

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 12 avril 2017 à Poitiers
par **Pauline BONNET**

Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY
Monsieur le Docteur Alain GODARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Marc LARDEUR

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur SENON,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ma thèse, veuillez trouver dans ce travail tout le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MIMOZ, Madame le Docteur ALBOUY-LLATY et Monsieur le Docteur GODARD,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury.

Soyez assurés de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc LARDEUR,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail. Depuis le début de mon internat, tu as su me donner confiance et me mener vers l'exercice de la médecine générale tel que je l'envisageais. Merci de ton soutien et de tout ce que tu as pu m'apporter au cours de nos discussions. Je te prie d'accepter ici mon plus profond respect ainsi que mon amitié.

Aux médecins généralistes,

Qui ont eu la gentillesse de participer à ce travail.

A ma Maman,

Merci de tout l'amour que tu m'apportes, ton soutien, tes conseils avisés... Tu sais à quel point ce moment est important et tu as su me guider, me soutenir, même dans les pires moments pour devenir celle que je suis aujourd'hui. Ce travail t'es dédié parce que toi aussi tu l'as bien mérité. Moi non plus...

A Ludovic,

Mon amour, huit ans de bonheur à tes côtés et ce n'est que le début de cette belle aventure. Cette année n'est pas simple mais elle est tellement prometteuse. Je t'aime.

A mes grands-parents,

Pépé, j'aurai tellement voulu t'avoir avec moi en ce moment important, tu aurais été fier je crois... Mémé, je suis heureuse que tu sois là.

A Christian,

Merci pour l'humour que tu m'as un peu transmis (mais en mieux!) et merci de m'avoir permis d'avoir des sœurs et un frère, une vraie famille.

A mes sœurs et mon frère,

On est des adultes!!! Merci d'être là, toujours et de m'avoir appris la signification de la « vraie famille ».

A ma famille,

Merci d'avoir toujours cru en moi.

A mes beaux-parents, à Ben,

Merci de votre soutien et de votre bienveillance.

A Benjamin,

Mon meilleur ami, roi des statistiques et accessoirement traducteur en chef. Je ne sais plus comment te dire merci mais je crois te l'avoir déjà dit 1000000 de fois! Tu es tellement important pour moi et tu le sais. Tu n'as jamais douté (enfin presque jamais!) mais ça y est j'y suis...

A Marion,

Ma meilleure amie, avec toi, j'ai tout traversé de l'acné jusqu'aux première rides... Tu sais à quel point tu comptes pour moi. Merci pour toutes les heures passées au téléphone à supporter mes angoisses mais surtout à refaire le monde... Ne changes rien, jamais et sois heureuse tu le mérites.

A Angélique, à Julien et à Justin,

Mon amie, ma coloc', ma blonde, notre amitié est faite pour durer et je suis fière d'être ton amie. Merci de ton soutien. Merci à vous 2 de m'avoir choisi pour être marraine de votre trésor, Justin, je ferai tout pour être à la hauteur (ça va pas être simple!!!)

A Amélie, à Fabien et à Louis,

Notre amitié prouve qu'on peut tout traverser, merci pour le bonheur, la confiance et tout ce que vous m'apportez... Louis, petit poisson, Tata Popo est fière d'être ta marraine!

A Brina, à Greg et à Maddie,

Merci de nos discussions, nos rires et votre présence dans les bons comme les mauvais moments. Il y aura toujours du fromage pour vous à la maison mais surtout pour Maddie!!!

A Anne-Laure,

Merci ma poulette d'être toujours là, loin des yeux mais toujours près du cœur. Notre amour des fruits mais aussi des scoubidous nous a rapproché!!! Et je n'oublie jamais les inhibiteurs calciques depuis que je te connais!!! Ca y est nous sommes docteurs!!!

A Emilie,

Déjà 10 ans... Malgré la distance, nous ne nous oublions pas et nous partageons encore beaucoup.

A Chloé,

Ma première co-interne, rapidement devenue amie et co-raleuse! Merci pour tout ce que nous avons vécu et ce que nous vivrons encore. Merci à Anthony et toi de nous avoir fait découvrir votre Crète. Léontine a beaucoup de chance...

A Romain,

Quatre semestres et une belle amitié! Merci de ton soutien.

A Sandy,

Sansan pour les intimes! Quelle rencontre et que de bons moments!

A mes amis "Pictaviens",

Beaucoup ne le sont plus d'ailleurs mais nos amitiés perdurent et votre soutien persiste.

A mes amis Bordelais,

Nous sommes enfin là!!! Merci de votre soutien et de ces moments de bonheurs partagés. L'année des changements pour beaucoup d'entre nous.

Abréviations :

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ENVEFF : enquête nationale des violences envers les femmes en France

FRA : European Union Agency For Fundamental Rights

VIRAGE : Violence et rapport de genre

FNACAV : Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

MIPROF : Mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains

VIRAGE : Violence et Rapport de Genre

ECN : Examen Classant National

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

DU : Diplôme Universitaire

APPS86 : Association des Praticiens pour la Permanence des Soins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

FMC : Formation Médicale Continue

ARS : Agence Régionale de Santé

« Les pires tyrans sont ceux qui savent se faire aimer. »

Spinoza

« Le monde est dangereux à vivre,
Non à cause de ceux qui font du mal
Mais à cause de ceux qui
regardent et laissent faire. »

Einstein

REMERCIEMENTS	2
Abréviations :	5
INTRODUCTION.....	10
1 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET MEDICAL	12
1.1 ETAT DES LIEUX	12
1.1.1 Définition violences conjugales	12
1.1.2 Différents types de violences (6)	12
1.1.2.1 Les violences physiques (2)	12
1.1.2.2 les violences sexuelles	12
1.1.2.3 les violences psychologiques et verbales	13
1.1.2.4 les violences économiques	13
1.1.3 Le cycle de la violence	13
1.1.4 Epidémiologie	15
1.1.4.1 Dans le monde.....	15
1.1.4.2 En France	15
1.1.4.3 Dans la Vienne	16
1.1.5 Facteurs de risque.....	17
1.1.6 Conséquences des violences conjugales	18
1.1.6.1 Conséquences sur la santé des femmes.....	18
1.1.6.2 Conséquences sur les enfants.....	20
1.1.6.3 Conséquences socio-économiques (Annexe 1).....	20
1.2 HISTORIQUE LEGAL ET ASSOCIATIF	22
1.2.1 La loi	22
1.2.2 Développement associatif en France.....	25
1.2.3 Les associations dans la Vienne	27
1.3 DIAGNOSTIQUER LES VIOLENCES CONJUGALES	29
1.3.1 Formation des médecins.....	29
1.3.2 Comment diagnostiquer les violences au sein du couple.....	30
1.4 Prise en charge des violences conjugales	32

1.4.1	Des recommandations de prises en charge.....	32
1.4.2	Des droits et des devoirs.....	33
1.5	Problématique.....	35
2	MATERIEL ET METHODE.....	36
2.1	Recherche bibliographique.....	36
2.2	Réalisation du questionnaire.....	36
2.3	Diffusion du questionnaire.....	37
2.4	Analyse statistique.....	37
3	RESULTATS.....	39
3.1	Profil des médecins.....	39
3.2	"Connaissances" des médecins.....	42
3.3	Attitudes et pratiques face à une situation de violences conjugales.....	44
3.4	Limites des médecins à la prises en charges des violences conjugales.....	46
3.5	Résultats en fonction du sexe des médecins.....	49
3.6	Résultats en fonction de la durée d'exercice.....	56
4	DISCUSSION.....	63
5	CONCLUSION.....	70
6	Bibliographie.....	71
	ANNEXES.....	77
	ANNEXE 1 : tableau du coût estimé des violences conjugales en 2005-2006 (25).....	77
	ANNEXE 2 : MODELE D'AUTORISATION A PHOTOGRAPHER.....	78
	ANNEXE 3 : certificat médical en cas de violences physiques.....	79
	ANNEXE 4 : BROCHURE REGION POITOU-CHARENTES.....	80
	ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE.....	82
	RÉSUMÉ.....	87
	ABSTRACT.....	88
	SERMENT.....	89

Figure 1 : Cycle des violences (7).....	14
Figure 2 : conséquences violences conjugales, Source OMS 2013	19
Figure 3 : Répartition des Diplômes Universitaires	40
Figure 4 : Sentiment des médecins sur leur aptitude diagnostique	44
Figure 5 : Sentiment des médecins sur leur aptitude à la prise en charge.....	44
Figure 6 : Première conduite à tenir dans une situation de violences conjugales	45
Figure 7 : Peur d'être intrusif.....	46
Figure 8 : Crainte de poursuites judiciaires.....	47
Figure 9 : Impossibilité de signalement sans consentement	47
Figure 10 : Refus de la victime	48
Figure 11 : Manque de Formation médicale	48
Figure 12 : Première conduite à tenir dans une situation de violences conjugales selon le sexe	51
Figure 13 : Peur d'être intrusif comparaison selon le sexe.....	52
Figure 14 : Refus de la victime comparaison selon le sexe	53
Figure 15 : Peur de poursuite judiciaire comparaison selon le sexe	53
Figure 16 : Impossibilité de signalement sans consentement comparaison selon le sexe.....	54
Figure 17 : Manque de formation médicale comparaison selon le sexe	54
Figure 18 : Première conduite à tenir dans une situation de violences conjugales selon la durée d'exercice.....	59
Figure 19 : Peur d'être intrusif en fonction de la durée d'exercice	60
Figure 20 : Refus de la victime en fonction de la durée d'exercice.....	60
Figure 21 : Peur de poursuites judiciaires en fonction de la durée d'exercice	61
Figure 22 : Impossibilité de signalement sans consentement en fonction de la durée d'exercice	61
Figure 23 : Manque de formation médicale en fonction de la durée d'exercice.....	62
Tableau 1 : Profil des médecins ayant répondu au questionnaire	41
Tableau 2 : Récapitulatif des "connaissances" des médecins généralistes interrogés.....	43
Tableau 3 : Comparaison des "connaissances" selon le sexe.....	50
Tableau 4 : Comparaison des "connaissances" selon la durée d'exercice	57

INTRODUCTION

"Faut-il parler de LA ou DES violence(S) conjugale(S) ?"

Voici une question qui m'a souvent été posée au cours de la réalisation de ce travail. Ma réponse était toujours la même : "je dis LES violenceS conjugaleS parce qu'il en existe bien des formes et que ses victimes sont nombreuses et tellement seules, elles méritent que le plus grand nombre y accorde une attention".

C'est une consultation accompagnée de mon maître de stage en cabinet de médecine générale qui m'a conduit à réaliser ce travail de recherche. J'ai compris l'ampleur de ce problème de santé publique non pas à travers les chiffres mais à travers d'une part la détresse de cette femme venue consulter pour demander de l'aide et d'autre part, notre difficulté à prendre en charge la patiente.

Il existe différents types de violences conjugales (physique, sexuelle, verbale, psychologique, économique...).

Les violences conjugales ne laissent personne indifférent c'est un fait, cependant, les statistiques restent toujours effrayantes. Elles font souvent gros titres de journaux quand elles sont mortelles pour les victimes ou les agresseurs.

Les conséquences sont multiples tant sur la santé des femmes victimes que sur celle de leurs proches et en particulier des enfants (victimes ou spectateurs) mais également en terme socio-économique.

Les violences conjugales sont reconnues comme un problème de santé publique majeure pour lequel il convient de trouver des solutions. Les gouvernements ont depuis 2004 développé successivement 5 plans interministériels de lutte contre toutes les violences faites aux femmes permettant d'aider les femmes à se sortir des situations de violences et à se reconstruire. Malgré ces différents plans d'actions gouvernementales, le nombre de violences déclarées ne diminuent pas.

Les médecins sont parmi les premiers interlocuteurs des victimes devant les forces de l'ordre et les associations. Les médecins généralistes par leur approche multidimensionnelle bio-psycho-sociale et dans le cadre du parcours coordonné de soins apparaissent donc comme des acteurs essentiels de la prise en charge (diagnostique et "thérapeutique") de ces femmes.

Se sentent ils compétent ? Ont ils les ressources ? Savent-ils s'en servir ?

Les médecins sont confrontés à de nombreux obstacles dont le manque de formation, un sentiment d'impuissance, le refus de la victime d'être prise en charge ou la dissimulation des faits. Les médecins évoquent également le manque de temps, de connaissance des structures d'aides pour les victimes ou encore le caractère intrusif du dépistage, la méconnaissance de l'ampleur du problème ou du fait que les violences concernent tous les milieux. L'Etude de C. Morvant et le Rapport Henrion en font d'ailleurs état. (1,2)

Après avoir fait ma recherche bibliographique, il est apparu que les études déjà menées sur ce travail ciblaient principalement des femmes comme l'enquête nationale des violences envers les femmes en France (ENVEFF) (3) ou l'étude de Cécile Morvant et al. (1).

Les violences conjugales touchent également les hommes, bien que les femmes soient davantage touchées. En effet le rapport annuel de victimation 2015 et Opinions sur la sécurité mesurées lors de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2016 publié par l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales en 2016 fait état de 400000 femmes victimes de violences conjugales contre 130000 hommes sur les années 2014-2015.(4) J'ai donc décidé de cibler la population féminine afin d'exploiter au mieux les données récoltées.

L'objectif de cette thèse est donc d'établir un état des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne puis de comparer ces données à celles déjà existantes dans la littérature. La situation est-elle identique dans la Vienne par rapport aux statistiques générales françaises ? Si non quels sont les points divergents et pourquoi ?

La première partie visera à établir le contexte épidémiologique, légal et médical des violences conjugales. Je présenterai dans la deuxième partie la méthode de l'étude puis ses résultats et leur analyse dans une troisième partie. Enfin la dernière partie sera consacrée à la discussion de ces résultats et aux perspectives qu'ils ouvrent.

1 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET MEDICAL

1.1 ETAT DES LIEUX

1.1.1 Définition violences conjugales

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence » (5).

Toujours selon l'OMS, les violences conjugales comprennent tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique (5). Cette définition sous-entend un rapport de domination entre les deux personnes impliquées.

Les violences envers les femmes sont définies par l'Organisation des Nations Unies (ONU) comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (5).

1.1.2 Différents types de violences (6)

1.1.2.1 Les violences physiques (2)

Elles sont définies par l'atteinte de l'intégrité physique de la victime. Elles peuvent prendre diverses formes d'atteintes physiques (comme les coups directs, les morsures, les brûlures, les crachats, le tirage des cheveux, l'utilisation d'objets, etc...) Ce sont les violences les plus visibles, celles susceptibles de laisser des traces amenant à suspecter et diagnostiquer ces violences. Les traumatismes en résultant siègent majoritairement sur la face antérieure du corps. Elles ne sont jamais isolées et s'associent aux autres types de violences.

1.1.2.2 les violences sexuelles

Ces violences peuvent être un viol, du proxénétisme, des contraintes à la pornographie. Elles sont délicates à diagnostiquer car minimisées. La loi Française ne reconnaît le viol au sein du couple que depuis 1990 et la législation n'est claire que depuis 2006.

1.1.2.3 les violences psychologiques et verbales

Elles sont souvent les prémices de la violence physique. Elles revêtent de nombreuses formes et sont particulièrement destructrices. Il peut s'agir d'insultes, de mépris, d'ignorance, d'humiliations répétées, d'un regard menaçant, de l'isolement social de la victime (éloignement de la famille, des amis, des relations professionnelles) ce qui majore la détresse de la victime.

1.1.2.4 les violences économiques

Ces violences visent à empêcher l'autonomie financière de la victime en la privant de ses biens, voire de ses revenus, et en contrôlant strictement ses dépenses. Ces violences peuvent également toucher l'administratif avec la privation des papiers d'identité.

1.1.3 Le cycle de la violence

La question qui revient souvent lorsqu'on aborde le sujet des violences conjugales c'est "pourquoi ne partent-elles pas?" Cette question témoigne de la méconnaissance du sujet. Le propre des victimes de violences conjugales est d'être persuadé d'être responsable de la situation. Le cycle des violences conjugales explique le mécanisme visant à comprendre l'emprise et donc la difficulté des victimes à quitter l'auteur des faits.

Ce cycle se passe en 4 phases : (7)

- **phase 1 : le climat de tension :**

Cette phase correspond à une montée progressive de la tension dans le couple avec des accès de colère de l'auteur, des reproches, une insatisfaction permanente aboutissant à un "trop-plein" de tension chez l'auteur et de la peur chez sa victime puis la phase 2.

- **phase 2 la crise :**

Cette accumulation de tension aboutie à la perte de contrôle de l'auteur qui laisse éclater sa violence sur la victime qui ressent alors de l'humiliation, de la colère, de la tristesse.

- **phase 3 la justification**

L'agresseur trouve des excuses à ses actes, les minimise et va jusqu'à retourner la situation. Cette situation sème le doute dans l'esprit de la victime voire de la culpabilité à l'idée d'être responsable de ce qui a provoqué la crise.

- phase 4 la lune de miel

L'auteur des violences va demander pardon à sa victime, et cherche à faire oublier la crise, se faire pardonner, ce qui redonne espoir à la victime qui va renoncer à d'éventuelles poursuites. Cette phase contribue à l'isolement de la victime qui est alors incomprise de ses proches du fait de ce retour en arrière.

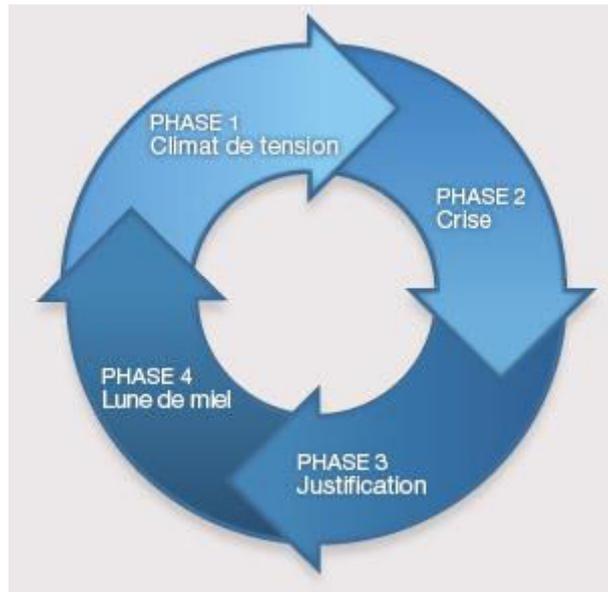


Figure 1 : Cycle des violences (7)

1.1.4 Epidémiologie

Il reste aujourd'hui difficile de se procurer des données objectives sur ce sujet tout d'abord parce que peu d'études de grandes ampleurs ont été menées sur les violences conjugales, ensuite parce que les données récoltées diffèrent en fonction des variables prises en compte dans l'étude (dépôt de plainte, type de questionnaire, sondage téléphonique, type de violence). Cependant que ce soit au niveau mondial, Européen, National ou Départemental, les études sont unanimes et montrent que les violences au sein du couple sont fréquentes et leurs conséquences ont des répercussions en terme médical, économique et social.

1.1.4.1 Dans le monde

Une étude menée sur la base de données de plus de 80 pays par l'OMS avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Medical Research Council rapportait près de 30 % des femmes ayant eu des relations de couple ont été victimes de violences physiques ou sexuelles par leur partenaire intime dans le monde (5).

En Belgique, l'étude "Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle" de Pieters et al. publiée en 2010 rapportait que 12,5% des femmes déclaraient avoir subi des violences de leur partenaire entre septembre 2008 et décembre 2009 (8).

L'étude menée en 2014 par la European Union Agency For Fundamental Rights (FRA) sur un échantillon de 42000 femmes âgées de 18 à 74 ans vivant en Union Européenne montrait que 1 femme sur 3 avait subi des violences physiques et/ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans et 8% au cours de l'année précédant l'enquête (2013). 22% des femmes ayant déjà eu un partenaire avaient subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de celui-ci depuis l'âge de 15 ans. 32% ont déjà subi des comportements psychologiques violents (humiliations, insultes, intimidations, menaces de l'entourage ou personnelles) par leur partenaire et 43% ont subi une forme de violences conjugales d'ordre psychologique (domination, violence économique ou chantage) (9).

1.1.4.2 En France

D'après le rapport publié par l'INSEE en novembre 2013, 5,1% de la population (tout sexe confondu) âgée de 18 à 75 ans a subi des violences physiques ou sexuelles en 2010-2011 en France. Cette étude montre que 5,5% des femmes de 18 à 75 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles toujours en 2010-2011. Trente et un pour cent des femmes victimes de

violences physiques et 35% des femmes victimes de violences sexuelles l'ont été par leur conjoint ou ex-conjoint. Une virgule huit pour cent des femmes de 18 à 75 ans a été victime de violences conjugales au cours de ces deux années. D'après cette étude tous les milieux sociaux sont concernés par les violences conjugales mais il semblerait que les diplômées du supérieur soient moins exposées (1,4%) (10).

