



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>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2016

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NANCY

THESE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Manon DAUTREVAUX
Née le 08/08/1988 à Péronne (80)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MÉDECINE DE
NANCY

Le 10 Novembre 2016

Quels sont les freins au dépistage et à la prise en
charge des violences conjugales en soins primaires?
Quelles réponses peut-on apporter ?

Membres de Jury

Professeur Olivier MOREL	Président de jury
Professeur Paolo DI PATRIZIO	Juge
Docteur Laurent MARTRILLE	Juge
Docteur Olivier BOUCHY,	Directeur de thèse
Mme Célia ZAFFARONI,	Juge

Ce qui n'est pas exprimé, reste dans le cœur et peut le faire éclater.

William Shakespeare

It always seems impossible until it's done.

Nelson Mandela



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

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 René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

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

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

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 Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

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

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

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*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

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

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeure 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

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

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

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

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

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

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

La soutenance de thèse est un moment chargé d'émotion et l'aboutissement d'une consécration dans la vie d'un interne. Ce jour arrive pour moi grâce au soutien, à l'entourage et l'amour de mes proches. A toutes les personnes qui ont cru en moi alors même que le doute m'envahissait.

Au jury de cette thèse,

A Mon directeur de thèse, Dr Bouchy, merci d'avoir accepté de diriger ce travail sans même me connaître, de m'avoir fait confiance, de nous être retrouvés sur un sujet qui nous tient tous deux à cœur. Votre présence et votre disponibilité ont été précieuses et indispensables pour aboutir à ce travail. A quand nos prochaines collaborations sur ce sujet ?

A Monsieur le Professeur Morel, qui m'a fait l'honneur d'accepter la Présidence de jury de cette thèse ainsi que de m'avoir fait partager sa grande expérience au cours de six mois de stage mémorables. Je vous en remercie et vous assure de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Di Patrizio, qui me fait l'honneur de sa participation au jury de thèse, merci de l'attention que vous portez à ce sujet. Veuillez être assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Martrille, qui me fait l'honneur d'être présent dans ce jury, merci de l'intérêt certain que vous avez d'emblée exprimé pour ce sujet et pour vos précieux conseils aux prémices de ce projet. Veuillez recevoir l'expression de ma plus profonde gratitude.

A Madame Zaffaroni, psychologue clinicienne, qui me fait l'honneur d'être membre de ce jury et de juger ce travail avec toute son expertise. Veuillez être assurée de mon sincère respect.

Aux Docteurs,

A Madame le Docteur Mauffrey, qui m'a accordé sa confiance dès notre première rencontre et a cru en mon projet. Merci pour votre enthousiasme, la justesse et la qualité de vos conseils, pour l'accompagnement sans faille au cours de l'élaboration de ce travail. Votre expérience a été un véritable atout. Veuillez être assurée de mon profond respect.

Messieurs les Docteurs Rajau, Derlon et Antoine pour m'avoir fait découvrir le vaste monde de la médecine générale et conforté dans mon choix. Je vous en remercie infiniment de m'avoir transmis votre passion et enthousiasme.

Merci à tous les médecins dont j'ai croisé le chemin au cours de ces neuf années d'études, d'avoir été patients et partagé votre expérience. Merci de m'avoir transmis votre passion qui est devenue la mienne.

Merci aux médecins et personnels du service d'hépatogastro-entérologie de Mercy de me faire confiance dans la prochaine étape de ma vie, et que j'aurai tant de plaisir à retrouver.

A Madame Grandjany, pour la confiance sereine et immédiate que vous m'avez accordée, pour m'avoir permise de mettre en œuvre ce beau projet et de le voir naître progressivement, pour votre expérience et vos précieux conseils, je vous en remercie sincèrement. Et nous n'allons pas nous arrêter en si bon chemin !

A ma famille,

A mes Parents, les mots ne suffiront pas à eux seuls pour exprimer ce que je ressens, mais vous le savez déjà. Votre soutien infailible, votre amour, votre présence de tous les jours, si je suis là aujourd'hui c'est indéniablement grâce à vous. Vous avez cru en moi jusqu'au bout, et su trouver les mots quand il fallait. Vous m'avez donné la force de continuer. Je vous dois ma volonté. Merci. Je vous aime.

A mes Bros and Sis, merci de votre patience et de me supporter! D'avoir subi mes études de médecine avec moi et malgré mes sauts d'humeur... Je vous aime. Thibault, à ton âme d'artiste qui me permet de m'évader, ton côté rêveur qui peut m'exaspérer mais dans le fond que j'aime, tant il te caractérise, garde cette spontanéité. Mon frère « presque » jumeau de 15 mois d'écart. Sam, ta maturité et ta détermination m'impressionnent, ta réussite est sans demi mesure tout comme ma fierté. A nos ressemblances de numéro 1 et 3. Noémie, notre complicité, nos différences et notre amour l'une pour l'autre est une force pour moi. A toi et ton naturel si rafraîchissant ;-)

To my Papy, you always believed in me and what I could do, sometimes even before me... You just knew. Thank you so much. Thank you for being there for me. Love you.

A ma famille française, les fêtes de famille ont été plus qu'appréciées au cours de ces années, et quel bonheur de vous retrouver à chaque fois ! A quand la prochaine?

To my English family, even if it hasn't always been easy to understand the process of my studies, due to the very particular French system! You were always there for me and made my trips to England such a pleasure. Because We are family !

Aux personnes si chères à mon cœur qui nous ont quittées et qui me manquent tellement.

A ma deuxième famille, mes amis si chers à mon cœur,

Les études de médecine sont une épreuve de tous les jours, mais que serait-ce sans ses amis, sans les soirées, sans les apéros, sans le champagne, sans le spritz du lundi, sans nos fous rires, sans nos week-ends, sans le réconfort des uns et des autres dans les moments difficiles...? (La liste est tellement longue ;-))

A Annel, ma confidente, mon amie, mon âme sœur, tu as toujours été là pour moi dans mes moments de doutes et a su me remonter, ton soutien est si précieux. Nos danses me manquent. Merci.

A ma famille Chagalienne, Doudou, Anais et Pinpin, avec qui j'ai tout simplement découvert les joies de vivre en communauté et les plaisirs de la vie ! Love you!

A Emilie et Benjamin, 25 ans que l'on se connaît et que l'on ne se quitte pas. Vous êtes des personnes extraordinaires ! Vous avez toujours été présents pour moi, et je vous en remercie profondément.

A Aurélie, Maité, Marie, Gaëlle, Amélie, Laura, Juliane, Fabien, Eric, pour votre soutien sans faille, malgré la distance, mes absences dues à mes études, vous ne m'avez jamais lâché, vous êtes toujours là pour moi quand je rentre à la maison. Il me semble que ça s'appelle l'amitié.

Aux Rémois, Fanny, Claire, Charline, Fiona, Caroline, Virginie, Baptiste, Zoé, que je prends plaisir à revoir à chaque fois, merci pour les pots cafet' et apéros en tout genre, sans qui l'externat aurait été beaucoup moins drôle ! Vous étiez présents dans tous les moments difficiles, et je ne l'oublierai jamais ! Un milliard de mercis ! A toi ma Fanny, dont nos chemins continuent ensemble encore à ce jour, quelle joie de t'avoir si près de moi !

Aux Nancéens, Merci pour tous ces moments si magiques ! Mon internat a été une fête permanente et un véritable bonheur!

A Delphine, ma première rencontre à Metz, et quelle rencontre ! Le coup de foudre entre nos Clios nous a rapprochées. Ta présence et ton calme sont si apaisants. Tu as toujours su trouver les mots dans les moments difficiles. Tes attentions pleines de délicatesses te rendent indispensable dans ma vie. Grâce à toi, mon chemin a croisé celui de Chris (Maurice), l'incontournable personnalité qui me fait tant rire et dont je ne pourrais plus jamais me passer, ton attitude bienveillante est si réconfortante.

A Omar, il n'y a rien de tel que ton réconfort, ton sourire, ta délicatesse, ton côté protecteur, toi pour me faire rire et me comprendre. Merci d'être là pour moi.

A Jérém, merci pour les sauts de page et de section.

A Mika, ton attitude protectrice me donne l'impression que jamais rien ne pourra m'arriver, ton sourire rassurant et ta gentillesse me laisse croire que tout ira bien.

A ma « *She Baba team* »,

A Ma Chloé, j'aime à croire que le destin existe et que certaines rencontres n'arrivent pas par hasard, ton soutien et ta présence sans failles sont une bouffée d'oxygène à chaque instant. « Une des plus belles qualités d'une véritable amitié est de comprendre et d'être compris » (*Sénèque*)

A Camille, Camo, il était une fois toi et moi. Avec toi, le mot impossible n'existe pas, l'insurmontable est surmontable. La vie est une fête. Lorsque je m'essouffle et souffre, ton sourire, nos verres de vin, nos fous rires, ton soutien inconditionnel sont un précieux bonheur. Merci infiniment pour ta présence. Avec notre acolyte Ana nous allons gravir des montagnes et surtout les Hamptons ;-)
ton rire et ta générosité, le plaisir de voyager ensemble sont des instants précieux avec toi Ana !

A Johanna, ta spontanéité et ton insouciance apportent de la légèreté si rafraîchissante dans ma vie que je ne voudrais pour rien au monde te perdre! (Même si de temps en temps ils nous arrivent de perdre certaines choses ;-))

A Julie, mon ptit chat, une écoute, un réconfort, une générosité, du rire (beaucoup), un spritz (et ça repart), des week-ends, une amitié.

A Poppy, après quelques jours passés ensemble nous n'avions plus de secrets l'une pour l'autre ! Ta rencontre a été extraordinaire, tes remarques insouciantes sont si touchantes. Tu restes et resteras la fondatrice de she babao.

A Fayçal, comme le ying et le yang, la rancune et l'oubli, la vengeance et le pardon, la caipi et le vin, le silence et la communication, nos oppositions nous ont simplement rapprochées.

A Annabelle, Fabien et « les trois Homards », mon travail de thèse a été rythmé par les émotions et montagnes russes que vous avez engendrés ! Votre rencontre a été un pur bonheur. Annabelle, je t'admire pour ta raison, ta sagesse, ta rage, ta gentillesse... ouh la la! La liste est longue !

Et c'est évidemment sans oublier, Florence, Margot, Mat, Quentin, Kunga, les Guiguis, Charlotte, Mathilde, Jauffrey, Gaby qui font de Nancy le « presque plus bel endroit du monde »!

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 ».

Tables des Matières

INTRODUCTION.....	17
Définitions.....	17
Le contexte	18
Quelques chiffres clés	20
Les mesures gouvernementales.....	20
Méthode et Population.....	21
ARTICLE : Violences conjugales, un problème d'actualité en soins primaires: quelles solutions?	23
Résumé	24
Abstract	24
Introduction.....	25
Méthodes.....	25
Résultats.....	27
Discussion	28
Conclusion.....	34
Références	35
Annexes.....	39
CONCLUSION	55
D'un point de vue personnel	55
Difficultés rencontrées	56
Quelques perspectives	56
La création d'un outil : fiche réflexe	57

INTRODUCTION

Définitions

« Les violences conjugales sont un processus au cours duquel un partenaire exerce à l'encontre de l'autre, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs, violents et destructeurs. L'emprise et la peur du conjoint enferment la victime dans un conditionnement dont il lui est difficile de sortir sans aide. La violence conjugale entraîne des conséquences graves qui peuvent aller jusqu'au décès de la victime », *Ministère des Affaires Sociales et de la Ville. SGS-SDF 1994.*

« La violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé, sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant 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 », *définition de l'OMS*, insistant sur la notion de contrainte.

« Les violences conjugales, quelle qu'en soit la forme, sont avant tout une transgression de la loi pénale, une infraction, et doivent donc être désignées comme telles pour en interrompre le cycle ou la répétition». *Édouard Durand – ouvrage Violences conjugales et parentalité, Protéger la mère c'est protéger l'enfant – L'Harmattan 2013.*

Les violences conjugales ne se limitent pas qu'aux violences physiques. Elles peuvent se décliner sous différentes formes pouvant rendre leurs repérages complexes. Ses formes ont bien été définies par l'OMS : les agressions physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, et économiques.

