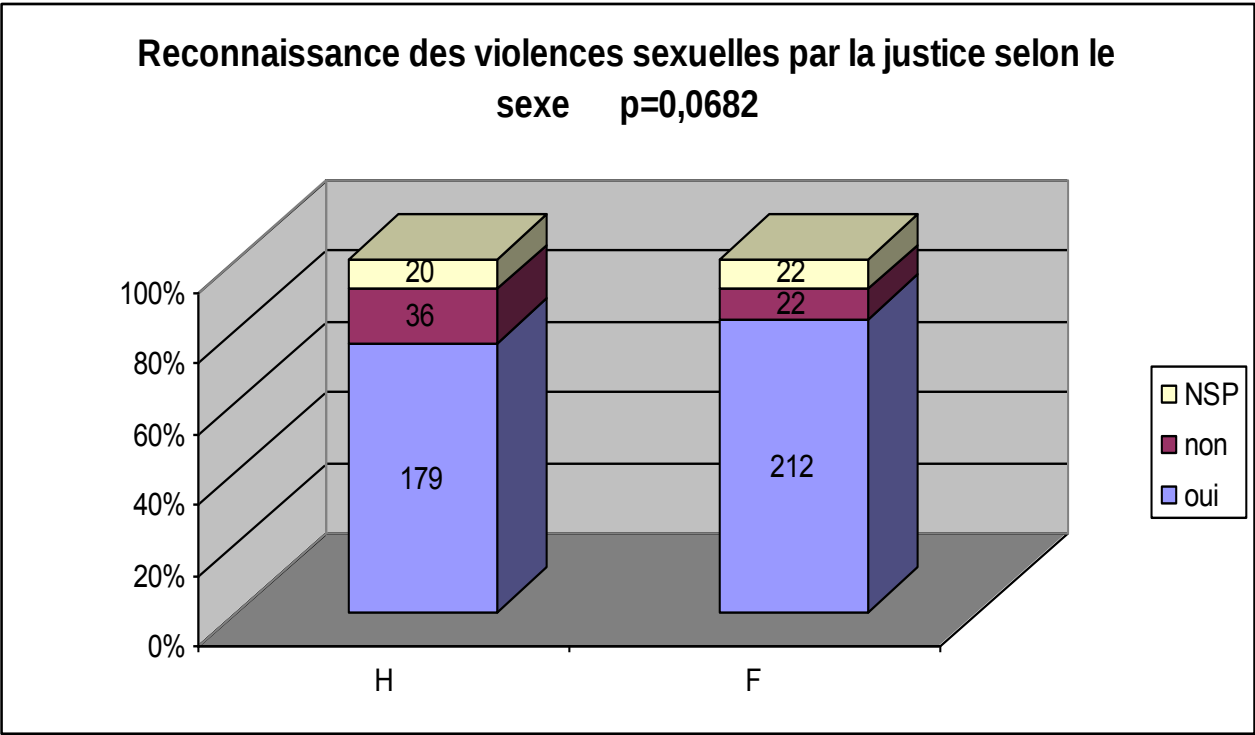


Diagramme 5

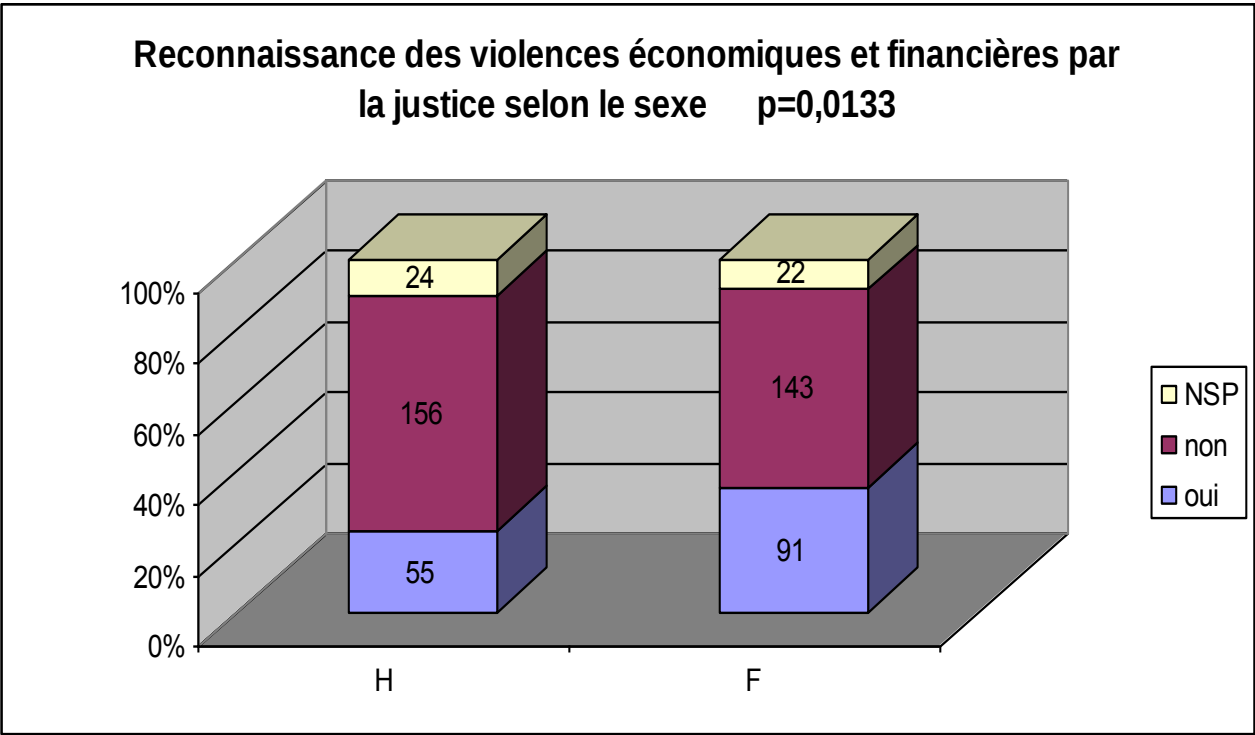


Diagramme 6

2.2.2. Les professionnels recours

2.2.2.1. Selon la population générale

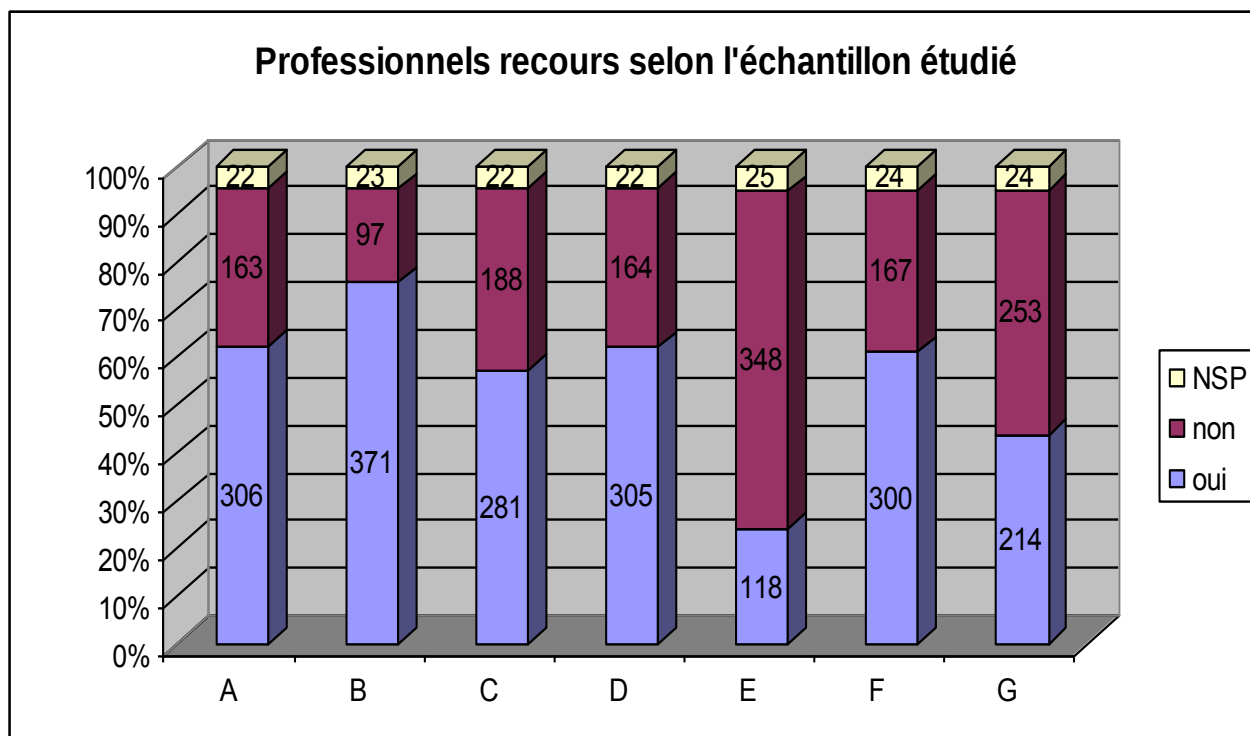


Diagramme 7

A : les urgences médicales

B : la police ou la gendarmerie

C : les assistantes sociales

D : le médecin traitant

E : les pompiers

F : les associations nationales et départementales de lutte contre les violences conjugales

G : les services d'accueil téléphonique

2.2.2.2. Selon le sexe

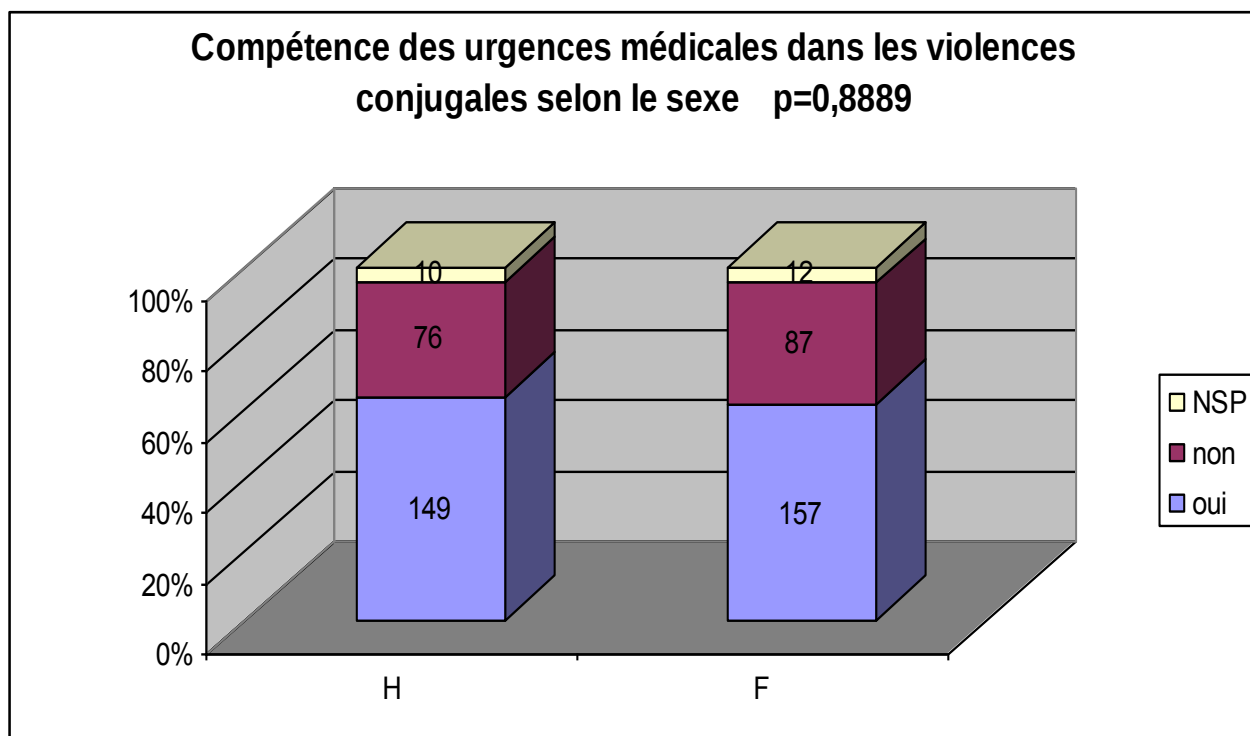


Diagramme 8

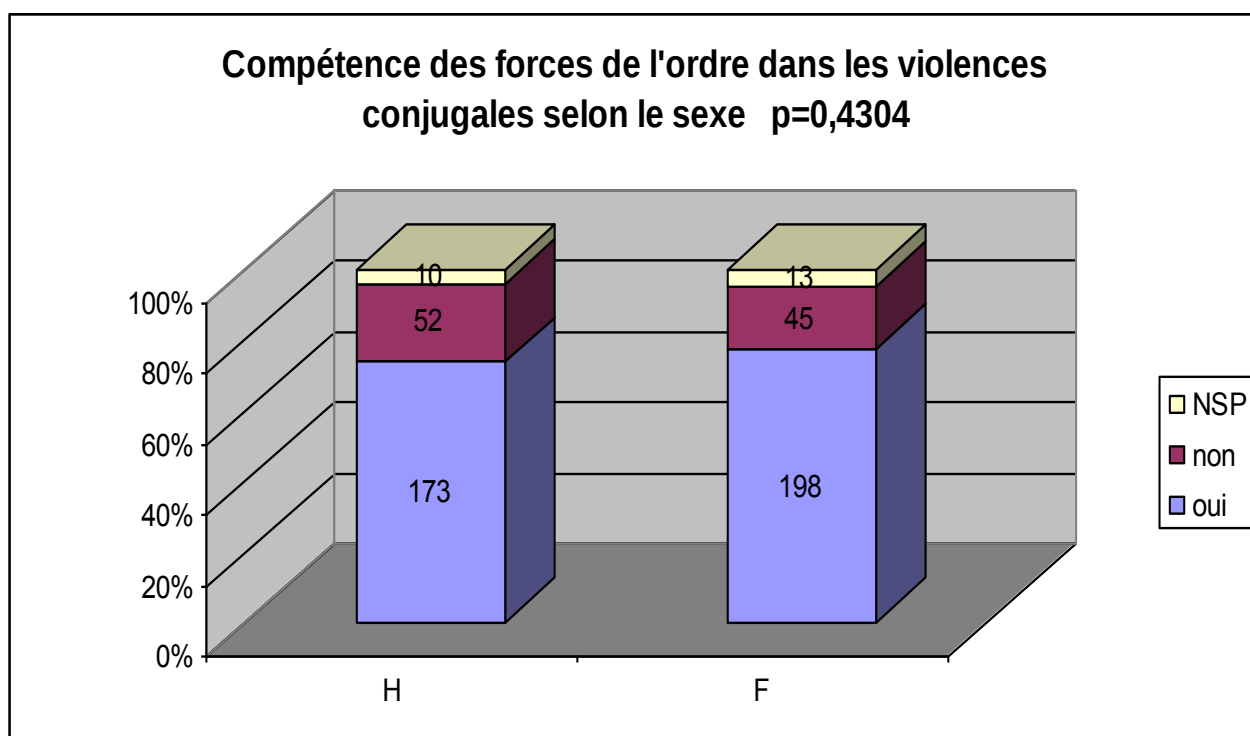


Diagramme 9

Compétence des assistantes sociales dans les violences conjugales selon le sexe $p=0,6453$

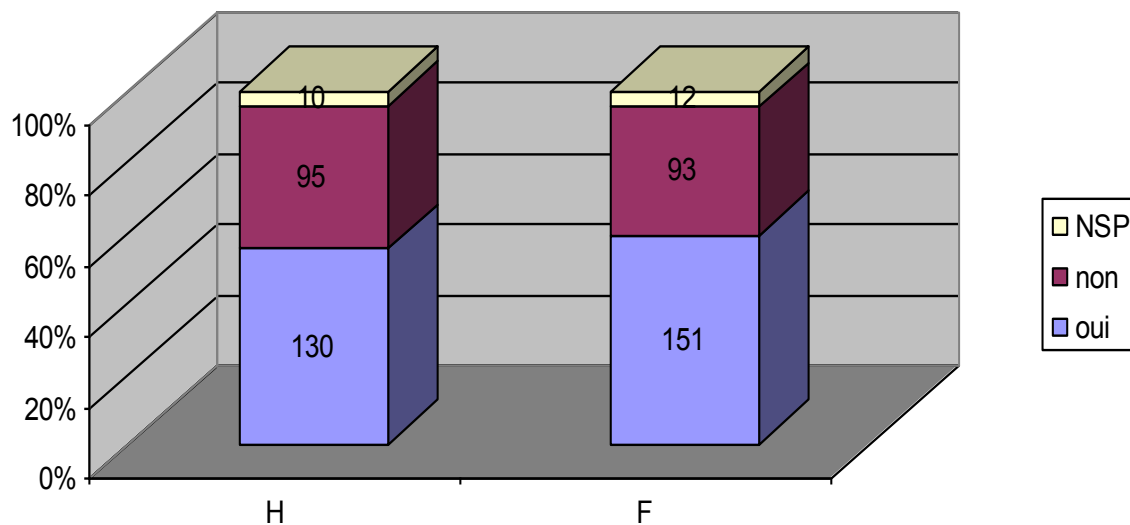


Diagramme 10

Compétence du médecin traitant dans les violences conjugales selon le sexe $p=0,0065$