L'enquête ENVEFF, réalisée en 2000 sur un échantillon représentatif de 6970 femmes de 20 à 59 ans vivant en France, a mis en évidence une forte prévalence des violences envers les femmes et notamment des violences conjugales. En France, 10% des femmes de 20 à 59 ans interrogées déclaraient avoir été victimes de violences par leurs partenaires dans les 12 derniers mois, 4,3% étaient victimes d'insultes et menaces, 37% de pressions psychologiques, 2,5% d'agressions physiques et 0,9% de viols ou pratiques sexuelles imposées (3).

Les dernières statistiques, publiées en 2014, montrent qu'une femme meurt tous les 2,7 jours de faits de violences infligées par son conjoint ou ex-conjoint, en France soit 134 décès. A titre comparatif, un homme meurt tous les 14 jours soit 31 hommes en 2014 (11).

L'étude nationale des morts violentes au sein du couple de l'année 2015 recense 136 décès dont 115 femmes soit 1 décès tous les 3 jours environ et 21 hommes soit 1 mort tous les 17,5 jours (12).

1.1.4.3 Dans la Vienne

Le plan délinquance publié en 2013 par la préfecture de la Vienne faisait état de 419 faits de violences conjugales en 2012 soit une augmentation de 12,41% par rapport à 2011 sur un nombre total de 1025 faits de violences faites aux femmes (13).

1.1.5 Facteurs de risque

De nombreuses études ont mis en évidence des facteurs de risque liés à la violence dans le couple. Ces facteurs de risque ne sont pas directement la cause de survenues de violences conjugales mais la combinaison de facteurs de risque individuels, relationnels, communautaires et sociétaux est responsable d'une augmentation du risque d'être victime ou auteur de violences conjugales.

Plutôt que de parler de facteurs de risque, ces études mettent en avant des caractéristiques psychologiques et sociales plus fréquemment retrouvées chez les auteurs de violences au sein du couple.

Ainsi, le faible niveau socio-économique, le jeune âge, l'exposition à la violence familiale ou à la maltraitance dans l'enfance, les troubles de la personnalité, l'abus de drogue ou d'alcool, l'existence de symptômes de détresse psychologique (dépression, anxiété de séparation, difficulté de gestion de la colère...), les difficultés conjugales sont autant de caractéristiques psycho-sociales fréquemment retrouvées chez les auteurs de violences conjugales (14).

Une étude cas-témoin réalisée aux Etats-Unis en 1999 retrouvait des caractéristiques identiques chez les femmes victimes de violences conjugales. Elle établissait que les femmes avaient plus de risque d'être victimes de violences domestiques si leurs partenaires abusaient d'alcool ou de drogue, s'il était au chômage, s'il avait un faible niveau d'étude ou s'il s'agissait d'ex-conjoint (15).

Il est intéressant de noter que de nombreux facteurs de risque sont communs aux victimes et aux auteurs. Ainsi un faible niveau d'instruction, une exposition à la violence pendant l'enfance, un mésusage de l'alcool ou des drogues, des antécédents d'actes violents, une mésentente et des insatisfactions conjugales sont autant de facteurs liés aux violences retrouvés tant chez les auteurs que chez les victimes de violences conjugales.

Enfin, il existe également des facteurs de risque spécifiquement associés à la violence sexuelle au sein du couple tels que « les croyances relatives à l'honneur de la famille et à la pureté sexuelle, les idéologies sur les droits sexuels de l'homme mais aussi la faiblesse des sanctions juridiques contre la violence sexuelle » (5).

1.1.6 Conséquences des violences conjugales

Les conséquences de la violence au sein du couple sont multiples tant dans le domaine de la santé qu'en terme de coût socio-économique.

1.1.6.1 Conséquences sur la santé des femmes

Sur le plan médical, les conséquences sont nombreuses. Lésions traumatiques, troubles psychosomatiques, syndrome anxio-dépressif, état dépressif majeur, troubles du sommeil, état de stress post-traumatique, conduites addictives mais aussi décès de la victime (homicide, suicide), sont autant de conséquences médicales retrouvées dans ce type de situation. D'après une étude menée en 1998 sur 441 cas recueillis sur 7 ans dans l'institut médico-légal de Paris, 31% des homicides étaient perpétrés par l'époux de la femme et 20% par leur partenaire sexuel (1). Ces chiffres rejoignent ceux d'un rapport américain publié en septembre 2012 sur les données des meurtres commis par des hommes en 2010 sur des femmes. En 2010, sur les 1800 femmes assassinées par des hommes, 94% connaissaient leur meurtrier et 1017 femmes (soit 65%) avaient été assassinées par leur mari ou leur partenaire intime (16).

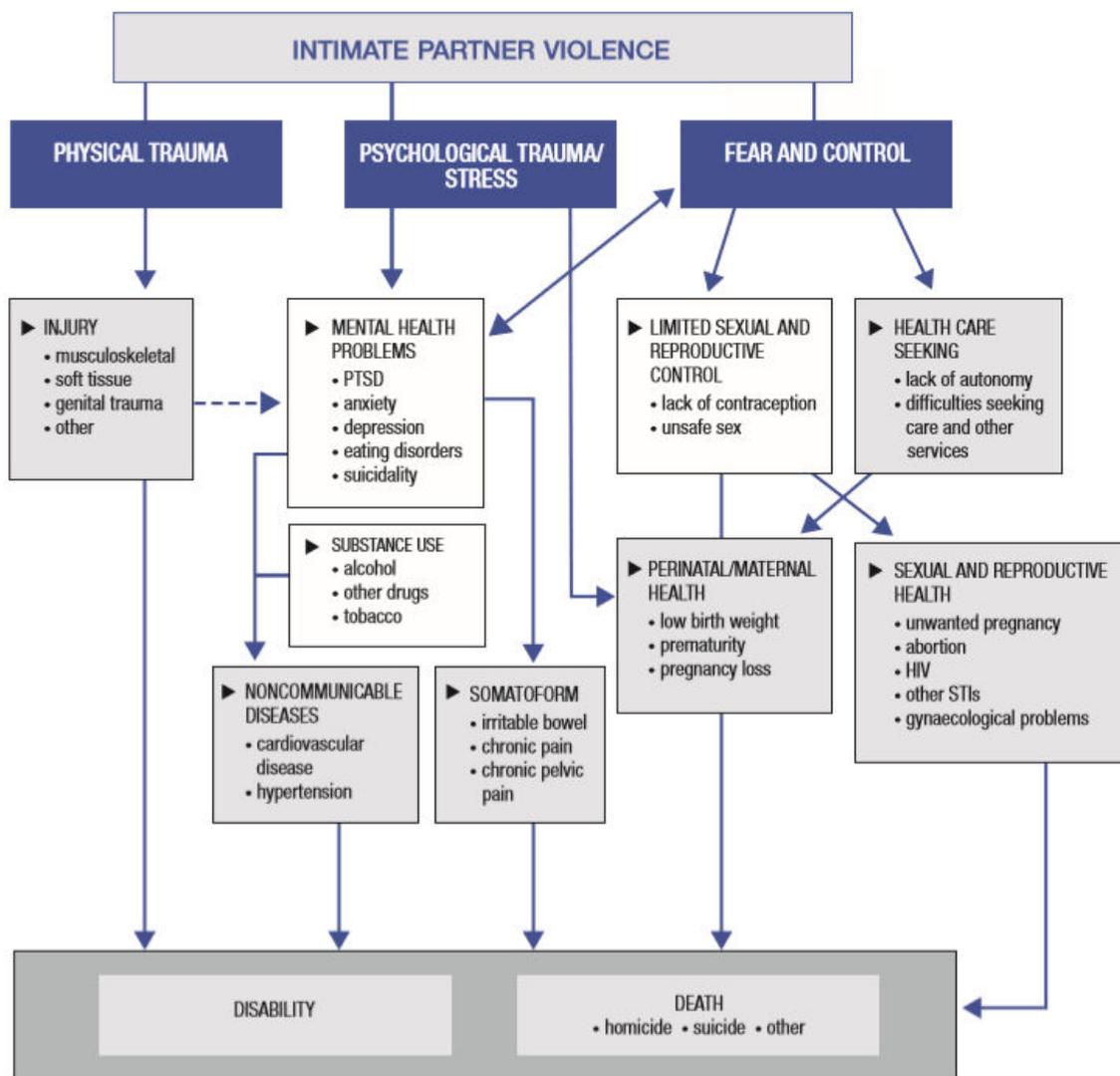
Sur le plan gynécologique, les conséquences des violences conjugales sexuelles sont également importantes avec perte de libido, dyspareunies, douleurs pelviennes, hémorragies génitales, infections gynécologiques mais aussi grossesses non désirées (viol conjugal, impossibilité de contraception...), IVG (5).

De nombreuses études ont été réalisées sur les violences conjugales au cours de la grossesse. La grossesse est une période délicate dans la vie de couple. Beaucoup d'études sont menées pour établir une corrélation entre grossesse et violences conjugales. Cependant, les données sont contradictoires. En effet, l'étude de Brownridge et al. menée en 2011 envisage la grossesse comme facteur protecteur contre les violences conjugales (17) tandis que d'autres études l'envisage clairement comme un facteur de risque. En effet, l'étude menée à Londres par Richardson et al publiée en 2002 montre que la grossesse multiplie par 2 le risque d'être victime de violences par le partenaire intime (18). L'article de Taylor et Nabors publié en 2009 (19) établit une revue de la littérature qui tend à démontrer que la survenue de violences serait augmentée pendant la grossesse.

Chez les femmes victimes de violences conjugales au cours de la grossesse, le risque d'avortement est multiplié par 2. La violence d'un partenaire intime pendant une grossesse

augmente aussi la probabilité de fausse couche, de naissance d'enfant mort-né, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance. La violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle peut également entraîner des avortements provoqués, des problèmes gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. L'étude multipays menée par l'OMS en 2013 a montré que les femmes qui avaient été victimes d'abus sexuels ou de maltraitance avaient 1,5 fois plus de risques de souffrir d'une infection sexuellement transmissible et, dans certaines régions, d'être infectées par le VIH que les femmes qui n'avaient pas subi de violence de leurs partenaires (5).

L'impact sur la santé des femmes victimes de violences par leur partenaire intime ne se joue pas qu'au moment des violences mais également sur le long terme ce qui en fait un problème de santé publique majeur.



There are multiple pathways through which intimate partner violence can lead to adverse health outcomes. This figure highlights three key mechanisms and pathways that can explain many of these outcomes. Mental health problems and substance use might result directly from any of the three mechanisms, which might, in turn, increase health risks. However, mental health problems and substance use are not necessarily a precondition for subsequent health effects, and will not always lie in the pathway to adverse health.

Figure 2 : conséquences violences conjugales, Source OMS 2013

1.1.6.2 Conséquences sur les enfants

- Au cours de la grossesse

Les violences conjugales s'exercent aussi au cours de la grossesse et ne sont donc pas sans conséquences sur la santé de l'enfant à naître. La survenue de violence au cours de la grossesse est corrélée avec un risque majoré de fausses-couches précoces comme le montre une étude menée au Guatemala en 2011 (20). Les violences subies au cours de la grossesse seraient également associées à une augmentation du risque de prématurité, jusqu'à 37% de risque de prématurité d'après une étude menée sur 26 états aux États-Unis en 2006 (21), et une augmentation de petits poids de naissance (22).

Le rapport Henrion rendu en 2001 rend compte de conséquences sur le fœtus lui-même comme la mort fœtale in utéro, un retard de croissance in utéro et de rares, mais pas inexistantes, lésions traumatiques (fractures, plaies) (2).

- Au cours de l'enfance

Les conséquences des violences conjugales sur les enfants sont finalement les mêmes que pour leurs mères. Le rapport Henrion fait état de ces conséquences et conclue que l'enfant peut souffrir de lésions traumatiques, de troubles psychologiques, de troubles du comportement et de troubles psychosomatiques. « Ces enfants sont susceptibles de reproduire la violence, seul modèle de communication qu'ils connaissent, soit dans les lieux publics (à l'école, dans la rue) soit en privé (à la maison, dans une future relation de couple) » (2).

L'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple menée en 2015 fait état d'un chiffre alarmant : les violences au sein du couple sont responsable du décès de 36 enfants : 11 enfants ont été tués en même temps que l'un de leur parent et 25 ont été tués sans que l'autre parent ne le soit (12).

L'exposition répétée de la violence au cours de l'enfance et de l'adolescence peut entraîner des comportements à risque avec augmentation du risque d'addiction (tabac, alcool, drogue). Cette exposition prédispose l'adulte en devenir à reproduire le mode de fonctionnement binaire (bourreau/victime) amenant donc à commettre des actes violents ou à en être victime (23).

1.1.6.3 Conséquences socio-économiques (Annexe 1)

En 2002, "santé Canada" avait estimé le coût total annuel pour les soins de santé uniquement à 1,1 Milliards de dollars canadien (24).

Les coûts socio-économiques des violences conjugales sont énormes et se répercutent dans toute la société. Une étude menée en 2010 par M. Nectoux et al. vise à évaluer le coût total des violences conjugales en 2005-2006 en France. Il leur a tout d'abord fallu identifier les

différentes atteintes des violences conjugales puis les quantifier pour les exprimer en terme monétaire. Cette étude retrouve un coût global de 2472 milliards d'Euros par an en France. Ce coût se décompose en coût pour le système de soins 483 millions € soit 20% du coût global, coût direct non médical (justice et Police) 235 millions €, coût des conséquences sociales directes 120 millions € soit un peu moins de 5% du coût global des violences conjugales. La perte de production (décès, incarcération, absentéisme) représentait 1099 millions € soit 44% du coût global dont 31,5% lié à l'absentéisme. Enfin la perte de qualité de vie a un coût estimé à 535 millions € (25).

1.2 HISTORIQUE LEGAL ET ASSOCIATIF

1.2.1 La loi

Le cadre législatif concernant les violences conjugales est très récent et d'une manière générale, la législation sur le droit des femmes .

Le droit au divorce remonte à la révolution Française (loi du 20 septembre 1792) mais cette loi est abolie en 1804 lors de la restauration. Il faudra attendre le 27 Juillet 1884 et la loi Naquet pour qu'il soit à nouveau autorisé mais uniquement pour faute (manquement au devoir des époux). C'est en 1975 que la loi établit un droit au divorce par consentement mutuel et de nombreux autres cas en plus du divorce pour faute tout en dépénalisant l'adultère qui était sévèrement puni lorsqu'il était commis par la femme (26). Des réformes de simplifications administratives sont en cours, notamment avec l'article 229-1 du code civil dont l'application est entrée en vigueur au 1er janvier 2017.

Concernant les droits des femmes, la fin de l'incapacité juridique n'est adoptée qu'en 1938 (27). La notion de «pater familias» au profit de l'autorité parentale partagée n'apparaît qu'en 1970 avec la loi n°70-459 (28). Il ne faut pas manquer de souligner le caractère tardif de l'accessibilité à la contraception qui n'apparaît qu'avec la loi Neuwirth le 28 décembre 1967 (29). Puis la loi Veil autorisant l'avortement le 17 janvier 1975 mais il faudra attendre 1982 pour obtenir une prise en charge par la sécurité sociale (et 2013 pour une prise en charge à 100%) (30).

Les violences sexuelles faites aux femmes n'ont bénéficié d'une reconnaissance qu'à partir de 1980 avec l'adoption de l'article 222-23 du code pénal pénalisant le viol et en apportant une définition précise mais cette loi ne reconnaissait pas le viol au sein du couple.

La première campagne nationale d'information sur les violences faites aux femmes est lancée en octobre 1989 avec la reconnaissance des violences conjugales comme véritable problème de santé publique. Cette campagne prévoit la création de commissions d'action départementales dont la mission principale est de coordonner les différents intervenants dans les situations de violences conjugales (forces de l'ordre, associations, soignants,...) et la création de deux permanences téléphoniques : une dédiée aux violences sexuelles et l'autre aux violences conjugales (31). La loi n° 92-684 du Code Pénal adoptée le 22 Juillet 1992 met l'accent sur la particulière gravité des violences commises par le conjoint ce qui en fait la première loi pénalisant les violences conjugales en tant que telles (article 222-3) (32).

Les violences sexuelles au sein du couple n'ont, quant à elles, bénéficié d'une loi transparente qu'avec la loi 2006-399 venant compléter la loi de 1992 avec l'article 11 reconnaissant enfin le viol au sein du couple et les violences sexuelles. A noter que la chambre criminelle de la Cour de Cassation avait rendu des arrêts de principe établissant qu'il pouvait y avoir viol entre époux en 1990 et 1992 (33).

C'est donc dans les années 2000 que la plus grande avancée sera observée sur la législation réprimant les violences conjugales et protégeant les victimes.

D'abord, l'article 22 de la loi du 26 mai 2004 prévoit l'éloignement du conjoint violent en cas de procédure de divorce en statuant rapidement sur l'attribution du domicile conjugal à la faveur de la victime (34).

L'article 35 de la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive permet au juge dans le cadre d'une procédure pénale d'ordonner l'éloignement du domicile du conjoint violent ainsi qu'une prise en charge sanitaire, sociale et psychologique (35).

La loi de renforcement de la répression et de la prévention de la violence au sein du couple et contre les mineurs du 4 Avril 2006 vient renforcer la procédure d'éloignement du conjoint violent, élargit le champ de circonstance aggravante des violences conjugales aux ex-conjoints et au PACS, reconnaît le vol ainsi que le viol au sein du couple (33,36).

Les lois du 5 mars 2007 et du 9 Juillet 2010 concernant la protection des victimes de violences mettent en place le suivi socio-judiciaire pour le conjoint (ou ex-conjoint) violent, le port du bracelet électronique pour les conjoints condamnés afin de renforcer la mise en place, par cette même loi, de l'ordonnance de protection des victimes ce qui constitue une véritable avancée pour la lutte contre les violences intrafamiliales (37,38).

En 2013, le décret n°2013-07 du 3 janvier 2013 prévoit la création de la MIPROF : « la Mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) est une structure qui a pour objet de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes » (39).

Enfin la loi du 17 Août 2015 permet (grâce à la directive européenne « **Victimes** » n°2012/29/UE du 25 octobre 2012) un suivi personnalisé de la victime et une évaluation précise de la nécessité de mesures spécifiques de protection des femmes victimes de violences conjugales pendant la procédure pénale (40,41).

Afin de montrer l'engagement de l'Etat dans le combat contre les violences faites aux femmes, le gouvernement a mis en place en 2004 un plan interministériel. Depuis 2004, 5 plans interministériels se sont succédés (2005-2007, 2008-2010, 2011-2013, 2014-2016 et 2017-2019) et se sont complétés afin d'apporter la protection à ces femmes, les aider dans leur reconstruction mais également prendre en charge les auteurs de ces violences pour permettre leur réinsertion. Le 4^{ème} plan interministériel de lutte prévoit le renforcement des liens entre services de santé, police et justice, ainsi que la création de référents locaux. Il permet également la gratuité et l'ouverture continue du numéro vert 3919, l'élaboration d'un programme de formation initiale et continue (pour les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les magistrats, les avocats, les enseignants, les agents de l'état civil, les animateurs sportifs, culturels et de loisirs, les policiers, les gendarmes, le personnel pénitencier et personnel de l'Office de protection des réfugiés et apatrides). Ce plan interministériel prévoit également le doublement du budget consacré à ce problème majeur de santé publique (66 millions d'euros sur 3 ans), la création de 1650 solutions d'hébergement d'urgence supplémentaires et l'expérimentation par le SAMU du « kit de constatation d'urgence » pour les victimes de viol. Enfin, 13 ans après l'enquête ENVEFF, il signe le renforcement de la recherche avec le financement de l'enquête VIRAGE (42, 43).

Le 5^{ème} plan interministériel (2017-2019) a trois grands objectifs : « sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits, renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants (enfants, femmes jeunes ou vivant en milieu rural) et enfin traiter la source du problème en luttant contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol » (44).

1.2.2 Développement associatif en France

Les associations pour les droits des femmes se sont développées au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

La première association a été créée en 1956 il s'agit de *Maternité heureuse* ; elle avait pour but d'obtenir la légalisation de l'avortement et des moyens de contraception (interdit par la loi de 1920). Il s'agit en fait de l'ancien nom du *Mouvement Français du Planning Familial* (MFPF), nommé ainsi depuis 1960, qui est un mouvement militant féministe œuvrant pour le droit à l'avortement, l'accès à la contraception, luttant contre toutes les formes de violences, les IST, les discriminations et inégalités sociales. Ce mouvement s'affilie en 1960 à l'International Planned Parenthood Federation (créé à Bombay en 1952) dont le but est l'amélioration de la qualité de vie en agissant sur la santé et la vie sexuelle (45). Le premier centre du Planning Familial a vu le jour à Grenoble en 1961.

Cette association est à ne pas confondre avec les *Centres de Planification ou d'Education familiale* souvent appelés "planning familial" fondés avec la loi Neuwirth de 1967 dont le but initial est la diffusion des moyens de contraception mais qui aujourd'hui assure également l'écoute des victimes de violences mais également l'information pour la prévention des risques, et grâce à la présence de sages-femmes, d'infirmières et de médecins permet également la prescription des moyens de contraception, la réalisation de l'IVG médicamenteuse et bien d'autre rôle en lien avec la sexualité (46).