Ce processus de violence s'intègre dans un cycle décrit en quatre étapes :

- Phase 1 : climat de tension : accès de colère de l'agresseur et menace.
- Phase 2 : crise : les violences verbales, physiques, psychologiques, sexuelles ou économiques débutent.
- Phase 3 : justification : excuses pour justifier le comportement agressif.
- Phase 4 : Lune de Miel : demande de pardon, cadeaux, la victime lui redonne une chance.

A nouveau, en fonction de la phase dans laquelle la victime se situe, les professionnels de santé n'appréhenderont pas la prise en charge avec la même stratégie.

Le contexte

En 2001, le Professeur Roger Henrion rédige, entouré d'un comité d'experts, un rapport édifiant et alarmant sur les violences conjugales. Le constat est simple : les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique, les conséquences sur la santé des femmes sont multiples pouvant aller jusqu'à la mort (en 2015, 122 femmes ont été tuées), et les professionnels de santé ont une place prépondérante dans le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Ce comité oriente ainsi vers dix actions prioritaires urgentes à appliquer. Nous sommes alors aux prémices en France de la prise de conscience de la réalité et de l'impact de cette problématique.

Ce rapport fait suite à une « Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France » (Enveff) réalisée en 2000. Cette enquête, à l'initiative de Mme Maryse Jaspard, établit un état des lieux sans appel, 10% des femmes en France sont ou ont été victimes de violences conjugales dans les 12 mois précédents l'étude. L'enquête incluait toutes les formes de violences (physiques, sexuelles, psychologiques, économiques...). Ces résultats ont surpris par leur ampleur et ont entraîné des réactions gouvernementales et notamment la demande du « Rapport Henrion ».

Il faudra cinq ans après le rapport Henrion pour voir les premières lois sur les violences appliquées, associées à des plans interministériels de « lutte contre les violences faites aux femmes ». Le quatrième est en cours actuellement.

Seize ans après ces constats alarmants, 9% des femmes en France sont victimes de violences conjugales. Alors que des plans d'action et de sensibilisation ont été mis place, qu'il y a eu reconnaissance d'un problème majeur de santé publique, pourquoi existe-t-il une si faible régression statistique du nombre de victimes ?

Le rapport Henrion plaçait les professionnels de santé et notamment les médecins comme acteurs principaux dans la prise en charge des violences faites aux femmes. Il paraissait donc intéressant et logique d'orienter notre étude sur les professionnels de santé en soins primaires. Ce sont les premiers interlocuteurs des femmes, ils se trouvent bien souvent en première ligne lors des multiples consultations des victimes.

Quelles sont leurs barrières au dépistage?

Il existe à ce jour peu d'études médicales quantitatives ou qualitatives sur le sujet des violences conjugales en France. Aussi nous avons tenté d'identifier les principaux freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires en France au travers d'une revue systématique de la littérature. Un tel travail n'ayant pas été retrouvé au cours de nos recherches préalables de question de thèse.

A ce jour, pour les professionnels de santé, il n'existe pas de démarche diagnostique définie concernant les violences, aucune recommandation officielle n'a été publiée hormis pour le suivi de la grossesse. Les médecins se sentent isolés et démunis face à cette problématique.

Ainsi, secondairement, nous tenterons d'apporter une réponse aux principaux freins analysés par l'élaboration d'un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales et d'utilisation facile en pratique courante en consultation.

Quelques chiffres clés

Le rapport « enquête sur les morts violentes au sein du couple 2015 » recense 122 femmes tuées par leur conjoint ou ex-conjoint et 22 hommes. Ainsi, en moyenne, une femme meurt tous les 3 jours en France des suites de violences domestiques.

Sur 115 femmes tuées par leur conjoint officiel, 38% étaient victimes de violences conjugales.

9% des femmes en France sont victimes de violences conjugales, soit 216 000 femmes âgées de 18 à 75 ans.

84000 femmes sont victimes de viols ou tentatives de viol.

Les mesures gouvernementales

En 2005, le gouvernement annonce la mise en place d'actions concrètes de lutte contre les violences faites aux femmes au travers de quatre plans interministériels qui s'intègrent dans un plan d'action global. Le premier plan (2005-2007) permet de fournir des réponses sociales, économiques et juridiques aux femmes qui s'orientent autour de dix mesures phares.

Le second plan (2008-2010) contient douze objectifs incluant le renforcement de la prise en charge de l'entourage des victimes.

Le troisième plan (2011-2013) insiste sur la lutte des violences sexistes et sexuelles au travail, le viol, les mariages forcés, la polygamie ainsi que la prostitution.

Le quatrième plan interministériel (2014-2016) inclut une mesure phare, le dispositif de « téléphone grave danger » (TGD) qui permet, après évaluation personnalisée des victimes, de cibler les femmes en extrême danger et de les munir d'un téléphone d'appel d'urgence. Ce dispositif a montré son efficacité et tend à une généralisation dans tous les départements. Le reste des objectifs est de renforcer et poursuivre les mesures des plans précédents.

Il faut également noter qu'au cours des années de nombreuses autres actions se sont concrétisées : des centres d'accueil des victimes sont nés sur l'ensemble du territoire avec facilité d'accès. Très récemment, il a été décidé de la mise en place

d'intervenante sociale dans les gendarmeries et commissariats. Toutes ces mesures visent à une prise en charge plus rapide et adaptée des victimes.

Plusieurs lois ont vu le jour à la suite de la prise de conscience de l'ampleur du phénomène des violences au sein des couples.

La loi du 22 Juillet 1992 insiste sur la notion de circonstance aggravante du fait de la qualité de conjoint ou de concubin de l'agresseur au cours de violences survenant dans un contexte de violences conjugales.

La loi du 9 Août 2004 promulgue un plan national de lutte afin de limiter l'impact sur la santé de la violence.

La loi du 9 Juillet 2010, « *relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants* », vise à faciliter le dépôt de plainte des victimes, prévoit « l'ordonnance de protection » permettant au juge d'attester et de statuer dans les 24h sur les violences subies et par conséquent l'éviction de l'agresseur.

Méthode et Population

Afin d'établir un état des lieux national pour avoir une évaluation de l'ensemble des professionnels de santé en soins primaires en France, la revue de littérature nous paraissait une méthode d'étude adaptée. Le travail de recherche a été effectué par deux chercheurs et l'analyse par l'auteur de cette thèse. Plusieurs bases de données électroniques ont été interrogées pour l'étude en association à l'exploration de la lecture grise.

En raison d'un faible nombre d'études à ce jour en France, aucune limitation de date de publication n'a été posée pour inclure les articles dans la revue.

Bien que les violences conjugales touchent également les hommes, nous avons ciblé notre étude sur les femmes, les statistiques montrant qu'elles sont de loin les principales concernées par le phénomène.

Les femmes enceintes ont été exclues de l'étude, aucun des articles retrouvés les concernant s'appliquaient aux soins primaires. Les femmes immigrées ont également été exclues du fait d'un biais majeur lié à la barrière de la langue.

Le médecin n'est pas seul responsable de l'insuffisance du dépistage des violences, les femmes victimes apportent des difficultés supplémentaires qui ressortent également au cours de cette étude.

ARTICLE

VIOLENCES CONJUGALES, UN PROBLEME D'ACTUALITE EN SOINS PRIMAIRES: QUELLES SOLUTIONS?

Domestic violence, a current issue in primary care: what solution?

Manon Dautrevaux¹, Olivier Bouchy¹, Paolo Di Patrizio¹, Laurent Martrille², Violaine Mauffrey^{1,3}

1. Université de Lorraine, Département de Médecine Générale, Nancy, France
2. CHRU de Nancy, Service de Médecine Légale, F 54000, Nancy, France.
3. Université de Lorraine, Ecole de Santé Publique EA4360 APEMAC, Nancy, France.

Mots Clés MeSH : Violences conjugales, médecin généraliste, soins primaires, gynécologue, sage-femme

Key Words MeSH: Domestic violence, general practitioner, primary care, gynecologist, midwife

Résumé

Contexte : Les violences conjugales (VC) constituent un enjeu majeur de santé publique et sont une véritable problématique d'actualité, 9% des femmes en France sont victimes de violences. Leur repérage est encore à ce jour insuffisant. **Objectifs :** Identifier les principaux freins au dépistage et à la prise en charge des VC par les professionnels de soins primaires en France, en vue de la création d'un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge des VC en consultation. **Méthode :** Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA statement. **Résultats:** 19 articles ont été inclus dans l'étude. Les freins identifiés ont été classés en trois catégories: liés aux professionnels de santé, au cadre de travail et aux victimes. Les médecins se sentent isolés et impuissants face aux victimes et ressentent un manque de formation et sensibilisation au problème. Les victimes méconnaissent le rôle des professionnels et souhaitent que les soignants abordent d'avantage le sujet en systématique. **Conclusion:** Cette étude a mis en évidence la prise de conscience récente des professionnels de santé au problème, se reflétant au travers des meilleurs taux de dépistage. Cependant ces taux sont encore insuffisants à ce jour. La formation et sensibilisation des médecins sont essentielles. A l'issu de cette étude nous avons élaboré un outil d'aide, utilisable en pratique courante en consultation, permettant de rompre l'isolement, le sentiment d'impuissance et de manque de formation des professionnels, dont l'évaluation serait nécessaire à plus long terme.

Abstract

Context : Domestic violence (DV) represents a major public health issue and remains a significant current problem. 9% of French women are victims of violence. Their screening continues to be insufficient. **Objectives:** Identify the main obstacles to screening and management of intimate partner violence (IPV) in primary care in France, in order to create a work-aid for screening and management of DV in consultation. **Method :** We have conducted a systematic review of literature based on the PRISMA statement international recommendations. **Results :** 19 articles were included in this study. The obstacles were classified according to three categories : professionals, their work environment and victims. Doctors feel isolated and helpless faced with victims of IPV and are sensitive to their lack of training. Victims seem to be unaware of the role of health carers and would like to feel that the latter would approach the subject more systematically during a consultation. **Conclusion :** This study has highlighted the recent recognition of IPV by health care professionals through improved screening rates. However screening still remains insufficient. Training and awareness of professionals are essential for improved care of DV. This study has culminated in a work-aid easy to use during a consultation, devised to reduce the feelings of isolation and helplessness as well as lack of training experienced by professionals. Our aid now requires long term evaluation.

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini, en reprenant les termes de l'Assemblée générale des Nations Unies, les violences à l'égard des femmes comme *«tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles, ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée»* [1].

Les violences conjugales sont aujourd'hui un phénomène d'ampleur bien reconnu et constituent un véritable enjeu de santé publique en France. L'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes (ENVEFF), réalisée en 2000, dressait un premier état des lieux alarmant. Elle publiait officiellement qu'une femme sur dix était victime de violences conjugales en France [2]. En 2015, une étude nationale révèle qu'une femme meurt tous les trois jours des suites de violences conjugales [3]. Les répercussions sur la santé des femmes sont nombreuses [4, 5, 16] et représentent un coût conséquent [6]. Selon l'enquête Cadre de vie et Sécurité [7], les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs des victimes de violences.

Le Rapport Henrion de 2001 [4], rédigé et remis au ministre chargé de la santé et essentiellement consacré aux violences conjugales, insistait sur le «rôle primordial» et central des médecins dans le dépistage et la prise en charge des victimes. Il mettait en évidence les difficultés professionnelles et culturelles des médecins face aux violences et proposait des actions prioritaires. Quatre plans interministériels [8] se sont succédés par la suite, faisant comme priorité la prise en charge des victimes de violence. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004, imposait un *«Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives»* [9].

Cependant, le repérage des violences conjugales reste encore à ce jour insuffisant et les médecins se trouvent trop souvent démunis face à ce problème.