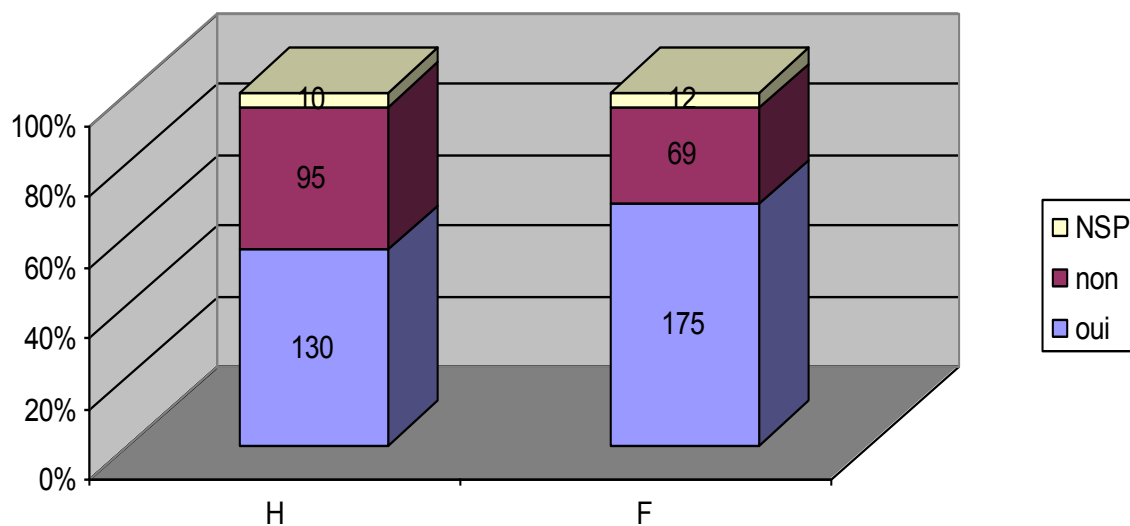


Diagramme 11

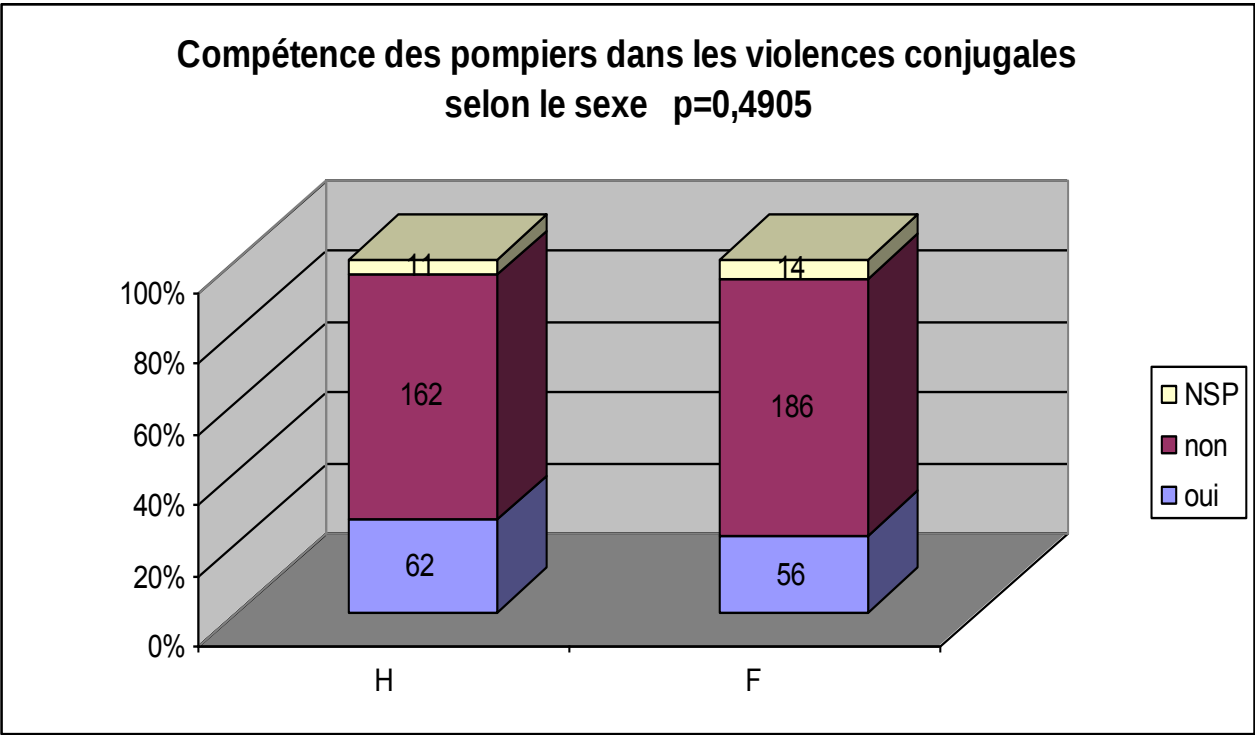


Diagramme 12

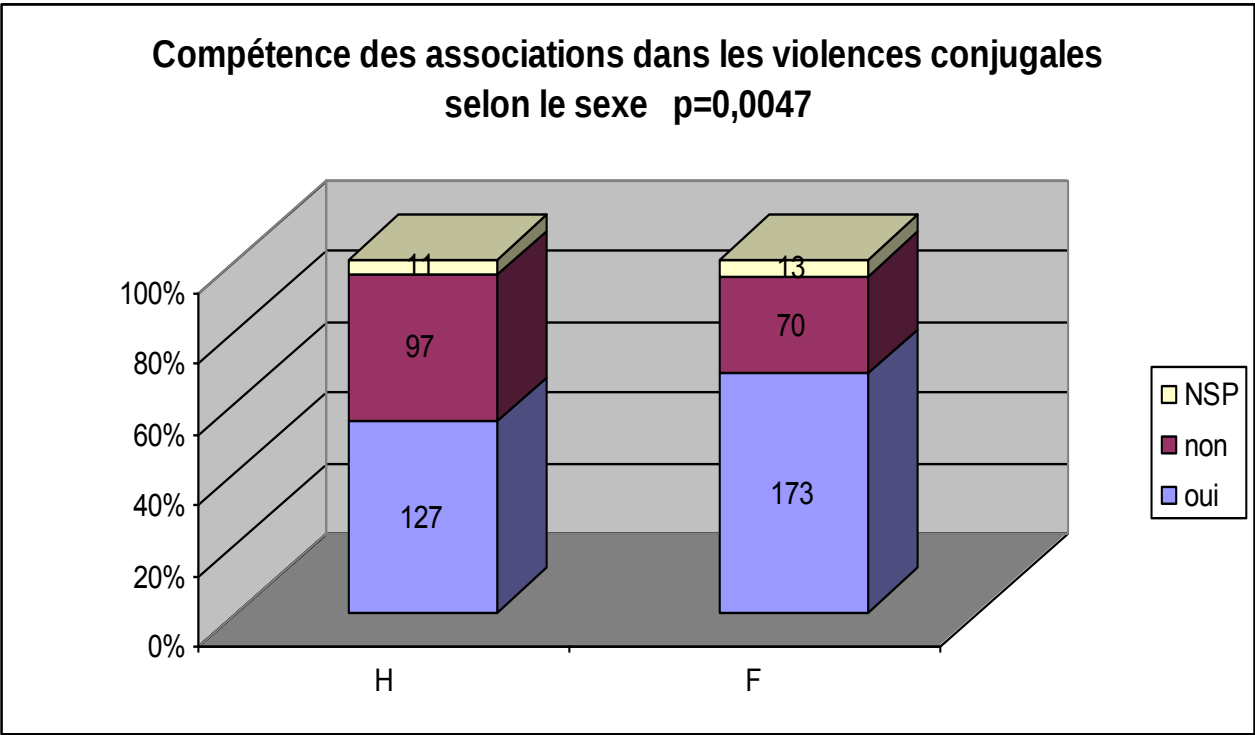


Diagramme 13

**Compétence des accueils téléphoniques dans les violences
conjugales selon le sexe $p=0,024$**

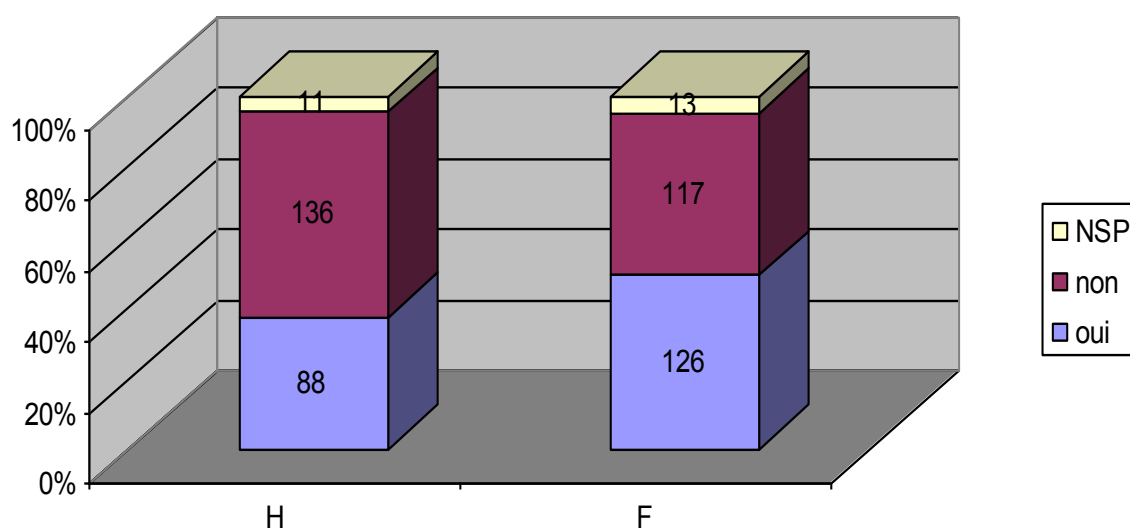


Diagramme 14

2.2.3. Les mesures pour l'hébergement des victimes

2.2.3.1. Selon la population générale

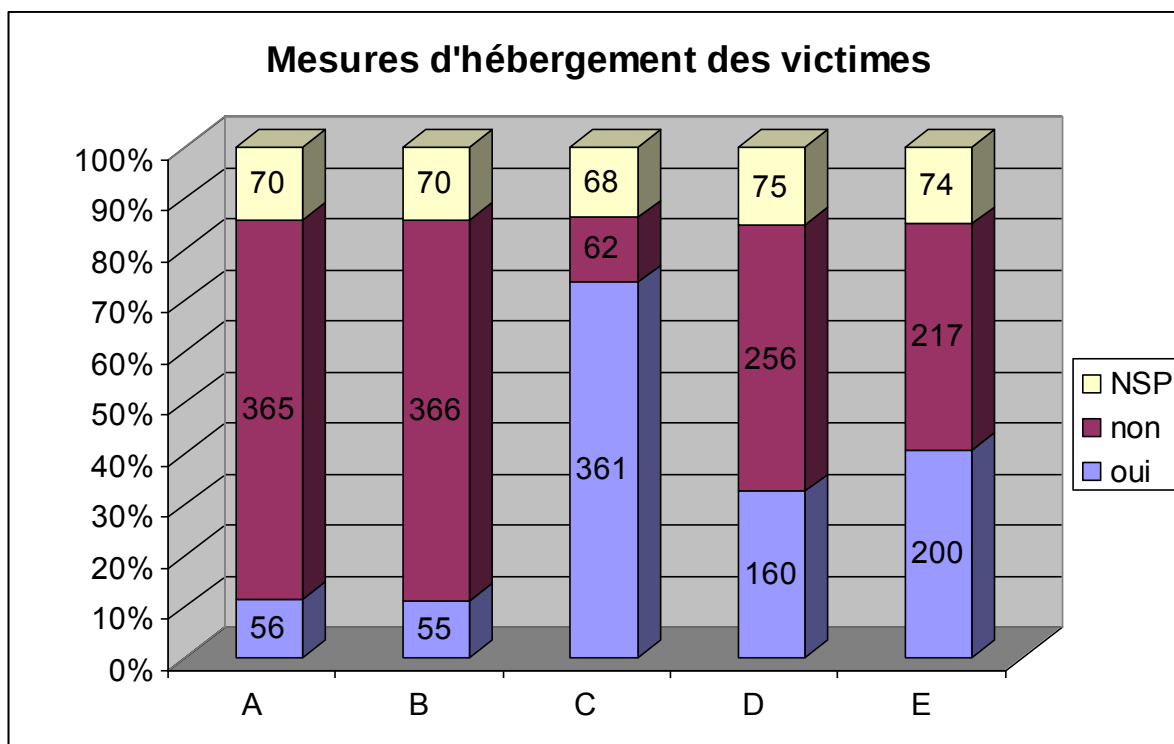


Diagramme 15

A : obligation de quitter le domicile

B : emprisonnement systématique de l'agresseur

C : accueil de la victime en centre d'hébergement

D : existence de familles d'accueil

E : éviction du conjoint violent du domicile conjugal

2.2.3.2. Selon le sexe

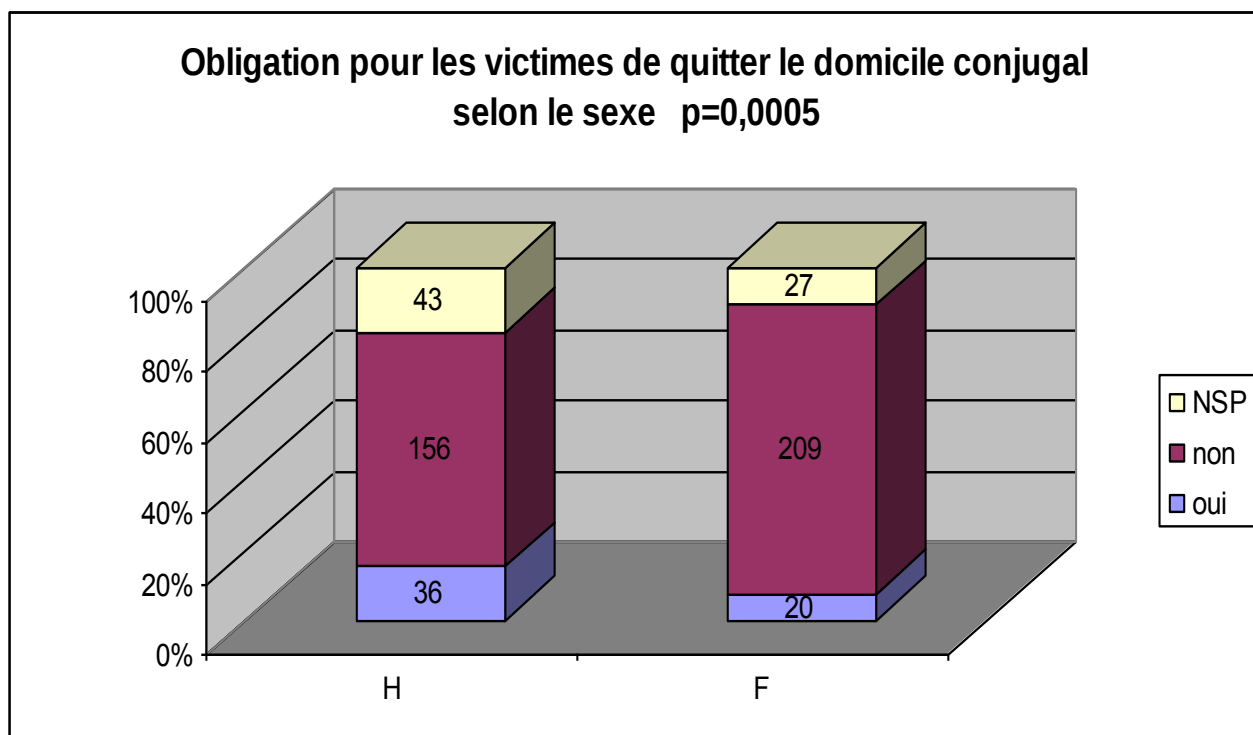


Diagramme 16

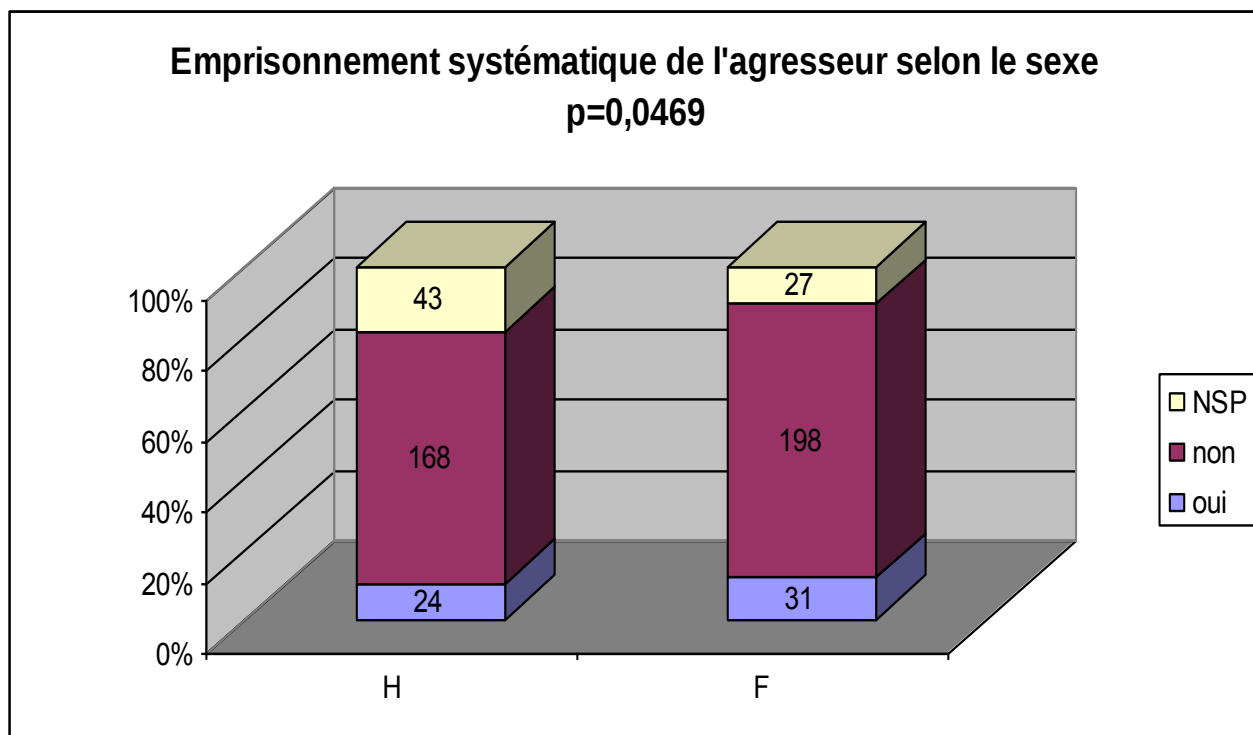


