



HAL
open science

Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie

Julie Bures

► **To cite this version:**

Julie Bures. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340692

HAL Id: dumas-01340692

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340692>

Submitted on 1 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

BURES Julie

Née le 21 Aout 1988, à Montivilliers

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 16/06/2016

Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences
conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de
Haute-Normandie.

Président du jury : Monsieur le Professeur Proust B.

Membres du jury : Monsieur le Professeur Hermil J-L.

Monsieur le Professeur Verspyck E.

Madame le Docteur Thureau S.

Madame la Directrice de cabinet du Chu de Rouen Gaillard V.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur De Golmard F.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité (<i>surnombre</i>)
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) moléculaire (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med) 1076)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

*CB - Centre Henri Becquerel
Rouvray*

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint
Julien Rouen*

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Proust,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Vous avez tenu une place importante dans mon cursus universitaire, en m'ouvrant les portes de l'institut médico-légal (IML) du Chu de Rouen dès ma deuxième année d'étude. C'est à votre contact, dans votre service, que ce sujet m'a été inspiré.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur De Golmard,

C'est assez rapidement lors de nos échanges en études dirigées que notre intérêt commun pour la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales s'est affirmé. Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail, avec votre rapidité, votre disponibilité et votre gentillesse. Votre vision éclairée du sujet a permis d'améliorer ce travail et je vous en suis reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Hermil,

En tant que médecin généraliste et directeur de notre département de médecine générale, votre présence pour juger mon travail me semblait inévitable. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté cette tâche, d'autant que votre avis m'est précieux.

A Monsieur le Professeur Verspyck,

Je vous remercie d'avoir aussi rapidement accepté de juger mon travail. Votre présence est importante lors de cette soutenance, les gynéco-obstétriciens faisant partis des médecins en contact fréquent avec des femmes victimes de violences conjugales.

À Madame le Docteur Thureau,

J'ai apprécié travailler à vos côtés au CASA. Votre gentillesse et votre humanité, présentes dans n'importe quelles situations sont appréciables. Vous jouez un rôle essentiel dans l'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences. Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie du jury.

A Madame Gaillard, Directrice de cabinet au Chu de Rouen,

Vous avez activement participé au développement du service de médecine légale et du CASA. Le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ayant été vos priorités.

Je vous remercie d'avoir aussi rapidement accepté de juger ce travail.

À André Gillibert,

Je te remercie pour ton travail d'analyse ainsi que pour ta disponibilité, ta rapidité et tes bonnes idées.

À mes amis,

Je remercie en particuliers **mes vikings**, qui ont rendu ces dix années si agréables, ensoleillées et pleines de joies ! Merci à ceux qui ont pu m'aider lors de ce long travail.

A toi Torrus,

Notre association me semble incontournable. Merci pour tout.

A mes parents,

Papa et Maman, merci de m'avoir donnée cette vision de la vie, toujours du bon côté et pleine de possibilités ! Je vous remercie pour votre soutien sans faille durant toutes ces années, et pour votre aide lors de ce travail.

À mon frère et ma sœur,

Thomas et Pauline, vous êtes au top. J'adore le fait que nous soyons si proches les uns des autres ! Merci pour tout ce que vous m'apportez !

A ma famille,

A mon papi, qui défie toutes les statistiques !

A ma super belle-sœur Cindy, toujours disponible et souriante !

A mes neveux, Hugo et Louis, que j'adore.

A ma belle famille, Martine, Bernard, Julien et tous les autres. Merci de votre soutien, de votre gentillesse et de votre contribution à ce travail.

A tous mes proches, familles, amis, collègues qui ont de près ou de loin contribué à ce travail.

A mes filles,

Valentine et Charlotte, mes deux princesses, merci d'être des petites filles aussi pétillantes et pleines de vies. Je vous aime très fort.

À toi, Romain, mon amour,

Merci d'être l'homme et le père que tu es. Tu es une personne exceptionnelle et j'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés. Merci pour ton aide tout au long de ce travail. Je t'aime.

« Les faibles ont recours à la violence en la pensant force. »

Eric HOFFER

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
	Pourquoi me suis-je intéressée aux violences conjugales ?	3
II.	JUSTIFICATIF DU TRAVAIL	4
	A. Les violences conjugales	4
	1. Définitions	4
	2. Violences verbales et psychologiques	5
	3. Violences physiques	6
	4. Violences économiques et administratives.....	6
	5. Violences sexuelles.....	7
	6. Violences numériques.....	7
	7. Emprise et cycle de la violence	9
	B. Les conséquences sur la santé	11
	1. Sur le plan physique.....	11
	2. Sur le plan gynécologique	11
	3. Sur le plan obstétrical.....	11
	4. Sur le plan psychologique	12
	5. Les conséquences sur les enfants	12
	C. Un enjeu de Santé Publique	13
	D. L'implication et le rôle du médecin généraliste.....	16
	1. Le dépistage.....	16
	2. Recueil des informations, soins et réalisation du certificat	18
	3. Evaluation de la gravité ³⁴	19
	4. Orientation et conseils.....	20
	5. Les freins des médecins	22
	6. Les attentes des patientes	22
	7. Sur le plan juridique	23
III.	METHODE ET QUESTIONNAIRE.....	25
	A. Méthode de l'étude	25
	1. Construction de variables quantitatives pour les analyses exploratoires ..	26
	2. Analyses exploratoires de chaque partie du questionnaire	27
	B. Élaboration du questionnaire	28
	1. Description de la population de médecins généralistes	28
	2. Dépistage réalisé en consultation	28
	3. Prise en charge réalisée	28
	4. Outils et connaissances à disposition.	28
	5. Plaquette d'information	29
	C. Réalisation de la plaquette d'information	30
	1. Rappels	30
	2. Dépistage	30
	3. Prise en charge	30
IV.	RESULTATS.....	31
	A. Description de la population de médecins généralistes	31
	1. Le sexe.....	31
	2. L'âge	31
	3. Mode d'exercice	31
	4. Lieu d'exercice	32
	B. Dépistage réalisé en consultation	34

1.	Type de dépistage.....	34
2.	Estimation du nombre de cas rencontrés sur 3 mois	34
3.	Motifs de consultations initiaux.....	35
4.	Orientation de la consultation.....	36
C.	Prise en charge réalisée	37
1.	Démarches effectuées	37
2.	Difficultés rencontrées.....	38
D.	Outils et connaissances à disposition	40
1.	Formation médicale.....	40
2.	Outils à disposition au cabinet médical	41
E.	Plaquette d'information	42
1.	Intérêt pour une plaquette d'information.....	42
2.	Evaluation et améliorations possibles de la plaquette.....	43
F.	Analyses exploratoires.....	44
1.	Démarches effectuées une fois la situation de violences conjugales établie.....	44
2.	Difficultés rencontrées dans la prise en charge des violences conjugales	45
3.	Formation médicale.....	47
4.	Outils à disposition	48
5.	Analyse simplifiée des différents thèmes associés	50
V.	DISCUSSION	52
A.	A propos du travail	52
1.	Les plus de l'étude	52
2.	Les limites et biais de l'étude	52
B.	A propos des résultats	54
1.	Le dépistage.....	54
2.	Prise en charge	57
3.	Outils et connaissances	60
4.	Plaquette d'information	62
5.	Analyses exploratoires	63
VI.	CONCLUSION.....	65
VII.	BIBLIOGRAPHIE	67
VIII.	ANNEXES.....	75
	Annexe 1 : Présentation du diplôme universitaire :	75
	« Pratiques médico-légales... au quotidien » ¹⁷	75
	Annexe 2 : Le cycle de la violence.....	76
	Annexe 3 : Questionnaires de dépistage	77
	Annexe 4 : Exemple d'un certificat médical ³⁸	78
	Annexe 5 : Courriel adressé aux médecins généralistes	80
	Annexe 6 : Questionnaire	81
	Annexe 7 : Plaquette d'information	84
	Annexe 8 : Plaquette du CASA de Rouen	85

I. INTRODUCTION

Les violences conjugales touchent une femme sur dix quelque soient les catégories sociales, économiques, religieuses et culturelles, en ville ou en campagne¹. Les femmes plus jeunes sont deux fois plus exposées que leurs aînées. Les plus concernées ont entre 18 et 35 ans¹. Selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) 90 à 95% des violences conjugales sont le fait de l'homme².

Selon une étude³ de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), auprès de plus de 40 000 personnes de 18 à 75 ans, 280 000 hommes et 663 000 femmes ont été victimes de violences conjugales sur deux ans. Ce chiffre est sous estimé car de nombreuses victimes, hommes ou femmes, ne consultent pas, par peur des représailles ou par pression psychologique.

En 2013, 121 femmes sont décédées dans un contexte de violences conjugales, soit une femme tous les trois jours. Ce chiffre est en baisse, puisqu'elles étaient 146 en 2010. Pour information, un homme meurt tous les 14,5 jours dans un contexte de violences conjugales, la plupart du temps lié aux représailles⁴.

Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité »⁵, en moyenne chaque année 1,2% des femmes de 18 à 59 ans, sont victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles.

En Seine Maritime, 7 faits de morts violentes au sein du couple ont eu lieu en 2013⁴, plaçant ce département en première place dans la France entière. Il y a donc un réel travail à faire dans notre département.

Le nombre de victimes de violences conjugales est toujours en augmentation. Ceci est dû à une augmentation de leur fréquence mais aussi à l'augmentation du dépôt de plaintes, avec plus d'examen systématiques, particulièrement dans les unités médico-judiciaires et les services d'urgences⁶.

Les violences conjugales ont en commun un schéma : un partenaire exerçant sa domination par des agressions physiques, psychologiques, verbales, sexuelles et/ou économiques." A la différence d'un conflit de couple, les violences conjugales

s'inscrivent dans une relation inégalitaire, asymétrique, répétée, avec pour enjeu le contrôle et la destruction de l'autre»⁷.

La violence s'installe progressivement. D'abord insidieuse, elle se développe à travers des cycles d'intensité et de fréquence croissante dans le temps, suivant les paliers d'une inexorable escalade⁸.

Ces comportements violents, qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne, restent encore un sujet tabou et sont largement sous-estimés. Ils ont des conséquences lourdes en matière de santé, avec des troubles physiques, psychiques, des complications gynéco-obstétricales, ainsi qu'un coût élevé en santé publique⁹.

Les médecins ont une place prépondérante pour la prise en charge des victimes de violences conjugales.

La plupart du temps face à ces situations, les médecins se sentent isolés, mal formés pour assurer cette prise en charge qui ne s'arrête pas au côté somatique. Ils ne se sentent pas à l'aise devant ce phénomène présent dans tous les milieux sociaux, nécessitant de s'immiscer dans une affaire de famille, avec des lois contradictoires⁸.

Pour essayer d'améliorer le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales, le rapport Henrion⁸ au ministère de la santé en 2001 propose d'interroger les patientes au moindre soupçon.

Pourquoi me suis-je intéressée aux violences conjugales ?

Dès ma deuxième année de médecine, j'ai passé une grande partie de mon temps libre à l'institut médico-légal du CHU de Rouen. Grâce au Professeur Proust, aux médecins légistes et au personnel du service, j'ai pu assister à de nombreuses autopsies et aux consultations du centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA).

La première autopsie d'une femme battue m'a beaucoup marquée. Comment avait-on pu en arriver là? Pourquoi personne n'était intervenu avant? N'y avait-il pas des signes avant-coureurs qui auraient dû alerter les proches ou les soignants? Pourquoi n'avions-nous pas réussi à la sauver ?

Malheureusement, je n'ai pas trouvé de réponses satisfaisantes. La violence conjugale est difficile à dépister, les soignants ne sont pas assez formés sur ce sujet et les victimes sont difficiles à prendre en charge.

J'ai vraiment pris conscience de la difficulté de ces situations lors des consultations au CASA.

Ces femmes racontaient leurs années de calvaire, les violences psychologiques, physiques et sexuelles avec détachement, comme déconnectées de la réalité. " C'est alors qu'il m'a jetée du deuxième étage..." " Une fois il m'a poussée hors de la voiture sur la voie rapide...".

Elles avaient subi des violences difficiles à imaginer, qu'elles avaient encaissées, jusqu'au déclic qui les a amené au CASA : une rencontre, une association, un médecin vigilant, la scène de violence de trop...

L'objectif de cette étude est d'étudier les pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie, en matière de dépistage et de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Cela permettra de mettre en lumière les points forts ainsi que les points faibles et les besoins des médecins face à ces situations.

L'objectif secondaire est l'évaluation d'une plaquette d'information, ce voulant la plus complète possible, pour transmettre aux médecins généralistes les informations pouvant leur manquer dans la prise en charge difficile des violences conjugales.

II. JUSTIFICATIF DU TRAVAIL

A. Les violences conjugales

1. Définitions

Selon l'Assemblée générale des Nations unies et reprise par l'OMS, la violence à l'égard des femmes est définie par : « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* »^{2,7,8}.

Dans le cadre de violences conjugales, le rapport Henrion⁸ propose comme définition un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce les violences dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Il existe une distinction entre les violences conjugales et les conflits de couple en difficulté.

Les violences conjugales, sont causées à 95% par des hommes envers des femmes². Ces hommes considèrent l'autre comme leur propriété, avec une volonté de domination.

Même si les violences conjugales touchent tous les milieux, ils existent des facteurs de risques¹ :

- Chez la femme : un jeune âge, une faible autonomie financière, des antécédents personnels de violences dans l'enfance, un niveau d'étude faible, la maladie ou l'handicap. Les femmes issues de l'immigration sont plus à risque de subir des violences conjugales.
- Chez l'homme violent sont retrouvés : une consommation abusive d'alcool et de drogues, des troubles de la personnalité, une inégalité de revenus, de niveau scolaire ou professionnel, une instabilité professionnelle. Le fait d'avoir été témoin ou victime de violences dans l'enfance sont également des facteurs de risques de violences conjugales.