Objectifs de cette étude:

- Identifier les principaux freins au dépistage et la prise en charge des violences conjugales par les professionnels de soins primaires au niveau national.
- Elaborer un outil facilitant le dépistage et la prise en charge par les professionnels de santé de premier recours.

Méthodes

Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA statement (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis*) [10].

Sources et stratégies de recherche

Cette revue de la littérature a été réalisée en deux phases:

La première phase a consisté à interroger les bases de données: Pubmed®, Medline®, Cochrane library®, Pascal®, la Banque de données en santé publique® et le SUDOC®.

Les termes utilisés pour interroger les bases de données électroniques étaient:

((general practitioner) AND primary care) OR health care provider) AND domestic violence**) OR "intimate partner violence " AND "spouse abuse*" OR "spousal abuse"))

((("midwife" AND primary care) AND domestic violence**) OR "intimate partner violence " AND "spouse abuse*" OR "spousal abuse"))

((("Gynecologist" AND primary care) AND domestic violence**) OR "intimate partner violence " AND "spouse abuse*" OR "spousal abuse"))

La seconde phase a interrogé les sites internet de sociétés savantes, les associations de femmes, le site du CAIRN regroupant des revues de sciences humaines et sociales et google scholar.

Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- Date: pas de limitation d'ancienneté
- Publications en français et anglais
- Populations étudiées: les professionnels de santé impliqués dans le suivi des femmes en soins primaires (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues) victimes de violences conjugales (physiques, psychologiques, économiques et sexuelles) en France.
- Tous les types d'études

Les critères d'exclusion étaient :

- Les articles s'intéressant à une population particulière population issue de l'immigration (biais lié à la barrière de la langue), les femmes enceintes (non réalisés en soins primaires).
- Les articles incluant les enfants témoins de violences ou victimes.
- Les études réalisées en dehors de la France.
- Etudes où le lieu d'étude était non formellement identifiable.

Analyses et synthèse des données

Pour chaque article inclus, le titre et les auteurs, la date de publication, la méthodologie, la population étudiée, les principaux résultats et les limites d'étude ont été extraits et synthétisés dans une grille de lecture. Les données recueillies ont été ensuite comparées et analysées.

Résultats

La revue systématique de la littérature a permis d'identifier 902 articles dont 19 ont été analysés: 4 études qualitatives, 3 études quantitatives, 1 revue de la littérature, 4 dossiers, 7 thèses d'exercice de la médecine (*Figure 1*).

Les freins identifiés ont pu être classés en trois catégories.

Dans la plupart des études [11, 12, 13, 15, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 29] on retrouve une difficulté à aborder les violences conjugales pour des raisons personnelles et propres au médecin, ainsi que des freins d'ordre plus général.

Liés aux professionnels de santé

Sentiment d'impuissance et de frustration, peur de l'échec dans la prise en charge (14/19)

Manque de formation, de connaissances sur les violences conjugales (10/19)

Globalement les médecins sont contre le dépistage systématique (9/19)

Manque d'habileté pour aborder le sujet, malaise des soignants face à cette problématique (8/19)

Sentiment de gérer seul(e) le problème, l'isolement ressenti du médecin une fois le dépistage réalisé (8/19)

Méconnaissance des réseaux et associations présentes dans le secteur d'activité (7/19)

Peur d'être intrusif dans la vie privée de la patiente (7/19)

Sujet tabou pour beaucoup de professionnels (7/19)

Peu de sensibilisation avec une sous-estimation de l'ampleur de la problématique, sous-estimation au sein de la patientèle (6/19)

Thème générateur d'angoisse, reflet du propre vécu du médecin, bouscule les représentations et valeurs de la famille (5/19)

Banalisation des violences, minimisation à une définition de «conflit familial» (5/19)

Représentations réductrices communes (mari alcoolique, milieu défavorisé...) (5/19)

Crainte de représailles du conjoint (5/19)

Le cadre professionnel n'est pas toujours adapté pour recevoir les victimes. Il est souvent remis en question par les professionnels pour la réalisation d'un dépistage et suivi de qualité. Un lien significatif a été mis en évidence entre la durée de la consultation et le dépistage spontané des violences [25].

Liés au cadre professionnel

Contraintes liées au temps de consultation et de disponibilité personnelle (11/19)

Peur d'un manque d'objectivité du fait la position de médecin de famille, difficultés directes liées à cette position centrale (7/19)

Peur de retombées médico-légales (7/19)

Connaissance et suivi médical de l'agresseur (6/19)

Absence de symptômes spécifiques et de profil type de la femme violentée (5/19)

Difficultés dans la rédaction du certificat médical initial (2/19)

Des difficultés liées aux victimes ont également été mises en évidence.

Liés à la victime

Du point de vue du médecin :

Dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit (9/19)

Ambivalence des victimes, remise en cause de leur crédibilité, authenticité des violences (9/19)

Crainte de représailles du conjoint pour la victime (6/19)

Du point de vue de la victime :

La peur, la honte, le déni, et la culpabilité empêchent les patientes de se livrer (8/19)

Crainte de représailles de leur agresseur (6/19)

Méconnaissance du rôle du médecin dans la prise en charge des violences subies (5/19)

Ne s'identifie pas comme victime (5/19)

Peur d'être jugée et de ne pas être crue (5/19)

Crainte pour leurs enfants : leur sécurité, du risque d'un placement (4/19)

Méconnaissance du secret médical (3/19)

Crainte financière si elle quitte le domicile (2/19)

Cette étude nous montre que malgré l'insuffisance de dépistage actuelle des violences en soins primaires, la lecture chronologique des articles met à jour une amélioration de la sensibilisation au problème, une augmentation du taux de dépistage [30] ainsi qu'une meilleure prise en charge des victimes.

Discussion

Le repérage des violences conjugales reste encore à ce jour insuffisant, notamment les formes psychologiques et sexuelles, le sujet ayant tendance à rester tabou. Les violences sont dans la plupart des cas révélées par la victime. La prise en charge consiste le plus souvent à l'écoute de la victime et à la rédaction du certificat médical initial. Des études récentes sont toutefois encourageantes [30], les médecins se sentent plus concernés par la problématique des violences conjugales et sembleraient plus à l'aise dans sa gestion [31] malgré des lacunes importantes dans la sensibilisation et formation médicale.

Limites et forces de l'étude

Comme le soulignait en 2001 le Dr Lebas [32], il existe « peu d'études qualitatives ou quantitatives sur le sujet ». Lors de ce constat en 2001, nous étions aux prémices en France d'une prise de conscience de cette problématique des violences conjugales, on constate de nouveau à la lecture de ce travail, que l'on arrive rapidement à saturation des articles sur ce thème. C'est un sujet encore difficile à aborder de nos jours, ce qui a créé une difficulté dans le recueil d'articles de ce travail.

La grossesse est une période de vulnérabilité à risque de violences tant dans la sphère intime que professionnelle. Certains articles centrés sur les femmes enceintes ont volontairement été écartés car bien souvent ne concernant pas les soins de premier recours. Il est évident que cela a probablement exclu des études incluant les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Le choix de ne pas limiter dans le temps les dates de publication a pu induire un biais de recrutement. Certaines publications sont antérieures au rapport Henrion [4] et donc à la prise de conscience du problème des violences conjugales en France. Cela a pu influencer les résultats dans les études qualitatives. Les plans interministériels et les lois sur les violences ne s'appliquaient pas à ces études. Toutefois, on remarque grâce à cette chronologie l'évolution du ressenti, de la prise de conscience et de l'amélioration de la prise en charge des patientes par les professionnels. Cette revue de la littérature est en accord avec la majorité des critères PRISMA [10].

Le ressenti et les représentations des médecins sur un sujet encore tabou

Les violences conjugales engendrent chez la plupart des professionnels un sentiment de malaise. Ce malaise général suffit à lui seul à freiner l'approche du sujet. L'aisance et l'habileté du praticien font partie intégrante de la qualité de la relation médecin-malade. Par conséquent, l'attitude du médecin laisse la possibilité à la patiente de se confier [33, 34].

La vision réductrice des violences conjugales et leur banalisation par les médecins sont un frein majeur au repérage des victimes; les violences conjugales sont largement sous-estimées dans la population générale et donc au sein même de leur patientèle. Ils ont tendance à réaliser un dépistage ciblé d'une partie de leurs patientes (contexte de chômage, alcoolisme...) au détriment d'autres victimes. Les violences sont réduites dans la majorité des études au terme de «physique» délaissant les violences psychologiques et sexuelles [12, 13, 16, 17, 19, 23].

La banalisation peut être analysée comme un mécanisme de défense pour les professionnels. Le sujet des violences est générateur d'angoisse et de remise en question des valeurs de la famille pouvant faire écho à un vécu personnel difficile.

Les violences conjugales semblent posées plus de questions déontologiques que d'autres situations cliniques difficiles de médecine et sont évoquées à plusieurs reprises comme tabou [12, 13, 21, 26, 27, 28, 29].

Les professionnels se sentent en difficulté et manque d'assurance face aux victimes de violences faute de sensibilisation et de formation initiale, ce qui constitue un frein important. Une étude réalisée en Pays de Loire démontre un gain de confiance ainsi qu'une prise en charge plus adaptée des patientes suite à la participation à une formation [35].

Isolement, sentiment d'impuissance et d'échec

Les sentiments d'impuissance et d'échec sont systématiquement relatés par les médecins dans les études de cette revue [12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 29]. Le sentiment d'impuissance est d'origine multifactorielle: en cas de repérage les praticiens ne savent pas toujours prendre en charge la victime et l'incompréhension de l'attitude des victimes qui expriment de l'attachement à leur agresseur et ne souhaitent pas porter plainte ou quitter le domicile familial. La formation concernant la compréhension de la psychopathologie des victimes de violences conjugales et la compréhension du cycle de la violence reste un réel manque dans le cursus initial ou post universitaire. Le médecin doit s'adapter à l'évolution de la patiente dans son processus d'acceptation et de reconnaissance de son statut de victime. L'accompagnement de la femme s'établit sur la durée pouvant parfois ne pas

aboutir à un résultat satisfaisant pour le médecin. Dans la pratique courante, le praticien veut tendre vers un résultat de guérison ou de stabilisation des pathologies, ce qui apporte la satisfaction professionnelle recherchée par tout médecin. La prise en charge des violences conjugales implique d'autres mécanismes et méthodes pour aboutir à une «guérison» que les professionnels de santé ont parfois des difficultés à accepter et qui peuvent engendrer de la frustration. L'angoisse de se retrouver face à l'échec peut bloquer le dépistage.

Les médecins généralistes remettent en question leur rôle face aux violences [12, 17, 24, 28]. Ils insistent sur l'importance de la responsabilité des autres intervenants en minimisant leur propre intervention [15, 17, 28]. L'isolement découle de la méconnaissance de leur position dans la prise en charge des femmes. Ils sont pourtant des acteurs centraux du réseau et du parcours de suivi des victimes. La rupture de l'isolement passe essentiellement par une connaissance des acteurs, des associations du réseau local et des moyens existants à leur disposition. L'étude du Dr Cornilleau montre qu'en 10 ans, le recours au réseau et l'orientation des victimes auprès des associations se sont améliorés de 30% [17].

Concernant le dépistage systématique

Pour les médecins, le dépistage systématique n'avait pas sa place dans leur pratique courante. Ils évoquaient la part de risque d'intrusion dans la vie privée et la peur de gêner leurs patientes, le sujet des violences relevant de la sphère privée et intime. Le dépistage ciblé semble pour les professionnels la méthode la plus adaptée et réalisable auprès de leur patientèle. Une étude canadienne réalisée en 2011 démontre que les patientes sont favorables à un dépistage par le médecin généraliste [36] et une étude belge en 2006 par le gynécologue contrairement à ce que les médecins peuvent penser [37]. Cette conclusion est également rapportée dans des études françaises comme celle du travail de thèse du Dr Buchaillet [30, 38].