Diagramme 17

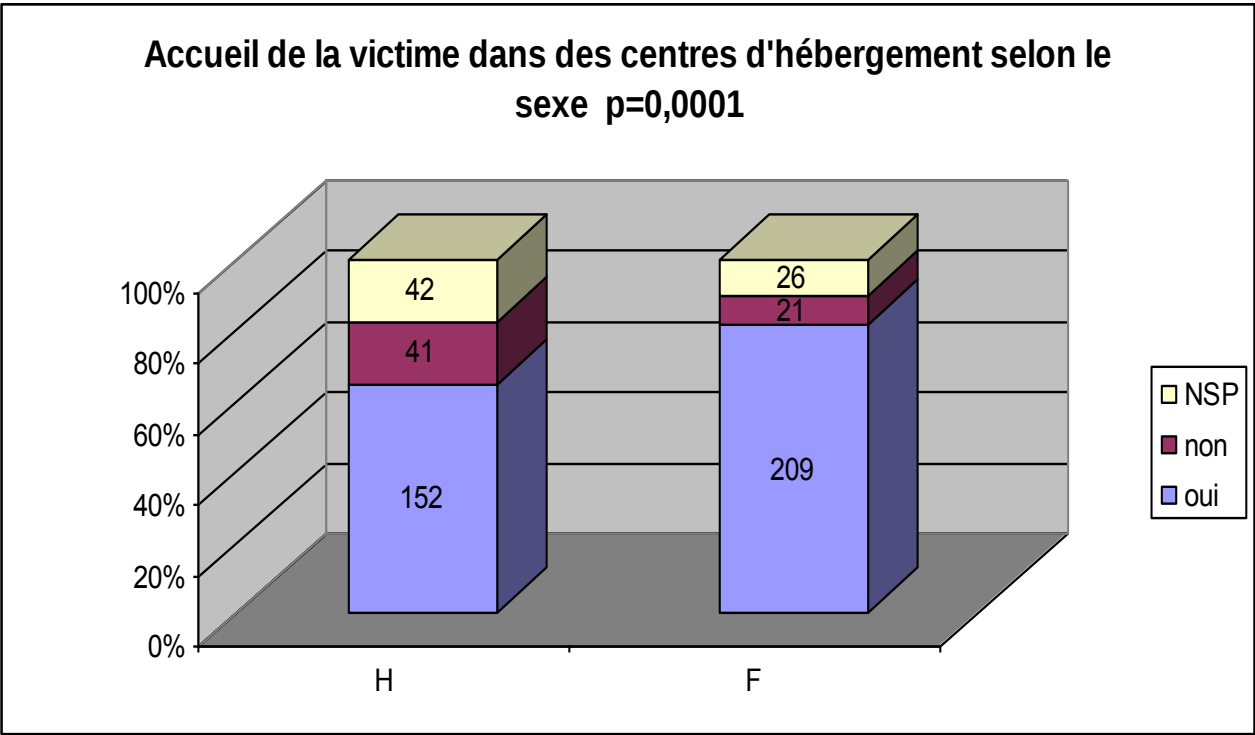


Diagramme 18

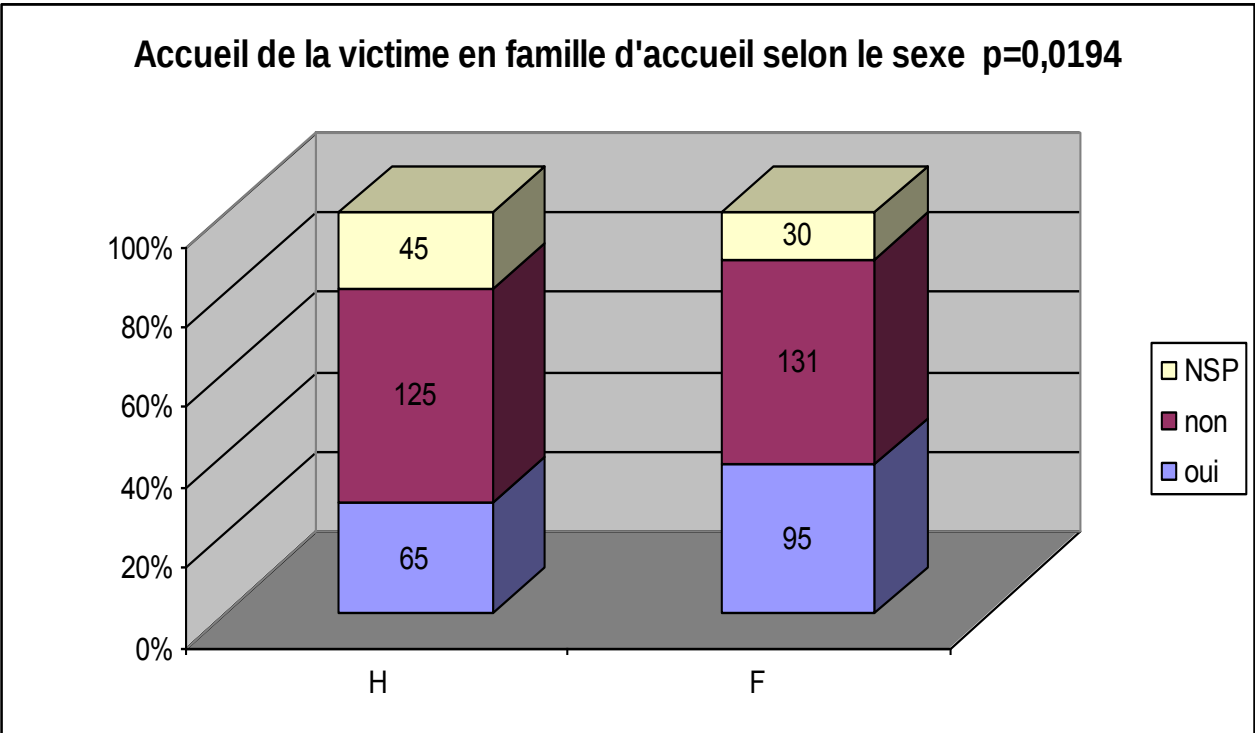


Diagramme 19

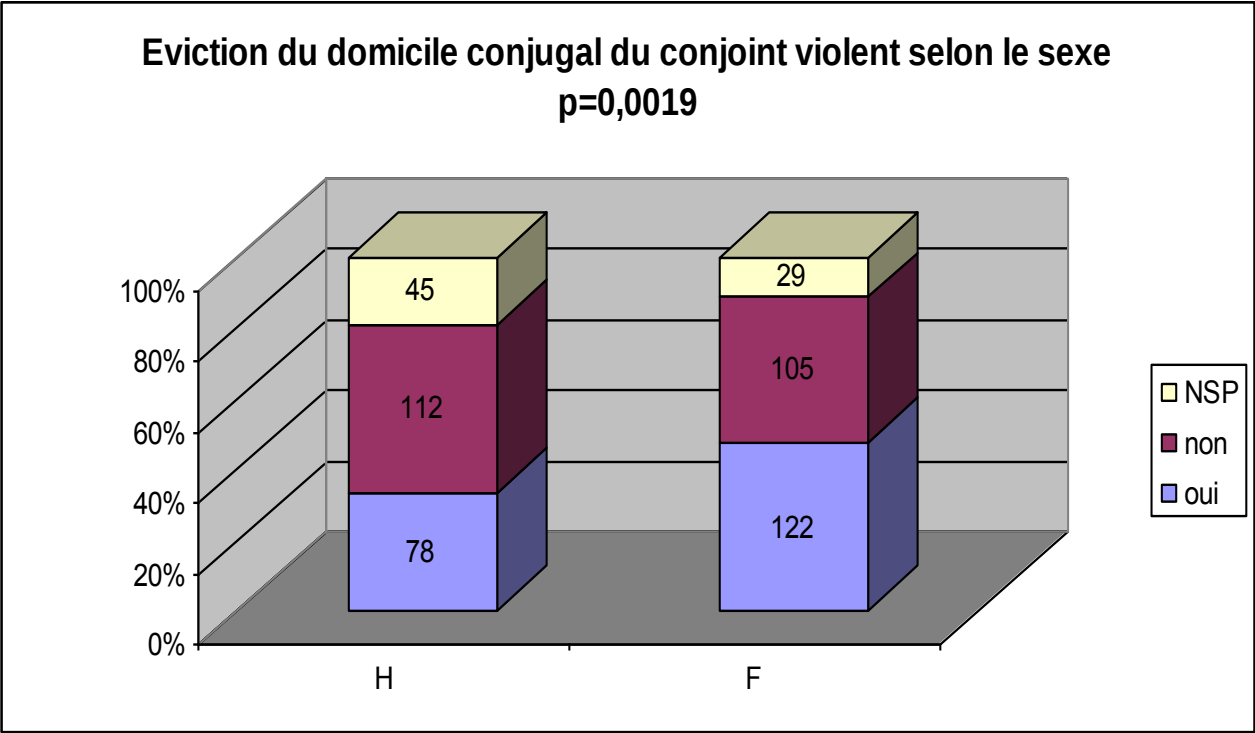


Diagramme 20

2.2.4. Les mesures concernant les enfants

2.2.4.1. Selon la population générale

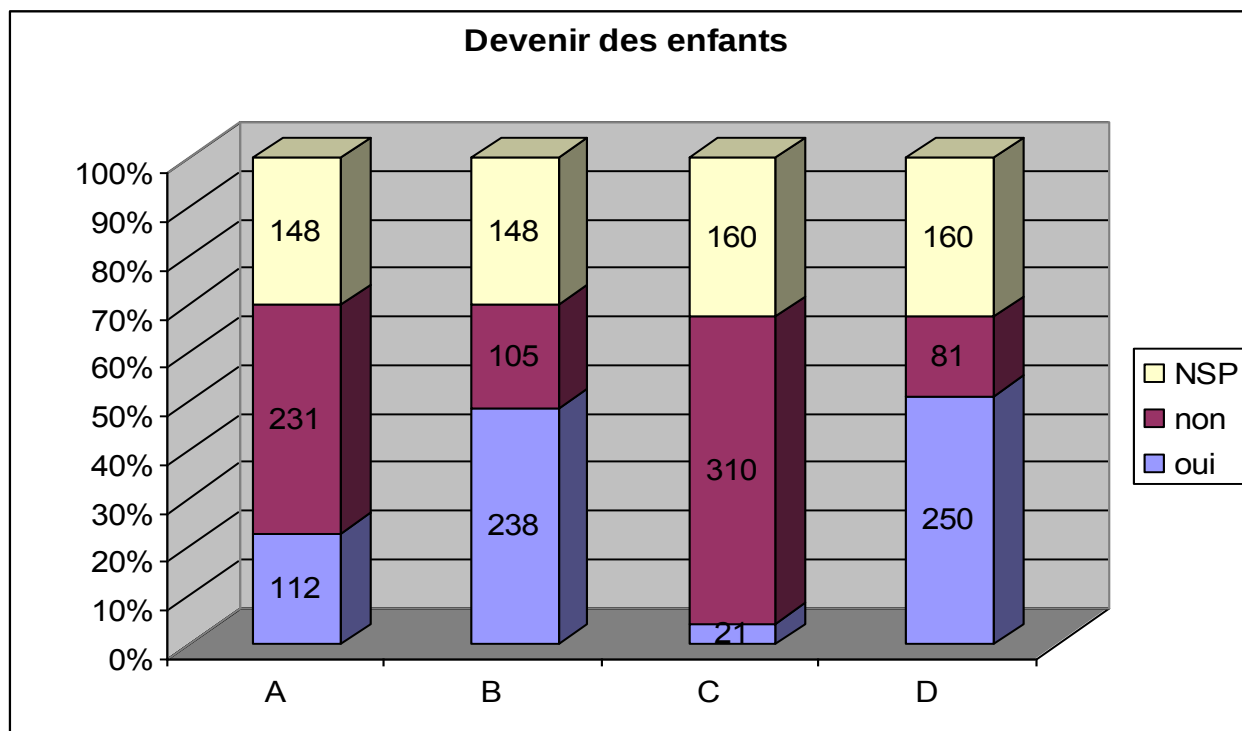


Diagramme 21

A : placement systématique en foyer

B : retrait de l'autorité parentale du parent agresseur

C : pas de recours pour la continuité des liens entre le parent agresseur et l'enfant

D : JAF organisateur des visites

2.2.4.2. Selon le sexe

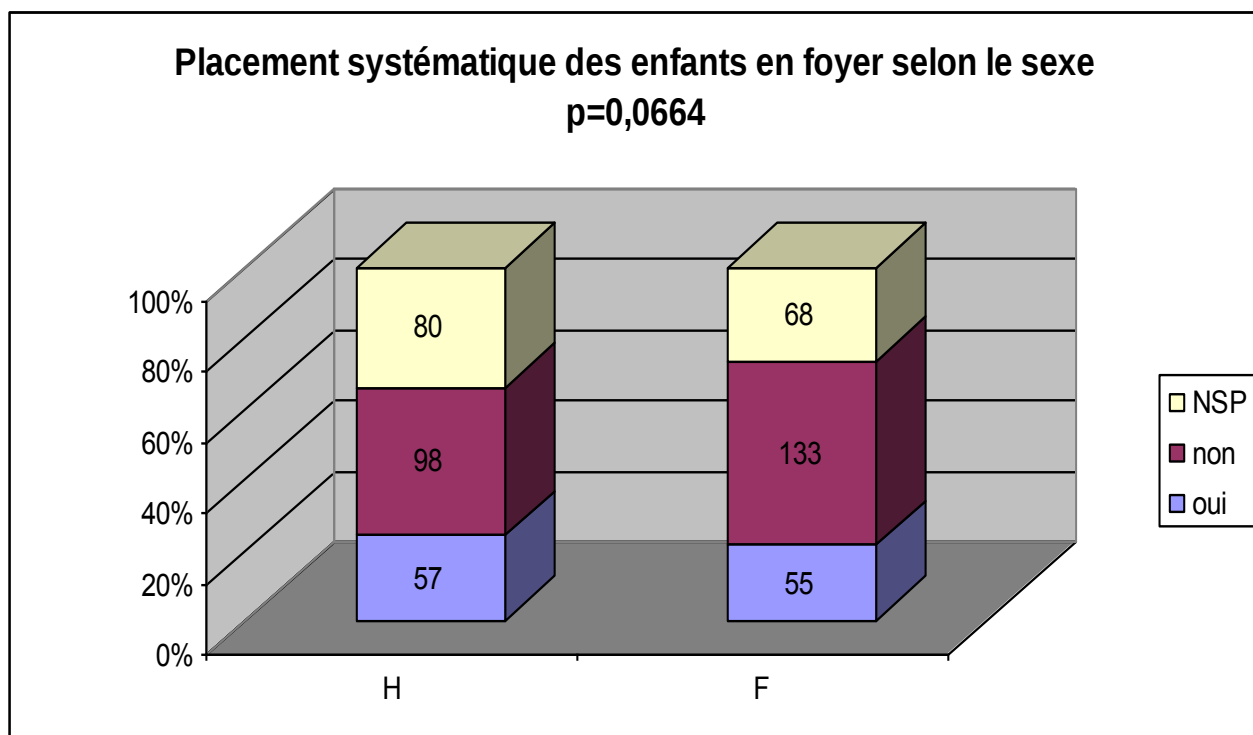


Diagramme 22

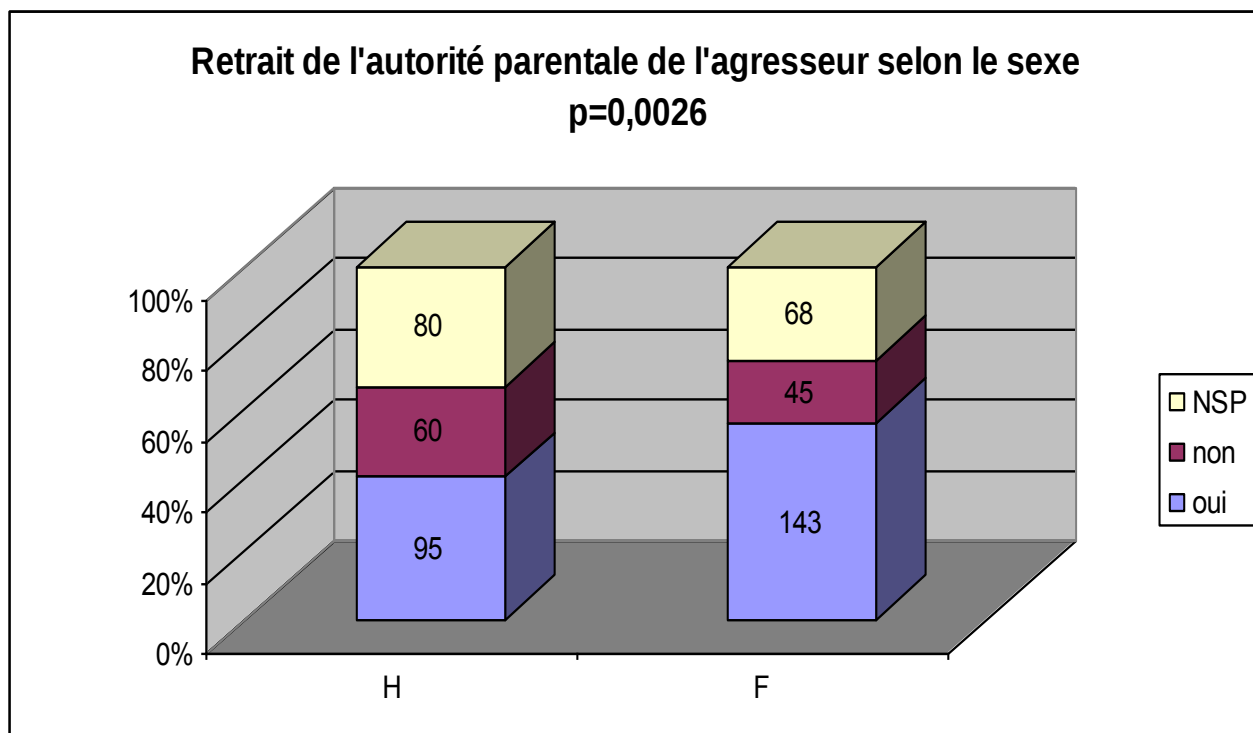


Diagramme 23

Pas de mesure existante pour le maintien du lien entre le parent agresseur et ses enfants selon le sexe $p=0,0153$