– Ils existent également des facteurs relationnels tels que les conflits conjugaux, une séparation, les couples en unions libres ou sans habitation commune, un écart d'âge, une précocité de mise en union, un stress économique, ainsi que des facteurs communautaires et culturels.

Plusieurs facteurs déclenchant ont été identifiés^{1,8} :

- La jalousie et l'infidélité,
- Le refus de rapports sexuels,
- La séparation, le divorce,
- La grossesse, l'arrivée d'un enfant, le droit de visite,
- Le chômage récent du partenaire, la précarité.

Les violences conjugales débutent dans 40 % des cas au moment d'une grossesse¹⁰.

2. Violences verbales et psychologiques

Les violences verbales et psychologiques sont les premières à s'installer dans le couple. Elles expriment un besoin de contrôle du partenaire sur la femme. Ce sont les plus sous-estimées car non visibles par l'entourage ou lors d'un examen clinique.

Lors de l'enquête téléphonique ENVEFF¹, réalisée de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, 46 % des victimes de violences conjugales déclaraient subirent des violences psychologiques.

Elles sont définies par les victimes comme les plus douloureuses et les plus destructrices. C'est un véritable harcèlement moral avec un besoin de contrôle de l'autre : avec un isolement vis à vis des proches et le besoin de contrôler et d'espionner les faits et gestes; également une action d'autorité avec parfois un contrôle des tenues vestimentaires, de l'attitude à adopter à l'extérieur.

Le mépris, les dénigrements et l'humiliation sont fréquents ainsi qu'une indifférence affective.

Les violences verbales sont constituées d'insultes, de menaces et de cris, installant un climat de terreur.

Le but de ces violences est la réalisation d'une déconstruction mentale, installant une emprise du partenaire sur l'autre. Cette emprise permet une escalade des violences.

La loi n°2010-769 du 9 juillet 2010¹¹, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, a introduit les violences psychologiques dans le Code pénal.

3. Violences physiques

Les violences physiques sont retrouvées sous toutes les formes possibles : gifles, griffures, bousculades, coups avec ou sans objet, séquestration, crachats, brûlures, ...

Elles portent atteinte à l'intégrité physique de la femme. Ces violences sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus graves. Elles peuvent aboutir au décès de la victime.

La victime, subissant des violences psychologiques avant les violences physiques, est sans mécanisme de protection. La spirale de violences s'installe alors progressivement.

4. Violences économiques et administratives

Les violences économiques et administratives sont des moyens de contrôle et de pression sur l'autre.

Elles se définissent par une confiscation du salaire avec un contrôle des moyens de paiement, des dépenses et de l'argent. Elles sont parfois associées à des vols des papiers d'identité, entraînant un contrôle total sur la victime.

Depuis le 4 avril 2006, la loi¹² reconnaît le vol entre époux lorsqu'il porte sur des objets ou des documents indispensables à la vie quotidienne.

5. Violences sexuelles

Les violences sexuelles regroupent un ensemble de pratiques comprenant le harcèlement sexuel, des pratiques sexuelles imposées, le viol, l'exploitation sexuelle ainsi que des scénarios pornographiques.

Ces violences restent un secret et un tabou. Deux tiers des femmes contraintes à des pratiques sexuelles imposées avaient gardé le silence avant de les révéler lors de l'enquête ENVEFF¹.

Sur le plan législatif, le Code Pénal¹³, article 222-22 définit le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commis par la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise est un viol. »

Cependant le viol et l'agression sexuelle entre époux ne sont reconnus que depuis 1992, comprenant une circonstance aggravante.

En 2006, la loi a étendu la reconnaissance du viol et d'agression sexuelle avec circonstance aggravante aux "ex" et au partenaire de PACS¹².

Ces violences ont la particularité de ne pas être systématiquement associées à des violences physiques.

La présence de violences sexuelles, dans le cadre de violences conjugales, augmente le risque d'uxoricide (meurtre de la femme par son partenaire) de façon significative. Leur présence augmente également le risque de troubles psychiatriques graves et de tentative de suicide¹⁴.

6. Violences numériques

Les violences numériques sont de plus en plus fréquentes. Elles peuvent être isolées ou associées à d'autres formes de violence.

Le cyber-harcèlement est possible sous de nombreuses formes, souvent associées entre elles. Il peut y avoir des menaces de violence, un envahissement de la vie privée, la propagation de fausses rumeurs, l'incitation à la violence envers la victime par des étrangers. De faux emails peuvent être envoyés aux employeurs

apportant de fausses accusations de fautes professionnelles. La diffusion de photos ou vidéos compromettantes, via des sites internet ou par des emails aux proches, familles et relations professionnelles. Des informations personnelles, tel que numéros de téléphones et l'adresse du domicile, par exemple, peuvent être divulguées sur le net. Des « trackeurs » ou GPS peuvent être installés pour suivre tous les faits et gestes des victimes. Il peut également y avoir des appels, des SMS ou des emails incessants, aux contenus parfois agressifs ou menaçants.

Ces nouvelles techniques de communications permettent d'augmenter le contrôle de l'agresseur sur sa victime. Les conséquences peuvent être graves, associées à une réelle souffrance psychique.

Dans le rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE ¹⁵ en 2013, « Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE », les violences numériques sont évoquées. En Europe, une femme sur cinq a subi au moins une forme de traque furtive (stalking) depuis l'âge de 15 ans. Cette traque a duré plus de deux ans pour 20% d'entre elles.

Plus localement, au CASA au CHU de Rouen¹⁶, en 2014 sur 4347 dossiers (un an de consultation), 127 cas de violences numériques ont été recensés. Ces violences étaient présentes dans le cadre de violences conjugales pour 68% des cas. Le profil des victimes étaient en majorité des femmes (83%), jeunes avec 57% de moins de 40 ans.

Dans le cadre du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, le service de médecine légale du CHU de Rouen a lancé, avec la Préfecture de Rouen, une action régionale pour identifier et prévenir les violences numériques¹⁷.

Cette action se compose de deux étapes : une enquête sur ces violences sera réalisée au CASA et une formation universitaire sur « les pratiques médico-légales...au quotidien » sera proposée aux professionnels de santé. (En vigueur depuis Janvier 2016). ([Annexe 1](#)).

7. Emprise et cycle de la violence

Avant l'apparition d'un cycle de violence, s'installe le processus d'emprise qui permet de conditionner la victime¹⁸.

Ce processus débute par une phase de séduction, pour attirer la victime et instaurer une confiance. Commencent ensuite les violences psychologiques, qui entraînent une déconstruction de la personnalité, avec plusieurs techniques de « lavage de cerveau ».

Il existe des techniques dites comportementales, aboutissant à l'isolement de la victime avec une surveillance continue. Les techniques émotionnelles comprennent, quant à elles, le chantage et la manipulation. Enfin, les techniques cognitives diminuent la capacité de la victime à critiquer. Elles se caractérisent par des mensonges, des sarcasmes et un contrôle total de la langue et de la communication.

Le cycle de violence ([Annexe 2](#)) est composé de 4 phases¹⁸ :

- La phase de tension : l'homme est en état de tension souvent lié à une frustration. La femme percevant cet état, modifie son attitude : effacement, appréhension, peur. Elle est aux aguets, en état d'hyper-vigilance.
- La phase d'agression : la violence explose, associée à une période de terreur. La violence apparaît souvent de façon disproportionnée et impromptue.
- La phase de rémission-justification : Essentiellement constitué de déni et de regrets, l'agresseur demande pardon. Un processus de culpabilisation inversée est mis en place, la victime pense avoir mérité ces violences et être responsable de la situation.
- La phase de lune de miel : Période de réconciliation où l'espoir renaît pour la victime. La victime minimise les faits et tente de les justifier.

Ce cycle de violence est une vraie spirale, avec une répétition des périodes de violences puis d'accalmies¹⁸. La période " Lune de miel " devient de plus en plus courte et les violences de plus en plus intenses¹⁹.

Ce cycle évolue vers une disparition de la "phase lune de miel". Cette phase n'étant plus nécessaire pour retenir la partenaire, qui est sous une emprise totale.

En moyenne, il faut sept départs réels ou imaginés pour qu'une victime ose partir définitivement²⁰. Ces femmes restent en moyenne 5 à 6 ans dans une relation violente¹⁹.

B. Les conséquences sur la santé

1. Sur le plan physique

La violence physique est l'une des formes de violence la plus visible lors d'un examen.

Les lésions sont souvent multiples, de nature et de topographie variées. Elles sont constituées à 24,1% de plaies profondes, 59% de contusion, 6% fractures et 1,2% de brûlures⁸.

Il persiste parfois des cicatrices, plus ou moins disgracieuses, une incapacité fonctionnelle ou des lésions d'organes irréparables. Les violences peuvent aboutir au décès, en 2013 ce sont 121 femmes qui sont décédées des coups de leur compagnon⁴.

2. Sur le plan gynécologique

Les problèmes gynécologiques liés aux violences conjugales ne sont pas à négliger, et doivent être des signaux d'alerte.

Les symptômes sont variés, avec des dyspareunies, des douleurs pelviennes chroniques, des infections sexuellement transmissibles à répétition ou des plaies périnéales et anales.

3. Sur le plan obstétrical

Les violences au cours de la grossesse ont tendance à augmenter. Lors de l'enquête ENVEFF¹, 3 à 8% des femmes ont déclaré avoir été victimes de violence durant leur grossesse.

Les conséquences sur la mère comme le fœtus peuvent être graves. Les femmes victimes de violences conjugales ont déclaré significativement plus de fausses couches avec 31% contre 17% pour celles ne subissant pas de violences²¹.

La fréquence de naissance prématurée, de retard de croissance in utéro et de mort fœtal inexplicé in utéro est plus élevée chez les victimes de violences.

A noter un nombre important d'interruption volontaire de grossesse, souvent réalisée dans le secret.

4. Sur le plan psychologique

La présence de violences conjugales est un risque pour la santé mentale des victimes.

Ces femmes présentent souvent des dépressions plus ou moins associées à des tentatives de suicide, ou à un suicide. La dépression est plus sévère et plus fréquente si des violences sexuelles sont associées.

Les conduites addictives sont plus fréquentes, pour le tabac, l'alcool, les drogues mais également les médicaments psychotropes⁸.

Les victimes de violences sont plus anxieuses, avec des troubles du sommeil, des troubles alimentaires. Des syndromes de stress post-traumatiques sont présents chez 50% des femmes victimes de violences conjugales²².

5. Les conséquences sur les enfants

Selon ENVEFF¹, les enfants sont témoins des scènes de violences dans plus de la moitié des cas.

En 2013, 13 enfants sont décédés en même temps que leur mère, et 118 sont devenus orphelins⁴.

Les enfants vivent dans un climat d'insécurité avec un retentissement sur leur santé, avec des troubles psychologiques : troubles du sommeil et alimentaires, dépression, anxiété, angoisse. Ils présentent également des troubles du comportement et des conduites : difficultés scolaires, fugues, délinquance, toxicomanie, avec des conduites suicidaires ainsi que des troubles psychosomatiques : retard staturo-pondérale, énurésie.

Le risque que les enfants une fois adultes soient des victimes de violences conjugales est 6 à 15 fois plus élevé. Les violences peuvent être trans-générationnelles, avec un risque accru de devenir violent chez les garçons⁸.

C. Un enjeu de Santé Publique

La violence faite aux femmes est reconnue comme une violation des droits de l'homme et comme un problème de santé publique depuis la loi n°2004-806 du 9 août 2004²³.

Depuis 2007, le gouvernement français mène un vrai combat contre les violences conjugales. Il a développé plusieurs plans de lutte contre les violences faites aux femmes²⁴, permettant de mieux identifier les victimes et ainsi améliorer leur prise en charge sur le plan social (accès à des aides financières et des logements temporaires) et juridique (mise en place de protection des victimes et de leurs enfants).

Selon l'OMS², les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violences conjugales coûte deux fois et demie plus cher à la société que celle des autres femmes.

La « surconsommation » de ces femmes, en matière de recours aux soins, est liée à des consultations chez le généraliste ou un spécialiste plus fréquentes, une consommation de médicaments importante, en particuliers des psychotropes (antidépresseurs ou somnifères) et des hospitalisations à répétition⁹.

La violence au sein du couple est un problème pandémique, qui touche toutes les cultures et tous les niveaux de la société. La violence, notamment envers les femmes est jugée comme un problème prioritaire de santé publique²⁵.

Le coût global des violences conjugales en France, du point de vue de la collectivité, a été évalué à 3.6 milliards d'euros par an (valeur 2012)²⁶. Ce chiffre regroupe le coût lié à l'absentéisme au travail, les frais médicaux et non médicaux, les frais de justice, les conséquences sociales, le coût humain et l'incidence sur les enfants.

Si elles représentent un coût humain majeur, les violences conjugales font peser un énorme fardeau économique sur les sociétés, en induisant une perte de productivité et un recours accru au système de protection sociale⁹.

Le Conseil de l'Europe²⁷, lors d'une assemblée parlementaire a évoqué le fait que pour les femmes de 16 à 44 ans, la violence domestique serait la principale cause de décès et d'invalidité avant le cancer, les accidents de la route et même la guerre.

Cette violence doit, en conséquence, être traitée comme un problème politique et public, et une violation des droits de l'Homme²⁷.

Il existe également un intérêt pour la prévention : les personnes ayant subi des sévices durant leur enfance déclarent 4 fois plus d'agressions physiques ou sexuelles dans leur couple¹. Une réelle action de prévention permettrait de limiter les coûts futurs.

La loi du 9 juillet 2010¹¹, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes assure une meilleure protection des victimes, instaure une politique de prévention de ces violences plus importantes (sensibilisation à tous les niveaux scolaires et journée nationale de sensibilisation aux violences faites aux femmes le 25 novembre). Elle prévoit également une répression plus sévère des violences conjugales, avec prise en compte des violences psychologiques, des violences par un partenaire de PACS et par les "ex" ainsi que les mariages forcés.