De nombreuses études sont en faveur d'un dépistage systématique malgré qu'aucunes recommandations ou textes ministériels ne le préconisent [39]. Aux Etats-Unis, le "Council on Scientific Affairs de l'American Medical Association" [40] et «l' American College of Obstetrician and Gynecologist» [41] recommandent la pratique du dépistage systématique. C'est également le cas du collège anglais [42]. La mise en place du dépistage systématique en France fait débat. Il serait intéressant d'étudier l'amélioration globale de la santé et de la qualité de vie des victimes en cas de dépistage précoce. Au vu des résultats des publications actuelles, le dépistage systématique est à promouvoir [43]. Cependant dans un premier temps, le praticien doit avoir le réflexe de penser aux violences devant des signes d'alerte et donc d'effectuer un dépistage ciblé.

Un cadre professionnel pas toujours adapté

La position de médecin de famille est décrite comme un atout mais aussi une difficulté par les professionnels. Lorsque la relation de confiance est établie avec la victime, l'approche de certains sujets est plus aisée. Au contraire, certains voient cette position comme une difficulté supplémentaire

car bien souvent le médecin suit également l'agresseur et a peur d'un manque d'objectivité face à la situation.

Le rôle du médecin traitant a été remis en question concernant les violences conjugales. Les violences relèvent de la sphère privée, la légitimité à aborder le sujet a donc été questionnée. Quelles sont les limites d'intervention des médecins ? Comment définir les limites du «privé»?

La prise en charge des victimes implique un temps de consultation adapté et des consultations itératives. Dans de nombreuses études, les contraintes de temps et de disponibilités personnelles sont évoquées comme un frein majeur. En effet, les professionnels ont conscience de l'implication nécessaire à une prise en charge efficace, qui doit s'intégrer avec le suivi des autres patients.

Le cadre légal entourant le secret professionnel et la notion «de non assistance à personne en danger» engendrent beaucoup de questionnement des médecins sur leurs conduites face aux patientes et la peur de retombées médico-légales [44]. Une meilleure connaissance des textes de lois est nécessaire à ce sujet. De plus, dans la majorité des cas, la prise en charge des victimes par les médecins consiste en une écoute, en la prescription de psychotropes et en la rédaction du certificat médical initial [17, 35]. Cette dernière pose également des difficultés pour les professionnels et entraîne une angoisse quant à son importance et sa valeur légale pour la suite des démarches judiciaires de la victime. Il est curieux de voir que la possibilité qu'a le médecin de pouvoir réaliser, avec l'accord de la victime, un signalement judiciaire, selon des dispositions du deuxième alinéa de l'article 226-14 du code pénal [45], n'est quasiment jamais évoquée.

Dans une approche purement médicale, la femme violentée ne présente pas de profil type ni de symptômes spécifiques. Les signes physiques évidents permettent un repérage des victimes de violences mais les signes dissimulés ou peu spécifiques ne font pas toujours évoquer en premier lieu des violences conjugales entraînant un retard ou une absence de dépistage [11, 17, 18, 19, 23].

Une part de difficulté liée aux victimes

L'étude des freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales par les professionnels de santé est indissociable des difficultés inhérentes à la victime. Le médecin est ainsi mis en difficulté dans sa démarche de dépistage. Une prise en charge s'effectue par une relation médecin-malade de confiance.

Les barrières inhérentes à la patiente s'analysent selon deux versants, le point de vue des professionnels et celui de la victime, les deux étant indissociables.

Dans la majorité des études [13, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 26, 28], le principal obstacle au dépistage évoqué par les médecins, est celui émanant de la victime elle-même par la dissimulation de ce qu'elle subit. Son ambivalence rend la prise en charge compliquée et parfois frustrante, jusqu'à une remise en cause de sa crédibilité et de la réelle existence des violences. L'ambivalence s'explique et se comprend avec la connaissance des mécanismes des violences conjugales et notamment les quatre phases du cycle des violences. Selon la phase du cycle où le dépistage est réalisé, l'attitude du médecin ne pourra pas être identique dans son orientation et donc dans sa prise en charge, entraînant de nouvelles difficultés. Sans cette connaissance du cycle de la violence, toute tentative de prise en charge peut se solder par un échec.

La crainte de représailles par le conjoint est fortement évoquée au travers des études, que ce soit pour la victime ou pour le médecin lui-même.

Du point de vue des patientes, elles n'identifient pas de rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des violences et méconnaissent le secret professionnel les protégeant.

La peur, la honte, le déni, et la culpabilité sont autant de sentiments pouvant amener la victime à ne pas parler. L'isolement social créé par leur agresseur va encore plus replier la victime sur elle-même jusqu'à dans certains cas d'entraver son identification comme une victime. Par conséquent, elle ne se confiera pas spontanément, remettant de nouveau en question l'intérêt d'un dépistage systématique par les professionnels de santé. Malheureusement, des enfants sont souvent impliqués et peuvent être également au cœur des violences. Il est maintenant démontré que l'exposition des enfants aux violences conjugales constitue une véritable maltraitance infantile [46]. La plupart des femmes expriment leur crainte vis à vis de la sécurité et du risque de séparation avec leurs enfants. En plus de la manipulation morale qu'elles peuvent subir, ces femmes peuvent se trouver dépendantes financièrement de leur conjoint. Toutes ses raisons expliquent qu'elles préfèrent ne pas dévoiler les violences subies.

Concernant les sages-femmes et gynécologues

L'équation *Mesh* a permis d'inclure quelques études concernant les sages-femmes et les gynécologues en France réalisées par des médecins généralistes [18, 20, 25]. Un mémoire de sage-femme a permis de mettre en évidence des difficultés similaires aux médecins généralistes et préconise une prise en charge de la patiente dans sa globalité avec une mise en pratique d'un dépistage systématique. Les sages-femmes et gynécologues sont également en première ligne dans le suivi des femmes. Il serait important de recueillir d'avantage leur ressenti et difficultés face aux victimes. Les études et sociétés savantes de gynécologies américaines démontrent l'importance que les gynécologues et sages-femmes ont dans le dépistage des violences conjugales et ont ainsi établi des recommandations [40, 41].

Perspectives

La succession de quatre plans interministériels et la mise en application des lois de 2004 et 2014 démontrent l'intérêt des autorités gouvernementales aux problèmes des violences conjugales. Les plans d'action positionnent les professionnels médico-sociaux au cœur de la prise en charge globale des violences [8, 9].

Il est nécessaire de poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès des médecins mais également de la population, leur intérêt ayant été prouvé dans plusieurs études [4, 5, 12, 13, 17]. Contrairement à d'autres campagnes nationales de prévention, le thème des violences conjugales est peu récurrent alors que cela permettrait aux praticiens d'en tenir d'avantage compte en consultation mais également aux victimes d'amorcer le dialogue avec leurs médecins.

La formation initiale des études médicales aborde très peu le sujet des violences et pas du tout celui spécifique des violences conjugales. Il est utile de préciser que le nouveau programme de l'ECN ne comporte pas d'item spécifique sur les violences faites aux personnes. Le 3^{ème} plan triennal (2011-

2013) reconnaît que les professionnels de santé sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique alors qu'ils ont un rôle central à jouer en terme de repérage et de prise en charge [47]. La question de développer des formations a été posée dans plusieurs articles, certains montrant un meilleur repérage et une meilleure attitude face aux victimes à la suite d'une formation adaptée [35]. Il faut également trouver les arguments pour motiver les praticiens à se former face aux nombreuses sollicitations auxquelles ils sont confrontés; les formations sur les violences n'étant pas toujours une priorité.

Les médecins soulèvent le problème du cadre juridique entourant le secret professionnel en cas de repérage de violences qui constitue, selon eux, un véritable frein à une prise en charge adaptée et à la communication avec les intervenants sociaux. Cependant, les textes sont mal connus. L'article L. 1110-4 du code de la santé publique [48] dispose que: *«Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.»*; Par ailleurs, tout médecin peut réaliser un signalement au titre de l'article 226-14 du code pénal qui dispose dans son alinéa 2 [45]: le secret professionnel ne s'applique pas *«Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être,[...], les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises»*.

A ce jour, des conférences de consensus sur les violences existent pour la rédaction des certificats médicaux [49], pour le suivi de la femme enceinte [50] et pour la situation de maltraitance des enfants aux urgences [51]. Peut-être pourrait-on envisager des recommandations officielles pour la prise en charge des violences conjugales, permettant alors d'apporter des directives aux professionnels.

La majorité des centres d'accueil pour les victimes se situent dans les grandes villes, la communication entre les acteurs de réseau est donc primordiale. Le développement de réseau de proximité en milieu rural serait bénéfique pour orienter les victimes au plus proche de leur domicile.

Enfin, pour prendre en charge les violences conjugales dans leur globalité, le traitement de la cause est tout aussi important, les hommes violents doivent être orientés et pris en charge [4]. Il existe à ce jour peu d'études précises sur les mécanismes et le fonctionnement des agresseurs rendant l'approche médicale compliquée.

Une piste vers une solution pratique...

Cette revue de la littérature met en évidence la prise de conscience récente des professionnels de santé qui se reflète dans les meilleurs taux de dépistage ces dernières années. Les moyens mis en œuvre et les plans d'action du gouvernement ont une responsabilité sur ces résultats positifs. La sensibilisation est indissociable de la formation médicale initiale souvent incriminée par les médecins comme insuffisante et en partie responsable de leur manque de repérage. Toutes les études

s'accordent sur la nécessité d'un renforcement de la sensibilisation auprès des professionnels de santé mais également de la population générale. Le besoin de formation s'oriente sur le mécanisme des violences, l'information sur le dépistage systématique et la connaissance des réseaux pour une meilleure prise en charge.

En reprenant les principaux axes de difficultés, il en ressort certains points importants: l'isolement et le sentiment d'échec, le manque d'aisance et de connaissance dans la prise en charge, la difficulté face à l'ambivalence des patientes.

Afin de poursuivre l'amélioration du dépistage des violences domestiques, à l'issue de ce travail, nous avons donc élaboré un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales sous forme de fiche réflexe (*annexe 2*) facilement utilisable en pratique courante. La fiche a également été conçue dans un but de support de formation, à l'issue de laquelle elle pourrait être distribuée. Enfin, lors de la consultation de dépistage, le professionnel pourra, après accord de la patiente, remplir la fiche de liaison (*annexe 3*) établie avec le CIDFF de la Meuse, comme indiqué sur la fiche réflexe.

La mise en application de l'outil se fera dans le département de la Meuse, en collaboration avec le CIDFF et la déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité de la Meuse. Une formation de l'ensemble des professionnels de santé sera réalisée par le biais des maisons et pôles de santé en 2017.

Conclusion

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

Ainsi nous avons tenté de répondre aux principaux freins mis en évidence dans l'étude, afin d'élaborer une stratégie de dépistage et de prise en charge adaptée: rompre l'isolement et le sentiment d'impuissance et d'échec des médecins fortement exprimés dans la plupart des études, de pallier au manque de connaissances des réseaux locaux et d'apporter une sensibilisation et formation.

Références

1. Krug EG, Dahlberg LI, Mercy JA, Zwi A, Lozano- Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002;97-136.
2. ENVEFF, Enquête Nationale sur la Violence Envers les Femmes en France, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux Droits des femmes et à la formation professionnelle, 2000 Dec.
3. Délégation aux victimes, Ministère de l'intérieur. Etude National sur les morts violentes au sein du couple 2014. (Page consultée le 11/10/15) www.interieur.gouv.fr/.../etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014.
4. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris : La Documentation Française. 2001.
5. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Violence conjugale. Rev Prat. Médecine générale. 2005;19 n°702/703, p.945-953.
6. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, et al. Évaluation économique des violences conjugales en France. Santé publique 4. 2010.
7. Cadre de vie et sécurité. (Page consultée le 28/01/16) <http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/rapports-annuels>
8. 4ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. (Page consultée le 22/05/2016) http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e_planVFF_221120131.pdf
9. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. (Page consultée le 07/06/16). <https://www.legifrance.gouv.fr>.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;6(7).
11. François I, Moutel G, Plu I, et al. Domestic violence: what are the difficulties for practitioners? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients. Presse Med. 2004;33:1561-5.
12. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer. 2010;92:75-81.
13. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale : Une étude qualitative en Île-de-France. Médecine. 2014 Nov 1;vol10,9.
14. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou M-F. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. Ethique et Santé. 2015 Dec :244-249.
15. Chambonet JY, Douillard V, Urion J, et al. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 2000 ;507)pp.1481–148.
16. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile-de-France. Institut de l'Humanitaire. 2000 ;25p.
17. Cornet P, Cornilleau A, Ibanez G. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Cahiers de santé publique et de protection sociale. 2014 Mar 01;12 :27-31.