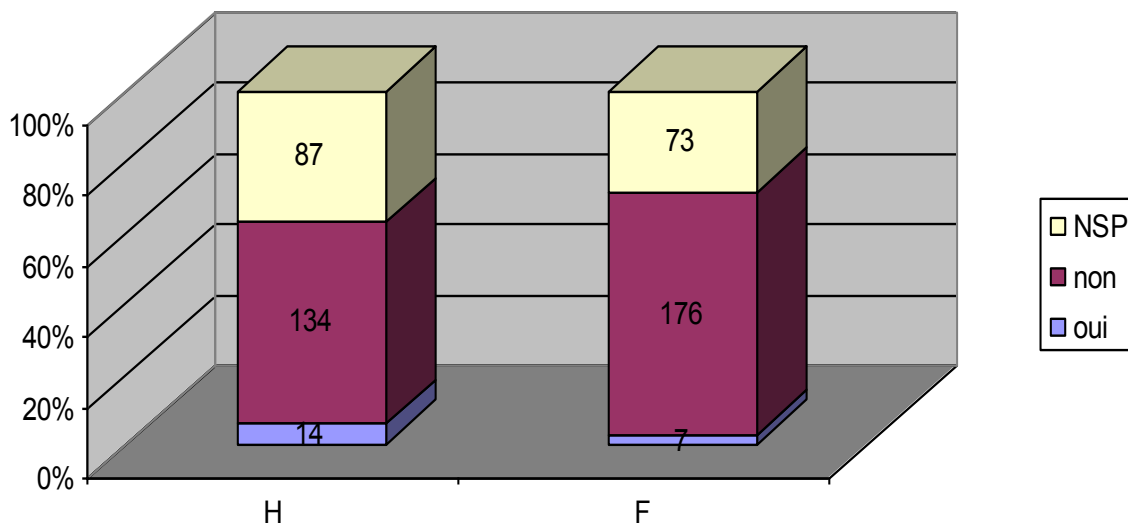


Diagramme 24

JAF organisateur des modalités de rencontre entre le parent agresseur et les enfants selon le sexe $p=0,0003$

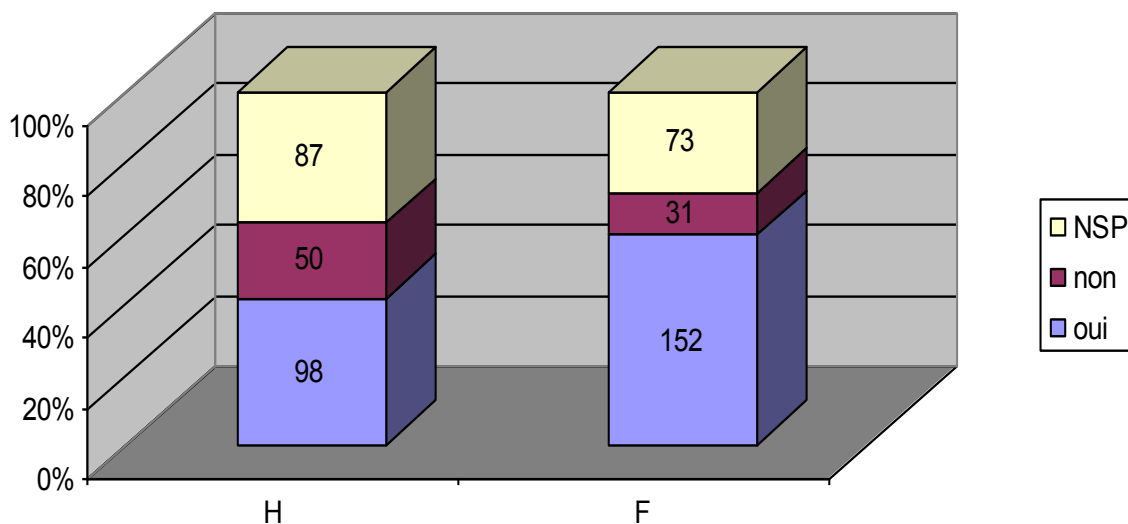


Diagramme 25

2.2.5. Le statut juridique du couple dans la violence conjugale

2.2.5.1. Le couple circonstance aggravante selon la population générale

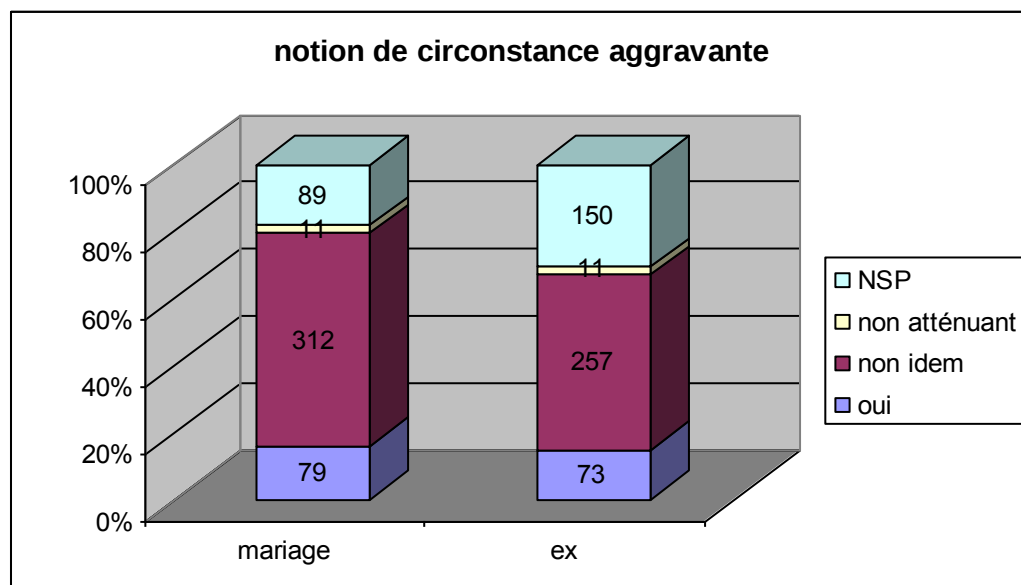


Diagramme 26

2.2.5.2. Le couple circonstance aggravante selon le sexe

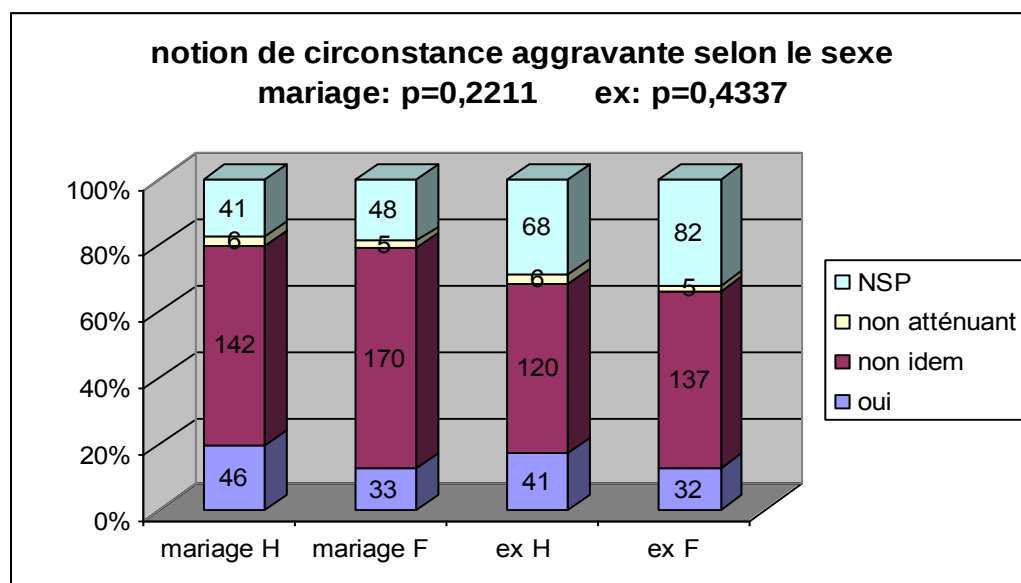


Diagramme 27

2.2.6. PACS, concubinage et vie de couple

2.2.6.1. Selon la population générale

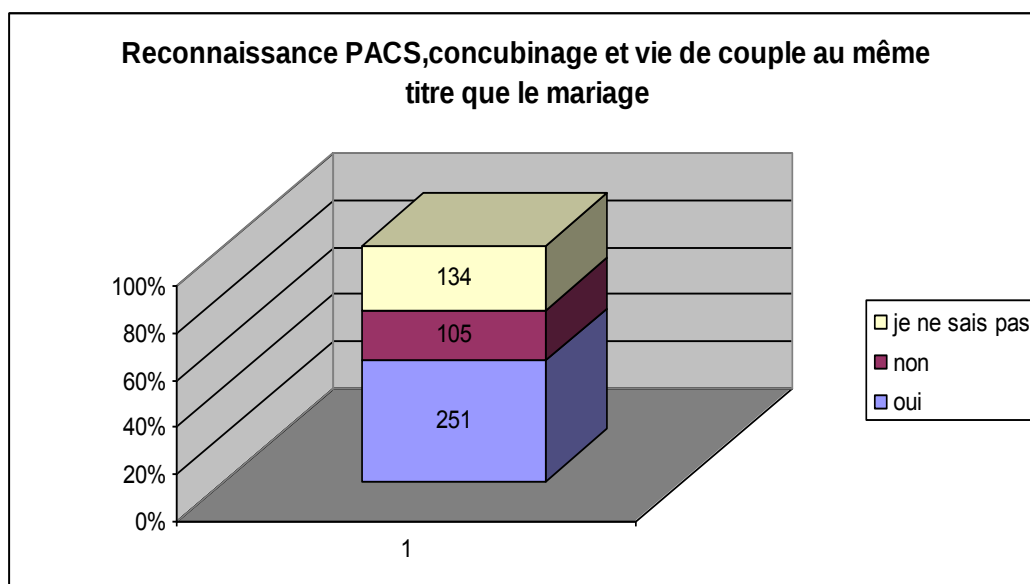


Diagramme 28

2.2.6.2. Selon le sexe

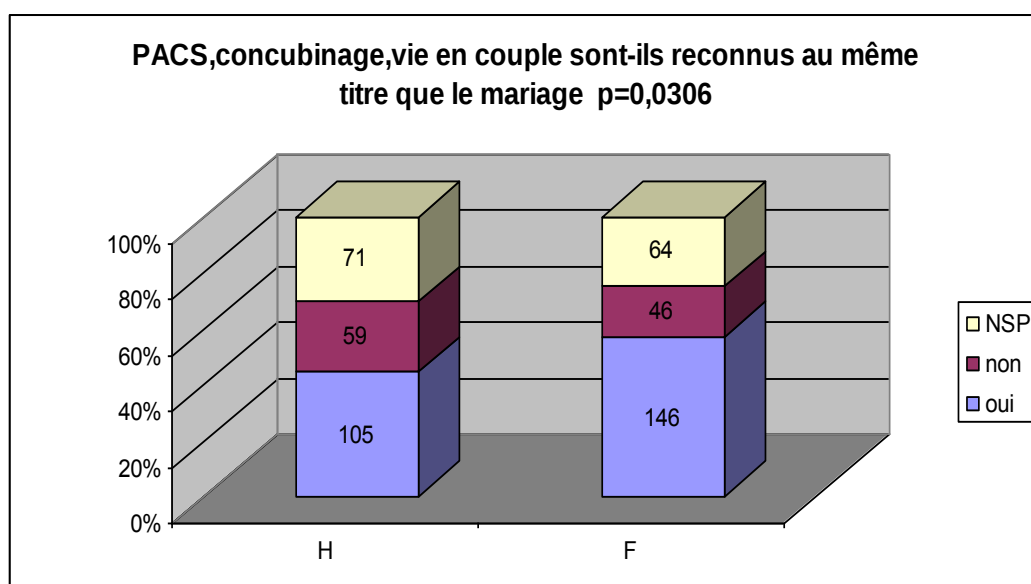
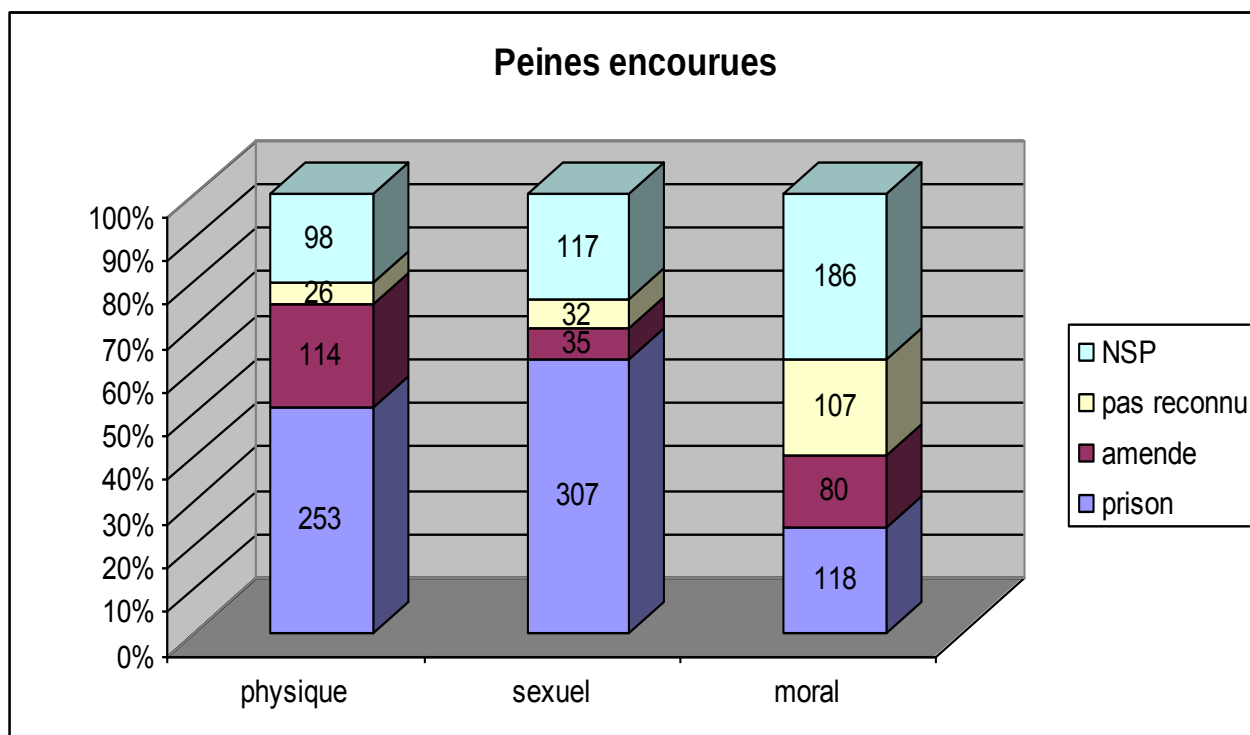