Le Conseil de l'Europe, lors d'une convention à Istanbul²⁸, a permis de créer un cadre juridique au niveau Européen pour protéger les femmes contre toutes les formes de violences, ainsi que prévenir, réprimer et éliminer la violence contre les femmes et la violence domestique.

Cette convention, ratifiée par la France, est entrée en vigueur depuis le 1^{er} Novembre 2014. Elle impose entre autres le développement et la mise en place de formation sur la prévention, la détection et la prise en charge des victimes.

La loi du 4 Aout 2014 sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes²⁹ rend obligatoire la formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que leurs mécanismes, pour les professionnels au contact de victimes. Elle renforce également la protection des femmes victimes de violences au sein du couple.

D. L'implication et le rôle du médecin généraliste

La place du médecin généraliste dans le cadre des violences conjugales est primordiale. Le médecin est le premier interlocuteur dans 24% des cas lorsque les victimes décident d'avoir recours à une tierce personne⁸. Les médecins en première ligne sont les généralistes, les urgentistes et les gynécologues obstétriciens⁸. Leur prise en charge est pluridisciplinaire et nécessite un travail en réseau^{8,18}.

Le médecin est donc un acteur privilégié avec un rôle clé dans la prise en charge des victimes de violences conjugales. Ses missions comprennent le dépistage de ces violences, puis le recueil de « l'histoire » de ces femmes, le constat des lésions avec la rédaction d'un certificat médical (essentiel pour un dépôt de plainte).

Son rôle n'est pas uniquement médical, il a un rôle stratégique avec une évaluation de la gravité, en orientant les patientes au mieux selon les circonstances (polices, gendarmerie, associations, logements d'urgences, hospitalisation dans les cas extrêmes). Le médecin donne également des conseils aux femmes, les informant de leurs droits^{8,18}.

Le troisième Plan Triennal³⁰ de 2011 à 2013 reconnaît que les professionnels de santé sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central pour le repérage des violences conjugales et leur prise en charge. Une amélioration des formations initiales et continues a été proposée sur ce thème avec des formations pluridisciplinaires et des échanges de bonnes pratiques.

1. Le dépistage

Lors d'une étude en 1999, les auteurs Eisenstat et Bancroft³¹ rapportent qu'une femme sur trois se présentant aux urgences et une femme sur quatre consultant les médecins généralistes serait victime de violences conjugales.

Le dépistage de ces violences est donc primordial. L'HAS (Haute Autorité de Santé)³² recommande un dépistage systématique des violences conjugales, lors d'un

projet de grossesse, d'un suivi de grossesse ou gynécologique et lors d'un projet de vie en couple.

Le dépistage systématique permettrait de réaliser plus de diagnostics positifs, mais sans permettre une amélioration de la prise en charge³³. Selon l'enquête ENVEFF¹, 73 % des femmes victimes auraient aimé que leur médecin généraliste leur pose la question.

Selon le rapport d'Henrion⁸, les professionnels de santé devraient réaliser un dépistage au moindre doute. En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique. A noter que 52% des femmes victimes ne font aucune démarche spontanément⁵.

Les deux motifs de consultations les plus fréquents lors de violences conjugales sont les troubles psychologiques et la prescription médicamenteuse³⁴.

Il existe des signaux d'alertes chez la femme³⁴:

- Rendez vous annulés à la dernière minute,
- Refus de visite à domicile,
- Consultations répétées pour des motifs bénins,
- Surconsommation médicale.

Il existe également des signaux d'alertes chez le compagnon³⁴:

- Présence systématique aux consultations,
- Parle pour sa compagne,
- Attitude trop attentionnée ou infantilisation,
- Violences verbales lors de la consultation.

Pour réaliser un dépistage, l'utilisation de questions simples est conseillée, lors d'un entretien seul avec la patiente. Il faut toujours rappeler en début d'entretien la notion de secret professionnel instaurant ainsi un climat de confiance, et que le médecin peut aider dans le cadre de violences conjugales.

Sur le site internet violences.fr³⁴, plusieurs exemples de questions simples sont répertoriés :

- En partant du motif de consultation : Pourquoi dormez-vous mal ? y-a-t-il quelque chose qui vous empêche de dormir ?
- Plus direct : Avez-vous des problèmes avec votre compagnon? Lorsque vous vous disputez, que se passe-t-il ?

Il existe également pour aider les praticiens, des tests de dépistages. Il en existe une quinzaine³⁵. En France, il n'y a pas d'outils de dépistage validé (SFMU 2004). La plupart sont utilisés pour dépister les violences conjugales parmi les femmes consultant en milieu hospitalier.

Le questionnaire HITS³⁶ développé aux Etats Unis en 1998, par KM Sherin, JM Sinacore, XQ Li et A. Shakil, peut être utilisé dans tous les milieux de pratique. Il a été conçu pour révéler l'existence de violence physique, verbale et psychologique au cours de la dernière année. Il présente une excellente sensibilité (86% à 96%) et une excellente spécificité (91% à 99%). ([Annexe 3](#))

Le questionnaire WAST³⁷ développé en 1996 au Canada, par JB Brown, B Lent, PJ Brett et al, est un outil prénatal psychosocial. Il peut être utilisé dans différents contextes de pratique, en milieu urbain comme en milieu rural. La version française a une sensibilité de 78,7 % et une spécificité de 100 %. ([Annexe 3](#))

2. Recueil des informations, soins et réalisation du certificat

Le médecin, une fois informé de ces violences, doit recueillir l'histoire de la patiente. Il faut savoir être à l'écoute, ne pas juger, rappeler que ces pratiques sont interdites par la loi et que le médecin n'interviendra que si la victime le souhaite.

Le médecin réalisera les soins nécessaires et la réalisation d'examens complémentaires si besoin.

L'un des temps essentiel de la consultation est la réalisation du certificat médical initial ([Annexe 4](#)), document médico-légal qui doit reprendre l'interrogatoire, une description complète de l'examen clinique avec réalisation d'un schéma corporel, si possible associé à la prise de photographies, des informations sur le retentissement psychologique et une évaluation de l'ITT (incapacité totale de travail).

Les violences conjugales sont considérées comme un délit, quelque soit le taux d'ITT, mais ce taux sert d'outil de mesure pour le magistrat³⁸.

Le taux d'ITT^{38,39} est différent de l'arrêt de travail, et est fixé par le médecin. Selon les recommandations de la Haute autorité de Santé³⁸, l'évaluation doit prendre en compte les troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, dans toutes les fonctions de la personne (se nourrir, se déplacer, se laver, se vêtir, aller aux toilettes)³⁹.

Le certificat doit être remis à la patiente avec une copie dans le dossier médical. S'il existe un risque de fouille par le partenaire, il est préférable de conserver le certificat au cabinet. En cas de réquisition, le certificat est remis aux autorités requérantes³⁸.

3. Evaluation de la gravité³⁴

L'évaluation de la situation doit être faite à chaque consultation. Elle permet d'organiser le suivi et les aides à mettre en place. La plupart des femmes ont tendance à minimiser le danger, cette évaluation leur permet de mieux se rendre compte de la situation.

D'abord, il faut évaluer la sécurité immédiate avec quelques questions simples:

- Votre compagnon est-il ici ou va-t-il venir vous chercher ?
- Devez-vous rentrer à une certaine heure pour éviter d'être frappée ?
- Pensez-vous qu'il vaut mieux retourner chez vous pour le moment ?
- Voulez-vous vous cacher et aller dans un centre d'accueil ?

Le risque suicidaire doit être évalué (projet en place, présence de moyens létaux au domicile, antécédents de tentative de suicide).

Le risque léthal doit être évalué. Rappelons qu'une femme tous les 3 jours est tuées par son compagnon⁴.

Il existe de nombreux facteurs de risque létaux, si trois facteurs sont présents le risque léthal est élevé :

- La femme déclare avoir peur pour sa vie,
- Les épisodes de violence contre la femme se produisent également en dehors du domicile,
- Le partenaire est également violent à l'égard des enfants,
- Il a également fait acte de violence pendant la grossesse,
- Il a fait subir une violence sexuelle à la femme,
- Il menace de la tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider,
- L'auteur des mauvais traitements abuse de drogues, notamment de celles qui aiguissent la violence et l'agressivité (cocaïne, amphétamines, crack),
- Elle projette de le quitter ou de divorcer dans un avenir proche,
- L'auteur des violences a su que la femme avait cherché une aide extérieure pour mettre fin à la violence,
- Il dit qu'il ne peut pas vivre sans elle, la suit et la harcèle même après la séparation,
- La femme a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves,
- Il y a des armes (notamment arme à feu) facilement accessibles dans la maison,
- L'auteur des mauvais traitements a menacé les ami(e)s et parent(e)s de la femme,
- Il a déjà été violent envers un animal ou tué un animal domestique.

Si la patiente projette de quitter son compagnon et que la situation est jugée à haut risque il faut établir avec elle un plan de sécurité⁸.

Il est nécessaire d'évaluer la sécurité des enfants, 50% des enfants vivants dans le cadre de violences conjugales sont eux-mêmes violentés³⁴.

L'enfant peut être blessé de façon accidentelle (coup destiné à la mère) ou de façon intentionnel pour faire pression sur la mère.

4. Orientation et conseils

Lorsque le médecin estime que la femme est en danger de mort et qu'elle refuse obstinément de porter plainte, il peut faire un signalement au procureur de la République.

La révélation des violences conjugales n'est pas le seul mode de réaction du médecin¹⁸. L'orientation des patientes vers des associations ou des structures sociales est une réponse adaptée. Ce type d'accompagnement est d'autant plus possible s'il existe dans l'environnement du professionnel de santé, un réseau vers lequel il pourra diriger sa patiente.

Pour aider ces femmes au maximum, il faut pouvoir leur fournir des adresses de différentes associations d'aide et de foyer, de juristes, de psychologues et d'assistantes sociales. Ces interlocuteurs pourront aider la patiente tout au long de la prise en charge⁸.

La patiente peut être également orientée vers les autorités, police ou gendarmerie, avec le certificat médical initial pour dépôt de plainte ou de main courante. Il est possible d'attendre la réquisition des autorités afin de leur transmettre directement le certificat, cela évite le risque que le partenaire le trouve.

Lorsque la femme quitte le domicile conjugal avec les enfants, il est recommandé qu'elle le signale aux autorités.

Les unités médico-judiciaires (UMJ), comme le CASA à Rouen, sont des lieux centralisant les différents intervenants pouvant venir en aide à ces femmes, ouverts 7 jours sur 7. En effet, y collaborent médecins légistes, psychologues, assistantes sociales, juristes et Officiers de Police Judiciaires (OPJ). Créées en 1998, initialement que dans certains établissements, ces unités se sont généralisées depuis la Loi de réforme de la médecine légale⁴⁰.

Dans certain cas, une hospitalisation peut être organisée en urgence avec l'accord de la patiente.

Si un numéro doit être retenu, c'est le 3919, plateforme d'écoute pour les violences conjugales.

5. Les freins des médecins

Les freins sont nombreux et expliquent la sous-évaluation des violences conjugales et la prise en charge difficile de ces patientes.

Lors des différentes thèses déjà réalisées^{22,41-45}, les freins retrouvés sont :

- Freins culturels,
- Méconnaissance des mécanismes d'emprise et de domination,
- Défaut de formation,
- Méconnaissance des aides et des démarches à proposer,
- Manque de travail en pluridisciplinarité et en réseau,
- Manque de temps,
- Peur des retombées judiciaires,
- peur de représailles
- Etre le médecin de famille.

Les médecins redoutent d'aggraver la situation avec des réactions non appropriées. 82 % dans la thèse de C. Relhinger (1983)⁵³ et 60,3 % dans celle de C. Morvant (2000)⁴² se disent mal formés.

La sensation d'ouvrir la boîte de Pandore est souvent retrouvée, avec un sentiment d'intrusion dans la vie privée des couples et de frustration devant une incapacité à résoudre la situation^{8,18,46}.

6. Les attentes des patientes

Les victimes de violences conjugales n'osent pas dénoncer leur situation. Elles ont peur des représailles, se sentent coupables et responsables des violences et de l'échec de leur couple.

Etant souvent sous la domination totale de leur conjoint, elles craignent de se retrouver sans ressources financières⁴⁷.

Tous ces éléments permettent à la situation de durer dans le temps, malgré la mise en place d'aides et de démarches auprès des autorités¹⁸.

Les femmes attendent de leur médecin généraliste une écoute. Elles souhaitent rompre le silence et l'isolement qu'elles subissent⁴⁷.

Le médecin doit être attentif aux indices et aborder le sujet des violences conjugales au moindre doute.

Ces femmes expriment le désir d'être comprise et d'être aidée, pour réussir à se déculpabiliser.

Les femmes victimes de violences conjugales souhaiteraient avoir, lors de ces consultations, des informations concernant leurs droits, les aides possibles et les adresses utiles.

Elles ont besoin que le médecin respecte le cheminement long qui est nécessaire dans la prise en charge des violences conjugales.

7. Sur le plan juridique

Le médecin est partagé entre son devoir de protection de la santé de ses patientes et les impératifs du secret professionnel.

Le code de déontologie⁴⁸ rappelle l'obligation de soins et d'assistance à personne en danger :

– **Art. 9:** Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

– **Art 44:** Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Il rappelle aussi les limites de la profession dans le cadre des affaires privées :

– **Art 51:** Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

Le code pénal⁴⁹ rappelle les règles du secret professionnel :

– **Art 226-13:** La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession, soit en raison d'une mission ou d'une fonction temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Une dérogation de ce secret est possible, et définie par l'article 226-14 :

– **Art 226-14:** L'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose et autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui sont imposées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique; au médecin qui avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constaté dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

La non assistance à personne en danger étant aussi punie par la loi (article 223-6 et 434-3).