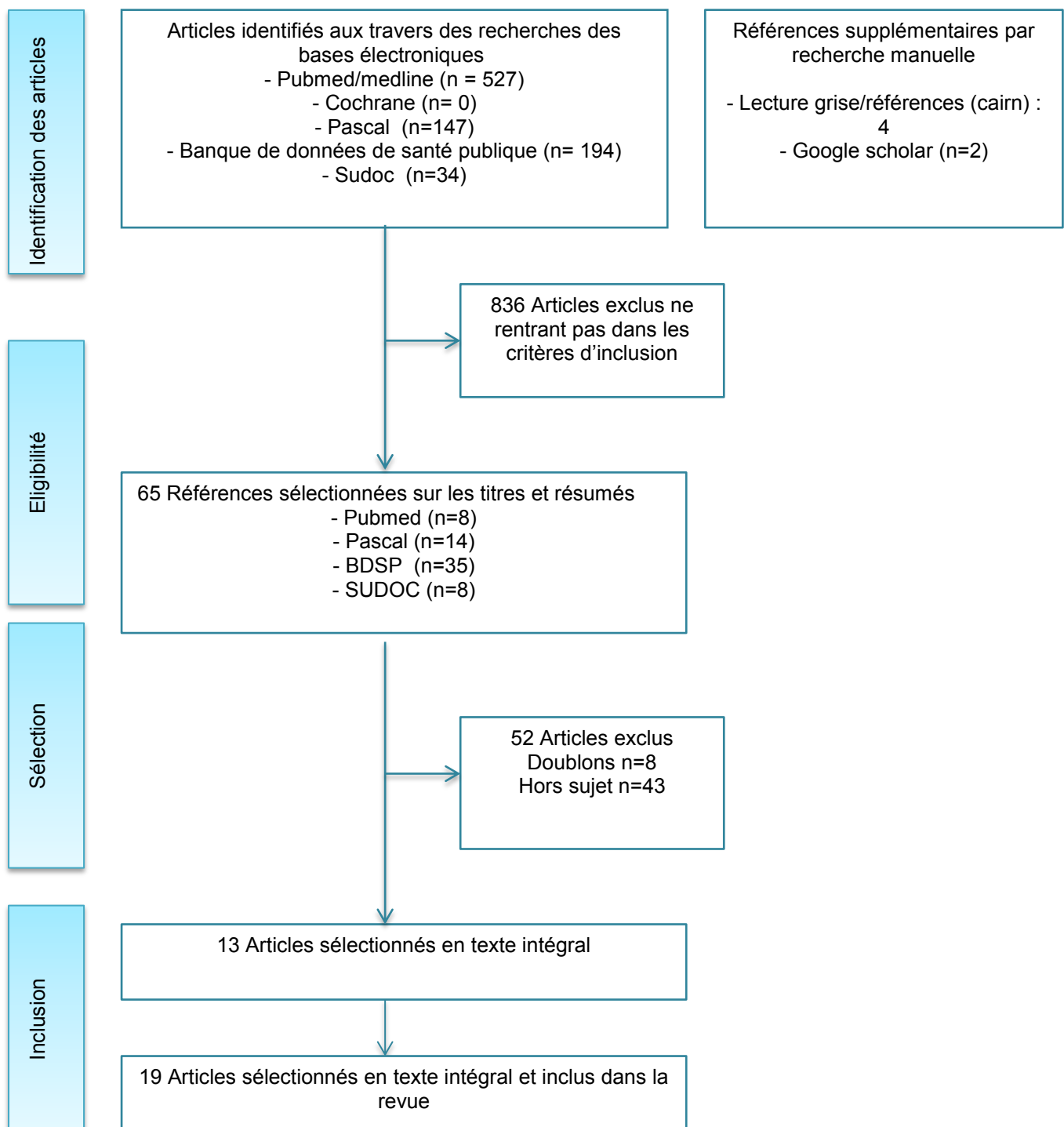
18. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002 ;86n°6 :949-961.
19. Morvant C, Lebas J, Cabane J, et al. Violences conjugales : repérer et aider les victimes, Rev Prat. 2005 Sep 26 ;tome n°19 ;702(3) :945-953.
20. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Cahiers de santé publique et de protection sociale. 2011 Sep;9-18.
21. Ronai E, Ouharzoune Y, Warnet S. Health professionals all have a role to play in identifying violence, Rev infirm 2014 Nov;205 :21-24.
22. Lazimi G. The general practitioner's role in identifying and supporting female victims of violence, Rev infirm. 2014 Nov;205:25-7.
23. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier; 2012.
24. Dhuny D. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes Lorrains [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy, Faculté de médecine de Nancy; 2012.
25. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme [Mémoire du Diplôme d'état de sage-femme]. Clermond-Ferrand, Faculté de médecine; 2012.
26. Simonel F. La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales : barrières et stratégies pour y remédier [Thèse-mémoire d'exercice de médecine]. Lyon 1, Université Claude Bernard; 2013.
27. Palisse M. Repérage par le médecins généralistes des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Thèse-mémoire d'exercice de médecine]. Paris V, Faculté de médecine Paris Descartes; 2013.
28. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances au changement de pratiques. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs [Thèse-mémoire d'exercice de médecine]. Nantes, Université de médecine de Nantes; 2013.
29. Boutonné R. Représentation et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation : une étude qualitative exploratoire [Thèse d'exercice de médecine]. Créteil, Faculté de médecine de Créteil; 2014.
30. Buchaillet C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Etude comparative 6 ans après [Thèse d'exercice en médecine]. Angers, Faculté de médecine d'Angers; 2012.
31. Seu L. Les violences conjugales en médecine générale : une prise en charge insuffisamment élaborée [Thèse d'exercice de médecine], Nancy, Faculté de Médecine de Nancy; 2014.
32. Lebas J. Santé et violence conjugale : Quels enjeux pour les professionnels de santé?, Adsp,36, Sep 2001, p.9-10.
33. Tan E, O'Doherty L, Hegarty K, GP's communication skills, a study into women's comfort to disclose intimate partner violence, Australian Family Physician, Vol 41, N°7, 2012 Jul, p.513-517.

34. Feder G, Hutson M, Ramsay J, et al. Women Exposed to Intimate Partner Violence, expectations and experiences when they encounter health care professionals : a meta-analysis of qualitative studies, Arch Intern Med. 2006;166(1):22-37.
35. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales, évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Thèse d'exercice en médecine]. Nantes, Université de médecine de Nantes;2006.
36. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice, Oxford Journals, Family Practice, Volume 29, 2012,(5): 593-600.
37. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. BMC Public Health 2006, 6:238.
38. Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès des femmes victimes [Thèse d'exercice en médecine], Angers, Faculté de médecine d'Angers ; 2006.
39. Gachen-Coy C, Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs [Thèse d'exercice en médecine], Paris VI, Université de médecine Pierre et Marie-curie ; 2005.
40. American Medical Association. (Page consultée le 15/08/16). <https://download.ama-assn.org/resources/doc/code-medical-ethics/code-2016-ch8.pdf>
41. ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists. (Page consultée le 15/08/16). Domestic violence. [Technical Bulletin 209];1995 ;1-9. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Intimate-Partner-Violence>
42. RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists . (Page consultée le 15/08/16). NICE Guidelines <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-corrected-june-2008-196748317>
43. Lazimi G. Violences faites aux femmes. Rev Prat. 2005 Oct 24,N° 706(7),1180.
44. Code de Déontologie médicale, article 4, https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913_
45. Code pénal - article 226-14, Site de Légifrance. (Page consultée le 11/09/16). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946>.
46. McTavish JR, MacGregor JC, Wathen CN, et al. Children's exposure to intimate partner violence : an overview, Int Rev Psychiatry, 2016 Jul 14:1-15.
47. 3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 « Protection, Prévention, Solidarité ». (Page consultée le 16/08/16). www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_violences_2011_2013_synthese-2.pdf
48. Code de la santé publique - Article L1110-4, Site de Légifrance. (Page consultée le 11/09/16). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031929082&dateTexte=&categorieLien=id>
49. Haute Autorité de Santé. (Pages consultée le 07/06/16). Recommandations Octobre 2011, Certificat initial concernant une personne victime de violences, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201111/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf

50. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 07/06/16). Suivi et orientation des femmes enceintes, recommandations de Mai 2007, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

51. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 07/06/16). Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, recommandations Octobre 2014, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

Figure 1 - Diagramme de flux PRISMA (PRISMA CHART)



Annexe 2 : fiche réflexe



ADRESSES UTILES ET NUMEROS DE TELEPHONE

Police secours

17

Numéro d'hébergement d'urgence

115

CIDFF Meuse

7 rue du Docteur Alexis Carret

55100 Verdun

03 29 86 70 41

Association AMIE

2 rue Pasteur,

55430 Belleville-sur-meuse

09 51 98 56 96

CHRS- Pôle d'intervention sociale

49 rue Oudinot, 55000 Bar Le Duc

03 29 88 40 20

Stop violences femmes

3919

SE FORMER et S'INFORMER

Outils de formation en ligne
disponibles sur le site de la MIPROF

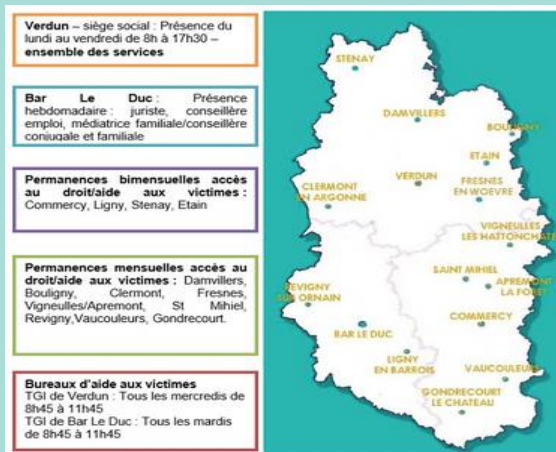
<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>

www.stop-violences-femmes.gouv.fr

www.solidaritefemme.org

www.infofemmes.com

Présence territorialisée du CIDFF



FICHE REFLEXE

AIDE ET ORIENTATION

Pour les professionnels de santé
dans la prise en charge des
VIOLENCES CONJUGALES

**STOP
AUX
VIOLENCES**



FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES

1 femme
meurt tous les
3 jours

J'IDENTIFIE

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

➔ Les signes d'alerte

Traumatismes (dentaire, fracture, contusion, ecchymose...), douleurs chroniques entraînant des consultations répétées (abdominales, dorsales, gynécologiques...) déséquilibre de pathologie chronique (diabète asthme...), troubles psychologiques (dépression, troubles du sommeil, anxiété, idées suicidaires, abus de substances, SSPT), mauvaise observance thérapeutique, propos contradictoires, interrogatoire difficile...

➔ Comment en parler

- * En étant seul(e) avec la patiente
- * Poser des questions:

Exemples: comment ça se passe à la maison? Avec votre mari?

Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie?