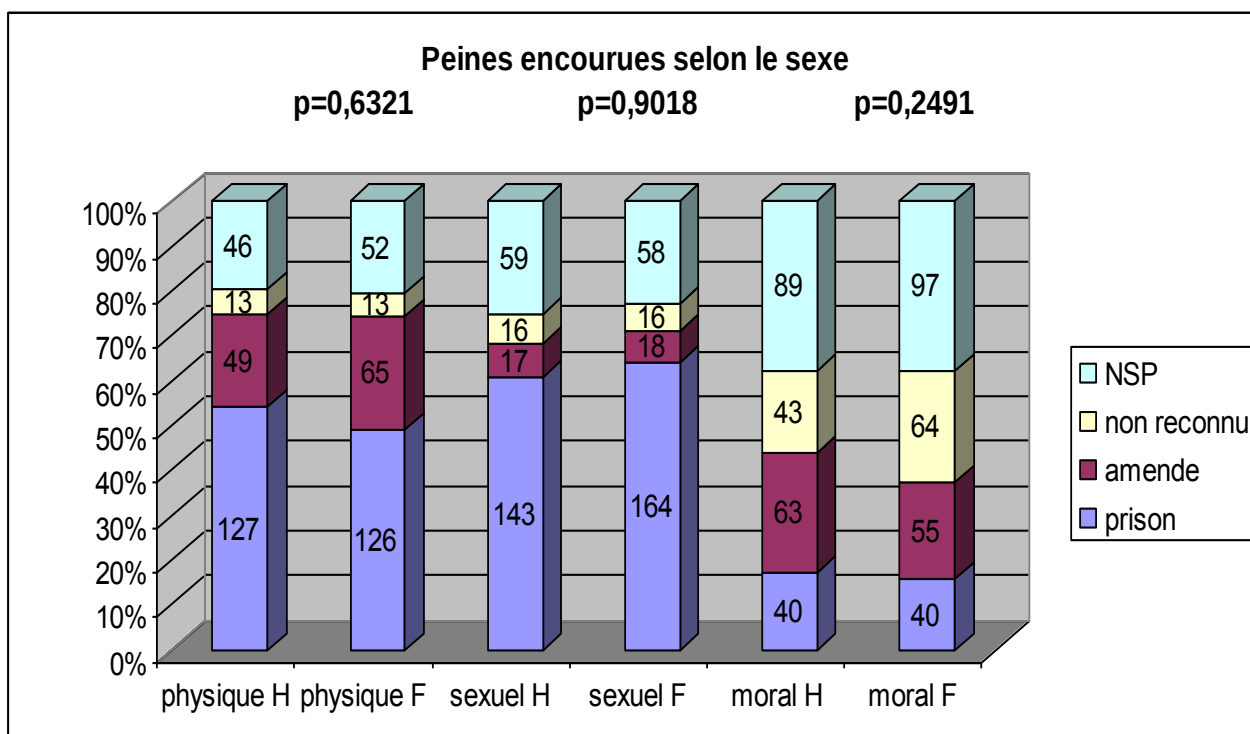
Diagramme 29

2.2.7. Les peines encourues

2.2.7.1. Selon la population générale



2.2.7.2. Selon le sexe



2.2.8. La surveillance par bracelet électronique

2.2.8.1. Selon la population générale

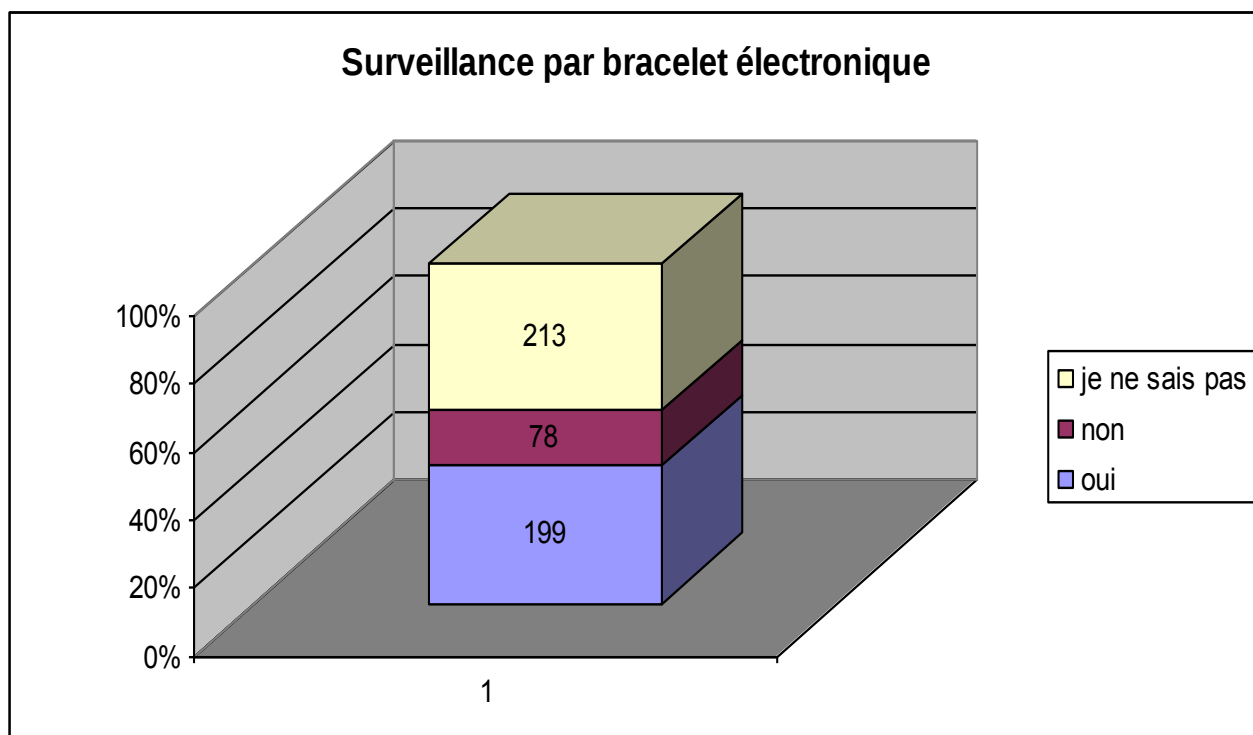


Diagramme 32

2.2.8.2. Selon le sexe

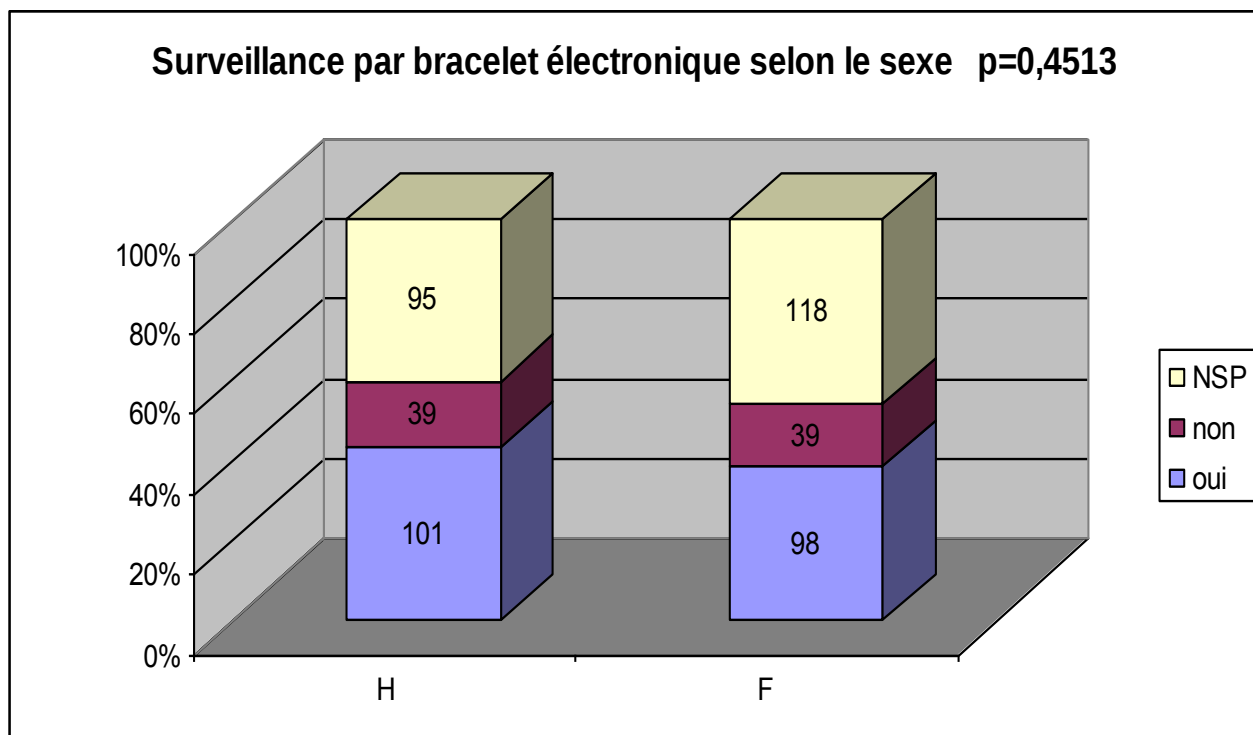


Diagramme 33

2.3. Stratification en niveaux de connaissance

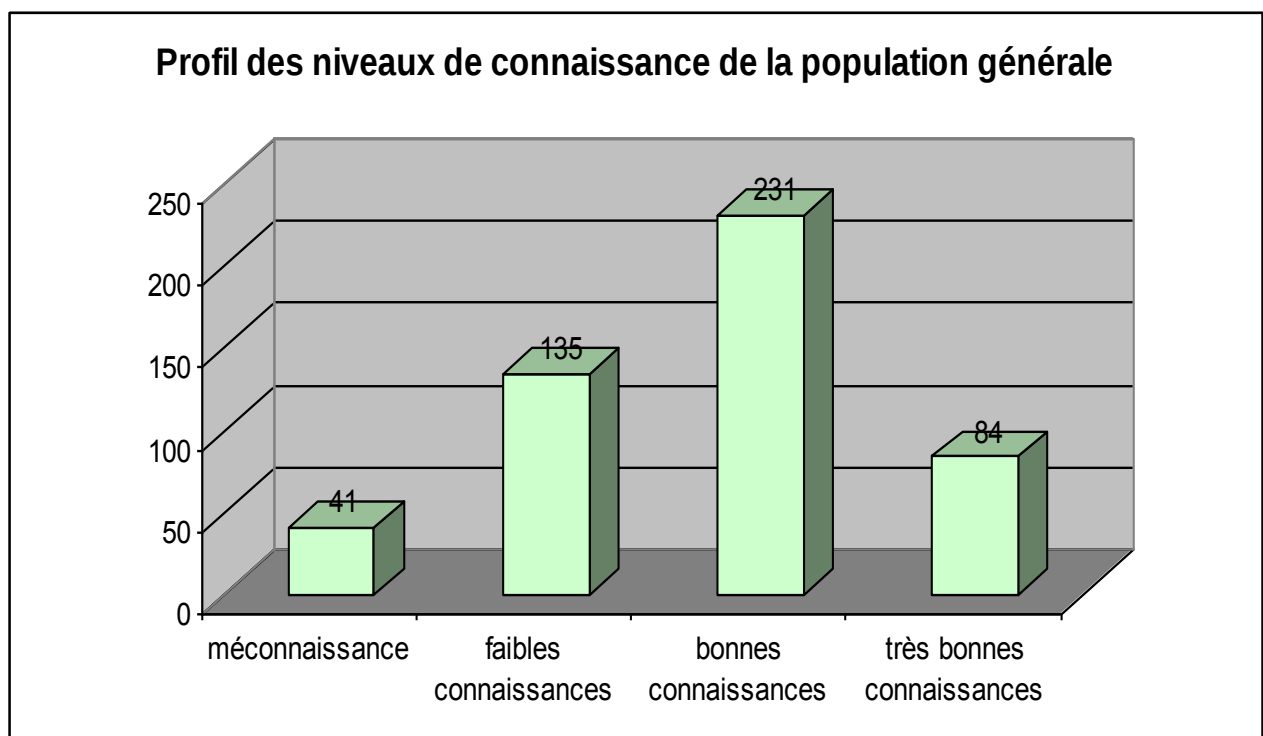


Diagramme 34

2.3.1. Selon l'âge

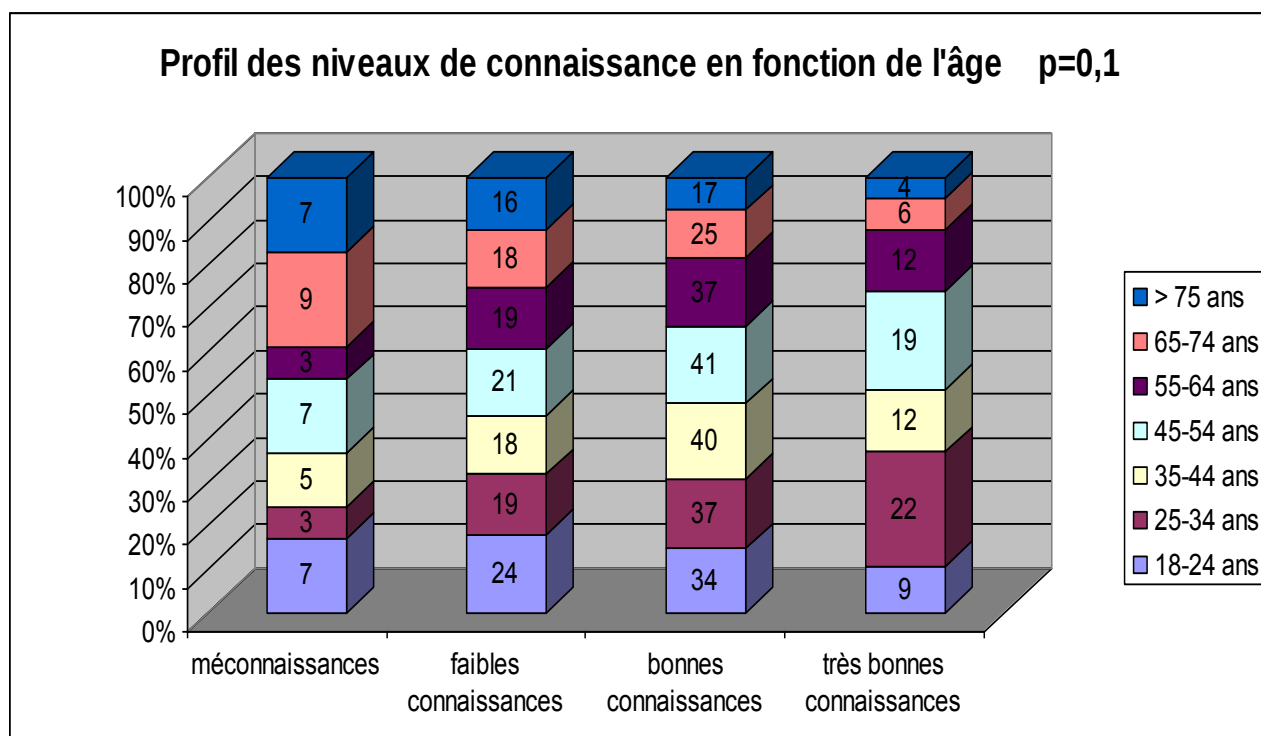


Diagramme 35

2.3.2. Selon le sexe

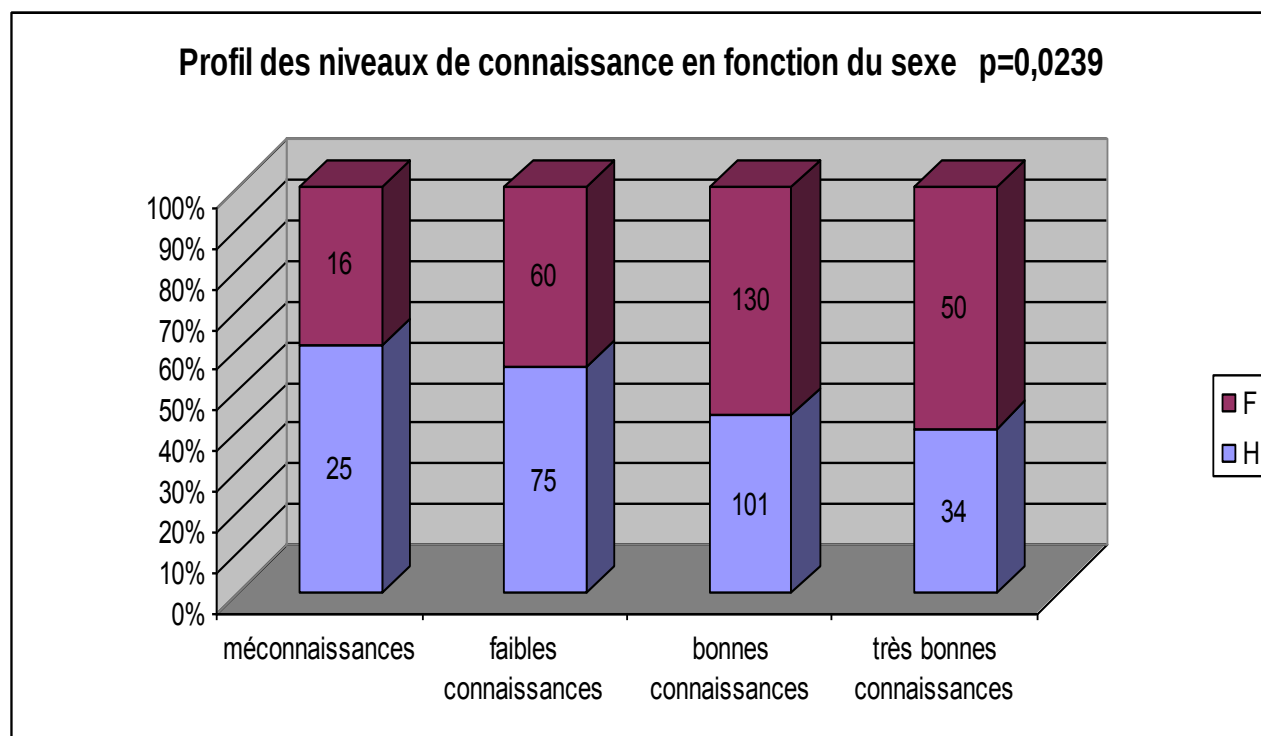


Diagramme 36

2.3.3. Selon le statut d'activité professionnelle

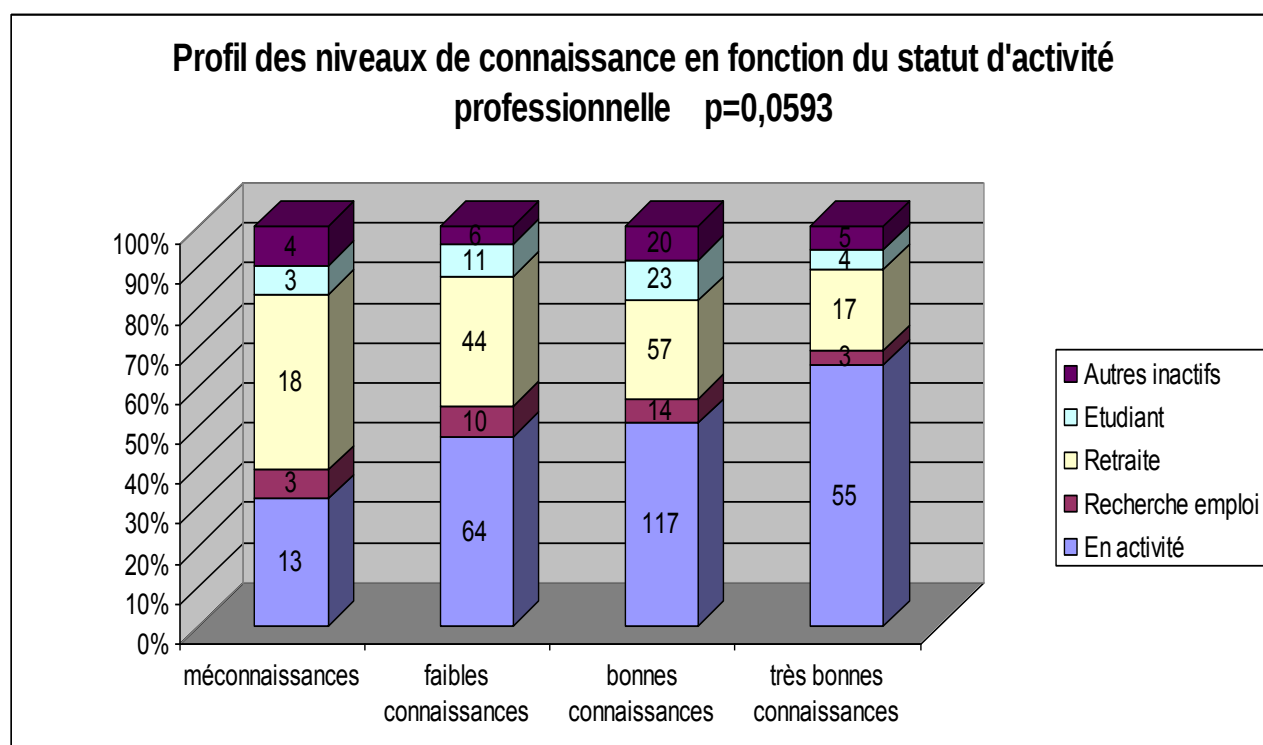


Diagramme 37

2.3.4. Selon la catégorie socio-professionnelle

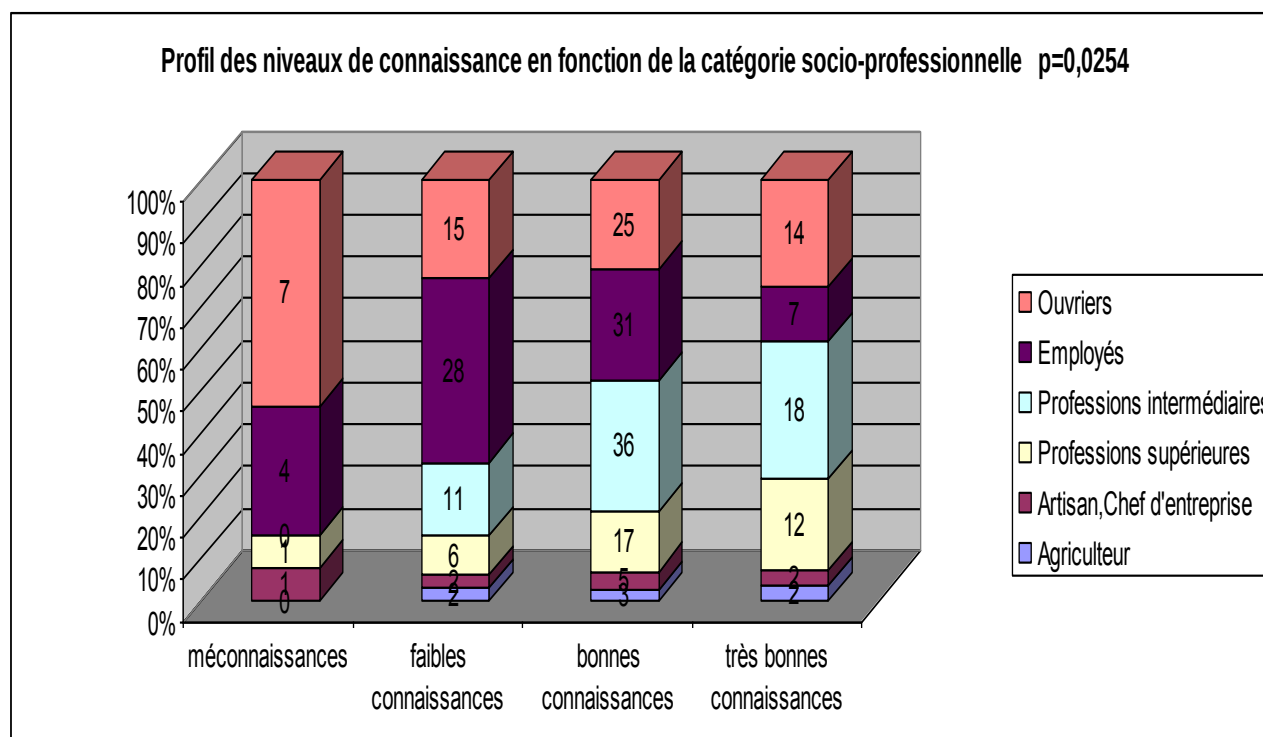


Diagramme 38

2.3.5. Selon le statut matrimonial

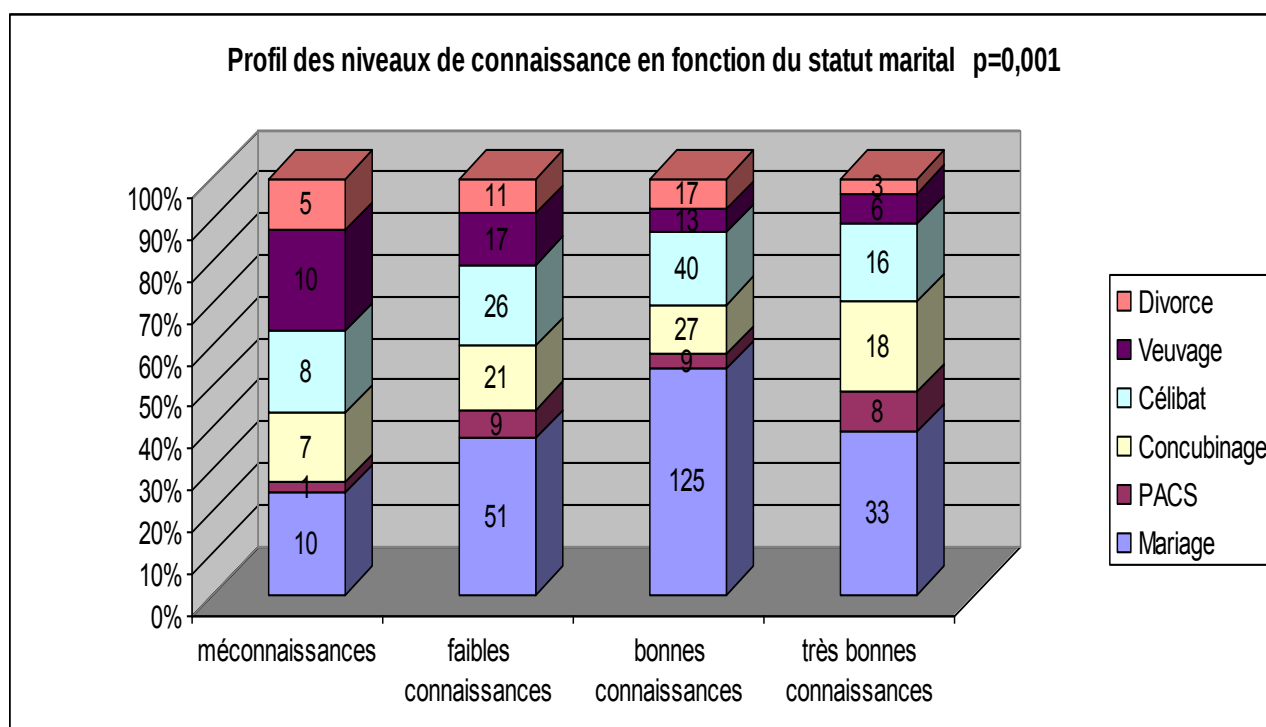


Diagramme 39

2.3.6. Selon le statut parental

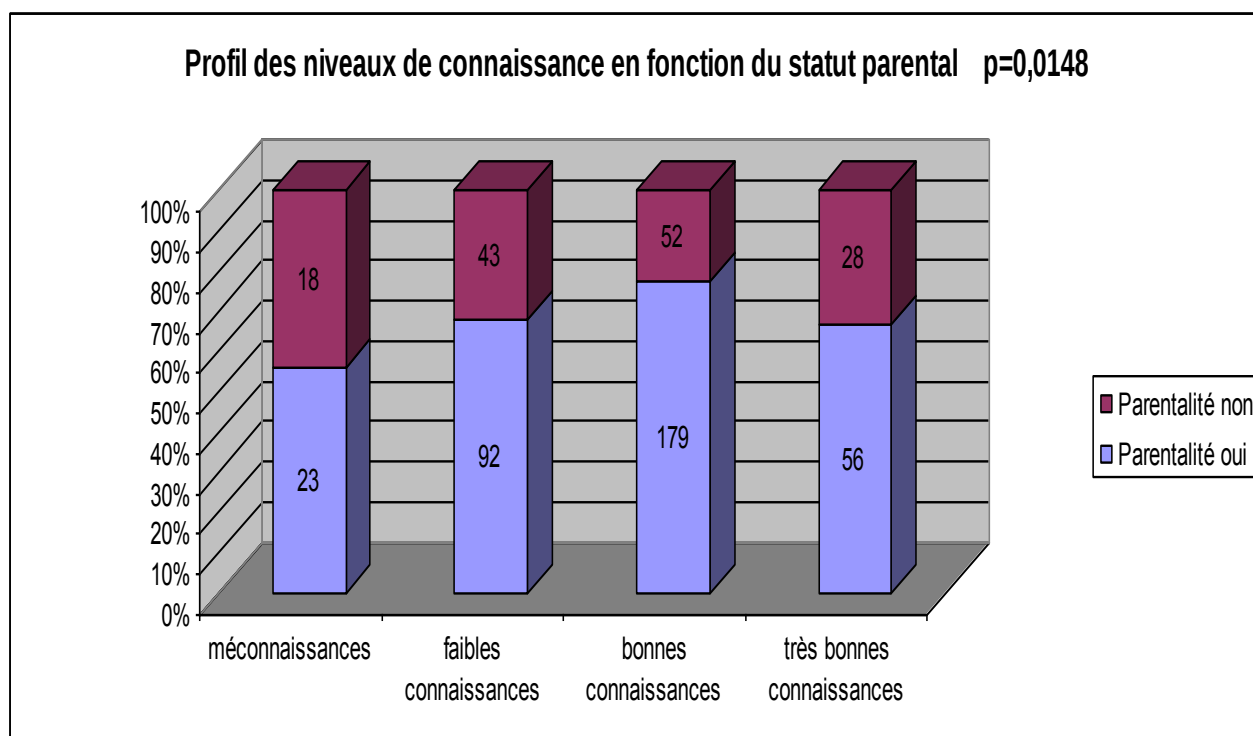


Diagramme 40

3. DISCUSSION

3.1. Discussion de la méthode

3.1.1. L'élaboration du questionnaire et du scoring

Nous avons reçu l'aval du Département d'Epidémiologie Clinique de la Faculté de Médecine de Nancy pour l'utilisation du questionnaire et du scoring.

3.1.1.1. Les lacunes bibliographiques

Le questionnaire et le scoring ont été établis de manière complètement subjective. Il n'y avait pas de données existantes dans la littérature actuelle nous permettant de graduer l'importance de certaines connaissances pour l'initiation et la réussite des démarches des victimes de violence conjugale.

3.1.1.2. Les lacunes de formulation

Nous avons pu remarqué que plusieurs sujets répondant de manière positive aux questions sur la reconnaissance des différents types de violence conjugale par la justice avaient répondu par une absence de sanction judiciaire de ces mêmes violences.

De la même manière, les réponses positives à la notion de circonstance aggravante du couple ne se traduisaient pas par des réponses « prison » aux questions sur les peines encourues.

Bien que simplifié, ces questions restaient encore trop techniques. Nous voulions dissocier deux paramètres à travers ces deux formulations d'une même connaissance :

- la capacité d'identification ou d'auto-identification d'une violence dans la partie « définitions des différents types de violence conjugale » ;
- la perception d'une sanction judiciaire donnant de l'intérêt aux démarches dans la partie « peines encourues ».

Les sujets interrogés n'ont pas été surpris par le terme « bracelet électronique », en revanche devant les débats suscités et son emploi restreint (42), nous pouvions émettre un doute sur la connaissance réelle de l'utilisation de ce dispositif.

3.1.1.3. Les lacunes de variable démographique

A posteriori nous trouvions qu'il aurait été intéressant de stratifier les données par lieu de recueil afin d'analyser les réponses et le niveau de connaissance en fonction de l'urbanisation ou de la ruralité du lieu de vie mais nous n'avions pas prévu d'item socio-démographique en permettant le recueil.

Par ailleurs, les temps de recueil étaient différents dans chacun des lieux.

NANCY	2 jours
PONT-A-MOUSSON	2 jours et 1/2
SAIZERAIS	1 demi-journée
LUDRES	2 jours
VERDUN	1 jour
VAUCOULEURS	2 jours
METZ	2 jours
PUTTELANGE-AUX-LACS	2 jours
EPINAL	1 jour
LAMARCHE	3 jours

3.1.2. Les biais

3.1.2.1. Le biais de sélection

Bien qu'ayant tenté de limiter le biais de sélection, nous avons parfois renoncé à aller vers certaines personnes à cause de leur aspect extérieur (faciès agressif, démarche pressée ou ébrieuse, présence d'enfants).

3.1.2.2. Le biais d'information

Le biais d'information était moins important en fin de recueil qu'en début, notre discours de présentation s'étant peaufiné au fil des jours, ainsi que la manière d'énoncer les questions.

3.1.3. Les refus de participation

Nous avons vu passé plusieurs milliers de personnes. Parmi elles, nous n'avons pas tenté d'aborder certaines personnes à cause de leur aspect extérieur dans un souci de sécurité. Nous avons accosté plus de 1500 personnes, seules ou en groupe. Parmi elles, beaucoup ont passé leur chemin sans s'arrêter. Dès lors que les personnes s'arrêtaient, nous nous présentions en expliquant que nous interrogeons les passants au sujet de notre thèse. Le fait d'être une femme jeune médecin a suscité la sympathie des sujets, qui ont volontiers réalisé l'exercice puisque seuls 28 refus ont été exprimés après exposition du thème de notre recherche (principalement