L'Etat fonde en 1972 le *Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles* (CNIDFF), initialement appelé Centre d'Information Féminine, véritable relai de l'action des pouvoirs publics pour la défense et la reconnaissance des droits des femmes et de l'égalité homme-femme. Les missions du CNIDFF sont mise en œuvre dans les 111 CIDFF et les 1422 points locaux d'information qui bénéficient d'un partenariat associatif et institutionnel local pour mener leurs missions à bien. Ces missions sont fixées par les politiques publiques et les besoins des femmes définis localement (47). « Les CIDFF **informent, orientent et accompagnent** le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès aux droits ; de la lutte contre les violences sexistes ; du soutien à la parentalité ; de l'emploi, de la formation professionnelle et de la création d'entreprise, de la sexualité et de la santé» (48).

En 1978, le centre Flora-Tristan a ouvert à Clichy. Il s'agit du premier centre d'accueil pour les femmes victimes de violences conjugales (49).

En 1985, fondation du *Collectif Féministe contre le Viol* (CFCV) en région parisienne. Ce collectif, grâce à l'appui financier du gouvernement à ouvert en 1986 (le 8 mars : journée internationale des droits de la femme) la première permanence téléphonique qui propose soutien, écoute, solidarité et informations aux victimes de viol (50).

En 1987, création de la *Fédération Française Solidarité des Femmes*, qui rassemble 65 associations du courant féministe luttant contre les violences conjugales. Cette fédération est à l'origine du lancement du numéro vert 3919 pour les femmes victimes de violences intrafamiliales en 1992 et mène des campagnes d'information du public, ainsi que la recherche dans le domaine des violences envers les femmes (51).

Il existe également des structures d'accueil et de prise en charge des auteurs de violences conjugales. En effet, la Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales (FNACAV) créée en 2003, forte de son expérience dans la prise en charge des auteurs masculins de violences conjugales lutte pour la mise en place de telles structures pour permettre la reconstruction et la réinsertion de ces hommes.

1.2.3 Les associations dans la Vienne

Dans la Vienne, le bureau du Planning Familial est particulièrement actif. En plus de la permanence téléphonique que des bénévoles assurent, il propose aux professionnels de santé une formation sur les violences envers les femmes facilitant ainsi le dépistage et la prise en charge des femmes victimes.

Avec la création du Ministère Délégué aux droits de la Femme en 1981, les centres régionaux d'information sur le droit des femmes et des familles (CIDFF) puis les associations départementales sont constitués. Le CIDFF de la Vienne se compose d'une directrice, de deux informatrices juridiques, de quatre conseillères emploi, d'une psychologue et de deux secrétaires. Il assure sur rendez-vous l'information juridique et une écoute psychologique pour toute personne sollicitant leur aide. Il organise également un groupe de parole pour toutes les victimes de violences conjugales ou sexuelles (52).

Le service d'Aide au Victimes (SAVI86) propose des entretiens juridiques et un soutien psychologique pour toutes les victimes de violences. Depuis le plan départemental de prévention de la délinquance de la Vienne 2013-2017, une victime de violence, qu'elle porte plainte ou non est systématiquement adressée vers l'association SAVI86 (13). Dans la Vienne, c'est sur cette association que repose l'attribution du « téléphone grave danger » sur décision du parquet. Ce dispositif a été instauré avec la loi du 9 juillet 2010.

L'antenne poitevine de la Croix Rouge Française bénéficie également d'un bureau d'accueil de jour des victimes de violences conjugales pour l'écoute, l'information et la prise en charge, incluant leur mise à l'abri.

D'autres associations proposent écoute et aide à ces victimes dans le département telles que ADIFAS (Association Diocésaine Famille-Santé), MJC Montmorillon (Maison des Jeunes et de la Culture) tandis que Sanza et le centre familial 86 agissent en tant que relai vers des structures spécialisées dans l'aide et la prise en charge des victimes de violences.

Enfin, le département possède des centres d'accueil permettant, entre autre, le placement des femmes victimes de violences conjugales ainsi que de leurs enfants. Il existe, comme dans tous les départements, des Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) financés par l'Etat et dirigés par des associations privées sous contrôle de la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) et de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP). Dans la Vienne, pour l'accueil en

urgence des femmes victimes de violences, on retrouve le CCAS de Châtellerault (Centre communal d'action sociale qui gère le CHRS Paul Painlevé), le CHRS l'Étape (géré par le CCAS de Poitiers), le CHRS carrefour (géré par l'Entraide Sociale Poitevine), la ferme de l'espoir, le Service d'Insertion Sociale pour Adulte géré par l'ADSEA (Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte), ADIFAS et la Croix rouge de Poitiers.

Tout ce réseau associatif en lien avec le gouvernement doit permettre une prise en charge optimale des femmes victimes de violences. A noter qu'il n'existe pour l'instant aucun centre de prise en charge et d'hébergement des auteurs de violences conjugales dans la Vienne.

1.3 DIAGNOSTIQUER LES VIOLENCES CONJUGALES

1.3.1 Formation des médecins

Le premier recours des femmes victimes de violences (dans 24% des cas) sont les médecins (généralistes, urgentistes, gynécologue-obstétriciens) comme le confirme l'Enquête Nationale sur les Violence Envers les Femmes (3). Le diagnostic et la prise en charge de ces femmes incombent donc majoritairement au corps médical.

Il est évident que pour diagnostiquer il faut être formé. La formation initiale des médecins au cours du deuxième cycle des études médicales apparaît comme le moment opportun, au travers des items de l'Examen Classant National (ECN). Cependant il n'y avait aucun axe de formation concernant les violences avant 2013. L'item 10 de l'ECN instauré en 2013 suite à l'arrêté du 8 avril (53) s'intitule "violence sexuelle". Il est le seul et unique item abordant le thème de la violence et n'intègre aucun axe sur les violences conjugales.

Le troisième cycle des études médicales et notamment le Diplôme des Etudes Supérieures (DES) de médecine générale comporte une partie théorique de 200 heures, assurée par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la faculté d'affectation, dont le programme est fixé nationalement mais dont l'application est variable d'une faculté à une autre. Le programme national prévoit une formation théorique sur les situations courantes en médecine générale (stratégies diagnostiques et thérapeutiques et leurs évaluations). En 2012, le DUMG de Poitiers prévoyait 2 heures de formation sur le patient vivant dans un contexte de violences. De nombreuses études témoignent du fait que le manque de formation des médecins apparaît comme un frein au diagnostic des violences conjugales. La thèse du Dr Barroso Debel soutenue en 2013 ainsi que la celle des Dr Boismain et Dr Gaudin soutenue en 2012 identifient le manque de formation comme un frein au dépistage des violences au sein du couple par les médecins généralistes alors même que ces professionnels ont conscience de l'ampleur de ce problème de santé publique (54,55).

Depuis sa création en 2013 la MIPROF cherche à améliorer la formation des professionnels de santé en matière de connaissances mais également de diagnostic et de prise en charge des violences. Plusieurs outils, sous forme de kit de formation, sont à la disposition des professionnels sur le site gouvernemental : stop-violences-femme.gouv.fr. Les kits de formation se compose d'un court-métrage et d'un livret élaborés par la MIPROF en collaboration avec des enseignants universitaires, des experts et professionnels. Le kit de formation ANNA vise à expliquer le mécanisme des violences conjugales, leur repérage et

leur prise en charge par les professionnels (de la santé et associations) (56). Le kit de formation TOM et LENA est plus destiné aux professionnels de l'enfance et de l'adolescence et a pour but de montrer l'impact des violences conjugales sur les enfants ainsi que leurs repérages et prises en charge (57). Le kit de formation ELISA traite des conséquences et du repérage systématique des violences sexuelles chez les femme victimes (58).

A noter qu'il existe également un kit de formation sur la protection sur ordonnance qui se destine principalement aux professionnels du droit.

Malgré le manque de formation, le rapport du Pr Henrion (2) place le médecin en première ligne dans le diagnostic des violences conjugales. La thèse des Docteurs Boismain et Gaudin met également en exergue le fait que les médecins généralistes, eux-mêmes considèrent que le dépistage des violences conjugales est de leur ressort (54).

1.3.2 Comment diagnostiquer les violences au sein du couple

Les données épidémiologiques concernant les violences domestiques parlent d'elles-mêmes. Malgré toutes les politiques mises en œuvre, le nombre de victime de violences conjugales (tout type de violence confondu) reste stable à 10% (3). Il faut donc se rendre à l'évidence sur le fait que les violences conjugales restent sous-diagnostiquées ce qui empêche la prise en charge de l'ensemble des victimes. Devant la fréquence de ce problème de santé publique, il apparait nécessaire de trouver comment le diagnostiquer.

Comme je l'ai déjà établi ci-dessus, le médecin est souvent le premier interlocuteur des femmes victimes de violences conjugales. Son rôle est donc primordial tant dans le diagnostic que dans la prise en charge.

Etablir le diagnostic sous entend qu'au préalable le médecin a écouté la patiente qui vient le consulter. L'écoute peut être simple lorsque le motif de consultation est clairement établi comme étant la violence au sein du couple.

La situation est malheureusement souvent plus complexe, d'où le sous-diagnostic. Il faut être vigilant aux attitudes pouvant orienter vers une situation de violences conjugales. Une femme qui consulte fréquemment pour des motifs multiples et variés voire contradictoires doit alerter les soignants. Comme montre l'enquête ENVEFF (3), une femme victime d'agressions physiques répétées au cours de l'année consulte cinq fois plus son médecin traitant. Une femme qui n'honore pas ses rendez-vous ou encore une femme qui consulte en présence de son conjoint avec attitude introvertie doivent également éveiller l'attention du médecin.

Cependant il n'est pas toujours facile d'identifier ces signes et en pratique, peu de femmes abordent spontanément le sujet. Le dépistage des violences conjugales implique une relation médecin-patient basée sur la confiance. Il faut donc établir une relation de confiance avec la patiente et la rassurer sur le caractère inaliénable du secret médical. Lorsque la consultation se passe dans ce climat, si le praticien suspecte des violences conjugales, il peut alors questionner la patiente sur sa vie conjugale. Des questions simples (dont il existe des exemples sur le site www.sivic.org) permettent parfois de poser le diagnostic comme "est-ce que tout se passe bien à la maison?" ou encore "Vous entendez-vous bien avec votre mari". Si la patiente répond affirmativement il faut alors tenter d'explorer le sujet. D'autres questions, en lien avec un motif de consultation ou des facteurs de risque retrouvés qui éveillent les soupçons du professionnel de santé, peuvent-également être posées. Enfin, si la patiente refuse de parler, il s'agit de "garder la porte ouverte" à la patiente en lui proposant de revenir si elle en ressent le besoin ce qui délivre un message positif de disponibilité à la victime qui se sent alors moins seule (2).

Ces données posent donc la question d'un dépistage systématique, préconisé dans d'autres pays comme le Canada et les Etats-Unis mais peu réalisé en France. Aux États-Unis, de nombreuses études recommandent le dépistage systématique des violences chez toutes les femmes en âge de procréer comme l'étude de Coble et Al. publiée en 1992 (59) et l'étude de Mr Dicola et Mr Spaar publiée en octobre 2016 dans *l'Américan Family Physician* (grade A) (60). Au Canada, la même démarche est encouragée chez les médecins depuis 1993 avec l'étude de Jones publiée dans *Obstetrics and Gynecology* (61). En France, seules les femmes enceintes sont systématiquement dépistées lors de l'entretien prénatal comme le préconise le rapport Henrion (2). Il faut cependant noter qu'il n'existe à ce jour en France aucun questionnaire validé de dépistage de violences conjugales. Et un seul questionnaire validé est disponible en français, le *Woman Abuse Screening Tool (WAST)* qui est une échelle de dépistage canadienne développée dans les années 1990 par Brown et al. (62,63).

1.4 Prise en charge des violences conjugales

1.4.1 Des recommandations de prises en charge

Diagnostiquer les violences conjugales permet aux femmes victimes d'avoir un recours lui permettant de sortir de ce cycle. Le Rapport Henrion (2) fait état de recommandations pour la prise en charge des violences conjugales par le corps médical. L'écoute et le dépistage sont les premiers points de la prise en charge des violences. Pour permettre une prise en charge efficace, se limiter à ces 2 points paraît insuffisant.

La prise en charge médicale sous-entend une évaluation de la situation afin de constituer un dossier médical complet sur lequel la patiente pourra s'appuyer si elle envisage une action judiciaire. Cette évaluation n'est possible que si la patiente l'accepte mais surtout si le médecin prend le temps nécessaire. Il s'agit donc d'abord de poser la question de l'existence des violences puis rechercher tous les types de violences subis par la patiente afin d'orienter l'examen clinique.

Ainsi l'examen clinique s'attachera premièrement à reprendre les antécédents de la patiente et son histoire afin de rechercher des facteurs de vulnérabilité (violences dans l'enfance, violences anciennes dans le couple, barrière de langue, handicap...)

Secondairement, réaliser un examen clinique appareil par appareil pour rechercher des traces de violences physiques ou sexuelles sans omettre l'interrogatoire afin de rechercher des troubles d'ordre psychosomatiques ou psychologiques voire une véritable dépression.

Afin de constituer un solide dossier et si possible, des photographies peuvent être prises et consignées dans le dossier médical accompagnées d'un schéma corporel référençant la localisation des lésions mais uniquement avec l'accord de la victime (autorisation de photographe en Annexe 2).

Au terme de cet examen clinique, il sera nécessaire de traiter les lésions constatées et le retentissement psychologique mais également de prescrire des examens complémentaires jugés utiles à l'issue de l'examen clinique (bilan radiologique, examens spécialisés comme un examen gynécologique).

Si la patiente décide de ne pas porter plainte, cet examen ne sera absolument pas vain, il servira à établir un constat médical consigné dans le dossier médical avec les éléments objectivés à l'examen et les éléments subjectifs rapportés par la patiente.

En revanche, si elle souhaite porter plainte, il est nécessaire de rédiger un certificat médical (Annexe 3) qui s'attachera à rapporter les dires de la victime et à décrire les lésions retrouvées à l'examen ainsi que les conséquences. Le certificat médical est un document médico-légal et dans tous les cas, la règle à respecter lors de la rédaction de celui-ci est de ne pas prendre parti. Le médecin est tenu de délivrer un certificat descriptif (2,64).

Qu'il y ait ou non dépôt de plainte, tous les éléments doivent être consignés dans le dossier médical et il est essentiel d'évaluer la sécurité de la victime et éventuellement des enfants du foyer. En effet, les enfants sont également comme je l'ai déjà évoqué des victimes collatérales des violences conjugales et peuvent être eux-mêmes directement victimes.

Il convient ensuite de planifier un suivi médical correspondant aux attentes et aux besoins de la patiente tout en respectant ses propres capacités de soignant. Ce suivi peut également nécessiter l'intervention d'autres partenaires ce qui implique de se constituer un réseau fiable auquel les patientes consultant pour des violences conjugales pourront être adressées.

Il faut également informer la patiente sur ses recours. D'abord, il est possible de remettre une plaquette comportant les numéros de téléphones des structures d'aides aux victimes de violences conjugales et éventuellement les adresses des associations de la région. En 2012 et 2013, la région Poitou-Charentes a lancé, dans le cadre de son engagement dans la lutte contre les violences faites aux femmes, la diffusion dans les associations et les structures en lien avec la lutte pour le droit des femmes d'un dépliant répertoriant une liste de contacts utiles tant pour les professionnels que pour les victimes : "Lutte contre les violences faites aux femmes : les contacts utiles en Poitou-Charentes" (Annexe 4). D'après le Planning Familial 86, cette brochure est essentielle et est un bon repère pour les professionnels de santé.

1.4.2 Des droits et des devoirs

Plusieurs études montrent qu'un des obstacles, déclaré par les médecins, à la prise en charge des victimes de violences par les médecins généralistes réside dans les sanctions prévues par le code pénal en cas de violation du secret professionnel. En effet, le Rapport Henrion rapporte que les médecins « craignent les retombées judiciaires » et se sentent peu soutenus par les Conseils de l'Ordre (2).

Les médecins sont dans l'ambivalence entre leur devoir de protection des patientes et le secret professionnel. En effet l'article 226-13 du Code Pénal (65) réprime sévèrement la violation du secret professionnel. Cet article est corroboré par l'article L1110-4 du Code de Santé publique

(66). Or, l'article 223-6 du Code Pénal(67) instaure l'obligation de porter assistance à toutes personnes dont l'intégrité corporelle est mise en danger. L'article 226-14 (68) de ce même code supprime la répression de la violation du secret professionnel, prévu à l'article 226-13, pour les mineurs, pour les victimes ayant donné leur accord, ou sans accord s'il existe une incapacité physique, psychique et enfin si la victime ou l'agresseur dispose d'une arme.

Toute l'ambivalence ressentie par les médecins, sur la possibilité de répression, réside dans la complexité des textes et de leur application. L'article 44 du code de santé publique appelle également à la prudence en ce qui concerne le signalement en stipulant que le médecin se doit de protéger les personnes en danger mais « en faisant preuve de prudence et de circonspection » (69).

Le signalement est donc une possibilité afin de permettre la prise en charge des victimes mais il nécessite l'approbation de ces dernières. Bien que l'article 226-14 stipule que le secret professionnel peut être levé en cas d'incapacité psychique ou physique, cette incapacité doit apparaître évidente auprès des autorités juridiques.

La question que cela pose réellement est la place du médecin dans la prise en charge purement juridique d'une patiente. Pour lui autant que pour la victime, il n'est pas question de judiciaire sa prise en charge. Elle consulte davantage pour trouver une oreille attentive et construire une relation de confiance pour élaborer des stratégies et sortir de ce cycle des violences.

1.5 Problématique

Le nombre de victimes reste stable malgré les interventions gouvernementales avec la facilitation des démarches et la protections des femmes victimes, malgré les campagnes publiques de sensibilisation, et surtout malgré les propositions de formation des professionnels et notamment des médecins. Si les chiffres n'ont pas changé en terme d'épidémiologie, la prise en charge des violences conjugales par les médecins a-t-elle été modifiée depuis le Rapport Henrion en 2001?

Plusieurs travaux ont traité de la prise en charge des violences par les médecins comme le bilan de la prise en charge des violences conjugales de l'étude du Dr C. Morvant, ou encore le travail du Dr Cornilleau (1,70). Ce dernier s'attache à regarder l'évolution des pratiques des médecins généralistes d'Ile-de-France sur la prise en charge des victimes de violences conjugales entre 2001, date de réalisation du travail du Dr Morvant, et 2011.

Il existe très peu de données statistiques sur les violences conjugales dans la Vienne. J'ai donc réalisé un bilan de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne.

Pour ce faire, j'ai réalisé un questionnaire visant à connaître les attitudes des médecins face à une situation de violences conjugales ainsi que leurs pratiques. J'ai également cherché à identifier des différences de prise en charge en fonction du sexe du médecin. En effet, il courant de penser qu'une femme médecin sera davantage sensible à ce sujet et davantage sollicitée par ses patientes pour ce type de sujet. Enfin, devant des politiques de plus en plus nombreuses pour la lutte contre les violences faites aux femmes, nous pourrions nous attendre à une plus grande sensibilité des médecins les plus jeunes ce qui m'a conduit à comparer les réponses récoltées en fonction de la durée d'exercice.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Recherche bibliographique

Pour effectuer ce travail, une bibliographie a été réalisée permettant de connaître l'ampleur du problème mais également l'évolution du regard de la société et l'évolution de la prise en charge juridique et médicale. La recherche bibliographique a été menée sur Pubmed, Légifrance et le site stop-violences-femmes.gouv.fr.

Pour dresser l'état des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne, j'ai recherché des études similaires réalisées en France. Deux études ont retenu mon attention, l'étude du Dr Morvant et l'étude du Dr Cornilleau (70,71). Le Dr Audrey Cornilleau a réalisé sa thèse en continuité avec celle du Dr Cécile Morvant en évaluant l'évolution en 10 ans des pratiques des médecins généralistes d'Ile de France concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Dans ces 2 études, le même questionnaire a été envoyé à un échantillon de médecin généraliste d'Ile de France. Ce questionnaire avait pour but de dresser l'état des lieux et la prise en charge théorique des femmes victimes de violences par les médecins généralistes d'Ile de France.

2.2 Réalisation du questionnaire

Il a donc fallu réaliser un questionnaire (annexe 5).

Pour cela, je me suis appuyé sur le questionnaire de Cécile Morvant qui a été complété suite à mes recherches sur les associations et les recours pour les femmes victimes de violences dans la Vienne. Cette étape a permis d'intégrer des questions centrées sur le département. Ce questionnaire a été construit dans un souci de clarté et de concisions afin de maximiser le taux de réponses.