- ➔ Evaluer le danger immédiat/ vital

9%
de femmes sont victimes
en France

J'AGIS

- ➔ Etre dans la compréhension et l'écoute, instaurer un climat sécurisant et de confiance

*rassurer la victime, expliquer qu'elle n'est plus seule, que des professionnels peuvent l'aider, que les violences sont punies par la loi et que seul son agresseur est responsable

➔ Examiner

*Pratiquer un examen clinique détaillé des lésions éventuellement visibles, évaluer le retentissement psychologique, consigner les éléments dans le dossier médical

* Prescrire des examens complémentaires ou avis spécialisé si besoin

*En cas de viol, il est possible d'adresser la patiente au centre de référence

*En cas de difficulté ou de doute, adresser la victime en UMJ

➔ Etablir le certificat initial de coups et blessures

*Il peut être rédigé pour tous les types de violences, ne pas oublier d'évaluer le retentissement psychologique

* Définir l'ITT

J'ORIENTE

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

- ➔ Lui transmettre les numéros de téléphone d'urgence et adresses utiles (*au dos*)

- ➔ Lui conseiller de porter plainte

- ➔ En cas de danger immédiat, mise en sécurité de la victime et de ses enfants:

*Hospitalisation d'urgence anonyme, hébergement d'urgence ou chez un membre de la famille ou ami

* En cas de refus, conseiller la victime: élaborer un plan d'urgence (prévenir un proche du risque d'hébergement d'urgence, préparer une valise, les papiers d'identité)

- ➔ Remplir avec accord de la patiente la fiche de liaison avec le CIDFF de la Meuse

Annexe 3 : Fiche de liaison

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

Je soussigné(e), Mme, Melle, Mr.....
Née le
Résidant :.....
.....

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

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

Afin que cet organisme puisse prendre contact discrètement avec moi.

Horaires d'appels de préférences :

Fait à.....
Le.....
Signature :

Avec votre accord cette fiche sera transmise au CIDFF 55, 7 rue Alexis Carrel- 55100
VERDUN

Tableau - Caractéristiques des articles inclus dans la revue

Etudes qualitatives

Articles (titre, auteurs, date)	Méthodologie	Population étudiée	Principaux Résultats	Limites
Domestic violence: what are the difficulties for practitioners? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients <i>François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. La presse médicale, 2004. [11]</i>	Approche qualitative par entretiens individuels dirigés.	19 médecins, 11 hommes et 8 femmes, de 29 à 60 ans, dont 12 généralistes.	- Défaut de formation initiale favorise principalement le repérage des lésions physiques au détriment des autres types de violences - Manque de signes d'alerte pertinents pour le dépistage - Dépistage sous- estimé par rapport aux nombres de consultations - Craintes et embarras des médecins face à une situation de violence - Réfractaire au dépistage systématique - Banalisation des violences, réduction en conflit de couple et « homme OH » - Difficulté devant la rédaction du certificat médical (absence de valeur médico légale) - Mauvaise connaissance des outils médico-légaux, souvent mal adaptés aux besoins de la patiente	-biais d'échantillon : faible échantillon, non représentatif de la population des médecins -biais de recrutement : médecins tous sensibilisés aux problèmes des violences -biais d'analyse : les auteurs attestent par défaut la grande difficulté à aborder les problèmes de violence.
Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. <i>Hélène Canuet, Isabelle Belin, Guillaume Henry. Revue exercer 2010 [12]</i>	Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés	21 médecins généralistes de Basse-Normandie	- Malaise des médecins face aux violences conjugales en consultation (et source d'angoisse par rapport aux représentations société) - Difficulté du fait de la position de médecin de famille et prise en charge de l'agresseur - Peu de conscience de l'ampleur du phénomène dans la population générale et donc au sein de leur patientèle - Représentations réductrices communes des violences conjugales et banalisation de la violence en « conflit de couple », « homme OH », « milieu défavorisé » - Méconnaissance des violences psychologiques, économiques et sexuelles. Les violences physiques sont principalement évoquées	-biais de recrutement : faible nombre de médecins interrogés -biais des entretiens avec risque de subjectivité et interprétation

			- Risque d’ambivalence de la patiente, authenticité des violences - Globalement contre le dépistage systématique - Sujet tabou - Doute et questionnement sur le rôle du médecin dans cette prise en charge, sentiment d’impuissance, manque de compétence pour orienter - Contrainte du temps - Barrières sociales, culturelles, professionnelles, personnelles et légales	
Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale : Une étude qualitative en Île-de-France. <i>BARROSO-DEBEL (Maria), LAZIMI (Gilles), LAZIMI (Nadine), et al.</i> MEDECINE : DE LA MEDECINE FACTUELLE A NOS PRATIQUES, vol.10, n° 9, 2014/11/01, 2014 [13]	Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.	28 médecins généralistes de Paris ou Ile-de-France	Obstacles inhérents au thème des violences conjugales - Méconnaissance de tous les types de violences : violences sexuelles et économiques peu évoquées - Méconnaissance de l’ampleur du phénomène et de reconnaissance du problème médical - Appartenance au domaine de la vie privée Obstacles inhérents au médecin - Malaise face aux consultations de violence, angoisse personnelle selon le vécu du médecin - Représentations erronées, réductrices et communes (alcoolisme, milieu défavorisé...), avec minimalisation et banalisation du problème (risque de culpabilisation des patientes) - Contrainte de temps et de disponibilité - Manque de formation - Sentiment d’impuissance, d’échec, isolement, inefficacité du réseau et de la justice - Angoisse et peur de ne pas savoir gérer la situation, d’être déplacé, de mettre à jour des situations douloureuses - Statut de médecin de famille complique la relation avec le mari (peur des représailles...), relation médecin-malade - Sujet tabou - Le secret médical et la « non-assistance à personne en danger » seraient un frein Obstacles inhérents à la victime - Ambivalence de la patiente, Remise en cause de la	- biais de d’échantillon faible nombre de médecins recrutés - biais de recrutement : étude réalisée en Ile de France, représentatif de la province ?

Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône.	Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés	11 anciennes victimes de violences conjugales dans le Rhône, choisies sur la base du volontariat	crédibilité, image négative de la patiente - Barrière de la langue - Ne se présente pas seule en consultation - Freins inhérents aux victimes : la peur, la honte, déni de la situation, peur d'être jugées et de ne pas être crues, pense que ce n'est pas du ressort du médecin, méconnaissance du secret médical, consultations trop irrégulières - 4 médecins traitants sur 11 sont au courant des violences subies, 1 seule victime a été questionnée par son médecin - quasi toutes pensent qu'elles en auraient parlé si le médecin avait évoqué le sujet - Freins inhérents au médecin : manque d'attention, manque d'information sur le sujet et d'information dispensée aux patientes, manque d'empathie - Freins inhérents à la consultation : présence du mari, la connaissance et le suivi du conjoint, le sexe du médecin, manque de temps	-biais de recrutement : échantillon non représentatif, femme ayant réussi à se libérer de violences conjugales, femmes uniquement issues d'un milieu urbain -biais d'analyse : risque d'interprétation avec subjectivité des réponses
--	--	---	---	---

M. Le Bars, E. Lasserre, M.-F. Le Goaziou, Ethique et Santé, Elsevier, Page 244-249, Dec 2015. [14]

Etudes quantitatives

Articles (titre, auteurs, date)	Méthodologie	Population étudiée	Principaux résultats	Limites
La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. <i>Chambonet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. Rev Prat Médecine Générale, 507,2000, pp. 1481-148 [15]</i>	Étude rétrospective par questionnaire	419 Médecins généralistes de Loire-Atlantique sur 917 ont donné des réponses exploitables	- 61% mettent en cause une difficulté de prise en charge inhérente à la victime : ambivalence, peur d'éventuelles représailles, de ne pas pouvoir s'assurer financièrement, déni, refus, peur d'abandonner l'agresseur - 64% mettent en cause leur exercice : problème de temps, de disponibilité, de communication, manque de formation, impuissance et peur de l'échec, situation démotivante - 34% évoquent des problèmes liés au conjoint : problèmes de communication, crainte de représailles envers le médecin, déni, alcoolisation - pour 30% la lenteur de la prise en charge et des partenaires sociaux est un frein - 17% trouvent difficile d'appréhender les problèmes de couple et les interactions familiales - difficulté de communication avec les services de police et le médecin - 2/3 des médecins étaient isolés pour la prise en charge	-biais du questionnaire : taux de réponse à 45%, questions fermées évitant un recueil qualitatif pouvant exprimer les pensées des médecins, -biais d'échantillon : les femmes médecins sont sous représentées -biais de méthode : données subjectives du fait du caractère rétrospectif
Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile-de-France ; <i>Morvant C, Lebas J, Chauvin P Institut de l'Humanitaire, 2000, 25p [16]</i> (THÈSE DE MÉDECINE DU Dr Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine, faculté de médecine Saint Antoine, Université Paris 6, 2000)	Auto-questionnaire sur les 5 dernières consultations de violences conjugales, adressé par courrier à 1000 médecins généralistes tirés au sort	235 Médecins généralistes de l'Ile de France	- seulement 7,7% de dépistage actif de la part des médecins, dans 4,6% des cas ils s'en tiennent à des soupçons. Dans 84,6% des cas, la patiente en a parlé directement au médecin - Les violences physiques sont les plus rapportées (73,3%) avec faible évocation des violences sexuelles (15,4 %), défaut d'information - 75% des médecins sont seuls face à la prise en charge de la patiente. 50% ignorent si la patiente a rencontré d'autres structures sanitaires - Sentiment d'impuissance et d'isolement des médecins dans 50% des cas - Difficulté à cibler les femmes à risque, absence de profil type - 60,3% déclarent une insuffisance de formation et sensibilisation initiale	-biais de recrutement : envoi des questionnaires sous forme de courrier entraînant une perte de réponse -biais du questionnaire : l'interprétation des questions par les médecins peut entraîner des réponses erronées

Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans.

CORNET (Philippe),
CORNILLEAU (Audrey),
IBANEZ (Gladys). CAHIERS DE
SANTÉ PUBLIQUE ET DE
PROTECTION SOCIALE, n°12,
2014 [17]

Etude quantitative comparative de l'étude du Dr Morvant réalisée en 2000, envoi du même auto questionnaire et comparaison des résultats 10 ans après.

227 Médecins généralistes de l'Ile de France (Enseignants (E) et non enseignants (NE))

- Manque de diagnostic de toutes les formes de violences : 20% des violences économiques et sexuelles vs 70,8% repérage des violences physiques (les E ont repéré plus de verbales et psychologiques et moins de physiques et sexuelles)
- Mauvaise information et sensibilisation au problème (66,9% vs 60,3% en 2000, p non significatif), manque de formation pour 16% des cas, différence entre médecins enseignants et non enseignants (E plus formés)
- Dépistage complexe, peu de signes spécifiques, absence de profil typique des victimes (61,4% vs 72,8% en 2000, p non significatif)
- La position centrale de médecin de famille, suivi du mari (35,4% vs 40,6%)
- Contrainte du temps et disponibilité (25,2% vs 21%), impuissance (36,2% vs 42%, p non significatif) peur des conséquences judiciaires, vécu personnel du médecin
- Méconnaissance de la définition des violences conjugales : 13,4% vs 23,3%, p significatif à 0,0254)
- Dissimulation par la patiente (86,7% vs 82,6%, p non significatif) ou refus d'aide des victimes (52% vs 53,9%), préjugés des médecins rejetant la faute sur les victimes
- 32,1% (vs 24,3 % en 2000) des médecins sont en contact avec d'autres intervenants dans la prise en charge de la victime (le médecin est limité par le secret professionnel), plus d'utilisation des réseaux (42% adressent vers les associations spécialisées contre 22,2% en 2000)
- 4% juge le suivi par le médecin généraliste inutile
- Augmentation du dépistage en 2011 vs 2000 : Nette amélioration du dépistage de 7,7% en 2000 et 18,4% en 2011 ($p=1,68 \times 10^{-6}$)
- orientation vers travailleurs sociaux a doublé en 10 ans

-biais d'échantillon : Faible échantillon recruté, taux de réponse plus faible qu'en 2000

- biais de recrutement : les médecins ayant répondu sont probablement les plus sensibilisés, autre mode d'envoi des questionnaires par rapport à l'étude de 2000

-biais d'analyse : Distinction médecins généralistes non enseignants et médecins enseignants.

-biais du questionnaire : Les 227 médecins n'avaient pas répondu à toutes les questions, certaines questions induisaient des réponses imprécises.