des couples de personnes âgées, qui disaient ne pas être concernés ; quelques femmes seules ; un homme seul). Nous avons rempli 491 questionnaires.

3.1.4. L'analyse des données

Compte tenu d'un court délai pour l'analyse des résultats, le Département d'Épidémiologie de la Faculté de Médecine de Nancy a donné les résultats aux questions pour la population générale et en fonction du sexe. Les résultats en fonction des autres variables démographiques (âge, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle, statut marital, statut parental) à chaque question auraient pu être contributifs à nos objectifs secondaires. Il pourrait être intéressant de les exploiter ultérieurement. La stratification par niveaux de connaissance a été réalisée pour la population générale puis selon chacune des variables socio-démographiques.

3.2. Sur les résultats

3.2.1. Représentativité de l'échantillon

Nous avons utilisé le test du chi 2 pour comparer l'échantillon et la population générale (38) en fonction des différentes variables socio-démographiques recueillies :

- le sexe
- la tranche d'âge
- le statut d'activité professionnelle
- la catégorie socio-professionnelle
- le statut matrimonial

-le statut parental, dont nous ne disposions pas dans la littérature de taux par rapport à l'effectif de la population, mais par rapport à l'effectif de familles (38) : nous n'avons donc pas utilisé cette variable pour la comparaison.

Les petits p étaient toujours supérieurs à 0,9 : notre échantillon était représentatif de la population générale.

Toutefois, les effectifs de certains groupes socio-démographiques sont petits et ces résultats sont à interpréter avec précaution.

3.2.2. Niveau de connaissance de la population générale sur les violences conjugales

64% de l'échantillon étudié avaient plus de 50% de bonnes réponses au questionnaire.

17% de la population avaient de très bonnes connaissances et seulement 8% étaient très mal informés.

Bien que ne disposant pas de données bibliographiques, nous pensions que le niveau de connaissance était plus faible que cela. Les questions fermées ont probablement permis d'avoir ce taux.

3.2.3. Les différents domaines de prise en charge

3.2.3.1. La reconnaissance des différents types de violence conjugale

Nous avons observé que la violence physique était reconnue par la loi pour plus de 80% de l'échantillon et que 78% pensaient qu'il en était de même pour la violence sexuelle au sein du couple. Un peu moins de 60% pensaient que la violence psychologique était reconnue.

En revanche, la violence verbale et la violence économique et financière n'étaient pas reconnues par la loi d'après les sujets interrogés.

Il n'existait pas de différence significative entre les hommes et les femmes, sauf pour la violence économique et financière ($p=0,0133$).

Par ailleurs, le taux de réponse « je ne sais pas » était toujours d'environ 8% à chacune de ces questions.

Il faudrait donc poursuivre l'information sur les différents types de violence conjugale reconnus par la loi en insistant sur les violences psychologique, verbale et économique et financière. Les violences psychologiques et verbales permettaient d'anéantir toute capacité à trouver des solutions pour sortir de ces situations difficiles : Eleonore Walker décrivait l'impuissance apprise (28) et Seligman retrouvait ce mécanisme de défense chez les animaux et les humains dans une série d'expériences comportementales (30). Il s'agissait d'une adaptation de survie face à une situation jugée inextricable (19). Les chiffres montraient une plus grande fréquence des violences morales par rapport aux violences physiques (1,2). De

plus, les violences économiques et financières servaient à maintenir la victime dans un état de vulnérabilité matérielle (19) propice au silence et à la soumission (37).

3.2.3.2. Les professionnels recours

Parmi les réponses possibles, seuls les pompiers n'avaient pas de formation sur les violences conjugales. Nous avons proposé ce choix à cause du caractère rassurant et protecteur de ce service public facilement accessible par téléphone et connu de toute la population française.