Le questionnaire se compose de 21 questions. Il comporte des items visant à connaître l'échantillon des médecins interrogés (âge, sexe, durée d'exercice, possession de diplômes universitaires, formation spécifique sur les violences conjugales, lieu d'exercice). D'autres questions s'attachent à évaluer les connaissances des médecins sur les violences conjugales (connaissances de la fréquence des violences, de structures d'accueil, des ressources sur internet et de la brochure : "Lutte contre les violences faites aux femmes : les contacts utiles en Poitou-Charentes"). Pour connaître les attitudes des médecins de la Vienne face à une victime de violences conjugales nous avons cherché à connaître les sentiments des médecins

sur le dépistage puis sur la prise en charge des victimes, leur première attitude pratique et les freins à la prise en charge des violences. Enfin, d'autres questions portent sur la pratique des médecins généralistes face à une situation de violences conjugales (orientation vers une association, vers les forces de l'ordre, contact juridique, rédaction du certificat médical).

Ce questionnaire a été soumis à l'avis de plusieurs maîtres de stages de Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) mais surtout à mon directeur de thèse qui ont validé la pertinence du questionnaire et l'intérêt de cette étude.

Le questionnaire comporte donc une partie sur les connaissances des médecins généralistes, une partie sur la conduite à tenir et une partie sur le profil des médecins généralistes répondant à l'étude. La réponse au questionnaire s'est effectuée de manière totalement anonyme.

2.3 Diffusion du questionnaire

Pour le diffuser à un maximum de professionnels, le questionnaire a été réalisé sur Google forms, un outil permettant la réalisation de questionnaire en ligne, leur remplissage et la collecte des données sous forme de tableur Excel.

Les adresses mails des médecins généralistes de la Vienne ont été récoltées grâce à l'Association des Praticiens pour la Permanence des Soins (APPS86) et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Vienne.

Le questionnaire a été diffusé à partir du 7 Avril 2016 par mail à 125 médecins généralistes de la Vienne.

En parallèle, des données ont été collectées directement en face à face auprès de certains médecins par questionnaire papier.

La collecte des données s'est terminée le 3 novembre 2016.

L'échantillon comprenait des médecins généralistes installés en cabinet dans le département de la Vienne.

2.4 Analyse statistique

Sachant que les femmes sont davantage victimes de violences conjugales que les hommes, nous pourrions nous attendre à une plus grande sensibilité et donc des différences de prise en charge des victimes entre les femmes et les hommes médecins. Une analyse statistique a été réalisée pour comparer les attitudes des médecins répondants en fonction du sexe.

Devant les nombreuses politiques de sensibilisation, les modules de formation au sein du DUMG, l'accessibilité aux formations proposées par la MIPROF ou encore la constitution de

"réseaux" au cours de leur carrière, il pourrait également exister une différence de prise en charge selon la durée d'exercice. Une analyse des résultats a donc été réalisée en fonction de la durée d'exercice pouvant s'apparenter à l'expérience professionnelle. Les comparaisons de distribution des effectifs pour les modalités de réponses ont été réalisées avec les tests du Chi² (effectifs théoriques >5) et le test de Fisher (effectifs théoriques <5).

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS (version 9.4, SAS Institute Inc.) et Excel (version 2007, Microsoft).

3 RESULTATS

Sur 125 questionnaires envoyés, 36 médecins ont répondu soit un taux de réponse à 28.8%.

3.1 Profil des médecins

Sur les 36 médecins ayant répondu, l'âge moyen était de 48 ans avec un écart-type de 11 ans. Le plus âgé avait 68 ans, le plus jeune 29 ans. Un seul médecin ayant répondu au questionnaire avait moins de 30 ans et 8 avaient 60 ans ou plus.

Soixante et un virgule un pour cent des médecins ayant répondu étaient des hommes.

Vingt-deux médecins étaient installés depuis plus de 15 ans soit 61,1% des médecins ayant répondu, 7 l'étaient depuis 15 à 20 ans soit 19,4% et 15 depuis plus de 20 ans soit 41,7%. Quatre des médecins ayant répondu étaient installés depuis moins de 5 ans soit 11,1%. 13,9% des médecins étaient installés depuis 5 à 10 ans et 13,9% depuis 10 à 15 ans.

La majorité des médecins (25 soit 69,4%) ayant répondu au questionnaire exerçaient en milieu rural (communes de moins de 10000 habitants). 13,9% exerçaient en milieu semi-rural (communes de 10000 à 20000 habitants) et 16,7% en milieu urbain (plus de 20000 habitants).

Vingt et un des médecins (soit 58,3%) ayant répondu au questionnaire possédaient un ou plusieurs diplômes universitaires (DU). Sur ces 21 médecins, il y avait 35 diplômes universitaires au total et 13 types de diplômes universitaires. Le diplôme le plus représenté était celui de médecine du sport (8 titulaires soit 22,9% des types de DU) suivi par le DU de gynécologie (7 titulaires soit 20% des types de DU). 5 étaient titulaires du DU de médecine d'urgence (14,3% des types de DU), 4 étaient titulaires du DU de gériatrie soit 11,4% des DU totaux. Un médecin était titulaire du DU de santé publique (2,9% des types de DU), 2 étaient titulaires du DU d'homéopathie (5,7%) et 2 de celui de pédagogie médicale.

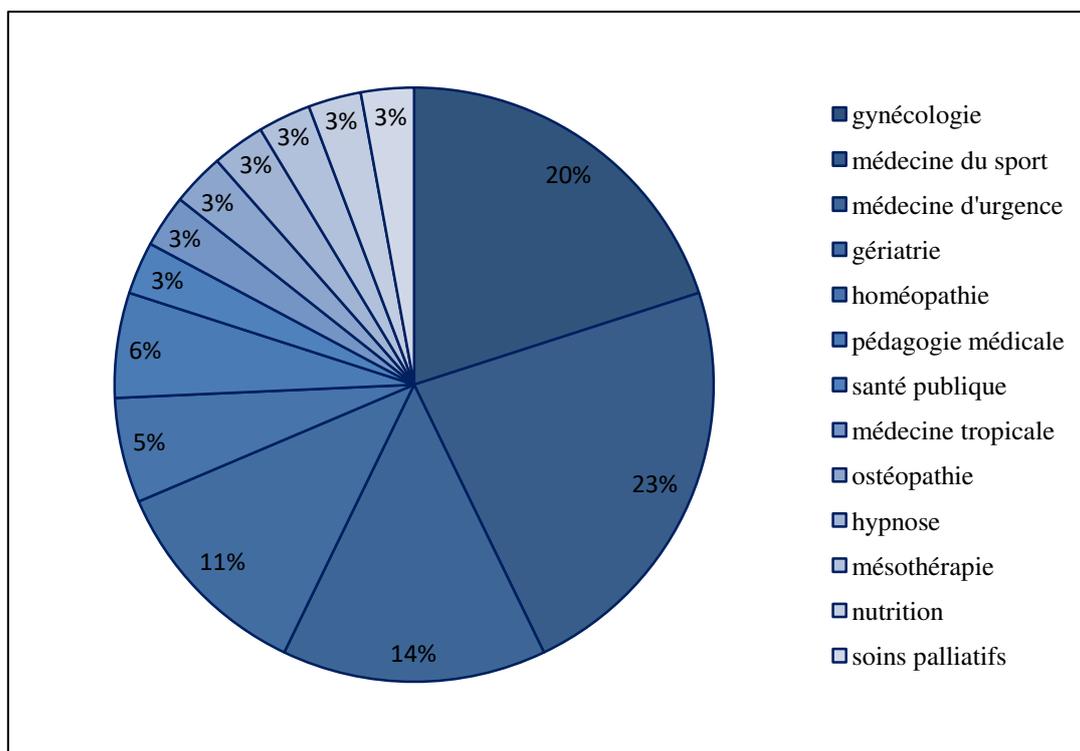


Figure 3 : Répartition des Diplômes Universitaires

Parmi les 36 médecins ayant répondu au questionnaires, 3 avaient suivi une formation concernant les violences conjugales soit 8,3% donc 33 soit 91,7% n'avaient pas eu de formation. Deux des médecins ayant suivi une formation concernant les violences conjugales l'avaient suivi avec le Planning Familial 86. Le troisième médecin ayant suivi une formation sur les violences conjugales n'avait pas précisé l'origine de sa formation.

Une question visait à savoir si les médecins ayant répondu au questionnaire pensaient avoir au sein de leur patientèle une ou plusieurs femmes victimes de violences par leur conjoint. Quatre-vingt dix-sept virgule deux pour cent soit 35 des 36 répondants au questionnaire pensaient avoir une ou plusieurs femmes victimes de violences conjugales au sein de leur patientèle.

Vingt-sept des médecins ayant répondu (soit 75%) avaient déjà été confrontés à une situation de violences conjugales dans le cadre de leurs consultations tout au long de leur carrière. Parmi ces 27 médecins, 23 avaient été confrontés à une consultation pour violences conjugales moins de 5 fois au cours de l'année 2015 soit 85,20%. 3 l'avaient été entre 5 et 10 fois soit 11,1% et 1 seul l'avait été plus de 15 fois au cours de l'année 2015.

Quatre-vingt six pour cent des médecins interrogés pensaient qu'un arbre décisionnel les aiderait pour la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Tableau 1 : Profil des médecins ayant répondu au questionnaire

Profil des médecins	n	%
Sexe		
<i>hommes</i>	22	61,10%
<i>femmes</i>	14	38,90%
temps d'exercice		
<i>≤ 5 ans</i>	4	11,10%
<i>5-10 ans</i>	5	13,90%
<i>10-15 ans</i>	5	13,90%
<i>15-20 ans</i>	7	19,40%
<i>≥ 20 ans</i>	15	41,70%
lieu d'exercice		
<i>urbain</i>	6	16,70%
<i>semi-rural</i>	5	13,90%
<i>rural</i>	25	69,40%
titulaire d'un diplôme universitaire		
<i>oui</i>	21	58,30%
<i>non</i>	15	41,70%
formation sur les violences conjugales		
<i>oui</i>	3	8,30%
<i>non</i>	33	91,70%
patientes victimes violences dans la patientèle		
<i>non</i>	1	2,80%
<i>oui</i>	35	97,20%
consultation pour motif de violences conjugales		
<i>oui</i>	27	75%
<i>non</i>	9	25%
nombre de consultations pour violences conjugales en 2015		
<i><5fois</i>	23	85,20%
<i>5-10 fois</i>	3	11,10%
<i>10-15 fois</i>	0	0%
<i>>15 fois</i>	1	3,70%

3.2 "Connaissances" des médecins

Trente-six virgule un pour cent des médecins ayant répondu (soit 13 médecins) savaient que 10% des femmes avaient été victimes de violences conjugales en France en 2000. Dix-neuf virgule cinq pour cent des médecins avaient sous-estimé ce pourcentage et 44,4% l'avaient surestimé.

Sur les 36 médecins, seul 10 déclaraient connaître un centre d'accueil pour les femmes victimes de violences conjugales soit 27,8%.

Soixante-neuf virgule quatre pour cent d'entre eux savaient trouver les ressources nécessaires sur Internet pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Seuls 11 des médecins interrogés soit 30,6% connaissaient la brochure distribuée par la région Poitou-Charentes intitulée "Lutte contre les violences faites aux femmes : les contacts utiles en Poitou-Charentes".

Tableau 2 : Récapitulatif des "connaissances" des médecins généralistes interrogés

Connaissances	n	%
Connaissance du pourcentage de femmes victimes de violence en		
<i>Non</i>	23	63,9
<i>Oui (réponse : 10%)</i>	13	36,1
connaissance d'un centre d'accueil pour les femmes victimes		
<i>Non</i>	26	72,2
<i>Oui</i>	10	27,8
connaissance des ressources sur internet		
<i>Non</i>	11	30,6
<i>Oui</i>	25	69,4
connaissance de la brochure des contacts utiles en Poitou-Charentes		
<i>Non</i>	25	69,4
<i>Oui</i>	11	30,6

3.3 Attitudes et pratiques face à une situation de violences conjugales

Lorsqu'il était demandé aux médecins leur sentiment sur leur aptitude à diagnostiquer ce type de situation, 69,5% des médecins ayant répondu au questionnaire avaient répondu 5 ou moins et sont donc démunis à moyennement confiants. Deux médecins avaient répondu démunis soit 5,6% et douze d'entre eux avaient répondu 5 soit moyennement confiant. Aucun médecin n'avait répondu 9 ou 10 donc parfaitement confiant. La moyenne était à $4,8 \pm 1,9$.

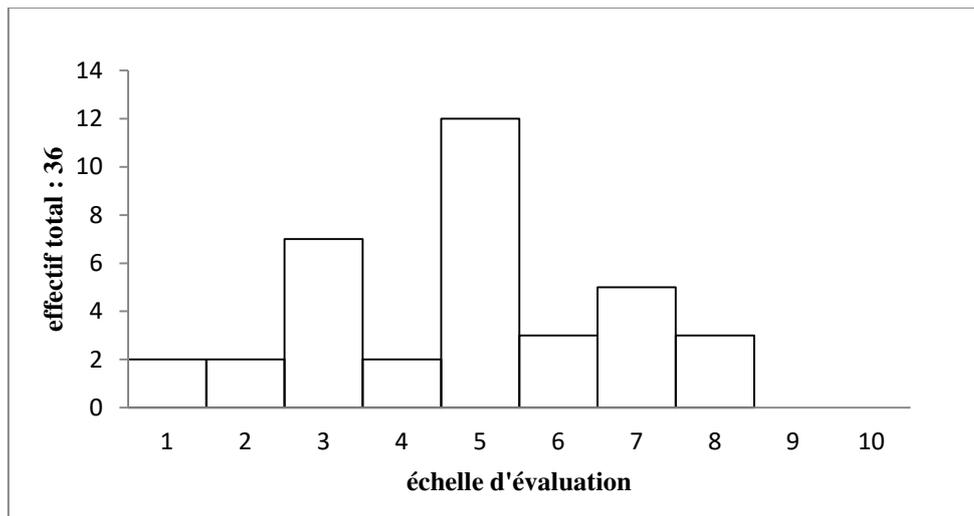


Figure 4 : Sentiment des médecins sur leur aptitude diagnostique

Concernant la question des sentiments des médecins sur leur aptitude à prendre en charge ce type de situation, 69,5% des médecins avaient répondu 5 ou moins. 36,1% des médecins avaient répondu 5 soit moyennement confiant et 5,6% avaient répondu 1 donc démunis. La moyenne était à $4,8 \pm 1,7$.

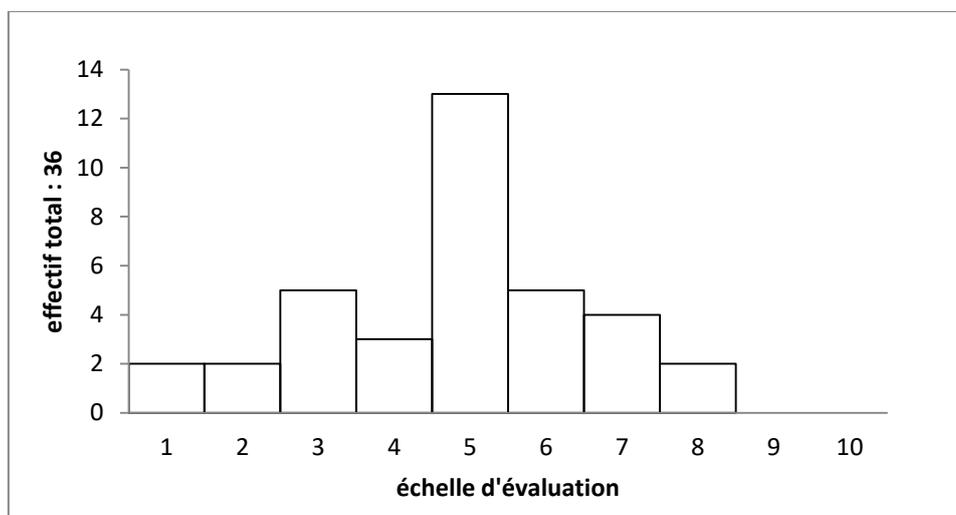


Figure 5 : Sentiment des médecins sur leur aptitude à la prise en charge

Lorsqu'il était demandé aux médecins leur première conduite à tenir pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, 38,9% réfèrent leur patiente à une association spécialisée. 36,1% d'entre eux encourageaient leur patiente à s'adresser au poste de police ou de gendarmerie. 16,7% encourageaient la patiente à partir. 5,6% d'entre eux signalaient la situation au Procureur de la République et 2,8% soit 1 médecin avait répondu "autre" en précisant que sa conduite à tenir dépendait de ce que souhaitait la patiente et de son cheminement. Aucun des médecins n'adressait la patiente à une assistante sociale ni ne gérait seul la situation.

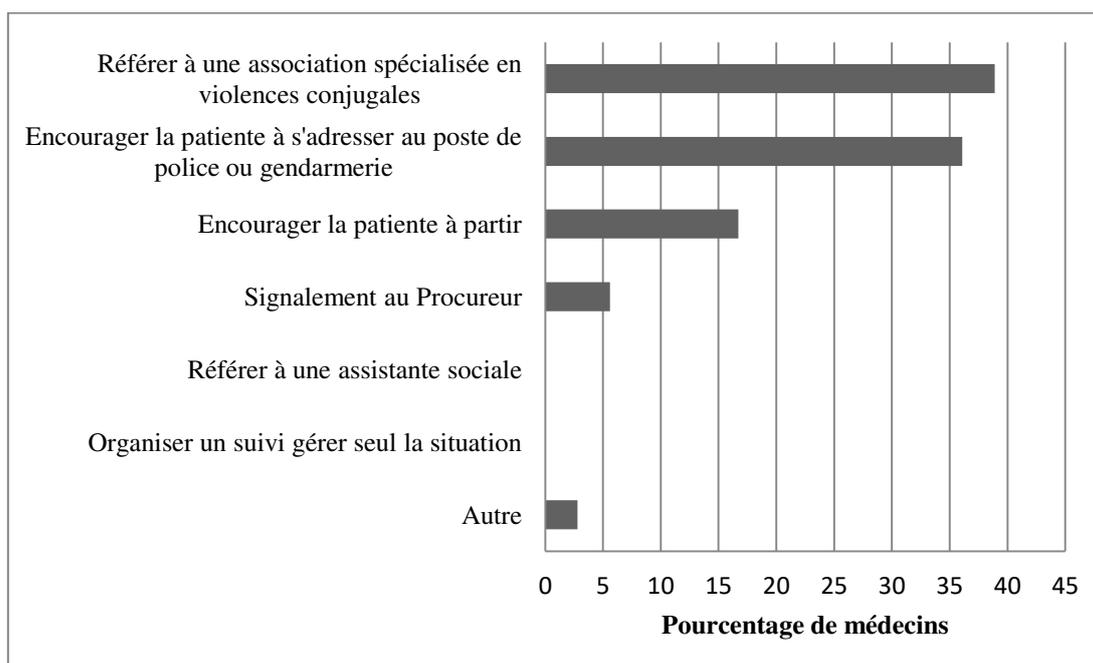


Figure 6 : Première conduite à tenir dans une situation de violences conjugales

Concernant la pratique des médecins généralistes, 55,6% (soit 20 médecins) d'entre eux n'avaient jamais orienté leurs patientes victimes de violences conjugales à une association. 9 de ces 20 médecins avaient déjà orienté au CIDFF, 7 d'entre eux avaient déjà orienté leurs patientes au Planning Familial 86, 2 avaient déjà orienté au SAVI86 et 2 à l'association ADIFAS.

Il y avait 80,6% des médecins ayant répondu au questionnaire qui avaient déjà adressé leurs patientes aux forces de l'ordre (Police ou Gendarmerie) au cours de leur carrière.

Seuls 22,2% des médecins disposaient d'un contact juridique auquel poser leurs questions ou adresser leurs patientes désirant engager des poursuites ou envisageant une séparation.

Il était facile pour 86,1% des médecins ayant répondu de rédiger un certificat à leurs patientes venues les consulter pour des faits de violences conjugales.

3.4 Limites des médecins à la prise en charge des violences conjugales

Afin de rechercher les limites des médecins pour une prise en charge efficace des patientes victimes de violences conjugales, une question à choix multiple a été posée aux médecins. Cette question avait pour but d'identifier selon les médecins les obstacles à la prise en charge des patientes.

Les médecins ont été interrogés sur plusieurs critères identifiés comme un obstacle à la prise en charge d'après le rapport Henrion.

Il apparaît donc que 61,2% des médecins ayant répondu au questionnaire ne pensaient pas que la peur d'être intrusif était un obstacle à la prise en charge d'une patiente victime de violences conjugales. 30,6% d'entre eux étaient plutôt d'accord sur le fait que la peur d'être intrusif était un facteur limitant de la prise en charge d'une femme victime de violences conjugales.