La prise en charge de ces femmes est souvent difficile et nos actions limitées. Il existe un conflit entre le secret professionnel et la non assistance à personne en danger.

III. METHODE ET QUESTIONNAIRE

A. Méthode de l'étude

Cette étude quantitative descriptive a pour but d'analyser les pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie, face aux violences conjugales chez la femme.

Elle s'intéresse au dépistage et à la prise en charge réalisés. Une évaluation de la formation des médecins, l'intérêt et la validité d'une plaquette d'information sont également analysés.

Un lien vers un questionnaire en ligne a été envoyé à des médecins généralistes de la région via deux bases de données différentes. Je n'ai pas eu accès directement aux adresses e-mails et les résultats étaient anonymes.

Le lien vers le questionnaire était envoyé dans un courriel ([Annexe 5](#)), comprenant une note explicative sur le sujet de ma thèse, son intérêt et mes attentes.

Les médecins ne pouvaient remplir qu'une seule fois le questionnaire afin d'éviter les doublons.

Le 16/10/2015, le courriel a été envoyé à 1003 médecins généralistes de Haute-Normandie, via la base de données de l'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins (URPS-Med).

Un second envoi à 250 médecins, via la base de données des maîtres de stage de la faculté de Rouen a eu lieu le 15/11/2015.

Le recueil des données a été clôturé le 2/12/2015. Les résultats étaient directement recueillis sur le site EvalAndGo©.

Seuls les résultats complets ont été pris en compte. Les résultats issus des deux envois ont été analysés ensemble.

Une analyse descriptive simple⁵⁴ des résultats a été réalisée, ainsi que des analyses exploratoires. Il a été décidé de procéder essentiellement à des analyses exploratoires sans degré de significativité, en raison de la faible puissance disponible

et des trop nombreux liens intéressants à rechercher. Ces analyses ne comportent donc pas de degré de significativité.

1. Construction de variables quantitatives pour les analyses exploratoires

La variable « nombre.de.cas » représente le nombre de cas de violences conjugales rencontrées sur les 3 derniers mois. Quatre médecins déclareraient plus de 5 cas, avec très peu de valeurs au-dessus de 5. Sachant que ces valeurs peuvent fortement influencer les statistiques, et que nous pouvons supposer qu'il y ait un plafonnement des effets, nous avons plafonné ces valeurs à 5 dans toutes les statistiques liant cette variable aux autres.

La variable « dépistage.quantitatif » a été considérée comme quantitative discrète pouvant prendre trois valeurs :

- 1= Aucun dépistage
- 2=Dépistage sur point d'appel
- 3=Dépistage systématique

La variable « intérêt.plaquette » a aussi été transformée en variable quantitative discrète à quatre valeurs :

- 1=Peu d'intérêt
- 2=Moyennement intéressant
- 3=Intéressant
- 4=Très intéressant

Des variables « actions.nombre », « formations.nombre », « outils.nombre » et « difficultés.nombre » ont été créées. Elles comptent le nombre de modalités remplies pour les variables respectives. Par exemple « difficultés.nombre » correspond au nombre de difficultés distinctes déclarées par le médecin.

L'exercice médical a aussi été recodé en quantitatif :

Exercice.milieu :

1=En milieu rural

2=En milieu semi-rural (l'exercice mixte semi-rural+urbain a été classé semi-rural)

3=En milieu urbain

Exercice.type

1=Libéral

2=Mixte ou salarié (regroupement pour cause d'effectifs trop faibles)

Exercice.groupe.n

1=Seul

2=En groupe de médecins

3=En groupe de médecins et/ou paramédicaux

L'âge était la seule variable quantitative continue.

2. Analyses exploratoires de chaque partie du questionnaire

Ces analyses concernaient : les démarches effectuées une fois la situation de violences conjugales établie, regroupées sous le terme « actions », les difficultés rencontrées, sous le terme « difficultés », le type de formation réalisée sur le sujet, sous le terme « formation », et les outils à disposition au cabinet, sous le terme « outils ». Chacune de ces questions étaient décomposée en plusieurs items non-exclusifs.

Pour chaque item, nous avons réalisé une matrice de corrélation représentée graphiquement par des sphères colorées de taille et couleur correspondant à la force de la corrélation.

Plus la sphère est grosse, plus la corrélation est forte. La couleur bleue indique des corrélations positives, c'est-à-dire une tendance des deux items à être liés l'un à l'autre. La couleur rouge indique des corrélations négatives, c'est-à-dire une tendance des deux items à être opposés l'un à l'autre.

B. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire ([Annexe 6](#)) a été réalisé sur le site EvalAndGo©. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés via ce site internet.

Il a été conçu à partir des données de différentes thèses qualitatives^{22,41-45,47} afin de proposer des listes de réponses les plus exhaustives possible. Il se compose de plusieurs parties :

1. Description de la population de médecins généralistes

Les questions 1 et 2 interrogeaient sur l'âge et le sexe des répondants. Les questions 3 et 4, permettaient de connaître leur mode d'exercice : libéral ou salariat, seul ou en groupe de médecins ou multidisciplinaires, et leur lieu d'exercice : milieu urbain, semi-rural ou rural, et leur département (27 ou 76).

2. Dépistage réalisé en consultation

Le type de dépistage réalisé, systématique, sur point d'appel ou aucun dépistage, était analysé à la question 5.

Une estimation du nombre de cas diagnostiqués sur les 3 derniers mois était demandée en question 6.

La question 7 traitait des motifs de consultations des femmes diagnostiquées au cours des 3 derniers mois.

La personne orientant la consultation vers les violences conjugales (le médecin, la patiente ou une tierce personne) était précisée en question 8.

3. Prise en charge réalisée

Les questions 9 et 10 analysaient les démarches effectuées dans ces situations et les difficultés rencontrées par les médecins.

4. Outils et connaissances à disposition.

Les questions 11 et 12 portaient sur la formation des médecins concernant les violences conjugales, et sur leur évaluation personnelle de la qualité de celle-ci.

La question 13 étudiait les outils à disposition au cabinet du médecin généraliste. La présence et la connaissance d'un bon réseau local d'aide étaient analysées à la question 14.

5. Plaquette d'information

L'intérêt pour une plaquette d'information était demandé en question 15. Si le médecin indiquait être intéressé, la plaquette s'affichait, accompagnée d'un lien de téléchargement sur Google drive©. Il lui était ensuite demandé d'évaluer cette plaquette et d'indiquer les informations pouvant être manquantes dans les questions 18 à 20.

Si le médecin indiquait ne pas être intéressé par une plaquette d'information, le questionnaire était fini.

C. Réalisation de la plaquette d'information

La plaquette d'information a été réalisée via le programme Microsoft office Word 2007©. Les informations provenaient de plusieurs site internet : <http://www.sosfemmes.com/>⁵⁰, <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>⁵¹ et <http://violences.fr/>³⁴.

L'illustration représentant le cycle de violences était issue du site : <http://www.solidaritefemmes-la.fr/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>⁵².

La plaquette ([Annexe 7](#)) était divisée en trois parties :

1. Rappels

La première partie concernait des rappels brefs sur les violences conjugales : leurs incidences dans la population féminines françaises, le cycle de la violence, les différentes formes de violences rencontrées et les principaux facteurs précipitants.

2. Dépistage

La deuxième partie dispensait des conseils pour améliorer le dépistage de ces violences. Des exemples de questions simples y étaient indiqués, ainsi que des conseils pour le déroulement des consultations. Les principaux signes qui doivent alerter et les signes cliniques à rechercher étaient également énoncés.

3. Prise en charge

La troisième partie traitait concrètement de la prise en charge à réaliser lors du dépistage de violences conjugales.

Les différentes étapes et les conseils à transmettre à la femme y étaient rappelés. Les adresses et contacts utiles étaient indiqués à la fin de la plaquette.

IV. RESULTATS

Les résultats via le courriel de l'URPS comportaient 38 réponses, 33 questionnaires complets (87%) et 5 incomplets. Trois médecins ont abandonné à la page 2 et deux autres à la page 3.

Concernant le groupe des Maîtres de stage de la faculté de Rouen, les résultats comprenaient 56 réponses : 51 questionnaires complets (91%) et 5 incomplets. Trois médecins ont abandonné à la page 2 et deux autres à la page 3.

Seuls les questionnaires complets ont été analysés, soit 84 réponses.

Le pourcentage de répondant n'a pu être calculé car le nombre exact de médecins contactés ne pouvait être connu. En effet les deux bases de données se recoupaient en partie, sans possibilité d'en connaître la proportion exacte.

A. Description de la population de médecins généralistes

1. Le sexe

Les répondants étaient pour 60% des hommes et 40% des femmes.

2. L'âge

L'âge moyen des répondants était de 47 ans, avec un minimum de 28 ans et un maximum de 71 ans.

Sur les 84 répondants, 15 médecins étaient âgés de 60 ans et plus, soit 17,8% des répondants.

3. Mode d'exercice

Sur les 84 répondants, 63 médecins avaient une activité libérale, 9 médecins avaient une activité mixte et un médecin était salarié. (Tableau 1).

Concernant le mode d'exercice, 6 médecins ont indiqué travailler seul, 29 ont indiqué travailler en groupe de médecins et 30 en groupe de médecins et/ou paramédicaux.

Type d'exercice	Nombre de répondants n=84	Pourcentage
Libéral	63	75%
Salariat	1	1%
Mixte	9	11%
Non précisé	11	13%
Seul	6	7%
En groupe de médecins	29	35%
En groupe de médecins/paramédicaux	30	36%
Non précisé	19	23%

Tableau 1 : Type d'exercice déclaré par les 84 médecins généralistes

4. Lieu d'exercice

Sur les 84 répondants, 43% travaillaient en milieu semi-rural, 42% en milieu urbain, 14 % en milieu rural, et 1% étaient répartis sur deux sites, un site semi-rural et un site urbain (Figure 1).

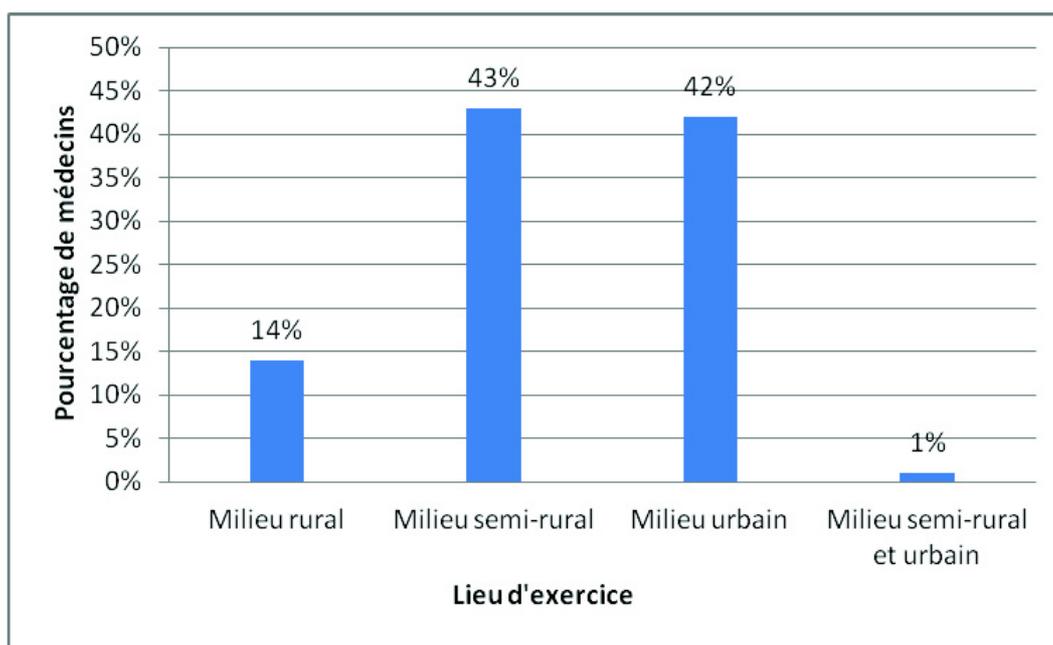


Figure 1 : Milieu d'exercice déclaré par les 84 médecins généralistes

Concernant le département d'exercice, seulement 63 médecins ont répondu. Parmi eux, 44 exerçaient en Seine-Maritime (70%) et 18 dans l'Eure (30%). (Figure 2)

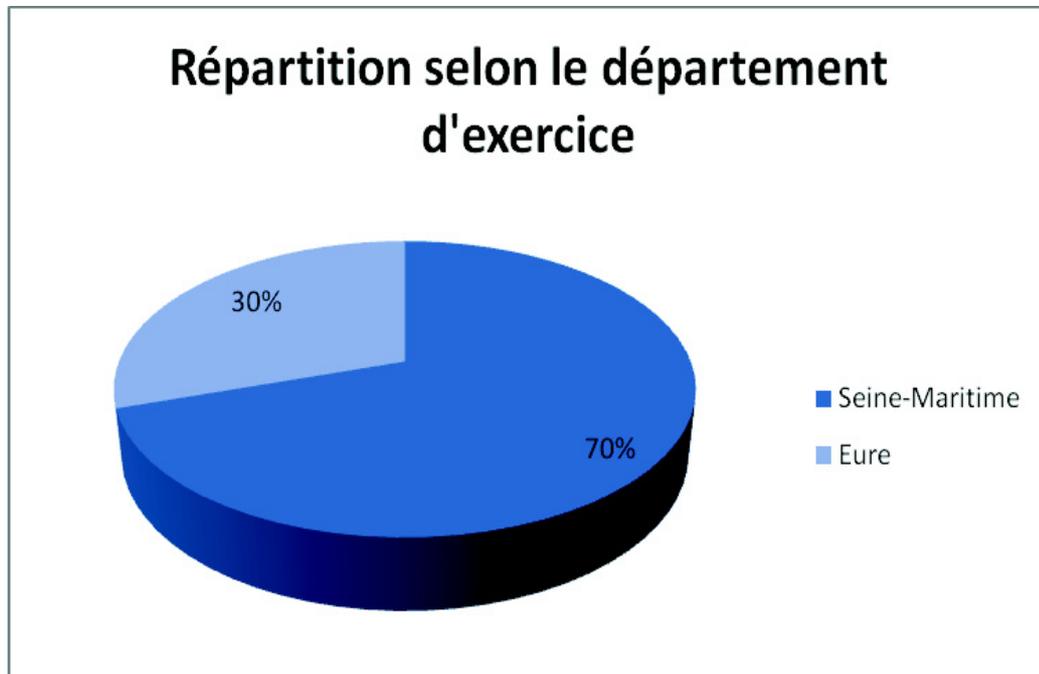


Figure 2: Répartition selon le département d'exercice

B. Dépistage réalisé en consultation

1. Type de dépistage

Le dépistage était réalisé pour 87% des médecins sur un point d'appel lors de la consultation et 2% réalisaient un dépistage systématique. Il y avait 9 médecins soit 11% des médecins qui déclaraient ne pas faire de dépistage (Figure 3).