Revues de la littérature

Article (titre, auteurs, date)	Méthodologie	Population étudiée	Résultats principaux	Limites de l'étude
Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. <i>J. Lebas, C. Morvant, P. Chauvin.</i> <i>Bull Ac. 2002 [18]</i>	Revue de la littérature	Professionnels de santé en soin de premier recours (médecin généralistes, gynécologues, urgentistes)	- Manque de formation - Pas de dépistage systématique - Difficulté du repérage devant l'absence de profil type des victimes - Absence de signes cliniques spécifiques - Malaise face à la patiente et pour la prise en charge - Impuissance face aux violences conjugales - Contrainte de temps et de disponibilité - Faible accessibilité des patientes qui ne veulent pas toujours être aidées - Les médecins se sentent démunis, isolés et solitaires dans le suivi et la prise en charge des femmes victimes	-biais de l'étude : pas d'utilisation des critères de validation scientifique des revues de la littérature

Dossiers

Articles (titre, auteurs, date)	Méthodologie	Population étudiée	Principaux résultats	Limites
Violences conjugales : repérer et aider les victimes. <i>Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Rev Prat 2005 [19]</i>	Dossier dans la revue du praticien.	Médecins généralistes	- signes de dépistage variés et peu spécifiques - sous-estimation de l'envergure du problème donc moins de dépistage par absence de dépistage actif - Violences sexuelles peu évoquées dans les études - Sentiment d'impuissance face à la prise en charge - Absence de réseau de prise en charge, isolement des médecins, pas de contact avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge	

Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. <i>Lazimi G, Piet E, Casalis MF, Cahiers de santé publique et de protection sociale. Septembre 2011:9-18. [20]</i>	Regroupement d'étude concernant le dépistage systématique	Médecins généralistes, urgentistes, sage femme	- Dénier des médecins du problème, difficulté à admettre la réalité car difficile à supporter. Difficile à imaginer que les violences existent, stratégie d'évitement selon les croyances de chaque médecin - Freins secondaires au vécu et à l'histoire personnelle du médecin, risque d'identification, écho de son vécu - Manque de formation universitaire - Malaise des médecins à aborder le sujet pouvant empêcher la victime de parler, attitude du médecin importante pour libérer la parole	
Health professionals all have a role to play in identifying violence. <i>Ronai E, Ouharzoune Y, Warnet S. Rev infirm 2014 Nov [21]</i>	Interview de la coordinatrice nationale « des violences faites aux femmes » et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof), coprésidente de la Commission « violences de genre » au sein du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Mme Ernestine Ronai.	Femmes victimes de violences conjugales et les professionnels participant à la prise en charge des victimes dont les professionnels de santé de premier recours.	- La crainte de briser le tabou et silence des violences conjugales concerne les patientes mais également les professionnels de santé - Problème de formation initiale des professionnels de santé, réponse de la Miprof avec des outils mis à disposition en ligne. - Une victime mieux accueillie par le médecin est une victime qui osera plus parler	- Pas de critères et d'évaluation scientifique pouvant être réalisés
The general practitioner's role in identifying and supporting female victims of violence. <i>Lazimi G. Rev Infirm. 2014 Nov;205:25-7 [22]</i>		Médecins de soins de premier recours et femmes victimes de violences	- Manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé - Difficulté à penser aux violences, donc absence de dépistage réalisé - Freins inhérents aux femmes victimes : Incompréhension des victimes par les médecins, - Victimes génèrent un sentiment de rejet des médecins et agacement dans leur attitude ambivalente et la difficulté de prise en charge	

Travaux de thèse-mémoire

Articles (titre, auteurs, date)	Méthodologie	Population étudiée	Principaux résultats	Limites de l'étude
Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse d'exercice de médecine <i>Amélie Boismain, Marie Gaudin, Dr Gervasoni directrice de thèse, Grenoble, 2012 [23]</i>	Etude qualitative par entretiens semi-dirigés	17 médecins isérois libéraux et salariés de Centres de Santé ou du Planning Familial.	- méconnaissance de l'ampleur du phénomène, sous estimation de la prévalence nationale, avec minimisation de l'ampleur possible chez leur patiente ou déni ? - manque de sensibilisation, les médecins avouent ne pas penser aux violences en consultation, risque vital peu évoqué - la diversité et l'absence de spécificités cliniques rendent le dépistage difficile - affect et vécu personnel du médecin - différence de sensibilité au dépistage entre les médecins hommes et femmes, les femmes ont plus de crainte vis-à-vis de l'agresseur - difficulté à différencier les « conjugopathies » des violences conjugales - contrainte de temps et de disponibilité - difficulté propre à la consultation : barrière de la langue, patiente accompagnée - sentiment d'impuissance et d'échec devant l'ambivalence des victimes, la lenteur du processus est décourageant - frein lié à la patiente : emprise du conjoint, ambivalence, isolement, la peur - manque d'outils, isolement du médecin pour cette prise en charge complexe, démuni, que faire une fois le dépistage réalisé ? véritable frein au dépistage - méconnaissance des réseaux et démarches - carence dans la formation initiale - 2/3 ne légitiment pas le dépistage systématique : trop intrusif, vie privée, peu d'intérêt - position de médecin de famille - difficulté à la rédaction du certificat initial pour les violences non physiques, évaluation des violences psychologiques peu réalisée	-biais de recrutement : pré-sélection des médecins inclus, médecins volontaires sensibilisés au problème -biais d'intervention : influence de l'interrogateur -biais d'analyse : analyse des recueils avec risque d'interprétation

Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes Lorrains. <i>Deshpriya Neelesh DHUNY, Dr Laurent Martrille, 2012 [24]</i>	Etude qualitative : entretien téléphonique individuel semi-dirigé puis dans un deuxième temps une étude quantitative par questionnaire diffusé par messagerie électronique.	19 Médecins généralistes Lorrains pour l'enquête qualitative 108 questionnaires répondus pour l'enquête quantitative par des médecins généralistes de Lorraine	- Manque de formation des médecins (67/107), manque de connaissances des outils de dépistage (70/107) - Les médecins ne pensent pas au dépistage (67% des médecins hommes et 80,9% des femmes) - Peur de mettre mal à l'aise la patiente si le dépistage vient du médecin - Manque de temps pour faire un dépistage systématique - 19 médecins sur 107 considèrent que le dépistage n'est pas utile - Difficultés liées à la place de médecin de famille qui connaît bien ses patientes, Entre dans le cadre de la sphère privée ou à l'inverse ne connaît pas assez bien les patientes (donc dépistage délicat) - Sentiment d'impuissance dans la prise en charge une fois le diagnostic réalisé chez 35 médecins - Idée que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste pour 5 médecins - Crainte des retombées ordinaires et judiciaires - Globalement avis favorable (>2/3 en moyenne) des médecins à une formation spécifique, des outils de dépistage et des recommandations HAS	-biais au niveau de la définition du dépistage systématique entre les auteurs de l'étude et les médecins qui a pu entraîner des réponses erronées de la part des médecins -biais d'échantillon : faible effectif de l'échantillon de médecins généralistes Lorrains inclus par rapport au nombre total de médecins inscrits à l'ordre des médecins.
Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme. Mémoire du Diplôme d'état des sages femmes. <i>Rouveyre M. dirigée par Mme Foulhy C. 2012 [25]</i>	Enquête observationnelle descriptive transversale ; interrogation des professionnels inclus par un questionnaire.	170 professionnels inclus : 4 internes, 27 gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens, 42 médecins généralistes, 92 sages-femmes	- 61,2% ne font pas de dépistage par peur de mettre mal à l'aise la patiente - 32,3% disent ne pas avoir assez de connaissances avec une formation initiale insuffisante - 19,4% se disent mal à l'aise face au sujet - 12,1% avancent le manque de temps (mise en évidence de manière significative d'un lien entre la durée de la consultation et le dépistage spontané des violences) - 4 professionnels évoquent la peur des retombées judiciaires - absence d'influence du secteur d'activité sur le dépistage - influence du secteur d'activité sur l'orientation de la victime	-biais de recrutement : absence de répartition équitable entre tous les secteurs -biais du questionnaire : mauvaise compréhension d'une question rendant difficilement analysable les réponses, absence de différenciation des situations de rencontre avec les victimes (urgence, consultation de suivi...)
La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales : barrières et stratégies pour y remédier. <i>SIMONEL (Florence),</i>	Etude qualitative par entretiens semi- dirigés sous forme de « focus group »	27 Médecins généralistes du Rhône et de l'Yonne	Freins liés au médecin - manque de formation - sentiment d'intrusion dans la vie privée des patientes - sujet tabou, difficultés liées au vécu personnel du praticien - difficultés psychologiques face aux situations de maltraitance - déni du problème par les médecins	-biais de recrutement : sélection des médecins sur la base du volontariat, risque de sélection des médecins sensibilisés, groupes de pairs avec membres se connaissant

<i>Thèse/mémoire, dirigée par Docteur Erpeldinger S. Université Claude Bernard Lyon 1. 2013 [26]</i>			- sentiment de frustration, sentiment d'impuissance, isolement du médecin - suivi médical de l'agresseur, avec sentiment négatif envers l'agresseur, peur d'aggraver la situation - problématique du respect du secret professionnel - manque de temps en consultation - défaut de rémunération pour une prise en charge sociale - absence de suivi psychologique des médecins eux même - Barrières liées à la femme - sentiment de culpabilité, le déni, normalisation de la violence, la honte, la peur - nomadisme médical - les sentiments qu'elles ont pour le conjoint - isolement de la victime - manque de ressources financières	déjà, la plupart étaient maître de stage -biais d'échantillon : faible échantillon de médecins -biais d'intervention : problèmes liés au recueil de données par les « focus group » : risque d'un leader de groupe, expression non équitable de tous les membres, manque des ressentis plus intimes, subjectivité de l'observateur -biais d'évaluation : par les observateurs, interprétation des réponses lors des analyses
Repérage par le médecins généralistes des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Thèse-mémoire. <i>PALISSE M, dirigée par Dr Lazimi 2013 [27]</i>	Etude quantitative avec pour outil de recueil un questionnaire	145 Patientes de 18 à 65 ans parlant français, seules en consultation, acceptant de répondre anonymement, interrogées par 13 internes	- manque de formation - sentiment d'impuissance des soignants - caractère intrusif du dépistage des violences sexuelles (VS) - 23,4% (1 femme sur 5) ont subi des VS au cours de leur vie - 93,1% n'ont jamais été interrogées sur le sujet par leur médecin et 83,4% pensent que le médecin généraliste a un rôle dans la prise en charge des VS - 1/3 des victimes ont parlé de leur agression à leur médecin - 53% pensent que le dépistage devrait être plus systématique par le médecin généraliste, 8% parmi les victimes trouvent que ce serait trop intrusif, 10,3% des interrogées n'y sont pas favorables : persistance d'un tabou face aux VS - 81% considèrent que le dépistage ouvre la parole, - Les patientes ont une mauvaise connaissance du rôle du médecin: les victimes pensent que le sujet est tabou avec le médecin de famille, qu'il s'occupe de la santé et non de la sphère privée - frein pour les femmes de parler du fait qu'elles connaissent bien le médecin parfois, déni, peur de la réaction du médecin, honte et culpabilité - absence de lien entre le sexe du médecin et le taux de dépistage des	biais de recrutement : localisation de l'étude en Seine Saint Denis (plus faible niveau de vie), sélection des patientes par les internes -biais d'échantillonnage : faible -biais liés aux enquêteurs: tous les internes n'étaient pas égaux face au questionnement des patientes : variation d'attitude a pu jouer sur le nombre et de refus et la façon de répondre aux questions. Uniquement des médecins non thésés donc moins d'expérience, non connaissance des patientes (pas de relation de