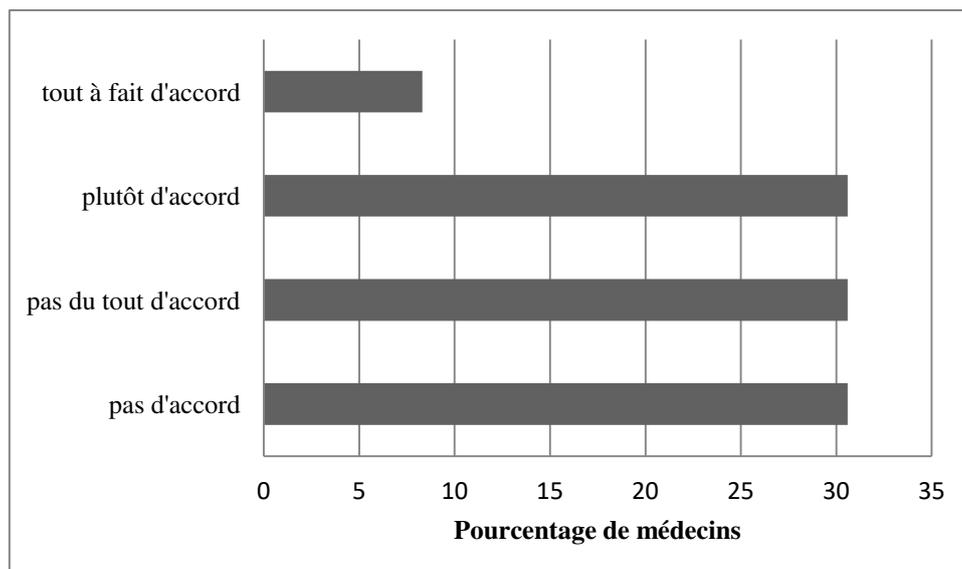


Figure 7 : Peur d'être intrusif

Une majorité ,83,3% des médecins interrogés, pensait que la peur de poursuites judiciaires n'était pas un obstacle à la prise en charge des patientes. Seuls 13,9% identifiaient la peur de poursuites judiciaires comme un obstacle à la prise en charge des violences conjugales.

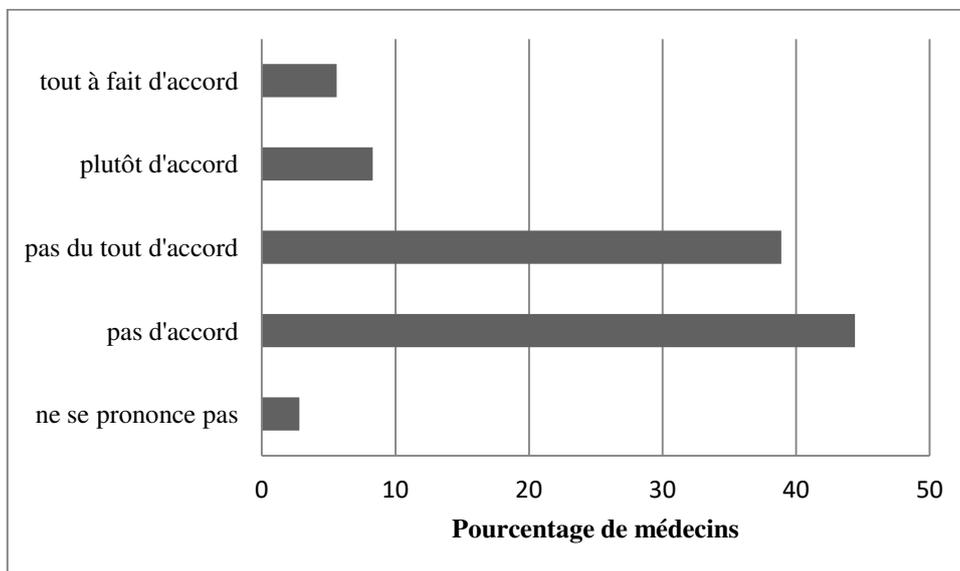


Figure 8 : Crainte de poursuites judiciaires

L'impossibilité de signalement sans le consentement de la victime était un obstacle à la prise en charge efficace des victimes pour 69,5% des médecins quand 8,3% d'entre eux n'étaient pas du tout d'accord.

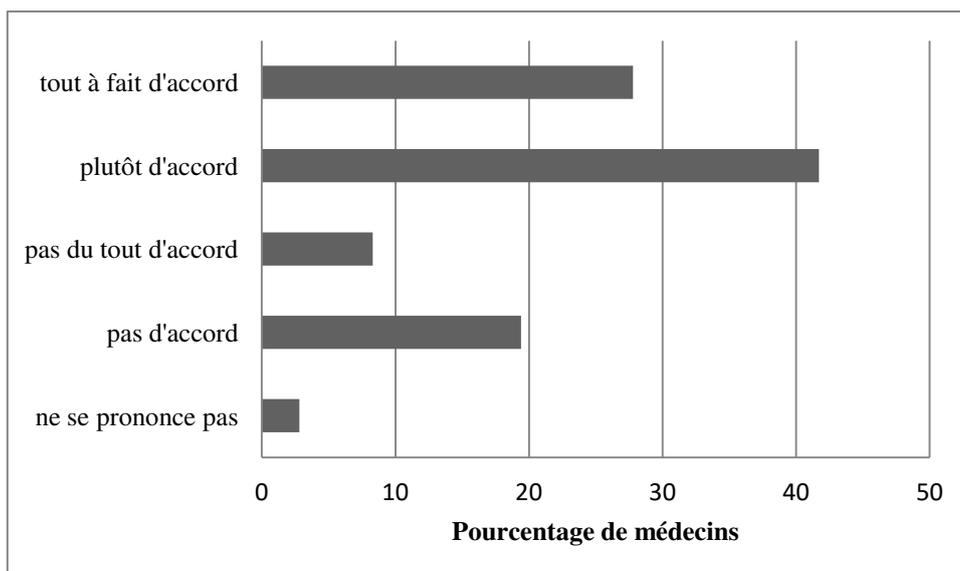


Figure 9 : Impossibilité de signalement sans consentement

Le refus de prise en charge par la victime était clairement identifié comme un frein par les médecins ayant répondu car 41,7% étaient "plutôt d'accord" et 27,8% "tout à fait d'accord".

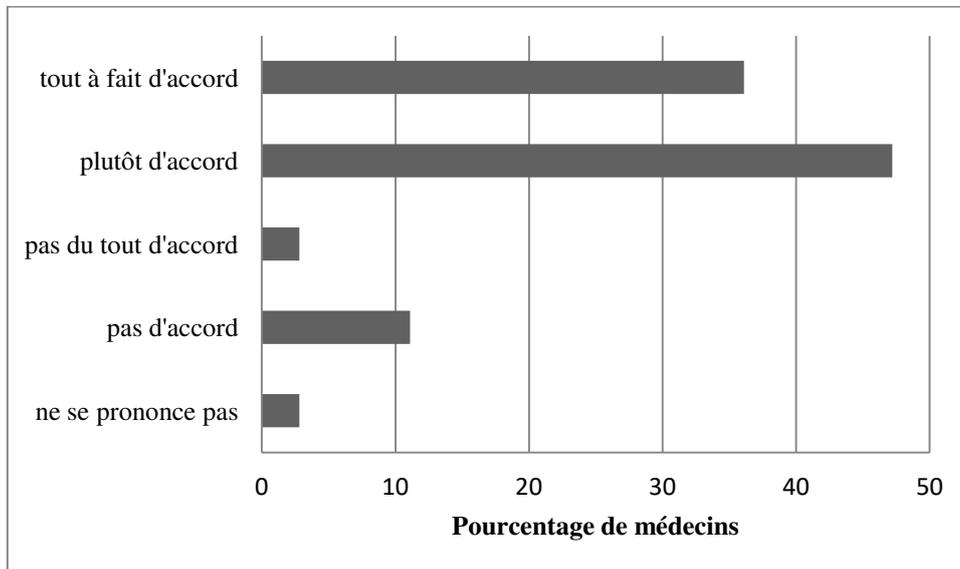


Figure 10 : Refus de la victime

Enfin le dernier critère abordé était le manque de formation médicale sur les violences conjugales et leur prise en charge. Pour 30,6% des médecins interrogés, il s'agissait tout à fait d'un obstacle à la prise en charge des patientes et 55,6% avaient répondu "plutôt d'accord". 86,2% pensaient donc que le manque de formation médicale sur les violences conjugales était un obstacle à leur prise en charge par les médecins généralistes.

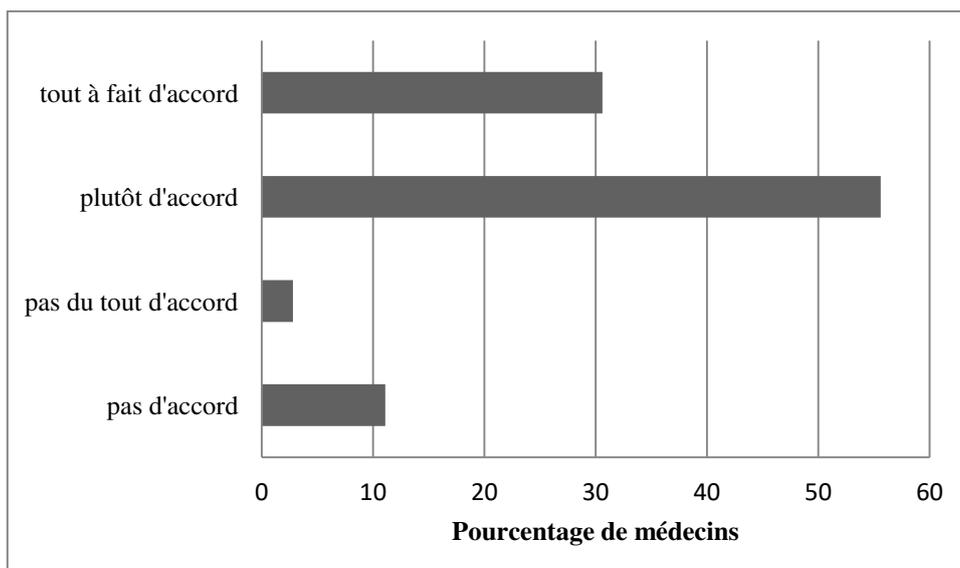


Figure 11 : Manque de Formation médicale

3.5 Résultats en fonction du sexe des médecins

Afin de ne pas méconnaître de différences de pratique et de prise en charge des victimes de violences conjugales selon le sexe du médecin, une analyse des réponses selon le sexe a été réalisée.

La question recherchant la connaissance de l'estimation du pourcentage de femmes victimes de violences conjugales en 2000 a été analysée avec le test du Chi 2 et les autres questions ont été traitées avec le test de Fisher.

Sur les questions portant sur les "connaissances" des médecins généralistes interrogés, il existait une différence statistiquement significative selon le sexe dans la capacité à retrouver les ressources nécessaires (associations, numéro d'urgences) sur internet afin d'aider une patiente victime de violences conjugales. En effet 92,9% des femmes médecins généralistes se disaient capables de retrouver ces ressources contre 54,5% des hommes médecins ($p = 0,01$).

Il n'existait par contre aucune différence statistiquement significative concernant la connaissance du pourcentage de femmes victimes de violences conjugales en France en 2000 ainsi que sur la connaissance d'un centre d'accueil pour les femmes victimes de violences ou de la brochure "Lutte contre les violences faites aux femmes : les contacts utiles en Poitou-Charentes".

Tableau 3 : Comparaison des "connaissances" selon le sexe

CONNAISSANCES	Femmes		Hommes		p
	n	%	n	%	
connaissance du pourcentage de femmes victimes de violences en France en 2000					
<i>Non</i>	10	71,4	13	59,1	0,45*
<i>Oui</i>	4	28,6	9	40,9	
connaissance d'un centre d'accueil pour les femmes victimes					
<i>Non</i>	11	78,6	15	68,2	0,24†
<i>Oui</i>	3	21,4	7	31,8	
connaissance des ressources sur internet					
<i>Non</i>	1	7,1	10	45,5	0,01†
<i>Oui</i>	13	92,9	12	54,5	
connaissance de la brochure des contacts utiles en Poitou-Charentes					
<i>Non</i>	9	64,3	16	72,7	0,25†
<i>Oui</i>	5	35,7	6	27,3	

* Test du Chi 2

† Test de Fisher

Concernant la conduite à tenir immédiate pour la prise en charge d'une patiente victime de violences conjugales, il existait une différence statistiquement significative selon que le médecin soit un homme ou une femme. Une majorité de femmes (42,9%) orientaient leurs patientes à une association spécialisée dans la lutte contre les violences tandis qu'une majorité d'hommes encourageait leurs patientes à s'adresser au poste de police ou de gendarmerie (45,5%) ($p = 0,01$). Il y avait 21,4% des médecins femmes qui encourageaient la patiente à partir contre 13,6% des hommes. Seuls 4,5% des hommes signalaient la situation au Procureur de la République contre 14,3% des femmes.

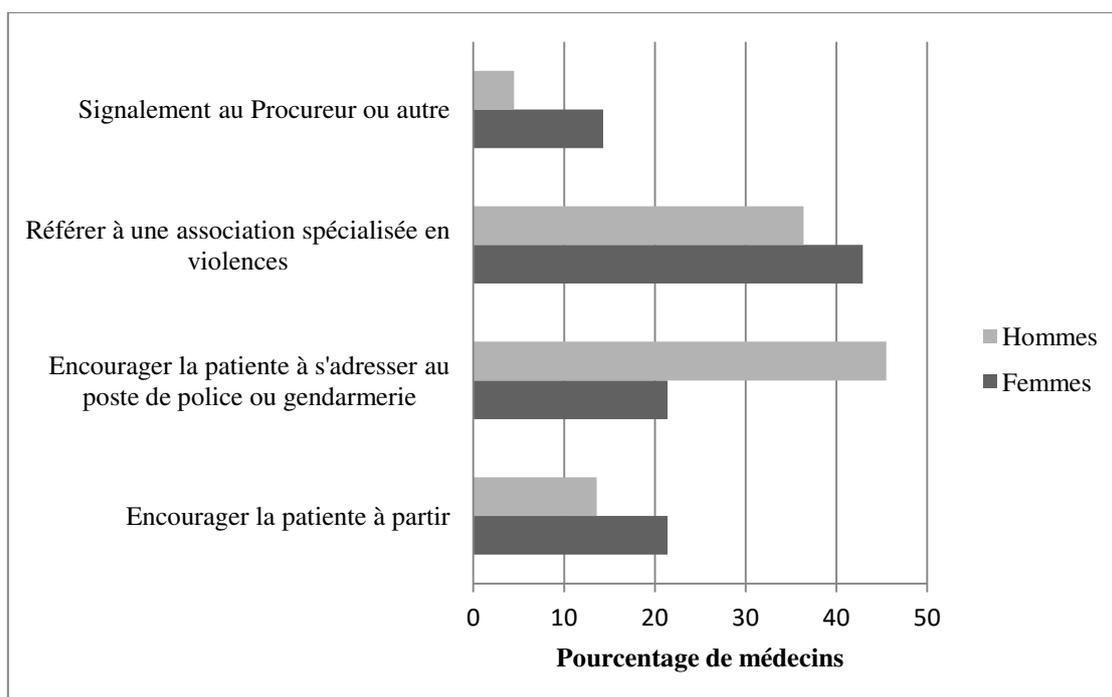


Figure 12 : Première conduite à tenir dans une situation de violences conjugales selon le sexe

Concernant la pratique des médecins, il existait une différence statistiquement significative selon que le médecin soit un homme ou une femme sur l'aisance à rédiger un certificat médical. En effet, il était évident de rédiger un certificat médical pour 95,5% des hommes contre 71,4% des femmes ($p = 0,05$).

Lorsqu'il était question de l'orientation d'une femme victime de violences conjugales à une association, il n'y avait aucune différence significative entre les médecins hommes et les médecins femmes. La moitié des femmes avaient déjà orienté leurs patientes victimes de violences à une association contre 60% des hommes ($p = 0,23$).

Il n'y avait pas de différence significative entre hommes et femmes sur la connaissance d'un contact juridique auquel référer une victime de violences conjugales avec seulement 22,7% d'hommes et 21,4% de femmes connaissant un contact juridique ($p = 0,31$).

Enfin 81,8% des hommes médecins et 78,6% des femmes médecins avaient déjà adressé leurs patientes aux forces de l'ordre ($p = 0,31$).

Concernant les obstacles à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, les résultats sont tout à fait intéressants. Lorsqu'il était demandé aux médecins femmes si la peur d'être intrusif pouvait être un obstacle à la prise en charge des victimes, 50% d'entre elles répondaient "pas d'accord" contre 18,2% des hommes ce qui constitue une différence statistiquement significative ($p = 0,007$)

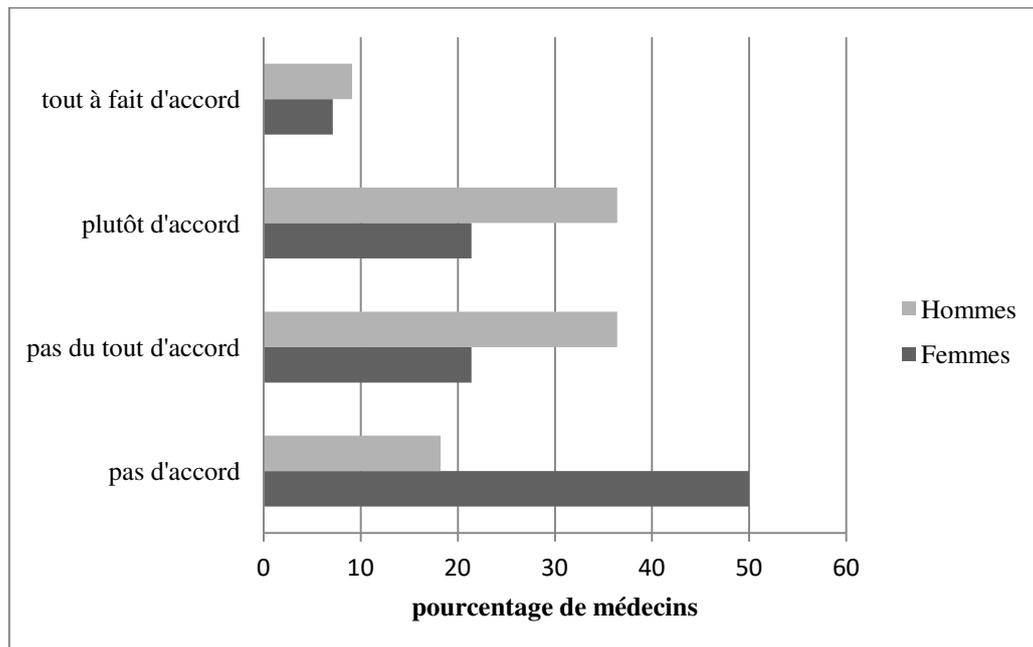


Figure 13 : Peur d'être intrusif comparaison selon le sexe

On observait également une différence significative concernant l'opposition de la victime à sa prise en charge qui était considérée comme un obstacle pour 71,5% des femmes ayant répondu contre 90,9% des hommes ($p = 0.004$).

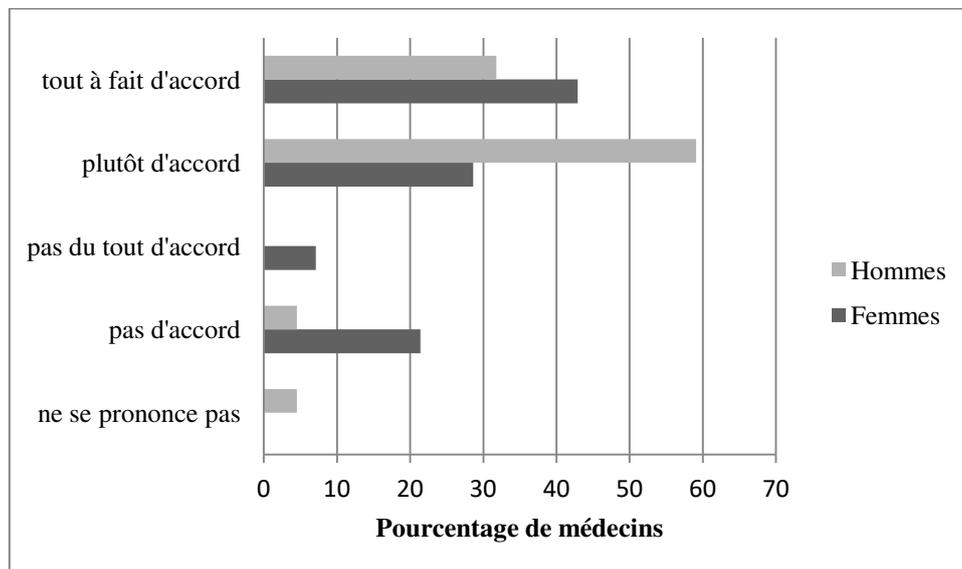


Figure 14 : Refus de la victime comparaison selon le sexe

Concernant la peur de poursuite judiciaire, on observait peu de différence selon que le médecin interrogé soit une femme ou un homme avec 85,7% de femmes et 80,9% des hommes ne considérant pas la peur de poursuite comme un obstacle ($p = 0,01$).