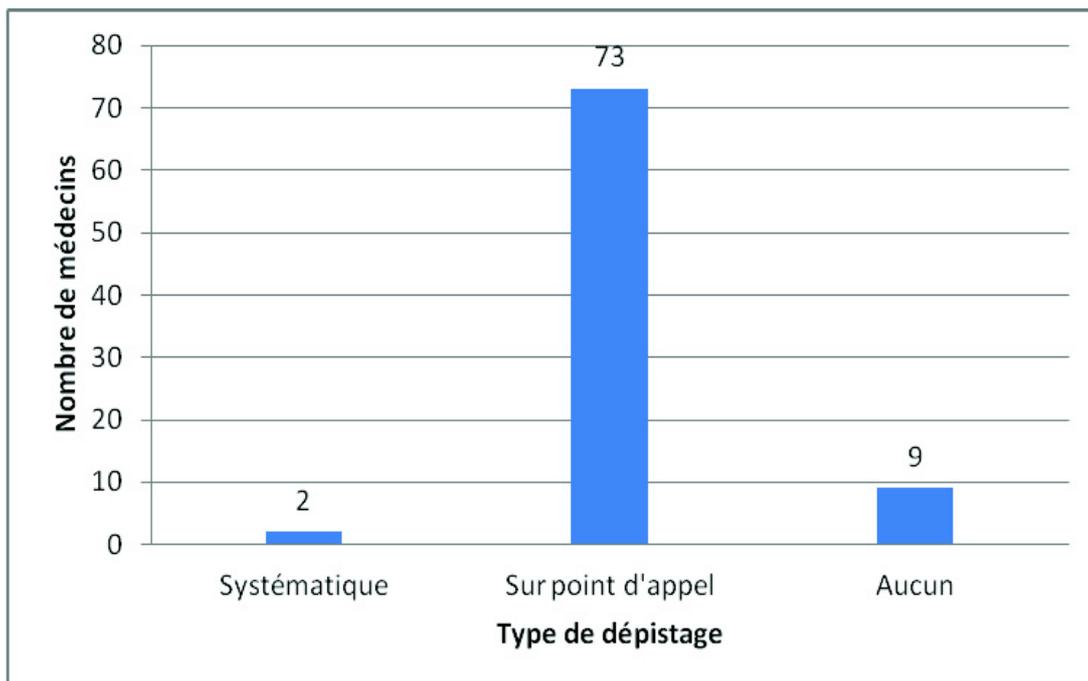


Figure 3: Type de dépistage réalisé en consultation

2. Estimation du nombre de cas rencontrés sur 3 mois

La moyenne de cas de violences conjugales rencontrés sur les trois derniers mois était de 1,8 +/- 0,3 après calcul de l'erreur standard de la moyenne. Les valeurs s'étendaient de zéro cas rencontré à vingt cas.

27,4% des médecins ont eu zéro cas sur les trois derniers mois. 7,1% (6) des médecins ont eu cinq cas ou plus. (Figure 4)

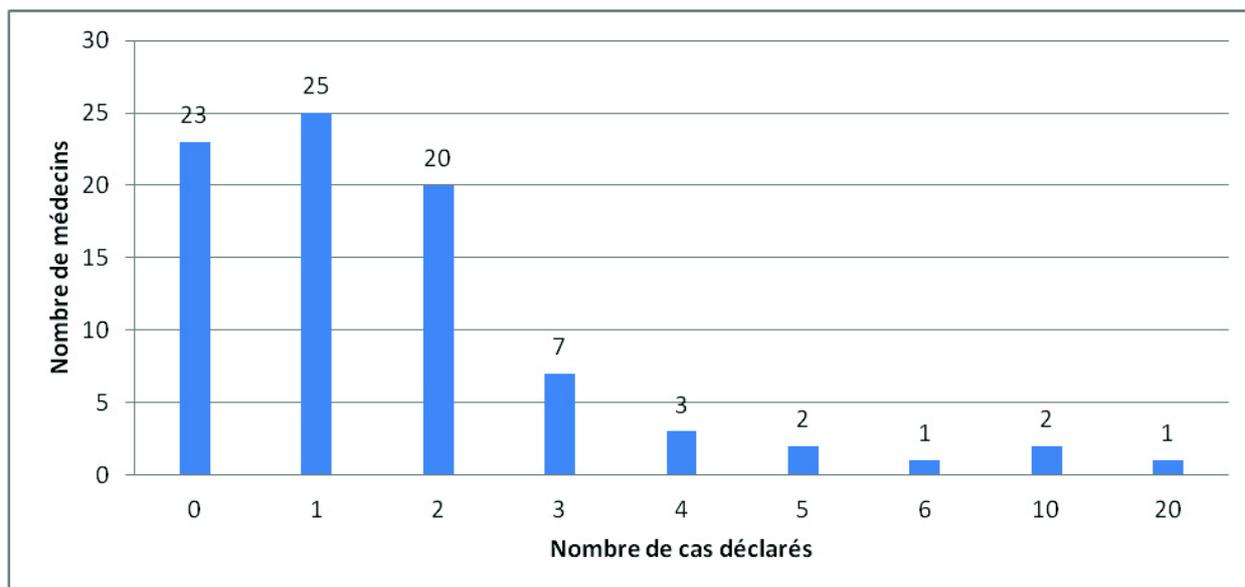


Figure 4 : Nombre de cas de violences conjugales rencontrés sur les 3 derniers mois

3. Motifs de consultations initiaux

Les troubles psychologiques regroupaient 33% des 135 motifs de consultations initiaux indiqués, 26% étaient directement liés aux violences conjugales, 10% à un syndrome douloureux chronique et 9% pour la prescription de psychotropes (Tableau 2).

Motifs de consultations initiaux	Nombre de consultations n=135	Pourcentage
Troubles psychologiques	44	33%
Prescription de psychotropes	12	9%
Syndrome douloureux chronique	13	10%
Suivi gynécologique	3	2%
Suivi de grossesse	1	1%
Suivi des enfants	4	3%
Violences conjugales	35	26%
Autres	4	3%
Pas de cas rencontrés	19	14%

Tableau 2 : Motifs de consultations des cas rencontrés sur les 3 derniers mois.

Dans les 4 motifs de consultations « autres », soit 3% des consultations, étaient cités : Toux, « tout sauf les violences » et deux autres médecins n'ont pas précisé.

4. Orientation de la consultation

Ce sont majoritairement les patientes qui orientaient la consultation vers les violences conjugales pour 58% des répondants. Le médecin était celui qui abordait le sujet pour 36% des répondants.

Pour 6% des médecins (soit 5 répondants), c'était une tierce personne qui orientait vers les violences conjugales, deux fois une amie, une fois une infirmière, une fois la gendarmerie sur réquisition, et une fois non précisée.

C. Prise en charge réalisée

1. Démarches effectuées

Une fois la situation de violences conjugales établie par le médecin, 89% des médecins le notifiaient dans leur dossier, et 82% réalisaient un certificat de coups et blessures. (Figure 5)

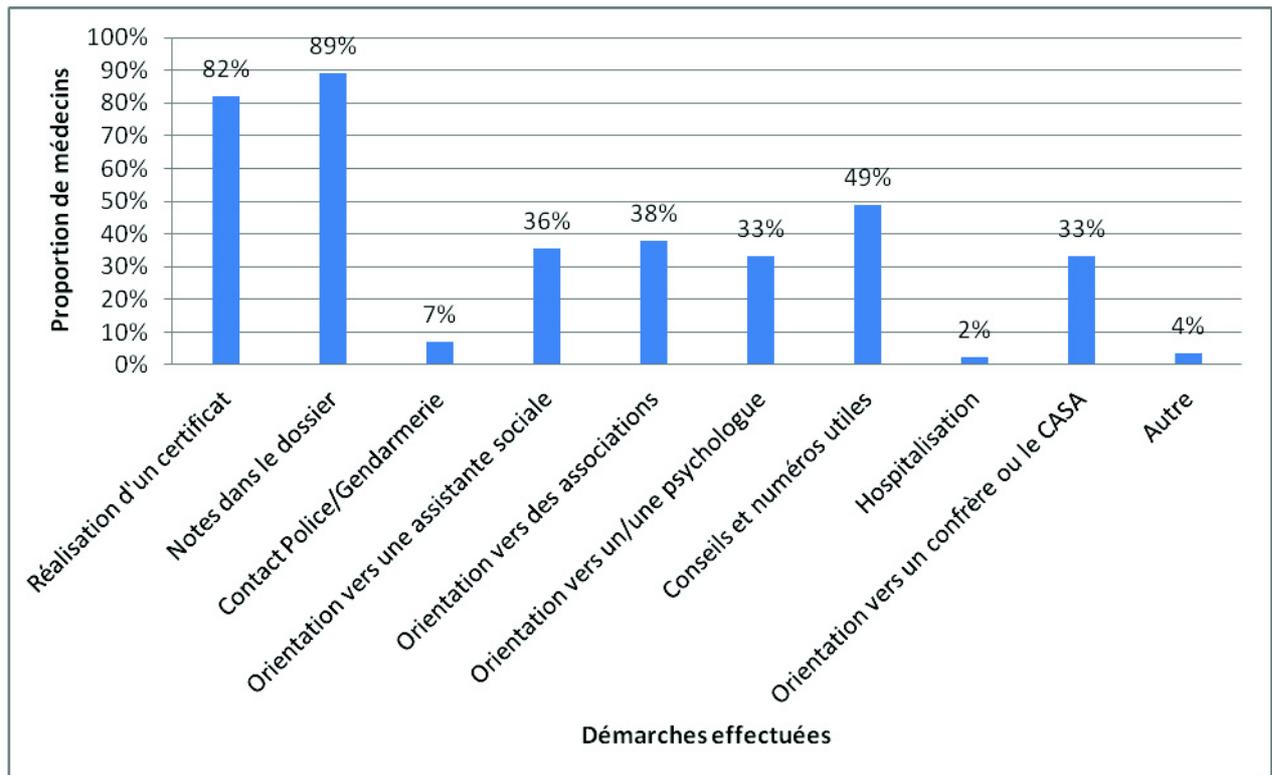


Figure 5 : Démarches généralement effectuées une fois la situation de violences conjugales établie

Des conseils utiles et les numéros de contacts étaient donnés à la patiente pour un médecin sur deux (49%).

Pour un tiers des médecins, la patiente a été redirigée vers un autre confrère ou vers une structure adaptée tel que le CASA (Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions).

Les orientations vers des associations, une assistante sociale ou un psychologue ont été réalisées respectivement pour 38%, 36% et 33% des médecins.

Les autorités sont contactées par 7% des médecins.

La catégorie « Autre » a été choisie par 4% des médecins. Un médecin indiquait avoir orienté vers un avocat spécialisé et deux médecins ont répondu que chaque situation était différente et nécessite une prise en charge spécifique.

2. Difficultés rencontrées

La difficulté principale dans la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales est la réticence de celles-ci. En effet pour 82% des médecins cette réticence a été un obstacle pour prendre en charge ces femmes. (Figure 6)

Le défaut de formation arrive en deuxième place, avec un médecin sur deux de concerné (48%).

Pour 43% des médecins, le fait de ne pas connaître correctement le réseau d'aide local a été une difficulté pour prendre en charge ces femmes.

Il y avait 30% des médecins qui considéraient les violences conjugales comme un problème plus social que médical.

Le manque de temps était une difficulté importante puisqu'elle était notée par 24% des médecins.

Il existait un sentiment d'intrusion pour 21% des médecins ainsi qu'un sentiment d'inconfort pour 14% d'entre eux.