			VS - le médecin pense au dépistage si présence d'antécédents de violences (p<0,01) - difficulté pour les internes interrogeant les patientes: difficile d'aborder le sujet intime de la sexualité, ne savent pas comment réagir en cas de réponse positive, quelle attitude adoptée des médecins face aux patientes (empathie ? communication ?..) - freins au dépistage des médecins devant la peur d'être trop intrusif, le médecin lui même est le principal frein	confiance), internes les plus sensibilisés au problème sont ceux ayant acceptés de participer à l'étude -biais de réponse : discordance dans les réponses des victimes, risque d'incompréhension des questions -biais méthodologique : méthodologie non toujours respectée par les internes
Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances au changement de pratiques. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs Thèse/mémoire, Université de Nantes. PANTALEON (Mathilde), dirigée par Dr Laure VANWASSENHOVE. 2013 [28]	Etude qualitative par entretien individuels semi-directifs	12 Médecins généralistes libéraux installés en Loire-Atlantique et Vendée.	- Différence entre le conflit conjugal et violence conjugale pas toujours claire, minimisation et banalisation des violences (à tous les niveaux : femmes, type de violences, agresseur...) - Manque d'expérience, de formation (mais résistance aux formations sur les violences), peu de victimes rencontrées en consultation, manque de sensibilisation - Dissimulation par la victime, déni, minimisation des violences, attitude d'ambivalence, doute sur les propos de la victime - Sentiment d'Impuissance et frustration face à la patiente, face à la lenteur de la prise en charge - Questionnement sur le rôle dans la prise en charge et la position exacte du médecin face aux violences, et dévalorisation de celle ci, déresponsabilisation (rôle d'autres intervenants) - Atout de la position de médecin de famille : rôle de médiateur (confusion avec les « conjugopathies ») mais également difficulté devant suivi de l'homme violent, peur de le trahir ou de porter préjudice - Mécanisme psychanalytique: Identification du médecin au contexte, refoulement (difficile d'entendre certaines situations), déni de la réalité (plus facile à accepter), projection - Sujet tabou et intrusif, peur de choquer la patiente - Dépend du vécu antérieur professionnel et personnel du médecin - Peur des conséquences pour le médecin : échec, remise en question, peur du conjoint, remise en cause de la place de médecin de famille, peur des représailles sur la victime (moins évoquée), peur de	-biais de recrutement : principalement des enseignants (SASPAS), échantillon peu représentatif -biais d'intervention : un seul enquêteur, risque de subjectivité, connaissance personnelle de certains médecins, enquêteur débutant -biais d'interprétation

				- prendre parti pour la victime - Contrainte de temps, de disponibilité et parfois de moyens, lourde prise en charge - Coûts supérieurs aux bénéfices pour la prise en charge : financier, envahissement personnel pour le médecin - Dépistage ciblé accepté plutôt que systématique - Menace de l'équilibre acquis : inconfort pour le médecin, ce n'est pas de la médecine cartésienne, sort de la zone de confort	
Représentation et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation : une étude qualitative exploratoire. Thèse d'exercice de médecine. Créteil. Boutonné R. dirigée par Dr Bachelard E. 2014 [29]	Etude qualitative exploratoire par entretien semi-directifs	16	Médecins généralistes exerçant une activité libérale, remplaçants ou installés à Paris. Absence de critère d'exclusion hormis le refus.	- sous-estimation de la prévalence du phénomène - bonne identification des rôles du médecin généraliste face à la victime - les difficultés sont de deux ordres : liées à la victime et au médecin et son exercice - difficile à aborder le sujet, entre dans le cadre de l'intimité de la patiente - les violences conjugales sont un sujet tabou - freins inhérent à la patiente : sa culpabilité rendant le dépistage difficile, peur du conjoint, l'absence de conscience de leur position de victime, peu de signes spécifiques - position de médecin de famille, suivi de la victime et de l'agresseur, le fait de connaître la patiente depuis longtemps - manque de formation, manque d'expérience - contrainte de temps et de disponibilité - difficulté émotionnelle et du vécu du médecin, - sentiment d'isolement du médecin, sentiment d'impuissance - manque de connaissance des réseaux et d'orientation de prise en charge - difficulté de dépistage de tous les types de violences (dépistage principalement des violences physiques) - peur d'une délation du conjoint - opposition au dépistage systématique	-biais de type d'étude : déclaratif, est-ce représentatif de la pratique ? existence de certaines discordances dans les réponses -biais de sélection : sélection des médecins motivés par le sujet, échantillon parisien, faible échantillon inclus -biais d'investigation : un seul enquêteur, peur d'être jugé par un confrère (l'enquêteur)

CONCLUSION

D'un point de vue personnel

Un stage aux urgences, en gynécologie, en médecine générale, en hépatogastro-entérologie, autant de stages dans lesquels j'ai été confronté à des victimes... Aucune spécialité n'est épargnée. Tous les médecins à un moment donné de leur vie peuvent se retrouver face à une femme victime de violences de son conjoint.

C'est en tant qu'externe aux urgences que j'ai rencontré ma première victime, elle venait de se faire battre par son compagnon. Elle l'excusait. Elle est repartie avec lui. Ma formation s'est poursuivie en tant qu'interne. Je dis bien le mot «formation» puisque la mienne passe par mes rencontres avec les victimes. Il est vrai que l'on m'a enseigné le protocole en cas de viol. Et les autres ? Les femmes victimes de coups et blessures ? Comment doit-on les prendre en charge ? Peut-on les sauver ?

Mes échanges professionnels et personnels sur les violences conjugales déclenchaient étonnamment diverses réactions. Personne n'était indifférent, cependant ce thème n'était pas toujours aisément abordé.

Ce sujet de recherche était une évidence pour moi. J'ai eu la chance de croiser le chemin de personnes qui m'ont permis de construire et d'affiner mon sujet pour aboutir à ce travail.

Au cours de mes recherches préliminaires, j'ai découvert l'ampleur du phénomène, la définition des violences ainsi que les formes qu'elles peuvent prendre et le cycle de la violence. Ma question de recherche est donc née progressivement avec l'objectif de vouloir comprendre pourquoi autant de femmes restaient dans le silence. Plus j'avancais dans mon sujet et plus il me passionnait. Ma motivation grandissante et mes rencontres m'ont d'autant plus poussée à tenter d'apporter une réponse aux problèmes de dépistage et prise en charge des violences conjugales.

Ce travail de thèse m'a apporté un bénéfice tant sur le plan personnel par de magnifiques rencontres et de nombreux projets à venir, que professionnel avec un regard nouveau sur les femmes victimes.

Difficultés rencontrées

Nous sommes rapidement arrivés à saturation des données mais les résultats étaient globalement homogènes. Après analyse des articles sélectionnés, nous avons pu établir les principaux freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales.

Il existe peu d'études quantitatives et qualitatives sur les violences conjugales, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'inclure des travaux de thèses et des mémoires afin de venir enrichir nos résultats, au risque de perdre en puissance d'étude. Ce thème étant encore tabou de nos jours, cela engendre des complexités dans la conduite de ces études.

En ce qui concerne les études sur les gynécologues et sages-femmes, peu d'articles se rapportent aux soins primaires.

La grossesse constitue une période de vulnérabilité à risque de violences. En dépit du fait que de nombreux médecins généralistes réalisent des suivis de grossesse, aucune étude ne portait sur les femmes enceintes en soins primaires.

Quelques perspectives

Le manque de formation et de sensibilisation des professionnels de santé est unanime dans toutes les études incluses dans cette revue de littérature. Au cours des études médicales, seul un module est consacré au viol et quelques notions de maltraitance chez l'enfant sont abordées. L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des violences domestiques passent indéniablement par la formation des soignants. Il serait nécessaire d'inclure ce thème plus précocement dans le programme du deuxième cycle des études médicales. Des séminaires devraient être proposés pour tous les internes et pour les praticiens installés en cabinet une sensibilisation au cours de la formation médicale continue. Comme décrit dans le paragraphe ci-après, la fiche réflexe créée au travers de cette thèse pourrait servir de support de formation.

Il ne faut pas dissocier la sensibilisation des professionnels de santé de celle du grand public. Les victimes elles-mêmes sont un frein à leur dépistage ; les campagnes de sensibilisation peuvent les informer sur le rôle des médecins.

La formation doit également s'étendre à l'ensemble des professionnels de santé (kinésithérapeutes, pharmaciens..) qui peuvent se trouver confrontés aux victimes. Même si le médecin est le principal interlocuteur, les femmes peuvent être amenées à solliciter d'autres secteurs de santé.

Afin de rompre l'isolement des médecins, la création de réseau de proximité de prise en charge des victimes semblerait être une solution adaptée. L'accès en urgence des victimes à des points d'accueil serait facilité ainsi que leur prise en charge au long cours par les différents intervenants nécessaires. Certaines zones géographiques se situant à distance des grandes villes (où les grands centres de prise en charge sont localisés) cela permettrait de pallier au manque de centre d'intervention. Les réseaux de proximité autoriseraient aux victimes un meilleur accompagnement médico-psycho-social.

Depuis plusieurs années, le dépistage systématique des violences domestiques fait débat. Malgré le fait que des études prouvent un réel bénéfice sur le repérage des patientes, que d'autres pays comme la Grande-Bretagne ou le Canada le recommandent, que les femmes soient favorables à un questionnement, les professionnels de santé y sont toujours à ce jour réfractaires. Au cours des formations, une information sur le dépistage systématique serait à apporter. Alors que les sociétés savantes américaines, canadiennes et anglaises préconisent le dépistage systématique, en France il n'existe pas à ce jour de texte en ce sens. Il serait intéressant de rédiger des recommandations pour les professionnels, notamment par la Haute Autorité de Santé.

La création d'un outil : fiche réflexe

Au vu des résultats, il paraissait nécessaire de tenter de remédier à certains freins très importants. Le sentiment d'isolement, l'impuissance, le manque de formation sont présents dans toutes les études. L'outil élaboré à partir de cette revue de la littérature vise à rompre l'isolement des médecins, en créant un lien direct avec le CIDFF (Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles). Avec le consentement de la patiente, le médecin, après dépistage des violences, sera dans la possibilité de signaler la victime au CIDFF par l'intermédiaire d'une fiche de

liaison. Dans un premier temps, la mise en application et l'évaluation de l'outil se feront dans le département de la Meuse. L'évaluation pourra faire l'objet d'une seconde étude ultérieurement.

L'outil se présente sous forme de fiche réflexe et pourra aisément servir de support de formation. Nous travaillons en étroite collaboration avec Mme Grandjany, directrice du CIDFF de la Meuse et Mme Reynaud, déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité de la Meuse, pour une mise en application dès 2017.

VU

NANCY, le **13 septembre 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **30 septembre 2016**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Olivier MOREL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9312

NANCY, le **11 octobre 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

Contexte : Les violences conjugales constituent un enjeu majeur de santé publique et sont une véritable problématique d'actualité, 9% des femmes en France sont victimes de violences. Leur repérage est encore à ce jour insuffisant. *Objectif* : Identifier les principaux freins au dépistage et la prise en charge des violences conjugales par les professionnels de soins primaires en France. *Méthode* : Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA statement. *Résultats* : 19 articles ont été inclus dans l'étude. Les freins identifiés ont été classés en trois catégories : liés aux professionnels, leur cadre de travail et aux victimes. Les médecins se sentent isolés et impuissants face aux victimes et ressentent un manque de formation et sensibilisation au problème. Les victimes méconnaissent le rôle des professionnels et souhaitent que les soignants abordent d'avantage le sujet en systématique. *Conclusion* : Cette étude a mis en évidence la prise de conscience récente des professionnels de santé au problème, se reflétant au travers des meilleurs taux de dépistage. Cependant ces taux sont encore insuffisants à ce jour. La formation et sensibilisation des médecins sont essentielles. A l'issu de cette étude nous avons élaboré un outil d'aide, utilisable en pratique courante en consultation, permettant de rompre l'isolement, le sentiment d'impuissance et de manque de formation des professionnels, dont l'évaluation serait nécessaire à plus long terme.

TITRE EN ANGLAIS

Domestic violence, a current issue : what solution ?

THESE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNEE 2016

MOTS CLÉS

Violences conjugales, médecin généraliste, soins primaires, gynécologue, sage-femme.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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