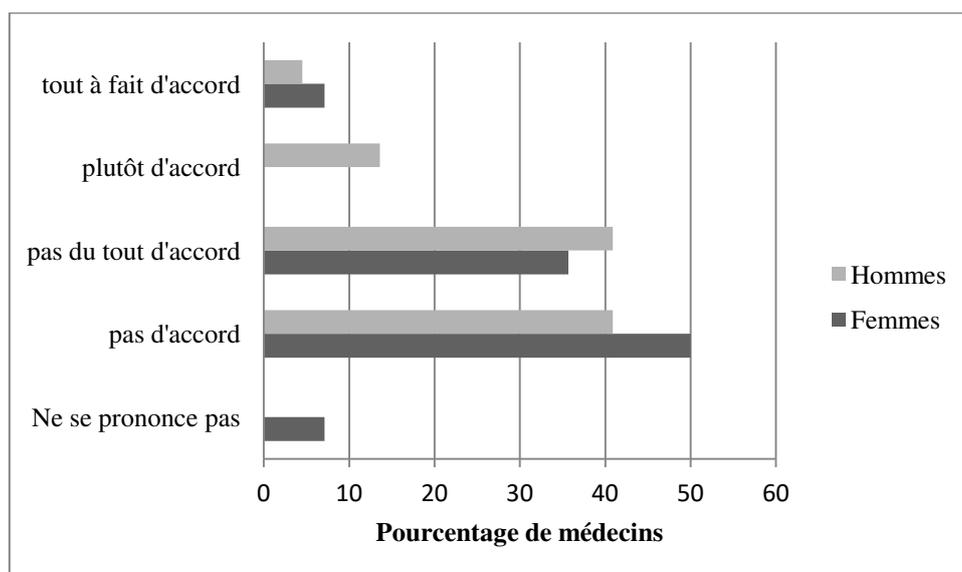


Figure 15 : Peur de poursuite judiciaire comparaison selon le sexe

Concernant l'impossibilité de signaler sans le consentement de la patiente, une différence statistiquement significative était observée selon que le médecin ayant répondu soit un homme ou une femme. En effet, au total 57,1% des femmes avaient répondu " plutôt d'accord " ou " tout à fait d'accord " contre 77,3% des hommes (p = 0,01).

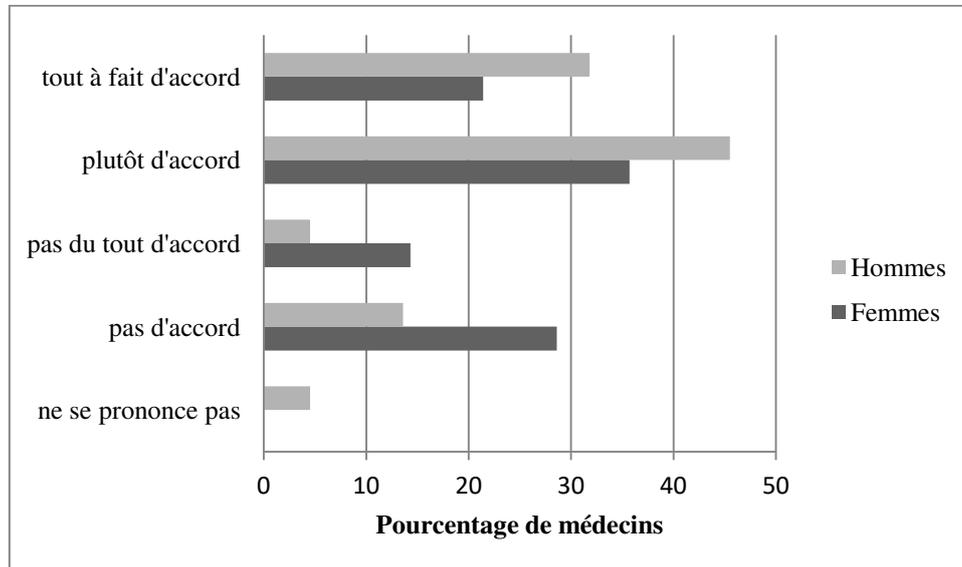


Figure 16 : Impossibilité de signalement sans consentement comparaison selon le sexe

Enfin, il y avait peu de différences selon que le médecin soit un homme ou une femme en ce qui concerne le manque de formation médicale. La majorité des hommes (86,3%) et des femmes (85,7%) ayant répondu aux questionnaires considéraient que le manque de formation médicale était un obstacle à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales (p = 0,04).

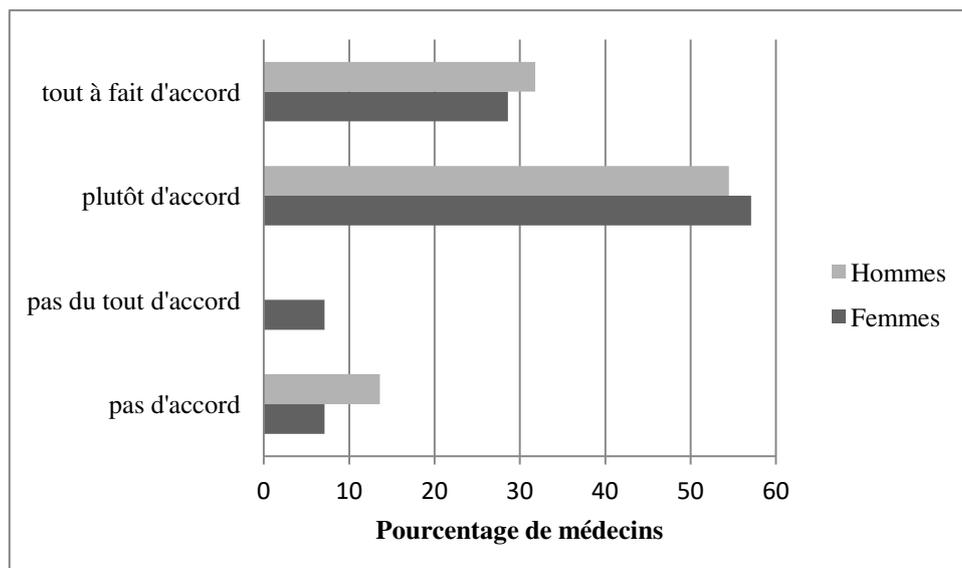


Figure 17 : Manque de formation médicale comparaison selon le sexe

L'analyse statistique selon le sexe n'avait pas mis en évidence de différences statistiquement significatives concernant les connaissances des médecins hormis sur la recherche de ressources sur internet. Cette analyse n'avait pas non plus montré de différence sur les pratiques des médecins selon qu'ils soient un homme ou une femme en dehors de l'aisance à rédiger un certificat. Les avis divergeaient peu selon le sexe sur l'identification des obstacles à la prise en charge des violences mais avec une significativité statistique.

3.6 Résultats en fonction de la durée d'exercice

Pour cette analyse, deux groupes ont été formés en fonction de la durée d'exercice, un groupe exerçant depuis moins de 15 ans ($n = 14$) et un groupe exerçant depuis plus de 15 ans ($n = 22$).

La question recherchant la connaissance de l'estimation du pourcentage de femmes victimes de violences conjugales en 2000 a été analysée avec le test du Chi 2 et les autres questions ont été traitées avec le test de Fisher.

Cette analyse n'a pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative en fonction de la durée d'exercice sur les connaissances des médecins généralistes.

Sur les connaissances du pourcentage de femmes victimes de violences conjugales en France en 2000, seuls 21,4% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans avaient la bonne réponse (10%) contre 45,5% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans ($p=0.14$).

21,4% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans connaissaient un centre d'accueil pour les victimes contre 31,8% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans ($p = 0,24$).

85,7% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans savaient trouver les ressources nécessaires sur internet contre 59,1% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans sans que cette différence ne soit statistiquement significative ($p = 0,07$).

Enfin, il n'y avait pas de différence selon la durée d'exercice sur la connaissance de la brochure "Lutte contre les violences faites aux femmes : les contacts utiles en Poitou-Charentes" car 71,4% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans et 68,2% de ceux exerçant depuis plus de 15 ans ne la connaissaient pas mais cette différence n'est statistiquement pas significative ($p = 0,28$).

Tableau 4 : Comparaison des "connaissances" selon la durée d'exercice

CONNAISSANCES	moins de 15 ans		plus de 15 ans		p
	n	%	n	%	
Connaissance du pourcentage de femmes victimes de violences en France en 2000					
<i>Non</i>	11	78,6	12	54,5	0,14*
<i>Oui</i>	3	21,4	10	45,5	
connaissance d'un centre d'accueil pour les femmes victimes					
<i>Non</i>	11	78,6	15	68,2	0,24†
<i>Oui</i>	3	21,4	7	31,8	
connaissance des ressources sur internet					
<i>Non</i>	2	14,3	9	40,9	0,07†
<i>Oui</i>	12	85,7	13	59,1	
connaissance de la brochure des contacts utiles en Poitou-Charentes					
<i>Non</i>	10	71,4	15	68,2	0,28†
<i>Oui</i>	4	28,6	7	31,8	

* Test du Chi 2

† Test de Fisher

Concernant l'analyse des pratiques des médecins généralistes en fonction de la durée d'exercice, seuls 40,9% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans avaient déjà orienté une patiente à une association spécialisée contre la moitié des médecins exerçant depuis moins de 15 ans ($p = 0,59$).

Quatre-six virgule quatre pour cent des médecins exerçant depuis plus de 15 ans avaient déjà orienté une patiente aux forces de l'ordre contre 71,4% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans sans que cette différence ne soit statistiquement significative ($p = 0,18$).

Les médecins exerçant depuis plus de 15 ans avaient statistiquement plus souvent (31,8%) un contact juridique auquel adresser leurs patientes victimes de violences conjugales que les médecins exerçant depuis moins de 15 ans (7,1%) avec une quasi-significativité ($p = 0,07$).

Concernant la facilité à rédiger un certificat, il apparaît que les médecins les plus expérimentés se sentaient à l'aise pour 90,9% d'entre eux contre 78,6% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans sans que cette différence ne soit statistiquement significative ($p = 0,22$).

Concernant la question de la conduite à tenir immédiate après avoir diagnostiqué une patiente victime de violence conjugale, on observait une différence statistiquement significative selon la durée d'exercice.

Une majorité de médecin exerçant depuis plus de 15 ans orientaient à une association spécialisée (40,9%) ou encourageaient la patiente à s'adresser aux forces de l'ordre (40,9%) alors que les conduites à tenir des médecins exerçant depuis moins de 15 ans étaient plus partagées.

Trente-cinq virgule sept pour cent d'entre eux adressaient leurs patientes à une association spécialisée et 28,6% orientaient leur patiente à un poste de police ou de gendarmerie ($p = 0,005$).

Quatorze virgule trois pour cent des médecins exerçant depuis moins de 15 ans et 18,2% de ceux exerçant depuis plus de 15 ans encourageaient la patiente à partir ($p = 0,005$).

En revanche aucun médecin exerçant depuis plus de 15 ans ne signalait la situation au Procureur ou autre alors que 21,4% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans choisissaient cette option ($p = 0,005$).

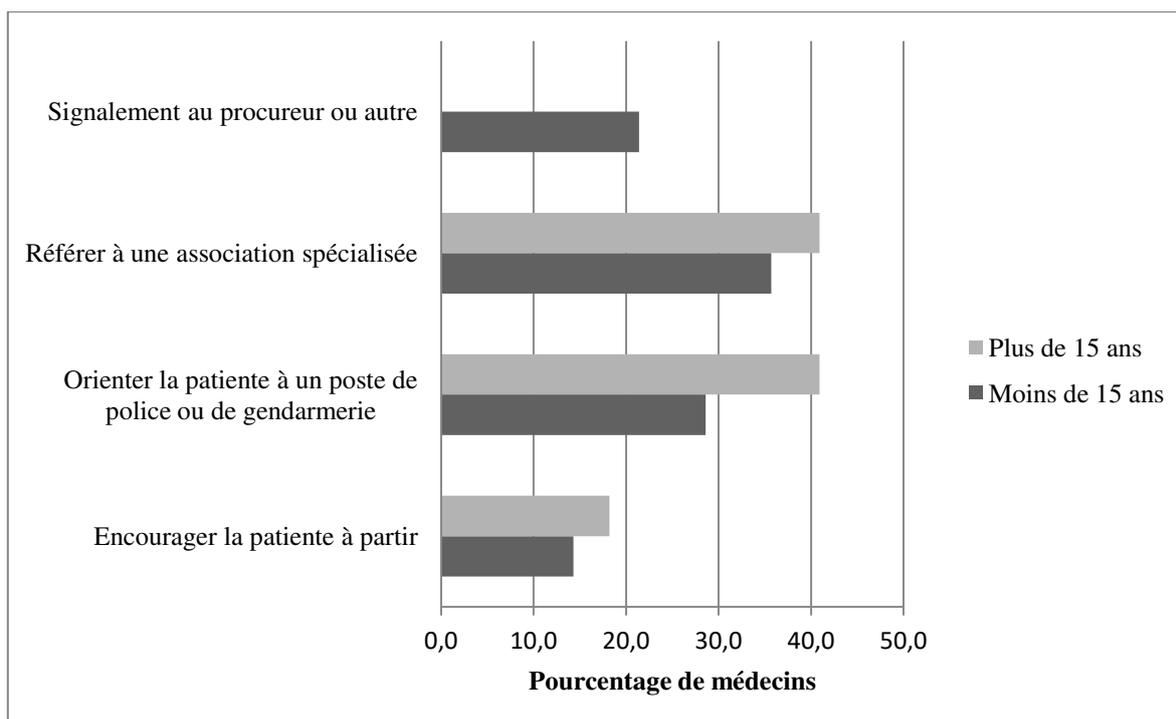


Figure 18 : Première conduite à tenir dans une situation de violences conjugales selon la durée d'exercice

L'analyse statistique en fonction de la durée d'exercice de l'identification des obstacles à la prise en charge des violences permet de mettre en évidence des différences significatives statistiquement.

Lorsqu'il était demandé aux médecins exerçant depuis plus de 15 ans si la peur d'être intrusif pouvait être un obstacle pour la prise en charge des victimes, 63,6% avaient répondu "pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" contre 57,2% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans ce qui constitue une différence statistiquement significative ($p = 0,006$).

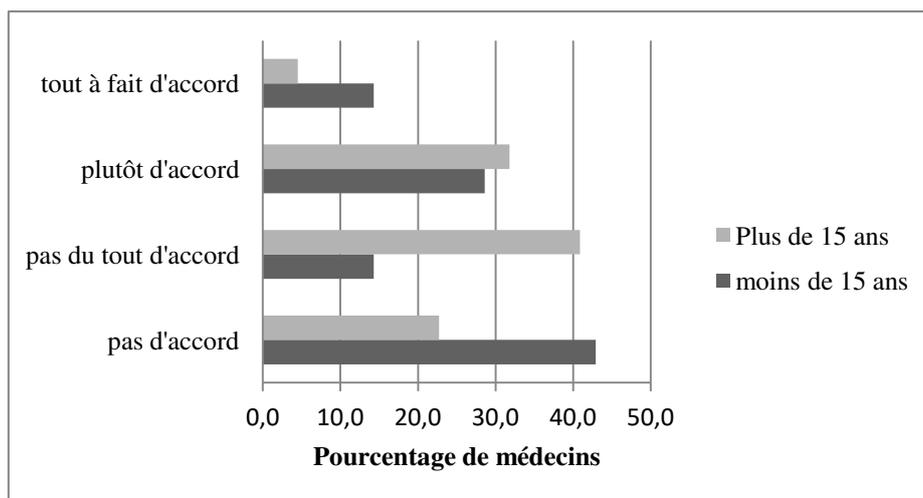


Figure 19 : Peur d'être intrusif en fonction de la durée d'exercice

Concernant l'opposition de la victime à sa prise en charge, 85,7% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans contre 81,8% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans considéraient qu'il s'agissait d'un obstacle à leur prise en charge avec une différence statistiquement significative ($p = 0,04$).

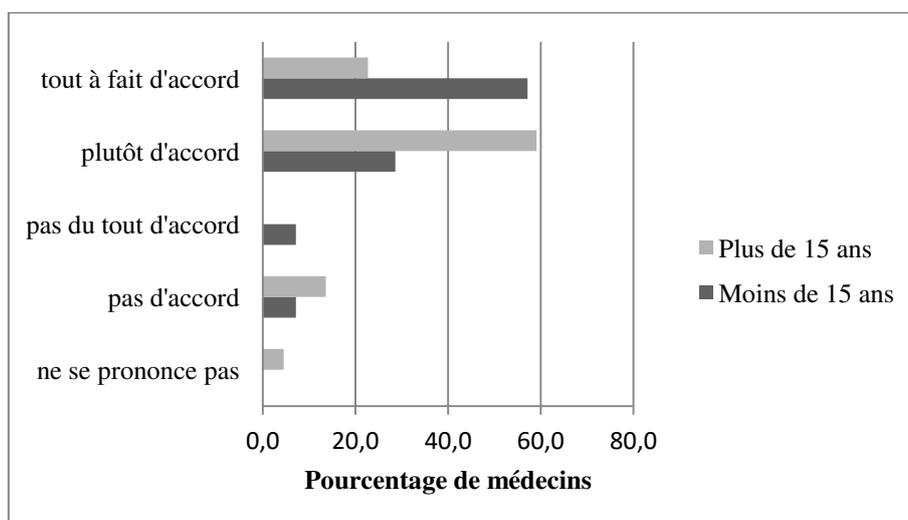


Figure 20 : Refus de la victime en fonction de la durée d'exercice

Lorsqu'il était demandé aux médecins exerçant depuis moins de 15 ans s'il considéraient la peur de poursuites judiciaires comme un obstacle à la prise en charge des violences conjugales, 92,8% ont répondu "pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" contre 77,3% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans avec une différence significative ($p=0.01$).

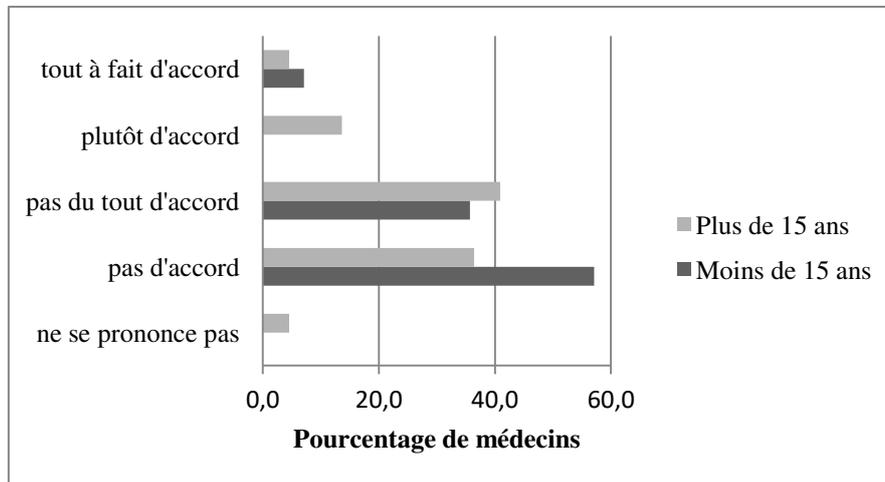


Figure 21 : Peur de poursuites judiciaires en fonction de la durée d'exercice

Lorsqu'il était demandé si l'impossibilité de signalement sans consentement de la victime pouvait être un obstacle à la prise en charge des victimes de violences conjugales, 57,2% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans avaient répondu "plutôt d'accord" ou "tout à fait d'accord" contre 77,3% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans avec une différence statistiquement significative ($p = 0,01$).

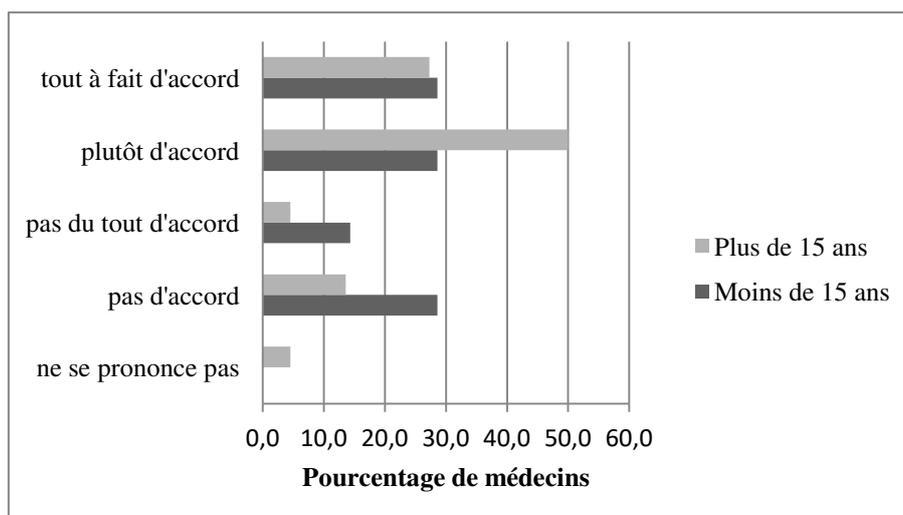


Figure 22 : Impossibilité de signalement sans consentement en fonction de la durée d'exercice

Lorsqu'il était demandé si le manque de formation des médecins était un obstacle à la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les médecins exerçant depuis moins de 15 ans et ceux exerçant depuis plus de 15 ans. 92,2% des médecins exerçant depuis moins de 15 ans avaient répondu "plutôt d'accord" ou "tout à fait d'accord" contre 91,8% des médecins exerçant depuis plus de 15 ans ($p = 0,06$).