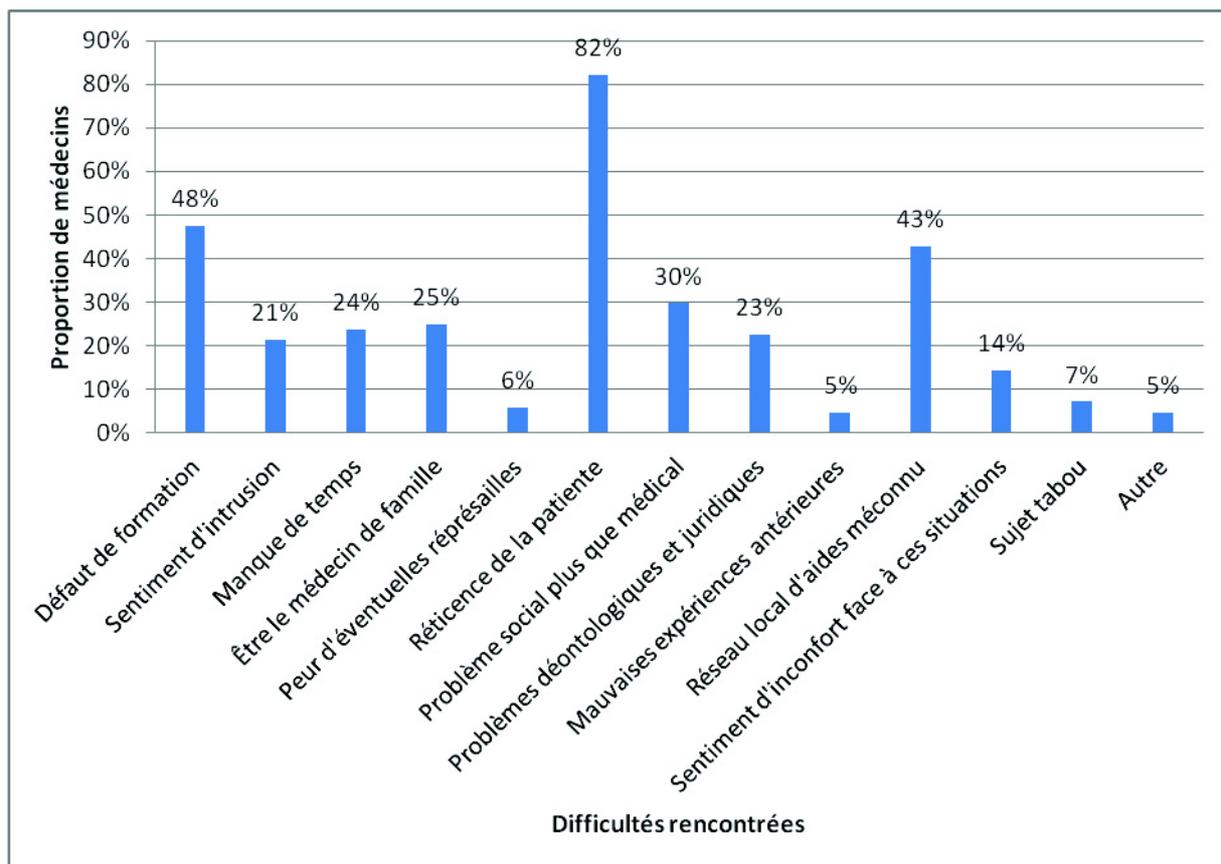


Figure 6 : Difficultés rencontrées dans la prise en charge des violences conjugales

Dans la catégorie « Autre », choisie par 5% des médecins, a été noté :

- La possibilité de manipulation de la part de la patiente,
- La réticence, en précisant que « c'est de loin le motif le plus important et quasi-constant »,
- Un autre médecin précisait que la « prise en charge est très complexe ! Il faut prendre en charge les aspects physiques, psychologiques, sociaux, la fréquente culpabilité de la femme victime de violences, la problématique des enfants, du travail, du logement... ».

D. Outils et connaissances à disposition

1. Formation médicale

Sur les 84 médecins interrogés, 46% ont bénéficié d'une formation sur le sujet lors de leur cursus universitaire.

Un tiers des médecins ont bénéficié d'une formation par la lecture d'articles, et un quart par la Formation Médicale Continue (FMC).

Pour 18% des médecins, leur formation sur ce sujet a aussi été possible par des recherches personnelles, ainsi que par la participation à des groupes de pairs (18%).

7% des médecins ont participé à des congrès traitant des violences conjugales.

La section « Autre » a été choisie par 9 médecins (10% des répondants). Il y avait 4 médecins (5%) qui ont noté n'avoir « aucune formation ». La pratique et l'expérience professionnelle ont été citées par 2 médecins puis ont été citées qu'une seule fois chacun :

- La lecture de thèse,
- Un thérapeute familial,
- Des livres.

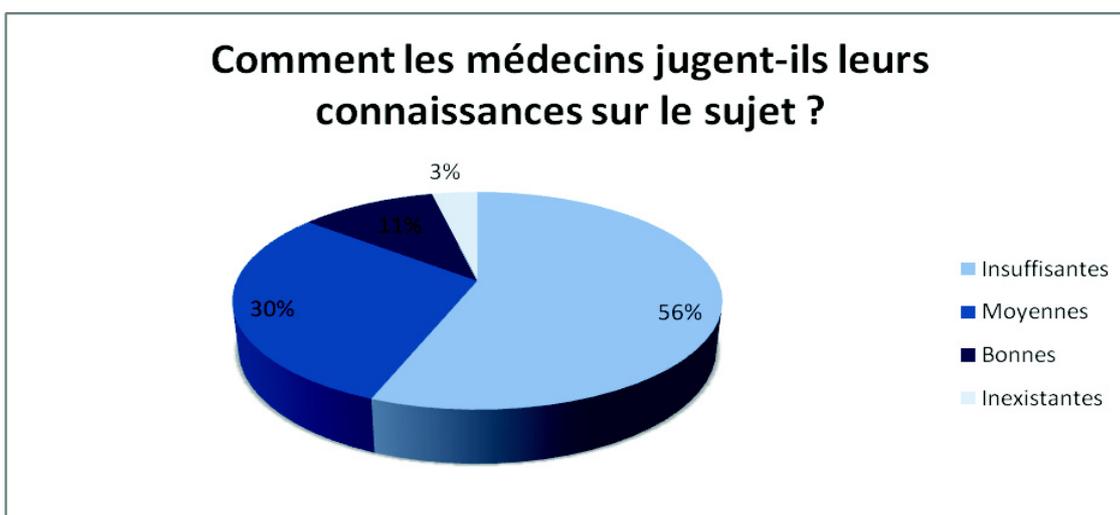


Figure 7 : Jugement des connaissances sur les violences conjugales et leur prise en charge par les médecins

Lorsque les médecins sont amenés à juger leurs connaissances sur les violences conjugales et leur prise en charge, nous constatons que 56% d'entre eux les jugent insuffisantes. (Figure 7)

Pour 30% des médecins, elles sont considérées comme moyennes, et elles sont bonnes pour 11% d'entre eux.

Les connaissances sont inexistantes pour 3% des répondants.

2. Outils à disposition au cabinet médical

Les médecins étaient 33% à n'avoir aucun outil à disposition dans le cabinet. (Figure 8)

Les contacts d'assistantes sociales arrivaient en première position avec 31% réponses, puis les contacts d'associations avec 24% des médecins.

Les numéros de contacts de centre d'hébergement d'urgence étaient connus par 17% des médecins, et le numéro national 3919 par 20% des répondants.

Les affiches informatives dans la salle d'attente ou dans le cabinet étaient présentes chez 17% des médecins, et les brochures en libre-service dans 15% des cabinets.

A la question, « Pensez-vous avoir un bon réseau local d'aide dans vos contacts pour la prise en charge des violences conjugales ? », 67% des médecins ont répondu « Non ».

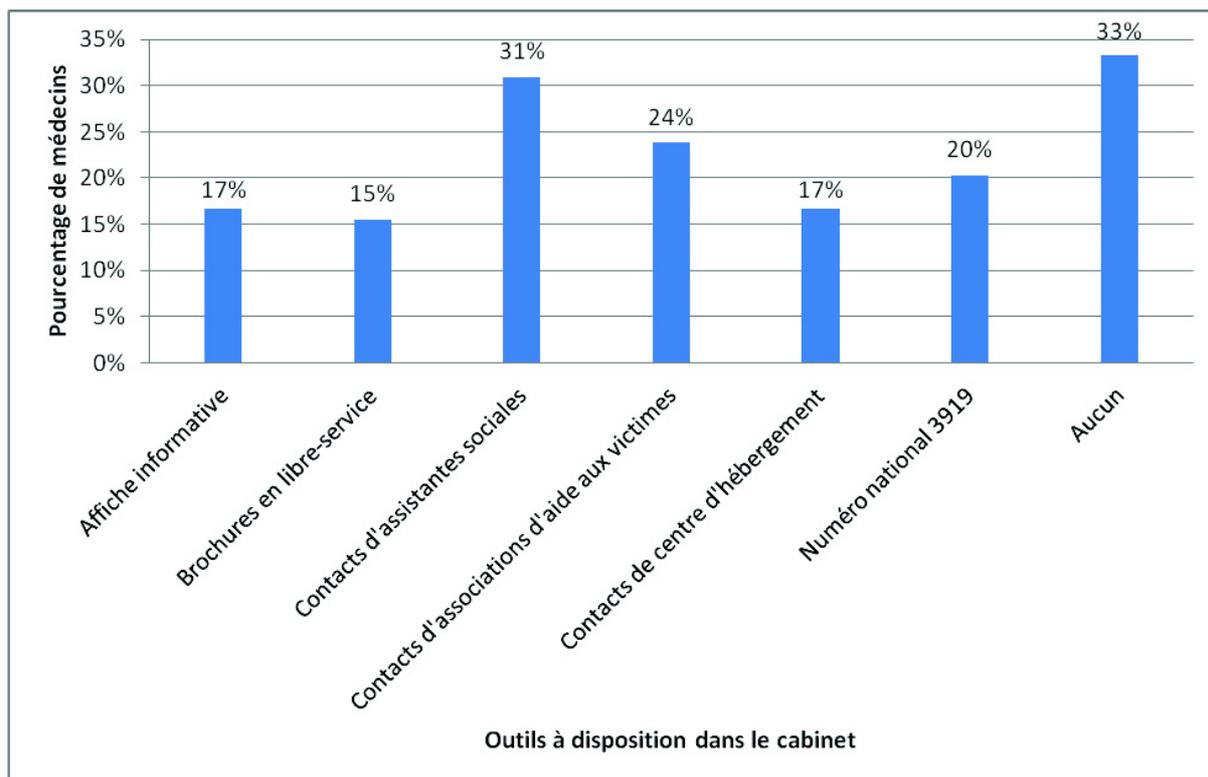


Figure 8 : Outils à disposition dans le cabinet

E. Plaquette d'information

1. Intérêt pour une plaquette d'information

Les médecins étaient majoritairement intéressés par l'envoi d'une plaquette d'information sur la prise en charge des violences conjugales.

En effet 64% d'entre eux ont répondu « oui » à cette question, soit 54 médecins. Seulement deux médecins n'ont pas répondu. (Figure 9)

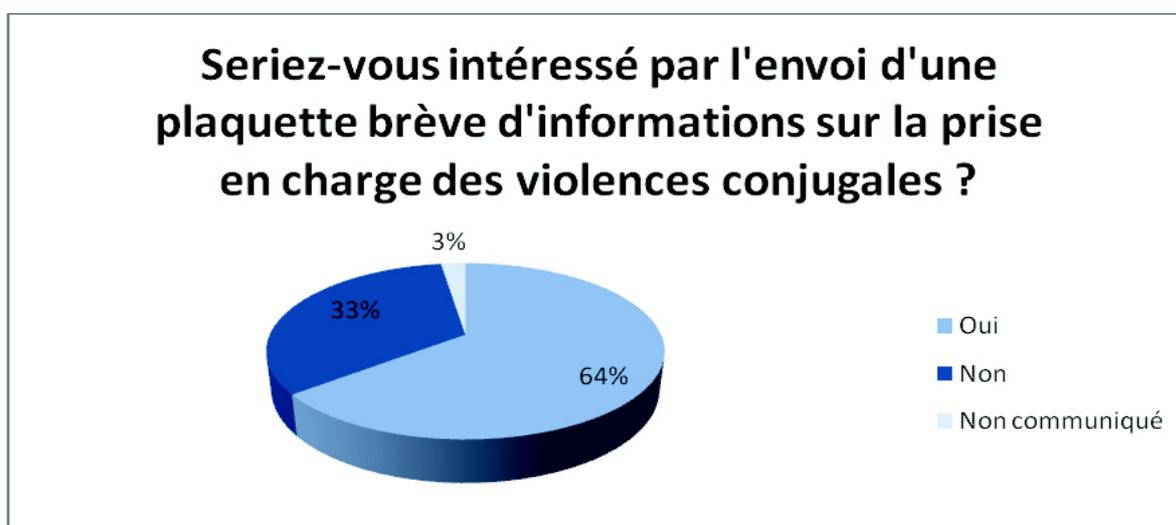


Figure 9 : Intérêt des médecins pour une plaquette d'information

2. Evaluation et améliorations possibles de la plaquette

Après avoir lu et pu télécharger la plaquette d'information, 50% des médecins l'ont jugée intéressante. (Figure 10)

Elle a été jugée très intéressante par 33% des médecins. Seulement 4% des médecins lui ont trouvé peu d'intérêt.

A noter que 3 médecins (6%) n'ont pas répondu à cette question.

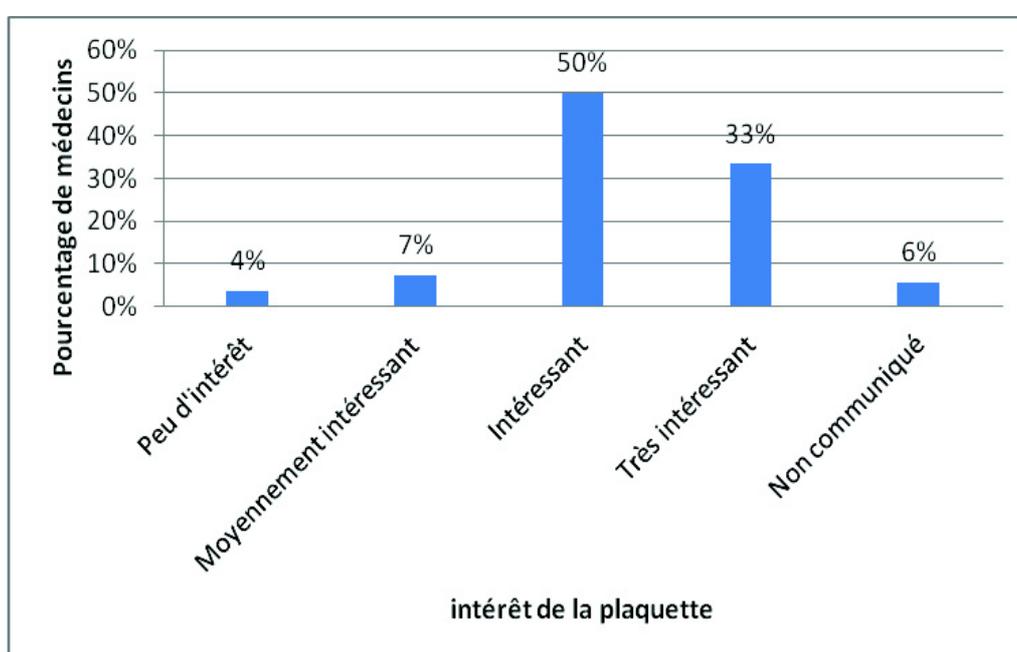


Figure 10 : Intérêt de la plaquette pour la pratique des médecins (n=54)

Sur les 54 médecins ayant visualisé la plaquette, 18 médecins (33%) ont souhaité voire plus d'informations affichées sur celle-ci. Un de ces médecins n'avait pas réussi à afficher la plaquette.