Les forces de l'ordre étaient les interlocuteurs de premier choix selon l'échantillon quelque soit le sexe du sujet interrogé. Ce recours, dont la finalité était le dépôt de plainte et des mesures judiciaires, était évident pour la population. La création de référents au sein des commissariats et de brigades « violence intrafamiliale » permettait une prise en charge globale mais le nombre était insuffisant et les policiers ou gendarmes souvent peu sensibilisés aux problèmes de violence conjugale et méconnaissant les lois et les mesures existantes (12). Des permanences d'intervenants sociaux et de psychologues en service de police et de gendarmerie avaient été mises en place lors du 2^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (45) mais peu utilisées car ignorées des forces de l'ordre (12).

Arrivaient ensuite les urgences médicales et le médecin traitant.

Alors que les hommes comme les femmes identifiaient les services d'urgences comme recours, les femmes reconnaissaient d'avantage par rapport aux hommes que la violence conjugale relevait des compétences du médecin traitant ($p=0,0065$). Nous pouvions pensé qu'était assimilé au médecin traitant une écoute personnalisée dans le cadre d'un problème chronique. Il existait donc chez les femmes, principale population touchée par les violences

conjugales (1,2), ce sentiment de confiance dans leur médecin traitant à éclairer les victimes. Malheureusement, les différentes données nous montraient que le médecin traitant assumait mal ce rôle : manque de formation (initiale et continue), crainte de s’immiscer dans la vie privée de ces patients, manque de temps étaient autant de problèmes retrouvés dans plusieurs études (1, 2, 3, 20, 32, 35, 36). Le Docteur Lazimi avait montré que le dépistage systématique chez les femmes était simple à réaliser, bien accueilli et ne reposait que sur trois questions à poser une fois par an (32). Il y avait donc bien un travail à poursuivre pour optimiser la formation des médecins généralistes mais aussi pour diffuser l’information dans la population. C’était un des enjeux du 3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (12), insistant sur le fait que les médecins étaient les professionnels recevant le moins de formation spécifique alors qu’ils avaient un « rôle central à jouer en terme de repérage et de prise en charge » ; il faudrait le poursuivre.

En 4^{ème} position, nous trouvions les associations nationales et départementales de lutte contre les violences conjugales, recueillant un avis positif prédominant chez les femmes ($p=0,0047$). Alors que ces associations étaient la charpente sur laquelle le travail en réseau devait s’appuyer (12), elles n’étaient pas encore suffisamment connues du grand public. Le développement des accueils de jour était une des priorités du 3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes. Leurs missions étaient d’écouter les victimes, de les informer de leurs droits et de les orienter vers les centres d’hébergement, les assistantes sociales, les médecins, les avocats et les forces de l’ordre.

Les assistantes sociales n’étaient compétentes que pour 56% de l’échantillon pour les hommes comme pour les femmes. Nous pouvions penser que la crainte du retrait de la garde des enfants les tenait à l’écart de ces problèmes. Pourtant leur concours était indispensable pour les demandes de logement, d’aides financières, l’ouverture éventuelle de droits sociaux et l’aide à l’emploi (12).

Moins de 50% de l'échantillon reconnaissaient les services d'accueil téléphonique comme compétents, avec encore une fois d'avantage de bonnes réponses chez les femmes ($p=0,024$).

Associations départementales et nationales, les services d'accueil téléphonique et les assistantes sociales étaient intégrés au sein de réseaux dont la promotion était encore à faire. Le 3^{ème} plan interministériel travaillait sur la centralisation des plateformes d'accueil autour du 3919 et un maillage départemental de « référents » chargés de coordonner les actions des différents professionnels (12).

Encore une fois, le taux de réponse « je ne sais pas » était stable à environ 4,6 %.

Il pourrait donc être intéressant de renforcer l'information sur les professionnels agissant dans le cadre des réseaux, pouvant délivrer une information dans l'anonymat et en dehors de toute procédure. N'oublions pas que les victimes ont besoin de temps et d'écoute pour reprendre le contrôle de leur vie (3, 19, 37) et que ces structures s'y prêtent volontiers.

Le médecin traitant ne remplissait pas cette condition d'anonymat et la crainte d'une intervention auprès de l'agresseur – bien souvent aussi son patient – ou de la justice majorait les réticences à son égard (2, 3, 37). Si les déclarations d'une victime étaient couvertes par le secret médical (39), tout médecin devait également faire part à la justice d'une situation pouvant mettre en danger la vie d'un patient (40,41). Il était aussi important de renforcer ce travail en réseau afin que le médecin ne soit plus seul à évaluer une situation délicate. Le travail d'information devait aussi rassurer la population sur ce point.

3.2.3.3. L'hébergement des victimes

Les hommes avaient tendance à minimiser les droits et recours des victimes :

- d'avantage d'hommes pensaient que la victime était dans l'obligation de quitter le domicile conjugal sans aide ($p=0,0005$) ;
- et d'avantage de femmes pensaient que l'agresseur était systématiquement emprisonné ($p=0,0469$).

Aucune de ces deux propositions radicales n'étaient vraies, mais il existait d'autres moyens parmi lesquels les centres d'hébergement, les familles d'accueil et l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal (6, 12).

Seuls les centres d'hébergement étaient connus (72,2 % de bonnes réponses prédominantes chez les femmes $p=0,0001$).

Les familles d'accueil et l'éviction du conjoint violent sur ordonnance du juge des affaires familiales étaient méconnues ; ces recours étaient toutefois moins méconnus par les femmes que par les hommes (respectivement $p=0,0194$ et $p=0,0019$).

Le taux de réponses « je ne sais pas » était stable et d'environ 14% pour chaque proposition.

La méconnaissance des mesures concernant l'hébergement était donc majeure. L'hébergement était une source importante de crainte pour les victimes (3, 37). Il était primordial de renforcer l'information sur ce point, d'autant plus qu'il s'agissait d'un levier de la violence économique et financière.

3.2.3.4. Le devenir des enfants

La possibilité d'attribution totale de l'autorité parentale au parent victime était prévue par la loi (6). 50% de la population le pensaient alors qu'un tiers n'avait pas d'idée sur la question. Il s'agissait là d'une importante information à diffuser, rassurant les victimes sur un chantage souvent utilisé par l'agresseur (2, 37).

Les femmes étaient mieux informées de cette possibilité ainsi que de l'existence de la possibilité pour le juge des affaires familiales d'organiser les modalités de visite du parent auteur des violences, tout en assurant la sécurité des enfants.

Encore une fois, la population masculine ne pensait pas que de telles mesures puissent exister, peut-être par principe de non-ingérence. Nous pouvions penser que ce sentiment d'impunité permettait à certains d'exercer leurs travers sans retenue. Une prévention primaire était donc souhaitable. Le 3^{ème} plan interministériel en faisait le projet. Nous pourrions proposer des interventions en collège et lycée en tant que médecin généraliste pour promouvoir la non-violence au sein de la famille, sensibiliser les élèves au respect du sexe opposé, lutter contre l'homophobie et diffuser une information sur les droits des victimes.

3.2.2.5. Les peines encourues

Nous pouvions voir que pour seulement 16,1% des sujets le mariage était une circonstance aggravante.

Le taux de réponse « je ne sais pas » variait entre 20% et 40%.

La réponse de la justice face aux agressions physiques ou sexuelles était connue par la population mais améliorable.

En revanche, la réponse de la justice au harcèlement moral, ciment de nombreux cas de violence conjugale (16,19), était très incertaine pour la population.

Le sujet ayant réalisé le meilleur score, gradé de gendarmerie, avait insisté sur la nécessité de récidive du harcèlement moral pour encourir une peine de prison. Par ailleurs, des travaux législatifs récents sur les harcèlements moraux et sexuels dans l'entreprise ont été réalisés. Il serait intéressant de mener un travail transversal d'information sur le harcèlement qu'il soit moral ou sexuel en le décrivant non pas comme une action isolée mais bien comme un comportement dont la chronicité serait toxique (19). Fallait-il maintenir cette notion de récidive ?

La possibilité de surveillance par bracelet électronique, permettant d'assurer la sécurité des victimes après accomplissement ou non d'une peine de prison (42), était également méconnue. L'usage de ce dispositif était prévu par la loi du 9 juillet 2010 (6) mais son évaluation était encore à faire.

Nous pouvions nous demander quels résultats nous aurions recueillis en soumettant ce questionnaire à un panel de médecins généralistes. Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude et d'organiser en fonction des besoins des rencontres avec les associations, les forces de l'ordre et le Procureur de la République dans le cadre d'une formation médicale continue. Nous pourrions également proposer l'intervention de ces professionnels dès la formation initiale.

3.2.4. Connaissances de la population selon certains critères démographiques

3.2.4.1. L'âge

Il n'y avait pas de différence significative entre les 4 groupes de niveau de connaissance.

3.2.4.2. Le sexe

La différence était significative : les femmes étaient mieux informées.

L'information était à renforcer chez les hommes, en expliquant que si ce n'est pas pour leur couple, cela peut malheureusement servir pour aider leurs enfants ou leur entourage.

3.2.4.3. Le statut d'activité professionnelle

Il n'y avait pas de différence significative entre les 4 groupes de niveaux de connaissance.

3.2.4.4. La catégorie socio-professionnelle

La différence entre les 4 groupes de niveaux de connaissance était significative.

D'une part, les professions intermédiaires et supérieures étaient les mieux informées. D'autre part, il fallait renforcer l'information chez les ouvriers et les employés.

Les agriculteurs et artisans/chefs d'entreprise étaient en proportion comparable à la population générale, et donc peu nombreux. La réussite sociale était une caractéristique de certains profils rigides (19). D'autre part la violence conjugale pouvait avoir des retentissements sur le travail, concernant alors cette population d'employeurs. Certaines entreprises comme Champion ou PSA Peugeot n'avaient pas attendu le 3^{ème} plan interministériel pour mener des actions de sensibilisation et de formation des dirigeants à la détection des violences conjugales (12). Il pourrait donc être intéressant de mener une étude ciblée dans ces groupes socio-démographiques.

3.2.4.5. Le statut matrimonial

La différence entre les 4 groupes de niveaux de connaissance était significative.

Les sujets mariés étaient mieux informés. Les sujets veufs (veuves) étaient moins bien informés ; cependant l'effectif était petit ce qui rendait ce résultat peu fiable. La proportion des autres groupes paraissait comparable.

Il paraîtrait peu judicieux en terme d'éthique et de psychologie de cibler une population de veufs et de veuves pour diffuser une information sur la violence conjugale.

Par ailleurs, environ 40% des sujets mariés étaient méconnaissants ou avaient de faibles connaissances : il nous semblerait donc opportun de renforcer l'information dans ce groupe socio-démographique.

3.2.4.6. Le statut parental

La différence entre les 4 groupes de niveaux de connaissance était significative.

Les parents étaient mieux informés que les sujets n'ayant pas d'enfant.

Renforcer l'information chez les sujets sans enfants était une mesure de prévention primaire : parmi eux se trouvaient les sujets jeunes et encore naïfs d'expérience familiale.

Résultats de l'enquête	Propositions
Echantillon représentatif 491 questionnaires recueillis Peu de refus de participation	
Connaissances améliorables, surtout chez les hommes, les ouvriers et les employés. Résultats non exploitables pour les agriculteurs et les commerçants/artisans/chefs d'entreprise	-Diffusion de fiches d'information et affichage dans les cabinets de médecine générale, en ciblant les méconnaissances actuelles et les sous-groupes mal informés -Mener une étude complémentaire chez les agriculteurs et les commerçants/artisans/chefs d'entreprise et promouvoir des formations spécifiques dans les entreprises
Méconnaissance de la violence verbale et de la violence économique et financière	-Renforcer l'information de la population générale sur les types de violence conjugale reconnus par la justice et les mécanismes d'emprise -Renforcer l'accueil et l'accompagnement social
Connaissance mitigée des professionnels recours et du travail en réseau	-Renforcer l'information de la population générale : accès aux professionnels recours, rôle de chacun, travail en réseau, secret médical, 3919 -Renforcer les formations initiale et continue des professionnels recours en organisant des rencontres entre professionnels -Renforcer les réseaux et l'action des associations -Inciter les médecins traitants à réaliser un dépistage systématique annuel
Méconnaissance des mesures d'hébergement, plus importante chez les hommes	-Renforcer l'information de la population générale : centres d'hébergement, familles d'accueil, éviction du conjoint violent
Méconnaissance des mesures pour le devenir des enfants	-Renforcer l'information de la population générale -Actions de prévention primaire : intervention dans les collèges et lycées
Méconnaissance des peines encourues	-Renforcer l'information de la population générale sur la notion de circonstance aggravant du statut de conjoint(e) ou d'ancien(ne) conjoint(e) et sur l'existence d'un délit de harcèlement moral passible de prison -Réaliser un travail transversal sur le harcèlement moral ou sexuel dans la famille et au travail -Organisation de rencontres entre les différents professionnels pour renforcer la réseaux et optimiser l'aboutissement des démarches

3.3. Élaboration d'une fiche d'information

Nous avons élaboré une fiche d'information insistant sur les méconnaissances retrouvées dans notre enquête. Cette fiche est à destination des cabinets de médecine générale mais peut aussi être utilisée dans les cabinets d'autres spécialistes, dans les hôpitaux, dans les commissariats et dans les lieux scolaires. Elle peut être mise à disposition en salle d'attente ou être affichée.



3.4. Apport personnel

3.4.1. L'intérêt des sujets

Les sujets ont été intéressés par ce sujet et nous avons recueilli pluriquotidiennement des confidences d'anciennes victimes ou d'entourage de victimes (famille, amis, collègues de travail et voisinage). Nous avons parfois eu le sentiment de lever le voile sur un tabou et de libérer la parole de quelques sujets qui attendaient qu'on leur en donne l'occasion. Certains sujets nous ont remerciée pour notre écoute.

Aucun sujet interrogé ne s'est déclaré comme étant actuellement victime.

Nous procédions en fin d'entrevue à une rapide correction orale et prenions le temps de répondre à certaines interrogations et de donner des pistes de prise en charge.

La violence conjugale pouvait exister à côté de chez nous sans que l'on s'en rende compte car c'était un tabou. Les recherches sur la violence conjugale dans la population générale le brisaient peu à peu. Parmi les témoignages d'entourage de victime, la phrase « on n'ose pas » revint plusieurs fois. Notre démarche a été encouragée à plusieurs reprises, par des sujets connaissant des victimes ou non.

3.4.2. La découverte d'une facette de la médecine générale.

Nous avons apprécié de réaliser un travail de recherche. Nous avons identifié de nombreux manques dans notre démarche pour la validité méthodologique de notre travail.

Néanmoins, nous pouvions à présent les corriger. Ce fut un moyen pratique d'apprentissage de la critique nécessaire face aux innombrables données dont regorgeait la littérature actuelle, en constante prolifération.

Ce fut un exercice intellectuel passionnant de sans cesse remettre en question ce qui était cru, dit et écrit. Une question en entraînant une autre, nous envisageons de participer à la recherche en médecine générale prochainement.

CONCLUSION

En théorie, de nombreuses mesures législatives, logistiques et humaines existent d'une part pour protéger les victimes et leurs enfants en préservant le lien familial et d'autre part pour punir les auteurs de violence conjugale.

En pratique, certaines mesures clés sont ignorées de la population et les formations professionnelles sont insuffisantes. Certains groupes de populations sont mal informés.

L'organisation d'interventions pluridisciplinaires, que ce soit en terme de prévention et d'information du grand public ou en terme de formation des professionnels, répondrait à plusieurs objectifs des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes.

Il serait important de réaliser un travail de recherche sur les mesures permettant une augmentation des appels vers le 3919 et l'aboutissement des démarches judiciaires. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de victimes pour analyser les causes de retard pourrait également compléter notre enquête. On pourrait aussi évaluer l'impact de l'information des coupables sur les mesures existantes afin d'évaluer l'intérêt de la prévention primaire chez les jeunes et peut-être de motiver le développement d'un module d'éducation sexuelle qui pourrait être plus transversal. Enfin nous pensons qu'il est indispensable de rechercher s'il existe un seuil de connaissance efficace.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion JM, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B et al., *Les violences envers les femmes en France. Une Enquête Nationale*. La documentation française, 2003 : Paris. 370 pages.
2. Henrion R, *Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministère de la santé*. 2001. 81 pages.
3. Kacenelenbogen N, Offermans A.-M., *La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste*. Rev Med Brux 2010 ; 31 :415-25.
4. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R, *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2002. 404 pages
5. *Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes*, Pékin, 4 au 15 septembre 1995. 141 pages.
6. *Loi du 9 juillet 2010*, disponible en ligne sur www.legifrance.gouv.fr (page consultée le 26/10/2011)
7. *Loi du 4 avril 2006*, disponible en ligne sur www.legifrance.gouv.fr (page consultée le 26/10/2011)
8. Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité, *En France, tous les 4 jours, une femme meurt victime de violences conjugales... Violences conjugales, chiffres et mesures*. 2005. 46 pages.
9. *Si vous avez subi ou si vous subissez des violences, Informations médicales*, Brochure réalisée par l'antenne 92 de l'Institut de Victimologie, Délégation régionale et départementale aux droits des femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France, 2008.
10. Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités Territoriales, Délégation aux victimes, Direction générale de la Gendarmerie Nationale, Direction générale de la Police Nationale, *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple pour l'année 2005*. 13 pages
11. Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités Territoriales, Délégation aux victimes, Direction générale de la Gendarmerie Nationale, Direction générale de la Police Nationale, *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple pour l'année 2010*. 16 pages
12. Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, *3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013*. 79 pages.
13. Assemblée Générale des Nations Unies 1993, *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. 1993
14. Koss MP et al., *No safe haven : male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Psychological Association, 1994.
15. Yoshihama M, Sorenson SB, *Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. Violence and Victims*. 1994, 9 :63–77.
16. Ellsberg MC et al., *Candies in hell : women's experience of violence in Nicaragua*. Social Science and Medicine, 2000, 51 :1595–1610.
17. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home : men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington (Nouvelle-Zélande), New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995
18. www.sivic.org (page consultée le 29/10/2011)
19. Hirigoyen MF, *Femmes sous emprise: les ressorts de la violence dans le couple*, ed. O. Editions. 2005. 311 pages