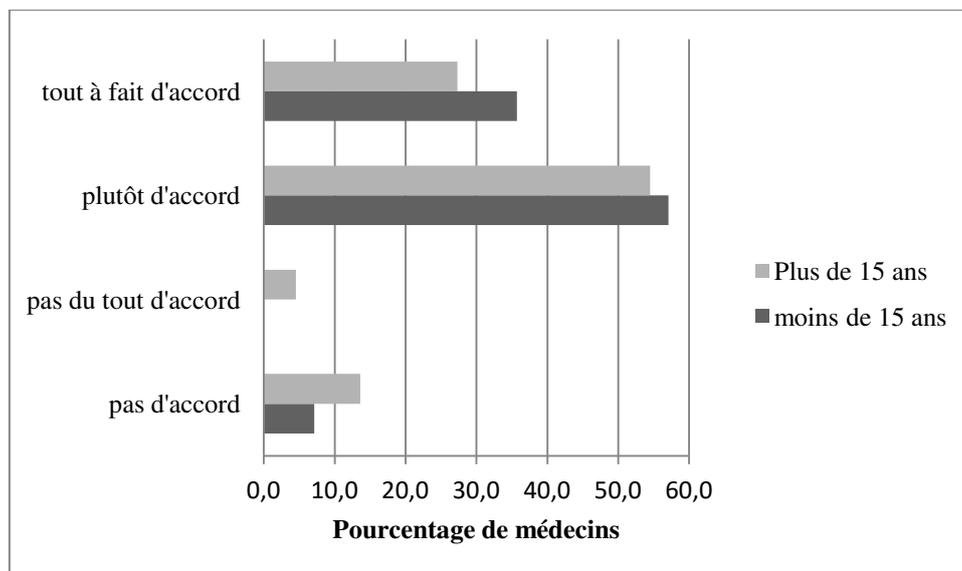


Figure 23 : Manque de formation médicale en fonction de la durée d'exercice

4 DISCUSSION

Cette étude observationnelle transversale, a permis de dresser un état des lieux de la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. D'une façon générale, les résultats obtenus montrent que la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales par les médecins de la Vienne reste difficile.

- **Comparaison avec les données de la littérature et perspectives**

Les violences conjugales sont fréquentes et les conséquences sont graves allant jusqu'au décès des victimes et peuvent avoir des répercussions sur les enfants et leurs proches, mais également en terme socio-économique. Les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs des femmes violentées. De précédents travaux (72) ont déjà souligné que les médecins généralistes étaient plus à même de dépister les victimes de violences conjugales. Cependant la plupart des travaux sur le sujet ont été menés à l'international. Concernant le contexte de prise en charge au niveau national et local, aucune donnée n'était disponible. J'ai donc souhaité réaliser ce travail de recherche afin d'étudier l'attitude des médecins généraliste de la Vienne face à une situation de violences conjugales.

Il faut d'abord mettre en évidence le fait que peu d'entre eux ont connaissance du pourcentage de femmes victimes de violences. Dans une précédente enquête menée en 2013 (55), seuls 7,1% des médecins interrogés avaient une notion exacte (contre 36,1% dans notre étude). Bien que le pourcentage reste faible, les médecins de notre étude semblent avoir une meilleure estimation de la fréquence des violences conjugales. Notre échantillon semble donc davantage sensibilisé. Dans cette précédente enquête (55), une majorité (42,8%) de médecins avait surestimé la fréquence des violences conjugales envers les femmes ce qui rejoint les résultats de notre étude avec 44,4% de médecins surestimant leur proportion. Cette surestimation est d'autant plus surprenante que les médecins dépistent peu de situations de violences conjugales.

Dans une autre étude réalisée en 2000 en Ile de France (71), 59,6% des médecins déclaraient avoir reçu des patientes victimes de violences conjugales dans l'année précédent l'enquête, contre 75% dans notre étude. Une enquête réalisée en 2011 et cherchant à évaluer l'évolution des pratiques en 10 ans en Ile de France (70), a rapporté que 67,3% des médecins interrogés déclaraient avoir eu en consultation une femme violentée par son conjoint. On observe donc davantage de consultations pour des faits de violences conjugales sans modification du nombre de victimes. Les conduites à tenir des médecins ont peu évolué

malgré les politiques menées depuis l'enquête ENVEFF (3). Dans notre étude, le plus souvent, la première action de prise en charge des médecins est de référer à une association spécialisée en violences conjugales (38,9%) ou d'adresser les patientes aux forces de l'ordre (36,1%). L'étude menée en 2000 en Ile-de-France a montré que les médecins orientaient principalement leurs patientes vers un psychologue ou aux forces de l'ordre (71). Dans l'étude réalisée en 2011 en Ile-de-France, les médecins orientaient toujours majoritairement leurs patientes à un psychologue ou à un poste de police (70). Dans les faits, il apparaît dans notre étude que seuls 44,4% des médecins avaient déjà orienté une victime à une association spécialisée ce qui montre un manque de connaissance des structures d'aide par les médecins généralistes de la Vienne. Pourtant les médecins disposent aujourd'hui de plus de réseaux associatifs du fait du développement de ces structures, de l'amélioration de l'encadrement légal et d'une meilleure connaissance politique de ce problème majeur de Santé Publique.

Les médecins de notre étude ne se sentent pas assez confiant pour dépister mais également pour prendre en charge les femmes victimes de violences (69,5% des médecins ont répondu entre 1 et 5 (sur une échelle de 10, 10 étant parfaitement confiant) concernant leurs sentiments sur leurs capacités diagnostiques et dans la prise en charge des victimes). Ce sentiment témoigne du manque de formation des médecins. Dans l'enquête réalisée en 2000, 60% des médecins ne se sentaient pas suffisamment formés pour le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences (71) et dans l'étude menée en 2011, 66,9% s'estimaient insuffisamment formés. Cette même étude rapporte que 80% des médecins se sentaient suffisamment formés pour la rédaction d'un certificat médical et dans notre étude, il était facile de rédiger un certificat médical pour 86,1% des médecins interrogés.

Malgré une reconnaissance nationale de l'enjeu de santé publique que représentent les violences conjugales, le nombre de victimes demeure élevé et les conséquences graves. Il persiste des freins à la prise en charge des victimes par les médecins. Notre étude a permis de mettre en avant les obstacles à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, les principaux étant : le manque de formation médicale, l'opposition de la victime à sa prise en charge et l'impossibilité de signalement sans consentement. Parmi ces obstacles, le refus d'aide était déjà désigné comme un frein par les médecins interrogés dans les études précédemment citées (70,71). Le rapport du Pr Henrion (2) fait état de la crainte de retombée judiciaire par les médecins lors de la prise en charge de victimes de violences conjugales. En revanche, la crainte de poursuites judiciaires ne semble pas être un frein dans notre étude. De façon similaire à notre étude, un précédent travail (55) avait identifié de nombreux autres

obstacles à la prise en charge des violences dont le manque de temps, la méconnaissance des problématiques des violences, le sentiment d'impuissance mais aussi le manque de formation, et également la peur de retombée judiciaire.

- **La formation des médecins généralistes**

L'ensemble des études réalisées sur ce sujet met l'accent sur la formation des médecins. L'étude menée au Royaume Uni en 2012 souligne la nécessité de formation plus complète sur l'évaluation et la prise en charge des violences conjugales (72). Dans l'ensemble, les médecins sont davantage sensibilisés mais la prise en charge des victimes s'est peu modifiée et notre étude tend à montrer les mêmes limites déjà identifiées (rapport Henrion 2001 (2)).

Pour améliorer la formation, il faut tout d'abord connaître les causes de l'absence de formation des médecins. Après avoir effectué une recherche bibliographique, je n'ai trouvé aucune étude évoquant les obstacles à la participation à une formation. En revanche le rapport sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques rapporte qu'en moyenne les médecins consacrent 4 jours à la formation continue (73). Nous pouvons supposer que les médecins disposent de peu temps dédié à leur formation.

Pour améliorer les connaissances et la prise en charge des victimes, la formation initiale, au cours de l'Internat pourrait intégrer un module destiné à la formation du médecin face aux violences conjugales. Le module s'attacherait à diminuer le sentiment d'incertitude sur la prise en charge des violences et cette formation initiale garantirait une uniformisation de la formation des futurs médecins généralistes sur les violences conjugales.

Les organismes de Formation Médicale Continue (FMC) de la Vienne pourraient proposer des formations sur ce sujet.

Afin de montrer l'intérêt d'une telle formation, une étude qualitative de plus grande ampleur pourrait être menée en recherchant une amélioration de prise en charge des victimes par les médecins ayant suivi une formation.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) pourrait également, en lien avec les professionnels de santé, développer un protocole de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en s'attachant à proposer des "conduites à tenir types" orientant le professionnel de santé. Ce protocole pourrait être distribué aux médecins généralistes de la Vienne sur une brochure référençant également les associations de la Vienne comme le faisait

déjà la brochure diffusée par la Région Poitou-Charentes. En effet, notre étude a révélé qu'une majorité de médecins pensent qu'un arbre décisionnel permettrait d'améliorer la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Enfin, l'ARS pourrait, en plus de la diffusion de brochure et en lien avec la MIPROF, s'attacher à proposer les outils de formation qui sont disponibles sur les sites gouvernementaux comme le kit "ANNA" et le kit "TOM et LENA".

Cependant l'isolement du médecin généraliste face à une situation de violences conjugales pose la question de création de réseaux permettant une meilleure prise en charge des victimes tout en sécurisant le médecin dans sa conduite à tenir.

- **Analyse selon le sexe**

Le fait que les femmes soient davantage victimes de violences conjugales que les hommes m'a amenée à me demander si les femmes médecins agissaient différemment des hommes face à ce type de situation. Nous pourrions nous attendre à une différence sur les connaissances et les attitudes des médecins selon qu'ils soient des hommes ou des femmes, cependant cela n'a pas été rapporté dans notre échantillon, qui n'est pas représentatif de la répartition hommes/femmes des médecins généralistes

Néanmoins en ce qui concerne les pratiques des médecins, la première conduite à tenir des femmes est de référer à une association spécialisée alors que les hommes ont majoritairement tendance à orienter les patientes vers les forces de l'ordre. Je n'ai retrouvé, à ce jour, aucune étude comparant les conduites à tenir des médecins généralistes selon le sexe. Cependant notre étude semble démontrer une attitude moins interventionnelle sur le plan répressif par les femmes médecins qui s'attachent davantage à orienter vers des professionnels spécifiquement formés sur ce sujet. Les hommes semblent plus s'orienter vers une mise en sécurité par le biais de la gendarmerie ou la police.

L'analyse, en fonction du sexe, des obstacles à la prise en charge des femmes victimes de violences montre que les hommes ont plus peur d'être intrusif que les femmes. Cette différence peut éventuellement être expliquée par un sentiment d'inconfort dans l'abord de ce sujet par les hommes médecins face à la victime mais, là encore, nous ne disposons pas d'étude apportant des précisions sur ce sentiment. Les hommes considèrent davantage l'opposition de la victime et l'impossibilité de signalement sans consentement comme un frein à la prise en charge des victimes que les femmes médecins. La peur de poursuite judiciaire était significativement plus un obstacle pour les hommes que pour les femmes. Enfin même si

la différence est statistiquement significative, le manque de formation médicale est considéré comme un frein à la prise en charge des victimes tant par les hommes que par les femmes.

- **Analyse selon la durée d'exercice**

Devant une amélioration de l'accompagnement des jeunes médecins avec des objectifs de formation sur le patient vivant dans un contexte de violence (fixé par le DUMG de Poitiers) ainsi qu'une politique de sensibilisation du public, la question d'une différence de connaissances, d'attitudes et de pratiques en fonction de la durée d'exercice peut se poser.

Lorsque les données étaient analysées en fonction de la durée d'exercice qui peut s'apparenter à l'expérience, aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence concernant les "connaissances" sur les violences conjugales. On peut cependant dégager certaines tendances. Il apparaît que les médecins les plus expérimentés semblent davantage connaître le pourcentage de femmes victimes de violences en 2000. Nos résultats semblent témoigner d'une meilleure connaissance du sujet par les médecins les plus expérimentés mais également d'une sensibilisation accrue des médecins les plus jeunes qui surestiment le pourcentage de femmes victimes.

Dans mon étude, il apparaît que les médecins les plus jeunes semblent davantage rechercher sur Internet les ressources permettant la prise en charge de leurs patientes victimes de violences que les médecins les plus expérimentés (résultat non significatif). En effet, l'utilisation d'Internet est facilitée pour les plus jeunes médecins qui ont été formés avec cet outil.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative en fonction de la durée d'exercice sur les pratiques des médecins mais il semble exister une aisance plus importante pour la rédaction d'un certificat médical avec l'expérience. Il y a également un nombre plus important de médecins plus expérimentés bénéficiant d'un contact juridique auquel adresser leurs patientes par rapport aux médecins exerçant depuis moins de 15 ans. Il est possible que les médecins les plus expérimentés disposent d'un réseau, développé au cours de leur carrière, leur permettant d'avoir des contacts utiles pour la prise en charge des victimes.

Les médecins les plus expérimentés identifiaient plus la peur de poursuite judiciaire et l'impossibilité de signalement sans consentement comme un frein à la prise en charge des victimes que les médecins exerçant depuis moins de 15 ans avec une différence statistiquement significative. La peur d'être intrusif et le manque de formation médicale

semblaient davantage identifiés comme un obstacle à la prise en charge des victimes par les médecins les moins expérimentés que par les plus expérimentés. Ces derniers par la connaissance de leurs patientes et leur expérience professionnelle semblent se sentir plus à l'aise pour aborder le sujet et prendre en charge leurs patientes. En effet, il paraît plus évident de prendre en charge une patiente suivie de longue date, dont on connaît la situation personnelle, professionnelle mais également le passé médical.

- **Les limites et les forces de l'étude**

Le nombre de réponses obtenues au questionnaire a entraîné une faible puissance statistique et a donc limité la mise en évidence de certaines caractéristiques de prise en charge. Cependant cette étude à visée qualitative de premier état des lieux a permis d'obtenir des résultats dont l'interprétation statistique, bien que limitée, a mis en évidence un manque de confiance des médecins généralistes de la Vienne dans le diagnostic et la prise en charge des victimes de violences conjugales. Elle a révélé un manque de connaissances des médecins sur les violences conjugales (fréquence, centre d'accueil des victimes, ressources sur Internet). Elle a également mis en évidence une différence de prise en charge des victimes selon le sexe des médecins. Les femmes médecins adressaient plutôt leurs patientes vers les associations spécialisées alors que les médecins hommes orientaient davantage vers les forces de l'ordre. Elle a enfin permis de montrer une plus grande facilité à retrouver les ressources nécessaires sur Internet par les médecins exerçant depuis moins de 15 ans.

J'ai obtenu 125 adresses mails ce qui pose la question de la représentativité de mon échantillon par rapport aux médecins généralistes de la Vienne. Il existe en effet un biais de sélection dans cette étude. Les médecins généralistes de la Vienne sont en moyenne plus âgés (52 ans) que les médecins de notre échantillon (48 ans). Soixante-sept pour cent des médecins généralistes du Poitou-Charentes sont des hommes alors que les hommes ne représentent que 61% des médecins de notre échantillon (74). Cette différence reste faible mais elle a pu influencer les résultats d'autant plus que l'analyse selon le sexe a montré des différences significatives.

La constitution du questionnaire avec des items qui faisait appel à la mémoire des médecins répondants pourrait entraîner un biais de mémorisation. En effet, les médecins ayant répondu pourraient rapporter de façon moins précise que pour une étude prospective les cas de patientes venues les consulter pour des faits de violences conjugales. Il pourrait donc être plus difficile pour eux de se rappeler de la conduite à tenir dans ces situations. Cependant, il est possible que l'influence sur les résultats de ce biais soit minime dans la mesure où il s'agit

davantage des sentiments des médecins que de faits objectifs. De plus, les questions concernant des faits objectifs sont à réponses fermées permettant de limiter l'influence de ce biais.

Notre étude est la première étude se penchant sur les différences de connaissance et de prise en charge des violences conjugales en fonction du sexe des médecins généralistes et de leur durée d'exercice.

Le travail de recherche mené avec une bibliographie riche mais non exhaustive compte tenu du nombre de publications sur ce sujet m'a permis de comparer mes résultats avec les études menées auparavant dans d'autres régions.

Enfin, cette étude constitue la première étude menée sur le département permettant d'avoir une idée des axes à développer pour améliorer la prise en charge des victimes.

5 CONCLUSION

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence un manque de connaissance de la prévalence des violences conjugales et des conduites suite à leur dépistage parmi leur patientèle par les médecins généralistes de la Vienne. Elle a également et surtout mis en exergue un sentiment d'inconfort dans le diagnostic et dans la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Malgré les différentes politiques de sensibilisation du public avec des campagnes chocs insistant sur le nombre de victimes de violences conjugales, les médecins semblent toujours démunis lors de la prise en charge de ces femmes. Pourtant les médecins sont des acteurs essentiels de cette prise en charge par le sentiment de sécurité dégage pour la victime qui se tournent principalement vers eux.

Le manque de formation des médecins apparait clairement comme un obstacle à la prise en charge des victimes. Cette formation peut avoir lieu au cours de la formation initiale (internat), mais aussi au travers des FMC. Des formations pourraient également être dispensées par l'ARS avec l'établissement d'un protocole de prise en charge des victimes de violences communiqué via des brochures ou sur un site web.

La formation systématique des médecins et des formations continues permettraient ainsi d'informer sur les possibilités d'action et les réseaux départementaux d'aide aux victimes.

Afin d'avoir une idée précise des axes à développer sur le plan national permettant d'obtenir une meilleure prise en charge des violences conjugales, une étude plus exhaustive sur l'ensemble des médecins généralistes de la France pourrait être menée sous forme d'enquête transversale. En complément, de nouvelles études observationnelles prospectives basées sur les déclarations des cas de violences conjugales, leurs modes de dépistage et le suivi médical permettraient d'améliorer la connaissance des pratiques des médecins généralistes afin de mieux identifier les leviers et obstacles de la prise en charge des femmes victimes de ces violences.

6 Bibliographie

1. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. 2001 [cité 27 juin 2016]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Pierre_C Chauvin/publication/10900409_Consequences_of_domestic_violence_on_women's_health_and_their_management_in_primary_health_care/links/0fcfd50a39bfce153c000000.pdf
2. Henrion R. Rapport Henrion.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
3. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple. Rapport d'information sur les propositions de loi correspondantes [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r04-229/r04-2291.html>
4. Rapport annuel de victimation 2016.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp_ra-2016/2016_ra_victimation.pdf
5. OMS La violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
6. Poyet-Poullet A. Le Médecin Généraliste face aux violences conjugales - these.pdf [Internet]. 2006 [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.gynsf.org/vc/these.pdf>
7. Voyer M, Delbreil A, Senon J-L. Violences conjugales et troubles psychiatriques. Inf Psychiatr. 2014;90(8):663–671.
8. Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, Hellemans S. Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/41%20-%20Dark%20number_FR.pdf
9. Union européenne, Agence des droits fondamentaux. Violence à l'égard des femmes une enquête à l'échelle de l'UE: les résultats en bref. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne; 2014.
10. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence: les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint.
11. Morts_violentes_au_sein_du_couple_2014_-_principaux_enseignements.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Morts_violentes_au_sein_du_couple_2014_-_principaux_enseignements.pdf
12. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple (année 2015).pdf [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.interieur.gouv.fr/content/download/95814/748984/file/Etude%20nationale%20sur%20les%20morts%20violentes%20au%20sein%20du%20couple%20\(annee%CC%81e%202015\).pdf](http://www.interieur.gouv.fr/content/download/95814/748984/file/Etude%20nationale%20sur%20les%20morts%20violentes%20au%20sein%20du%20couple%20(annee%CC%81e%202015).pdf)

13. Plan départemental délinquance - Plan départemental délinquance-signé.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.vienne.gouv.fr/content/download/4816/30214/file/Plan%20d%C3%A9partemental%20d%C3%A9linquance-sign%C3%A9.pdf>
14. Conjointes ayant des comportements violents | INSPQ - Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/conjointes-ayant-des-comportements-violents>
15. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med.* 1999;341(25):1892–1898.
16. When Men Murder Women: An Analysis of 2010 Homicide Data.pdf [Internet]. [cité 29 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.vpc.org/studies/wmmw2012.pdf>
17. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling Chan, Santos SC. Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects. *Violence Women.* 1 juill 2011;17(7):858-81.
18. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ.* 2 févr 2002;324(7332):274.
19. Taylor R, Nabors EL. Pink or Blue ... Black and Blue? Examining Pregnancy as a Predictor of Intimate Partner Violence and Femicide. *Violence Women.* 1 nov 2009;15(11):1273-93.
20. Johri M, Morales RE, Boivin J-F, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(1):1.
21. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juill 2006;195(1):140-8.
22. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002. 376 p.
23. Observatoire national de l'enfance en danger : les enfants exposés à la violence conjugale 2012.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/oned_eevc_1.pdf
24. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ.* 1 janv 2011;89(1):2-2.
25. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France - Cairn.info. In: *Evaluation économique des violences conjugales en France* [Internet]. 2010 [cité 16 juin 2016]. p. 405-16. (Santé Publique; vol. 22). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-4-page-405.htm#s2n8>

26. Quand le divorce était interdit (1816 - 1884) [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/proces-historiques-10411/quand-le-divorce-etait-interdit-1816-1884-22402.html>
27. Loi du 18 février 1938 PORTANT MODIFICATION DES TEXTES DU CODE CIVIL RELATIFS A LA CAPACITE DE LA FEMME MARIEE.
28. Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.
29. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
30. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
31. Bulletin Officiel n°99/20 [Internet]. [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-20/a0201339.htm>
32. LOI no 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. 92-684 juill 22, 1992.
33. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 2006-399 avr 4, 2006.
34. LOI n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce. 2004-439 mai 26, 2004.
35. LOI n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. 2005-1549 déc 12, 2005.
36. dispositions législatives.doc - dispositions_legislatives.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dispositions_legislatives.pdf
37. LOI n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. 2007-297 mars 5, 2007.
38. LOI n° 2010-769 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 - Article 1. 2010-769 juill 9, 2010.
39. L'Etat vous protège - La mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/-La-mission-interministerielle-de,91-.html>
40. Législation contre les violences faites aux femmes [Internet]. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/la-legislation/>
41. LOI n° 2015-993 du 17 août 2015 portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne. 2015-993 août 17, 2015.