Les informations manquantes souhaitées ont été précisée par 14 des 18 médecins. Il y avait 7 médecins qui souhaitaient une information plus locale avec des adresses, des numéros de téléphone et des réseaux d'aides locaux. 2 médecins auraient aimé voir apparaitre des informations précisant le cadre légal de notre prise en charge.

Ensuite n'ont été cités qu'une fois :

- Des conseils pour réussir à convaincre la patiente de porter plainte,
- Des informations sur les précautions à prendre lors de la rédaction d'un certificat médical,
- Un questionnaire bref pour mettre en évidence les situations à risque,
- Une description plus détaillée de la clinique, des facteurs de risques et de la prise en charge des cas difficiles,
- Des statistiques plus locales,
- Le moyen de se procurer des affiches et des brochures sur ce sujet,
- Des idées pour se former,
- La bibliographie de la plaquette.

F. Analyses exploratoires

1. Démarches effectuées une fois la situation de violences conjugales établie

La variable « Action.hospitalisation » a été exclue car l'effectif était trop faible (< 5).

La plupart des variables ne semblaient pas particulièrement corrélées. Il y avait peut-être un peu de corrélation entre « action.psychologue » et « action.orientation.casa ». Ce qui veut dire que les médecins qui orientaient vers un psychologue avaient tendance à orienter également vers un confrère ou le CASA. (Figure 11)

« Action.conseils » semblait plutôt négativement corrélée aux autres variables sauf à « action.associations ». C'est-à-dire que les médecins qui donnaient des conseils aux patientes avaient tendance à ne pas entreprendre d'autres actions associées, hormis une orientation vers des associations.

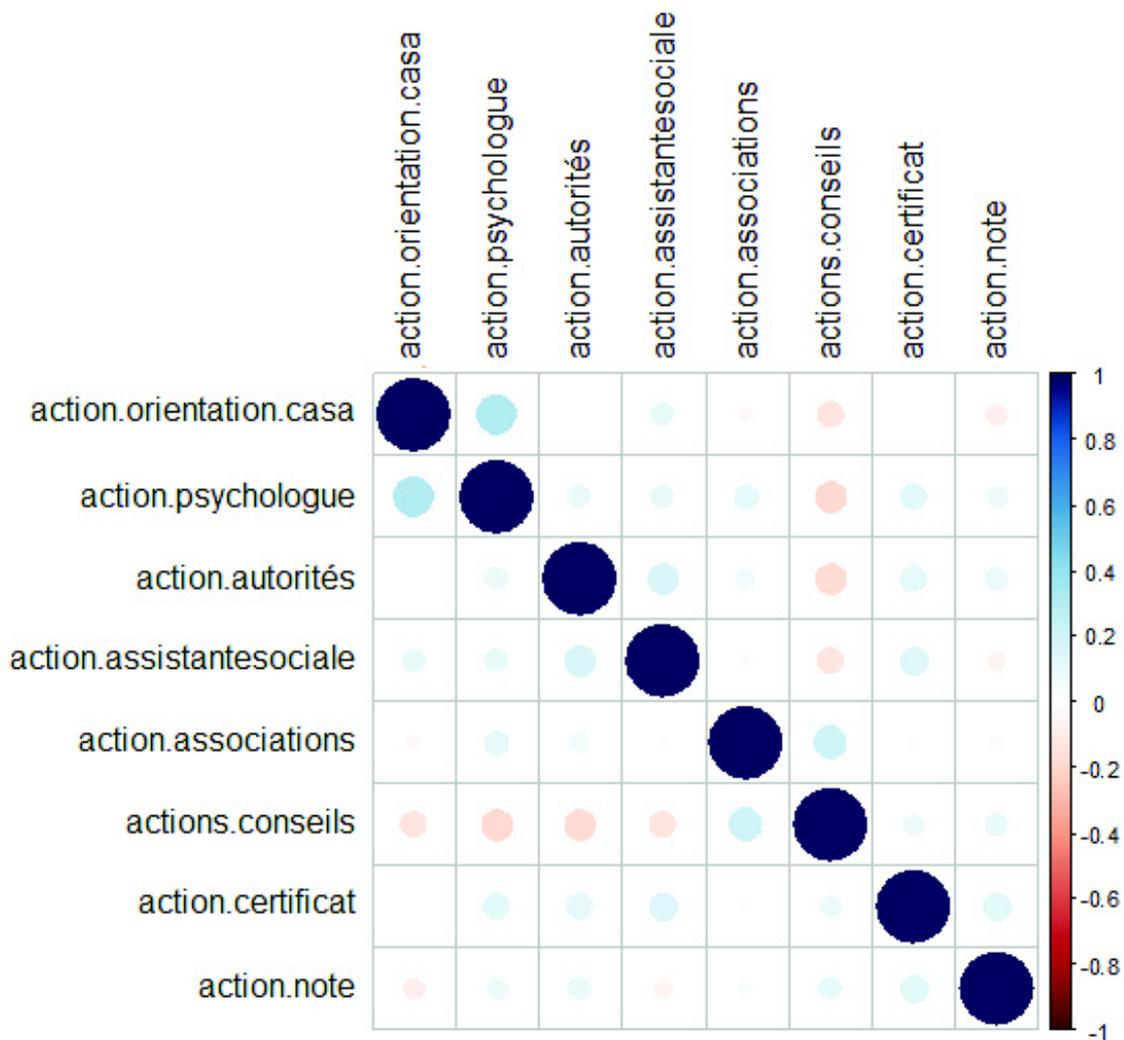


Figure 11 : Matrice de corrélation entre les différentes démarches effectuées

La variance était globalement basse à cause de proportions proches de 0% ou de 100%, ce qui rendait les liens plus difficiles à mettre en évidence.

2. Difficultés rencontrées dans la prise en charge des violences conjugales

Les effectifs étaient insuffisants pour « difficulté.représailles » et « difficulté.ATCD », ils ont donc été exclus de l'analyse d'associations.

Quelques corrélations positives se dégagèrent : « difficulté.formation », « difficulté.réseau », « difficulté.temps » semblaient assez corrélées, et « difficulté.problèmesocial » dans une moindre mesure. Cela se traduit par le fait que les médecins qui déclaraient des difficultés liées à leur manque de formation, avaient tendance également à avoir des difficultés liées à une méconnaissance du réseau

local et d'un manque de temps. Dans une moindre mesure, ils déclaraient également considérer les violences conjugales comme un problème plus social que médical.

« Difficulté.réticence » semblait négativement corrélée à « difficulté.formation » et « difficulté.inconfort ». Les médecins qui étaient en difficulté face à la réticence de leur patiente, n'avaient pas de difficultés associées de formation, ni de sentiment d'inconfort. (Figure 12)

Globalement, nous avons peu de variance, les proportions étant proches de zéro ou 100%.

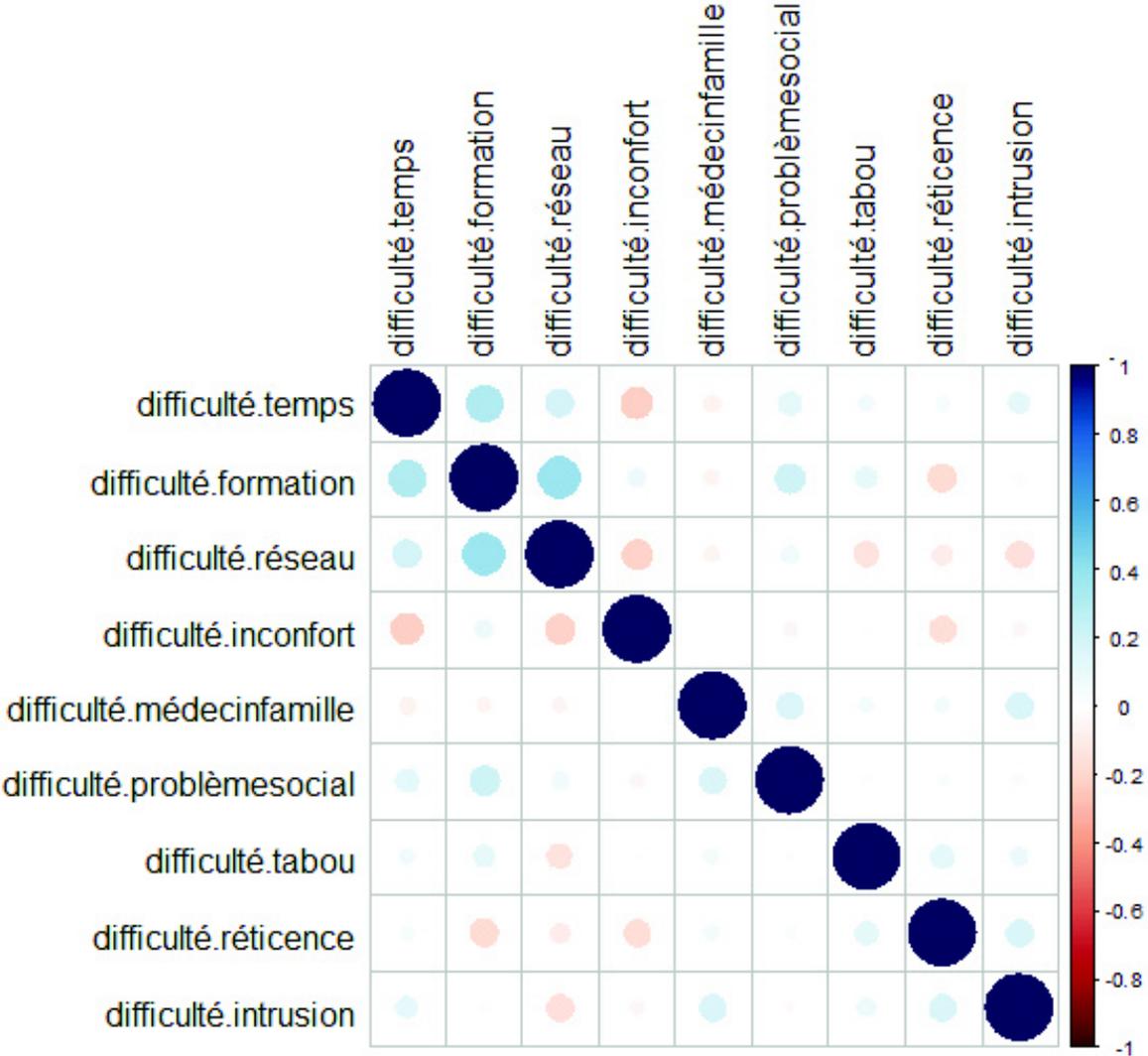


Figure 12 : Matrice de corrélation entre les différentes difficultés rencontrées

3. Formation médicale

Aucune variable n'a été éliminée pour insuffisance d'effectifs. Il y avait peu de variance sauf pour « formation.LCA » et « formation.universitaire ».

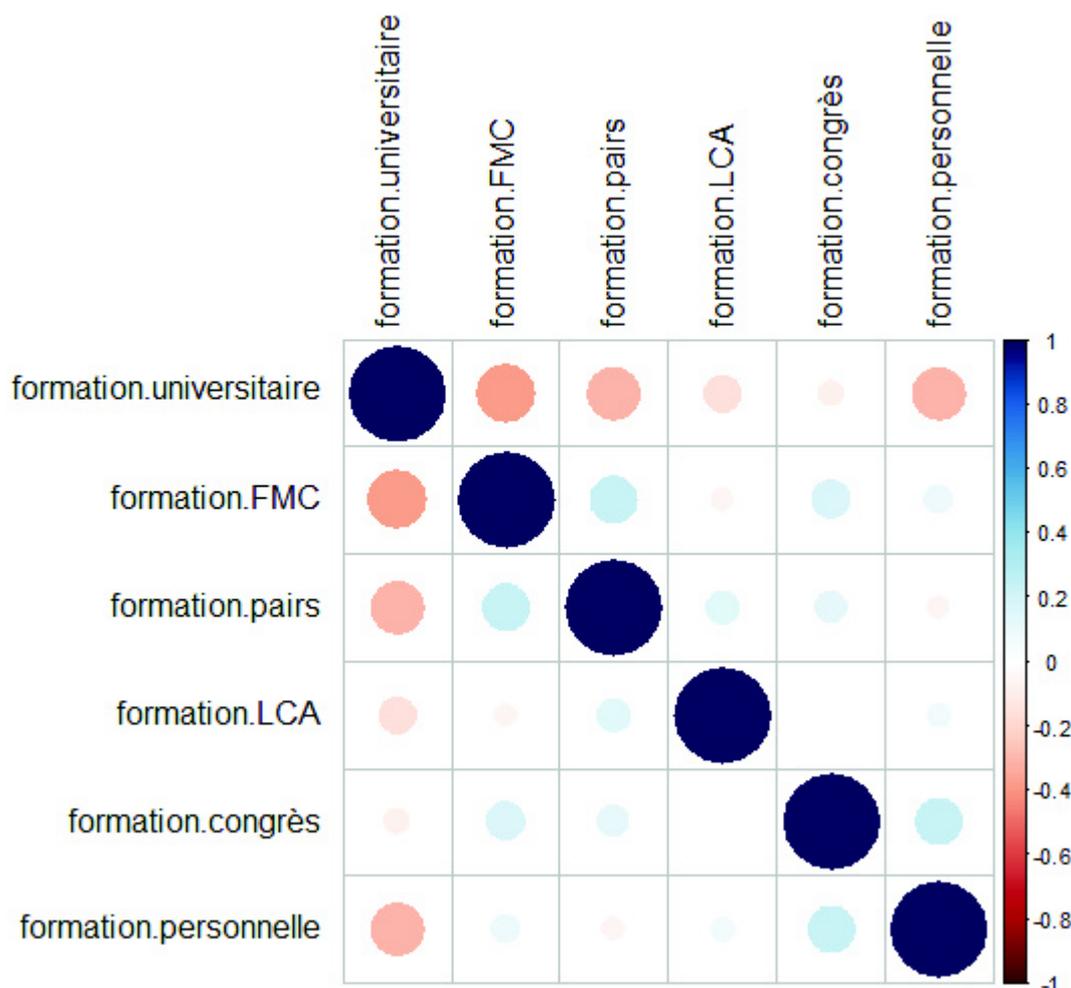


Figure 13 : Matrice de corrélation entres les différentes formations médicales

« formation.universitaire » semblait s'opposer à toutes les autres formations. C'est-à-dire que les médecins qui déclaraient avoir une formation universitaire, n'avaient pas eu d'autres modes de formations. Pour l'analyse globale, nous regrouperons les formations en deux catégories : «formation.universitaire » et « formation.non.univ.nombre, représentant le nombre de formations différentes cités par médecin.