20. Chambonnet JY, Douthard V, Mallet R, Urion J, *La violence conjugale : prise en charge en médecine*, Rev Prat Med Gen 2000, 14, n°507, 1481-85
21. Campbell JC, *Violence against women II, Health consequences of intimate partner violence*, Lancet 2002; 359: 1331–36
22. Rudolph MN, Hughes DH, *Emergency assessments of domestic violence, sexual dangerousness, and elder and child abuse*. Psychiatr Serv. 2001 Mar; 52(3):281-2.
23. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R, *Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey*. BMJ. 2004 Mar 13; 328 (7440): 621-4.
24. Drouin C, Drolet J. *Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe, guide d'intervention*. Québec, mars 2004
25. Cocker AL, et al. *Physical health consequences of physical and psychological intimate violence partner*. Arch fam med 2000; 9: 451-8.
26. Coutanceau R, *Auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention. Rapport au ministère délégué à la Cohésion Sociale et à la Parité*. Mars 2006, 27 pages.
27. Meloy JR, *Antisocial personality disorders* , in L'Evolution psychiatrique, Les Psychopathies, octobre-décembre 2001.
28. Walker LE, *The Battered Woman*, New York, Harper & Row, 1979.
29. Casalis MF, conseillère technique à la délégation régionale aux droits des femmes de l'Ile de France, disponible en ligne <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr> (page consultée le 26/06/2012)
30. Seligman M, *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975, 231 pages.
31. Damiani C, *Les Victimes*, Paris, Bayard Editions, 1997
32. Lazimi G, *Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ?*, disponible sur www.dmg.medecine.univ-paris7.fr (page consultée le 25/03/2012).
33. Tournyol Duclos L, *Les violences faites aux femmes, Enquête Cadre de Vie et sécurité 2008*, disponible en ligne sur www.insee.fr (page consultée le 18/01/2012).
34. SoRelle R, *Domestic Violence Victims More Likely to Seek Emergency Care for Self-Harm*, Emergency Medicine News 2006 ; 28 : 1,28,30.
35. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD, *Barriers to screening for domestic violence*, J Gen Intern Med 2002 ; 17 : 112-6.
36. Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Feder G, *Appraisal of evidence about screening women for domestic abuse. Report to National Screening Committee*. Department of General Practice & Primary Care Barts and The London Queen Mary's School of Medicine & Dentistry, 2001.
37. Bounoure A, *Les femmes victimes de violence conjugale face à leur médecin traitant : entente et attentes*, thèse d'exercice en médecine générale Strasbourg 2010, 201 pages.
38. *Recensement de la population française 2008*, disponible en ligne sur le site www.insee.fr (page consultée le 14/04/2012).
39. Article 226-13 du Code Pénal
40. Article 9 du Code de Déontologie Médicale faisant partie du Code de Santé publique
41. Article 223-6 du Code Pénal
42. Bébin X, *Le bracelet électronique prévient-il efficacement la récidive ?* Avril 2009, en ligne sur www.institutpourlajustice.com (page consultée le 30/05/2012).
43. Article 10 du Code de Déontologie Médicale faisant partie du Code de Santé Publique
44. Article 44 du Code de Déontologie Médicale faisant partie du Code de Santé Publique

45. Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Solidarité, *Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes 2^{ème} plan global triennal 2008-2010*. 21 pages.

ANNEXE 1

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je m'appelle Sophie LARUELLE et rédige ma thèse de docteur en médecine générale.

Dans ce cadre, je réalise une enquête sur la violence conjugale.

Le but de cette étude est de décrire les connaissances de la population française sur ce sujet.

Il ne s'agit donc pas d'un recueil des témoignages de victimes.

Les questionnaires sont anonymes.

Les quelques renseignements personnels demandés (sexe, âge et catégorie professionnelle) en début de questionnaire sont nécessaires à l'analyse des résultats et ne seront pas utilisés autrement.

En vous remerciant chaleureusement pour votre aide,

Sophie LARUELLE

sophielaruellenancy@yahoo.fr

<u>QUESTIONNAIRE ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LA VIOLENCE CONJUGALE D'HOMMES ET DE FEMMES VIVANT EN LORRAINE</u>

I) INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

A/Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

B/Vous avez :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Entre 18 et 24 ans | ☐ Entre 25 et 34 ans | ☐ Entre 35 et 44 ans |
| ☐ Entre 45 et 54 ans | ☐ Entre 55 et 64 ans | ☐ Entre 65 et 74 ans |
| ☐ Plus de 75 ans | | |

C/Votre activité :

- ☐ En activité ☐ En recherche d'emploi ☐ En retraite ☐ Etudiant

D/Votre profession :

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ Agriculteur, exploitant | ☐ Commerçant, artisan, chef d'entreprise | |
| ☐ Profession libérale | ☐ Ouvrier | ☐ Employé |
| ☐ Fonctionnaire | ☐ Sans profession | ☐ Cadre |

E/Vous êtes actuellement :

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ Marié(e) | ☐ Pacsé(e) | ☐ En concubinage |
| ☐ Célibataire | ☐ Veuf/veuve | ☐ Divorcé (e) |

F/Vous avez des enfants : ☐ Oui ☐ Non

Après ces quelques questions nécessaires aux statistiques, voici les questions sur les mesures contre les violences conjugales. Répondez rapidement, en utilisant vos connaissances ou votre instinct.

Si il y a des enfants : (plusieurs réponses possibles)

*Ils sont toujours placés en foyer pendant la procédure

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

*L'autorité parentale peut être entièrement confiée à la victime, sur ordonnance du juge des affaires familiales ; les enfants sont sous le même toit que la victime

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

* Rien n'est prévu pour la continuité des liens entre l'agresseur (se) et les enfants

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

*Le juge peut organiser les modalités des visites du parent agresseur à ses enfants (lieu de rencontre, assistance d'une personne de confiance)

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

IV) PEINES ENCOURUES (choisissez une seule réponse aux questions ci-dessous)

D'après vous, le fait d'être marié est-il une circonstance aggravante aux yeux de la justice?

☐ Oui ☐ Non, ça ne change rien ☐ Non, c'est une circonstance atténuante
☐ Je ne sais pas

Le PACS, la vie en concubinage ou la simple vie en couple sont-ils reconnus par la justice au même titre que le mariage ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Le fait d'être un « ex » est-il une circonstance aggravante aux yeux de la justice ?

☐ Oui ☐ Non, ça ne change rien ☐ Non, c'est une circonstance atténuante ☐ Je ne sais pas

Est-ce que d'après la loi un coup de poing entre conjoints peut entraîner une peine de prison si cela se reproduit souvent, même sans blessure importante ?

☐ Oui
☐ Non mais cela peut être puni par une amende
☐ Non car c'est un problème familial et ne regarde pas les institutions
☐ Je ne sais pas

Le viol ou les agressions sexuelles au sein du couple :

☐ sont punies par la prison
☐ sont punies par une simple amende
☐ ne sont pas reconnus par la justice
☐ Je ne sais pas

Le harcèlement moral au sein du couple :

☐ est puni par une simple amende
☐ est puni par de la prison et une amende
☐ n'est pas reconnu par la loi car on ne peut pas quantifier les dommages (incapacité totale de travail) subis par la victime
☐ Je ne sais pas

La loi prévoit la possibilité de surveillance électronique de l'agresseur :

☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions,
En cas de violence conjugale, le numéro à composer pour en parler est le 3919

ANNEXE 2

Grille d'évaluation de la dangerosité des situations de violences conjugales et familiales (adapté de Campbell JC38)

**La présence de trois de ces facteurs ou plus indique un
risque léthal élevé :**

- La fréquence et la gravité des épisodes de violence s'intensifient au fil du temps.
- Il y a des armes, notamment à feu, facilement accessible à la maison.
- Le patient déclare avoir peur pour sa vie.
- Le patient a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves.
- Le patient projette de quitter son partenaire ou de divorcer dans un avenir proche.
- Les épisodes de violence contre le patient se produisent également en dehors du domicile.
- Son (sa) conjoint(e) est également violent à l'égard des autres, notamment des enfants.
- Son conjoint a également fait acte de violence pendant la grossesse.
- Il a fait subir des violences sexuelles à la femme.
- Son (sa) conjoint(e) menace de le (la) tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider.

ANNEXE 3

Expériences de Seligman : l'impuissance apprise

- sur des chiens :

Les chiens sont munis de harnais les empêchant de s'échapper.

On les soumet à des décharges électriques aléatoires qui ne sont précédées d'aucun signal.

Le lendemain on les entraîne à éviter les décharges ou à s'échapper.

Le jour d'après, on redispense les décharges sur les chiens qui savent éviter ou s'échapper :

1/3 a rapidement su éviter ou s'enfuir, alors que 2/3 adoptent une attitude passive.

- sur des étudiants volontaires :

Les étudiants sont rémunérés d'avance et placés dans une pièce dont la porte n'est pas fermée à clef.

On les soumet à des bruits insupportables de façon aléatoire avec une intensité variable.

Au fil de l'expérience, les capacités cognitives diminuent et les étudiants ne cherchent pas à partir.

TABLE DES MATIÈRES

<u>Introduction</u>	18
<u>Généralités</u>	19
1. Qu'est-ce que la violence conjugale ?	19
1.1. Définitions	19
1.1.1. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé	19
1.1.2. Les cinq types de violence conjugale	20
1.1.2.1. La violence physique	24
1.1.2.2. La violence psychologique	24
1.1.2.3. La violence verbale	24
1.1.2.4. La violence sexuelle	25
1.1.2.5. La violence économique et financière	26
1.2. Graduation de la violence conjugale	27
1.2.1. La violence conjugale croissante et grave	27
1.2.2. La violence conjugale courante	27
1.3. Quelques chiffres	28
2. Outils d'identification de la violence conjugale et d'évaluation de sa gravité	29
2.1. Facteurs de risque	29
2.2. Facteurs de gravité	30
2.2.1. Caractéristiques de la violence	30
2.2.2. Contexte situationnel et relationnel	30
2.2.3. Caractéristiques de l'agresseur	30
2.2.4. Caractéristiques de la victime	31
3. Mécanismes psychologiques de l'agresseur	31
3.1. Mécanismes psychologiques de l'agresseur à travers les principaux profils psychologiques décrits	31
3.1.1. Les profils narcissiques	32
3.1.1.1. Personnalités narcissiques, mal structurées	32
3.1.1.2. Personnalités psychopathiques : les narcissiques agressifs	33
3.1.1.3. Personnalités immaturo-névrotiques dans le spectre de la normalité	34
3.1.2. Les profils rigides	34
3.1.2.1. Les personnalités obsessionnelles	34
3.1.2.2. Les personnalités paranoïques	35
3.1.3. A la croisée des chemins entre les narcissiques et les rigides	36
4. Chronologie de la violence conjugale	37
4.1. La violence cyclique	38
4.2. La violence perverse	38
5. Retentissement sur l'état de santé : le rôle du médecin généraliste	40
5.1. Un problème de santé publique	40
5.2. Le dépistage ciblé	40
5.3. Le dépistage systématique	40
5.4. La diversité des motifs de consultation	41
6. Ressentis de victimes	43
<u>Matériel et méthode</u>	45
1. Protocole de recherche	45
1.1. Objectifs	45
1.1.1. Objectif principal	45
1.1.2. Objectifs secondaires	45

1.2. Méthode.....	45
1.2.1. Questionnaire.....	46
1.2.1.1. Elaboration.....	46
1.2.1.2. Test.....	47
1.2.2. Nombre de sujets nécessaires et échantillonnage.....	49
1.2.3. Recueil des données.....	50
1.3. Exploitation des données.....	50
2. Résultats.....	52
2.1. Représentativité de l'échantillon.....	52
2.1.1. Sexe.....	52
2.1.2. Age.....	52
2.1.3. Activité.....	53
2.1.4. Profession.....	53
2.1.5. Statut matrimonial.....	54
2.1.6. Enfants.....	54
2.2. Réponses au questionnaire.....	55
2.2.1. Les types de violence conjugale reconnus par la justice.....	55
2.2.1.1. Selon la population générale.....	55
2.2.1.2. Selon le sexe.....	56
2.2.2. Les professionnels recours.....	59
2.2.2.1. Selon la population générale.....	59
2.2.2.2. Selon le sexe.....	60
2.2.3. Les mesures pour l'hébergement des victimes.....	64
2.2.3.1. Selon la population générale.....	64
2.2.3.2. Selon le sexe.....	65
2.2.4. Les mesures concernant les enfants.....	68
2.2.4.1. Selon la population générale.....	68
2.2.4.2. Selon le sexe.....	69
2.2.5. Le statut juridique du couple dans la violence conjugale.....	71
2.2.5.1. Le couple circonstance aggravante : selon la population générale.....	71
2.2.5.2. Le couple circonstance aggravante : selon le sexe.....	71
2.2.6. PACS, concubinage et vie de couple.....	72
2.2.6.1. Selon la population générale.....	72
2.2.6.2. Selon le sexe.....	72
2.2.7. Les peines encourues.....	73
2.2.7.1. Selon la population générale.....	73
2.2.7.2. Selon le sexe.....	73
2.2.8. La surveillance par bracelet électronique.....	74
2.2.8.1. Selon la population générale.....	74
2.2.8.2. Selon le sexe.....	74
2.3. Stratification en niveau de connaissance.....	75
2.3.1. Selon l'âge.....	76
2.3.2. Selon le sexe.....	76
2.3.3. Selon le statut d'activité professionnelle.....	77
2.3.4. Selon la catégorie socio-professionnelle.....	77
2.3.5. Selon le statut marital.....	78
2.3.6. Selon le statut parental.....	78
3. Discussion.....	79
3.1. Sur la méthode.....	79
3.1.1. L'élaboration du questionnaire et du scoring.....	79

3.1.1.1. Les lacunes bibliographiques.....	79
3.1.1.2. Les lacunes de formulation.....	79
3.1.1.3. Les lacunes de variable démographique.....	80
3.1.2. Les biais.....	81
3.1.2.1. Le biais de sélection.....	81
3.1.2.2. Le biais d'information.....	81
3.1.3. Les refus de participation.....	81
3.1.4. L'analyse des données.....	82
3.2. Sur les résultats.....	82
3.2.1. Représentativité de l'échantillon.....	82
3.2.2. Niveau de connaissance de la population générale sur les violences conjugales.....	83
3.2.3. Les différents domaines de prise en charge.....	84
3.2.3.1. La reconnaissance des différents types de violence conjugale.....	84
3.2.3.2. Les professionnels recours.....	85
3.2.3.3. L'hébergement des victimes.....	88
3.2.3.4. Le devenir des enfants.....	89
3.2.3.5. Les peines encourues.....	89
3.2.4. Connaissances de la population selon certains critères démographiques.....	91
3.2.4.1. L'âge.....	91
3.2.4.2. Le sexe.....	91
3.2.4.3. Le statut d'activité professionnelle.....	91
3.2.4.4. La catégorie socio-professionnelle.....	91
3.2.4.5. Le statut matrimonial.....	92
3.2.4.6. Le statut parental.....	93
3.3. Fiche d'information à destination des patients en cabinet de médecine générale.....	95
3.4. Apport du travail.....	96
3.4.1. L'intérêt des sujets.....	96
3.4.2. La découverte d'une facette de la médecine générale.....	96
<u>Conclusion</u>	98
<u>Bibliographie</u>	99
Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des connaissances.....	102
Annexe 2 : Grille d'évaluation du risque léthal JC Campbell 1995.....	105
Annexe 3 : Les expériences de Seligman.....	106
<u>Table des matières</u>	107

VU

NANCY, le **17 septembre 2012**
Le Président de Thèse

NANCY, le **17 septembre 2012**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/5027

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

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Depuis un peu plus de 10 ans, les institutions sanitaires nationales et internationales alertent les pouvoirs publics sur le phénomène croissant et banalisé des violences conjugales. Les gouvernements français tentent d'y apporter des réponses législatives, associatives et sociales ; malgré cela les chiffres sont en augmentation. On a pensé que d'évaluer les connaissances de ces mesures au sein de la population générale serait intéressant. **Matériel et méthode :** Un questionnaire comprenant des données sociodémographiques (sexe, âge, statut d'activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle, statut matrimonial, statut parental) et 28 items (questions à réponses fermées) sur les différents axes de prise en charge des victimes a été élaboré. Le recueil a eu lieu dans différentes communes de Lorraine. Un scoring des réponses a été établi, permettant de réaliser une stratification sur 4 niveaux de connaissance (de méconnaissance à très bonne connaissance) déclinée en fonction des critères démographiques. **Résultats :** On a recueilli 491 questionnaires dont 235 hommes et 256 femmes. Il y a eu 28 refus de participation. L'information de la population générale est moyenne. L'analyse des données a retenu que les violences verbales et économiques étaient moins bien repérées comme violences conjugales. Les hommes, les employé(e)s et les ouvrier(e)s sont moins bien informés dans ces domaines. La possibilité de surveillance par bracelet électronique est méconnue de la population générale. **Discussion :** Il est intéressant de voir que peu de personnes ont refusé de participer après avoir pris connaissance du thème de recherche. L'échantillon interrogé est représentatif de la population générale. Les limites de l'étude sont l'élaboration du questionnaire et du scoring sans référence bibliographique, l'absence d'exploitation du caractère urbain ou rural du lieu de recueil et l'obtention de petits effectifs pour certains groupes de population ne permettant pas de conclure sur ces groupes. Les mesures méconnues par la population sont au centre des travaux gouvernementaux actuels. Au regard des résultats, une fiche à diffuser dans les cabinets de médecine générale est élaborée afin d'aider les victimes et de sensibiliser la population.

Conclusion : Le défaut de formation initiale et continue pour les médecins généralistes et le manque d'interventions de prévention en entreprise, lycées et collèges nécessitent la poursuite des actions menées dans le 3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes.

TITRE EN ANGLAIS : A quantitative study of the knowledge of Lorraine population on intimate partner violence

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE-ANNÉE 2012

MOTS-CLÉS: Violence conjugale, population générale, questionnaire, connaissances, peines encourues, recours existants

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