42. 4ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes_221120131.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
43. Principales-mesures-du-4eme-plan.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/Principales-mesures-du-4eme-plan.pdf>
44. 5ème plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
45. Présentation du Planning Familial | Internet - Planning Familial [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.planning-familial.org/articles/presentation-du-planning-familial-0027>
46. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405.pdf>
47. Le CNIDFF - Info femmes : CNIDFF - Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.infofemmes.com/v2/p/Nous-connaetre/Le-CNIDFF/Le-CNIDFF_38
48. Direction du réseau des CIDFF - Info femmes : CNIDFF - Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.infofemmes.com/v2/p/Nous-connaetre/Le-CNIDFF/Direction-du-reseau-des-CIDFF/Direction-du-reseau-des-CIDFF_39
49. Le centre Flora-Tristan, pionnier de la lutte contre les violences conjugales [Internet]. leparisien.fr. 2012 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/espace-premium/hauts-de-seine-92/le-centre-flora-tristan-pionnier-de-la-lutte-contre-les-violences-conjugales-27-06-2012-2066574.php>
50. Collectif Féministe Contre le Viol - Présentation [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cfcv.asso.fr/collectif/c2,presentation.php>
51. Qui contacter ? - Associations nationales [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Associations-nationales.html>
52. Réseau Régional des Centres d'Information sur les Droits des Femmes de Poitou-Charentes [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.infofemmes-pch.org/spip.php?article20>
53. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
54. BOISMAIN A, GAUDIN M. Identification of barriers to intimate partner violence screening by general practitioners (a qualitative study based on semi-directive interviews conducted with liberal and salaried doctors in Isère). 2012 [cité 12 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/881962>

55. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Internet]. Université Paris-Diderot; 2013 [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf
56. Fiche_presentation_kit_ANNA-2.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_presentation_kit_ANNA-2.pdf
57. Fiche_presentation_kit_TOM_ET_LENA_v2-2.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_presentation_kit_TOM_ET_LENA_v2-2.pdf
58. Fiche_ELISA.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_ELISA.pdf
59. Coble YD, Eisenbrey AB, Estes EH, Karlan MS, Kennedy WR, Numann PJ, et al. Violence Against Women: Relevance for Medical Practitioners. JAMA. 17 juin 1992;267(23):3184-9.
60. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. Am Fam Physician. 15 oct 2016;94(8):646-51.
61. Jones RF. Domestic violence: let our voices be heard. Obstet Gynecol. janv 1993;81(1):1-4.
62. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med. juin 1996;28(6):422-8.
63. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes. Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. Can Fam Physician. mai 2001;47:988-95.
64. L'institut de l'Humanitaire : Repérage et suivi des femmes victimes de violences conjugales [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.violences.fr/Accueil/tabid/36/language/fr-FR/Default.aspx>
65. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
66. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
67. Code pénal - Article 223-6. Code pénal.
68. Code pénal - Article 226-14. Code pénal.
69. Code de la santé publique - Article R4127-44. Code de la santé publique.
70. CORNILLEAU A, LAZIMI G. Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans. [Internet]. Université Paris 6; 2012 [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf
71. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. 2005;945-54.

72. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract.* sept 2012;62(602):e647-55.
73. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins Rapport 2008 [Internet]. 2008 nov [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: http://www.aml.fr/sites/aml.cpm.aquisante.priv/files/Rapport_Igas_FMC.pdf
74. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région poitou-charentes en 2013.pdf [Internet]. CNOM; 2013. (Atlas de la démographie médicale). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/poitou_charentes_2013.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : tableau du coût estimé des violences conjugales en 2005-2006

(25)

<i>Postes de coût</i>	<i>Estimation (M€, 2005-2006)</i>	<i>%</i>
1. Coûts pour le système de soins	483,203 M€	19,50
Passages aux Urgences	24,444	0,99
Hospitalisation	3,872	0,16
Soins médecine générale et psychiatrie	142,665	5,77
Médicaments	312,221	12,63
2. Coûts pour le secteur médico-social et judiciaire	354,876 203 M€	14,36
Coûts directs non médicaux (Justice et Police)	234,527 M€	9,49
Justice civile	8,729	0,35
Justice pénale	27,988	1,13
Administration pénitentiaire	99,358	4,02
Activités de la Police	58,653	2,37
Activités de la Gendarmerie	39,798	1,61
Coûts des conséquences sociales directes	120,349 M€	4,87
Hébergement d'urgence et d'insertion	28,348	1,15
Allocation logement : APL, ALS, ALF	12,815	0,52
Allocation API (allocation parents isolés)	5,703	0,23
Allocation RMI (revenu minimum insertion)	4,295	0,17
Païement des arrêts de travail	69,188	2,80
3. Pertes de production	1 098,936 M€	44,46
Pertes de production dues aux décès	221,584	8,96
Pertes de production dues à l'absentéisme	778,513	31,50
Pertes de production dues aux incarcérations	98,838	4,00
4. Pertes de qualité de vie	534,698 M€	21,63
Coût des viols	328,571	13,29
Coûts des blessures graves et des préjudices	206,127	8,34
Coût total	2 471,713 M€	100,00

ANNEXE 2 : MODELE D'AUTORISATION A PHOTOGRAPHER

Je soussigné autorise _____ à photographier

dans le cadre des soins qu'il/elle m'apporte et accepte que les négatifs ou tirages soient archivés avec soins, dans une enveloppe séparée, pour une éventuelle future utilisation en tant que preuve.

Ces photographies seront uniquement utilisées par les autorités compétentes quand la personne signataire en donnera la permission.

La signataire n'autorise aucune autre utilisation de ces photographies.

Date :

Signature de la patiente :

Adresse complète de la patiente :

Nom, Prénom, adresse et signature du témoin :

ANNEXE 3 : certificat médical en cas de violences physiques

Je soussigné Docteur X , exerçant à

En qualité de

Certifie avoir examiné le/..../20.. , àheures

Une personne déclarant se nommer Mme Y

Etre âgée de ans, de nationalité

Et résider à

Elle dit avoir été victime de :

Le/...../20.... àheures à(lieu de l'agression) de la part de

Elle se plaint de :

Constat médical :

Au plan physique :

Au plan psychologique :

Les troubles constatés sont compatibles avec les faits allégués.

Pour ces constatations, je propose une Incapacité Totale de Travail de Jours, sous réserve de complications et de l'évolution favorable des troubles.

Les examens complémentaires suivants sont prescrits pour compléter le dossier médical :

Cachet du médecin et signature

Charente

◆ **ASVAD (Association de Soutien aux Victimes d'Actes de Délinquance) :** accompagnement juridique et soutien psychologique
Tribunal de Grande Instance
Place Francis Louvel - 16 000 Angoulême
asvad@wanadoo.fr
05 45 92 89 40 / 05 45 37 11 11

◆ **Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) violences conjugales :** accueil de jour des victimes de violences conjugales, espace dédié à l'accueil des enfants.
Ouvert : lundi, mardi après-midi, mercredi, jeudi après-midi et vendredi matin
14 passage Marengo - 16 000 Angoulême
05 45 38 51 33

◆ **CIDFF Charente (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) :** accueil des femmes et information sur leurs droits, groupes de parole, rencontres, débats et informations collectives sur les violences, accompagnement des femmes (intervention du service emploi)
Permanences à Soyaux, Basseau, Cognac, Barbezieux et Confolens
Boulevard d'Auvergne - Bât Les Bleuets - Apt 1
La Grand Font - 16 000 Angoulême
cidff.charente@cidff16.org
05 45 92 34 02

◆ **ASERC (Association Socio-Educative de la Région de Cognac) :** Point d'Accueil et d'Orientation (PAO) pour les femmes victimes de violences et lieu d'hébergement (ouverture janvier 2014)
9, rue Abel Bazonin - 16 100 Cognac
Deux permanences par semaine en matinée

Charente-Maritime

◆ **CIDFF Charente-Maritime (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) :** accueil, accompagnement des femmes et information sur leurs droits, rencontres, débats et informations collectives sur les violences

2 groupes de paroles à destination des femmes victimes de violences conjugales : 1 groupe à La Rochelle et 1 à Saintes ; 1 groupe de parole à destination des victimes de violences sexuelles (à la Rochelle - groupe mixte)
Maison de l'Emploi
88 rue de Bel Air - 17 000 La Rochelle
cidff17@orange.fr / 05 46 41 18 86

◆ **ALTEA-Cabestan :** orientation avec ou sans hébergement
Service Intégré d'Accueil et d'Orientat
21 bis rue de Périgny - 17 000 La Rochelle
sao17@asso-altea.fr / 05 46 41 05 69

◆ **Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) L'Escalier :** accueil de jour, accueil de nuit, accueil temporaire et CHRS
21 avenue des corbeliers - 17 000 La Rochelle
05 46 00 62 24

◆ **Tremplin 17 - Pôle Social :** accueil d'urgence avec ou sans hébergement
• 1 rue de la Providence - 17 200 Royan
tremplin17-royan@orange.fr
05 46 39 04 00

• 46 cours Lemercier - 17 100 Saintes
05 46 74 43 21
• 3 rue de Dampierre - 17 400 St-Jean d'Angély
05 46 24 07 35

◆ **Etablissement Public, Départemental et 4 Les Deux Monts :** Départemental et avec ou sans hébergement
Jonzac, Montendré et Montguyon
06 70 40 98 33

◆ **Le Trait d'Union :** lieu d'écoute
1 rue Touffaire - BP 50306
17 300 Rochefort-sur-Mer Cedex
lieuecoute@orange.fr / 05 46 87 19 79

◆ **AEM (Association d'Enquête et de Médiation) :** prise en charge des auteurs de violences intra-familiales
5 rue Victor Hugo - 17 100 Saintes
aem.saintes@assoaem.org
05 46 97 13 39

Vienne

◆ **CIDFF Vienne (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) :** accueil des femmes et information sur leurs droits, groupes de parole, rencontres, débats et informations collectives sur les violences, accompagnement des femmes (intervention du service emploi)
Permanences à Châtelleraut, Loudun et Montmorillon
47 rue des Deux Communes - 86 180 Buxerolles
cidff86@orange.fr / 05 49 88 04 41

◆ **Mouvement Français pour le Planning Familial (Fédération Régionale de Poitou-Charentes et Association Départementale de la Vienne) :** accueil, écoute, information et orientation sur la sexualité, la contraception et les violences

Permanence le lundi de 18h à 20h
20, rue du Fief des Hausses - 86 000 Poitiers
planning.familial-act86@wanadoo.fr
05 49 47 76 49 / 06 40 21 09 26 : conseillère conjugale joignable tous les jours, y compris les week-ends et jours fériés

◆ **SAVI 86 Service d'Aide aux Victimes 86 :** accompagnement juridique et soutien psychologique
16 rue de la Demi-Lune - 86 000 Poitiers
savi86@prism86.fr / 05 49 88 01 13

◆ **ADIFAS :** lieu d'accueil pour femmes et enfants en lien avec les partenaires sociaux
Résidence Cécile et Marie-Anne
16 rue Riffault - 86 000 Poitiers
res.cma@free.fr / 05 49 88 44 20

◆ **MJC Montmorillon :** accueil du service social, groupe de paroles et accompagnement social lié au logement
16, rue des Récollets - BP 48
86 501 Montmorillon Cedex
mjc.montmorillon@wanadoo.fr / 05 49 91 04 88

◆ **SANZA :** point d'accueil et d'écoute, sensibilisation, médiation, accompagnement
90 avenue Georges Pompidou - 86 000 Poitiers
ass.sanza@hotmail.fr / 05 49 54 18 80

◆ **Le Centre Familial :** écoute et relais vers structures spécialisées

83 rue des Courmeries - 86 000 Poitiers
centrefamilial@orange.fr / 05 49 47 60 61

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE

Sujet Thèse : Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne

1- Avez-vous suivi une formation sur les violences conjugales ? Si oui, laquelle ?

Oui :

.....
.....

Non

2- Selon vous, quelle est la proportion de femmes victime de violence conjugale dans la population générale en France en 2000?

1%

5%

10%

15%

>15%

3- Pensez-vous avoir des femmes victimes de violences conjugales au sein de votre patientèle?

Oui

Non

4- Avez-vous déjà été confronté à une situation de violences conjugales dans le cadre de vos consultations? Si oui, combien de fois (approximativement) au cours de l'année 2015?

Oui : <5 fois

5 à 10 fois

10-15 fois

>15fois

Non

5- Sur une échelle de 1 à 10 (1 = démuni, 10 = parfaitement confiant), comment vous sentez-vous pour diagnostiquer ce type de situation?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Démuni

Parfaitement confiant

6- Sur une échelle de 1 à 10 (1 = démuni, 10 = parfaitement confiant), comment vous sentez-vous pour prendre en charge ce type de situation?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Démuni

Parfaitement confiant

7- Selon vous, quelle est la conduite à tenir immédiate après avoir diagnostiqué une patiente victime de violence conjugale? (1 seule réponse possible)

- Encourager la patiente à partir
- Encourager la patiente à s'adresser au poste de police ou gendarmerie
- Référer à une association spécialisée en violences conjugales
- Référer à une assistante sociale
- Mettre en place un suivi et gérer seul la situation en tant que médecin traitant
- Signalement au Procureur
- Autre :

8- Avez-vous déjà orienté une femme victime de violences conjugales à une association? Si oui, laquelle?

Oui, CIDFF planning familial SAVI 86 ADIFAS

Autres :

Non

9- Connaissez-vous un centre d'accueil d'urgence pour les femmes victimes de violences conjugales?

Oui Non

10- Avez-vous déjà orienté une femme victime de violences conjugales à un poste de police ou de gendarmerie?

Oui Non

11- Avez-vous un contact (avocat, procureur, agent de police ou gendarmerie, juriste) à qui demander un conseil juridique concernant vos patientes victimes de violences conjugales qui souhaitent engager des poursuites ou envisagent une séparation?

Oui Non

12- Vous est-il facile de rédiger un certificat de constat de blessures à des patientes venues vous consulter pour des faits de violences conjugales?

Oui Non

13- Savez-vous trouvez les ressources nécessaires (associations, numéros d'urgence) via internet afin d'aider une patiente victime de violences conjugales?

Oui Non

14- Connaissez-vous la brochure diffusée par le conseil Régional "Lutte contre les violences faites aux femmes : les contacts utiles en Poitou-Charentes"?

Oui Non

15- Pensez-vous qu'un arbre décisionnaire vous aiderait pour gérer ces situations?

Oui Non

16- Pensez-vous que les critères suivants puissent être des obstacles à la prise en charge d'une victime de violence conjugale? :

- la peur d'être intrusif

Pas du tout d'accord *Pas d'accord* *Plutôt d'accord* *Tout à fait d'accord* *Ne se prononce pas*

- le manque de formation médicale

Pas du tout d'accord *Pas d'accord* *Plutôt d'accord* *Tout à fait d'accord* *Ne se prononce pas*

- la peur de poursuite judiciaire

Pas du tout d'accord *Pas d'accord* *Plutôt d'accord* *Tout à fait d'accord* *Ne se prononce pas*

- le refus de la victime

Pas du tout d'accord *Pas d'accord* *Plutôt d'accord* *Tout à fait d'accord* *Ne se prononce pas*

- l'impossibilité de signalement sans consentement (pour une personne majeure)

Pas du tout d'accord *Pas d'accord* *Plutôt d'accord* *Tout à fait d'accord* *Ne se prononce pas*

17- Quelle est votre date de naissance?

...../...../19..... (JJ/MM/AAAA)

18- Sexe : M F

19- Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale?

0-5ans 5-10 ans 10-15 ans 15-20 ans + de 20 ans

20- Dans quelle ville exercez-vous la médecine générale?

> 20000 habitants

entre 10000 et 20000 habitants

< 10000 habitants

21- Etes-vous titulaire de DU ou capacité? Si oui, la(les)quelle(s)?

Oui :

Non

Merci du temps accordé pour répondre à mon questionnaire.

Les résultats de cette étude vous seront communiqués par courriels et seront disponibles en intégralité dans ma thèse de médecine.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Une femme sur dix déclare être victime de violences conjugales en France. Les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs des victimes : leur rôle est donc de dépister mais surtout de prendre en charge ces femmes. L'objectif de cette thèse est de mieux décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes de la Vienne face à une situation de violences conjugales.

METHODE : Une étude observationnelle transversale a été réalisée, entre avril et novembre 2016, à l'aide d'un nouveau questionnaire permettant de collecter des données sur la prise en charge des victimes par les médecins généralistes installés dans la Vienne. Le questionnaire a permis d'évaluer les connaissances, les pratiques et les freins à la prise en charge des violences conjugales qui ont pu ensuite être décrits de façon générale mais aussi en fonction du sexe du médecin et de la durée d'exercice.

RESULTATS : Trente-six médecins ont répondu au questionnaire, et parmi eux, 64% ne connaissaient pas la proportion de femmes victimes de violences conjugales en France. Concernant la prise en charge des victimes de violences conjugales et leur dépistage, 69,5% de notre effectif se sentait peu confiant. La première conduite à tenir des médecins était de référer leurs patientes à une association spécialisée. Enfin, les limites à la prise en charge des victimes de violences conjugales identifiées par les médecins de notre étude étaient le refus de la patiente, l'impossibilité de signalement sans consentement et le manque de formation. Peu de résultats significatifs en fonction des groupes de durée d'exercice et de sexe ont été observés.

DISCUSSION : Les résultats de notre étude montrent que les modalités de prise en charge et de suivi des patientes victimes de violences conjugales par les médecins de la Vienne restent complexes, notamment à cause d'un manque de formation médicale. Afin de pallier ce manque, l'offre de formations universitaires, mais aussi continue proposée par exemple par les agences de santé publique, pourrait être développée.

MOTS CLES : femmes, violences conjugales, violences envers les femmes, médecins généralistes, prise en charge des victimes, formations médecins généralistes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: One woman in ten reports being a victim of domestic violence in France. The general practitioners (GPs) are the first point of contact for the victims : their role is therefore to detect clinical signs of violence but especially to take care of these women. The aim of this thesis was to better describe the knowledge, attitudes and practices of the general practitioners of the Vienne facing situations of conjugal violence.

METHOD: A cross-sectional observational study was carried out, between April and November 2016, using a new questionnaire to collect data about the care of victims by GPs in french Vienne area. The questionnaire assessed knowledge, practices and constraints on the management of domestic violence, which could then be described in general terms, but also according to the GPs gender and length of practice.

RESULTS: Thirty-six physicians responded to the questionnaire, and among them 64% did not know the proportion of women victims of domestic violence in France. Regarding the care and detection of victims of domestic violence, 69.5% of our staff felt unconvincing. The action to be taken by GPs according to their declaration was to refer their patients to a specialized association. Finally, the limits to the care of the victims of domestic violence identified by GPs in our study were the refusal of the patient, the impossibility of reporting without consent and the lack of medical training. Few significant findings by length of practice group and sex groups were observed.

DISCUSSION: The results of our study showed that the screening and follow-up of patients suffering from domestic violence by GPs in French Vienne area remain complex, in particular due to a lack of medical training. In order to make up for this lack, both academic teaching, but also continued proposed by public health agencies could be developed.

KEY WORDS : women, domestic violence, violence against women, general practitioners, care of victims, general practitioner training.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses
! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