Les variables « formation.pairs » et « formation.FMC » semblaient corrélées. Les médecins qui ont participé à des groupes de pairs sur le sujet ont tendance à avoir assisté également à des FMC (formation médicale continue).

« Formation.congrès » semblait corrélée à « formation.personnel » et « formation.FMC ». Les médecins qui ont bénéficié d'une formation lors d'un congrès ont tendance également à avoir assisté à des FMC (formation médicale continue) et à avoir réalisé des recherches personnelles.

4. Outils à disposition

Il n'y avait pas beaucoup de variance sauf sur « outils.contacts.assistante.sociale », « outils.contacts.associations » et « outils.aucun ».

Évidemment la variable « outils.aucun » était négativement corrélée à toutes les autres variables, elle a donc été exclue de l'analyse.

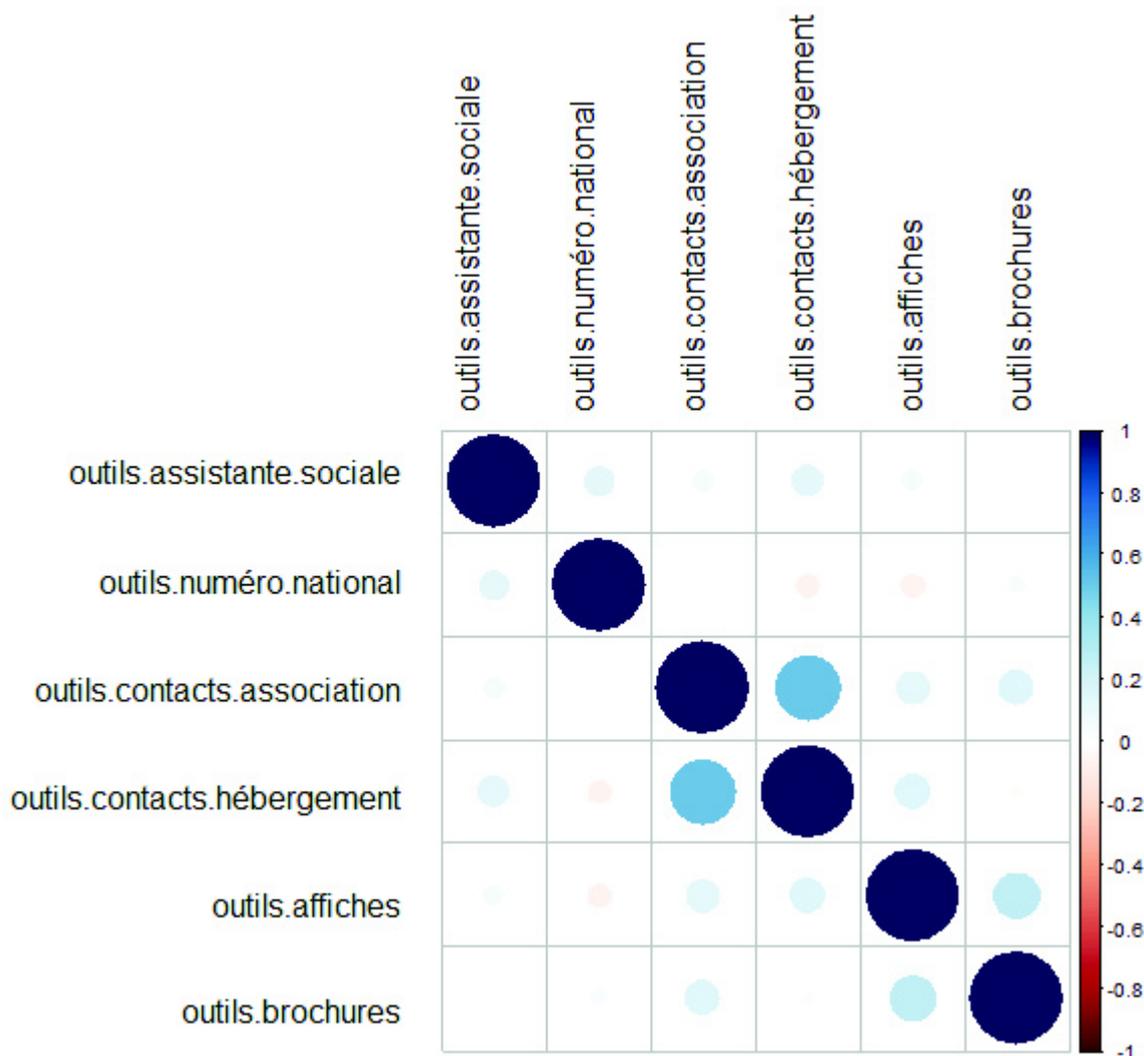


Figure 14 : Matrice de corrélation entre les différents outils à disposition

Il y avait peu de corrélations, mais elles étaient positives. La corrélation entre « outils.contacts.hébergement » avec « outils.contacts.association » se dégageait nettement. C'est-à-dire que les médecins qui avaient à disposition les contacts de centre d'hébergement avaient également, presque systématiquement, les contacts d'associations. (Figure 14)

Par ailleurs, « outils.contacts.hébergement », « outils.affiches », « outils.contacts.associations », et « outils.brochures » formaient un groupe de corrélations. C'est-à-dire que les contacts de centres d'hébergement et d'associations ainsi que la présence d'affiches et de brochures étaient des outils présents, en même temps, dans les cabinets médicaux.

5. Analyse simplifiée des différents thèmes associés

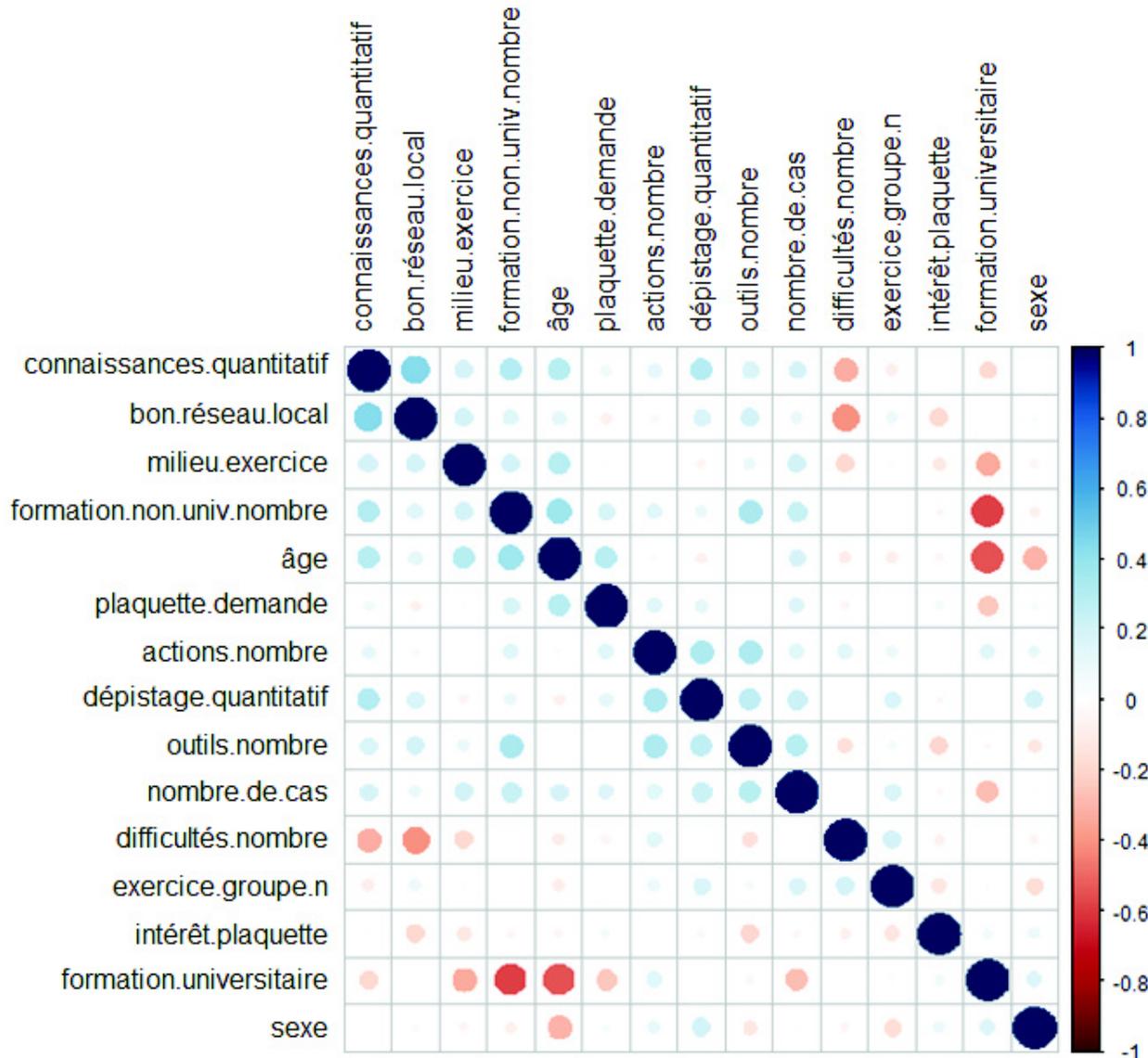


Figure 15 : Matrice de corrélation des différents thèmes associés simplifiée

Cette matrice permet de mettre en évidence plusieurs corrélations intéressantes. (Figure 15)

En effet, globalement les 10 premiers items étaient corrélés positivement. Cela se traduit par une association fréquente entre le fait d'être un médecin plus âgés, en milieu urbain, avec un bon réseau local, avec des connaissances jugées bonnes sur le sujet, issues de plusieurs type de formations non universitaire, avoir plus d'outils à disposition au cabinet, un dépistage réalisé

plus systématique et donc un nombre de cas dépisté plus important avec un panel d'actions plus important.

Ces 10 items, représentent le profil des médecins les plus performants dans notre étude. Ils étaient également négativement corrélés à « difficultés.nombre ». C'est à dire que ces médecins étaient également ceux qui avaient le moins de difficultés différentes lors de leur prise en charge.

L'âge semblait négativement corrélé à la formation universitaire, c'est-à-dire que les médecins en fin de carrière n'avaient pas eu de formation sur les violences conjugales lors de leur cursus universitaire.

Le sexe féminin était surtout négativement corrélé à l'âge, c'est-à-dire que les médecins plus âgés avaient tendance à être de sexe masculin, alors que les médecins jeunes avaient tendance à être plutôt de sexe féminin.

Le sexe féminin semblait un peu corrélé positivement à « dépistage.quantitatif », c'est-à-dire que les femmes auraient tendance à dépister de façon plus systématique.

V. DISCUSSION

A. A propos du travail

1. Les plus de l'étude

Le sujet des violences conjugales est souvent mal connu par les médecins généralistes. Pourtant, ils tiennent un rôle central dans le dépistage et la coordination de la prise en charge des victimes. Celle-ci doit être globale avec un suivi au long court⁸.

Le thème des violences conjugales est fréquent dans les thèses de médecine générale, avec 29 écrits de 2006 à 2016. Cette fréquence est le reflet de la sensibilisation de la population médicale sur ce sujet.

Celui-ci reste peu abordé pendant nos études, or ces situations sont fréquentes durant notre cursus universitaire (stages ambulatoires ou hospitaliers).

La création d'un outil tel qu'une plaquette d'information sur les violences conjugales est original et encore jamais proposée dans notre région. Dans la thèse de Duvnjak S.²² en 2010, une maquette d'information avait été proposée à Marseille.

De plus, l'analyse exploratoire des données, a permis de trouver de nombreux liens intéressants. Ce type d'analyse complexe n'a presque jamais été effectué lors des études sur les violences conjugales. Nous ne retrouvons que deux références anciennes dans la littérature (1982 et 1984).

2. Les limites et biais de l'étude

Il existait un biais de sélection, puisque le fait de répondre au questionnaire était basé sur le volontariat. Il est possible que les médecins participant à cette étude étaient plus sensibles à ce sujet et donc possiblement mieux formés et plus performants, influençant ainsi les résultats.

Les questions 6 à 10 étaient basées sur des souvenirs de consultations remontant jusqu'à 3 mois. Ce biais d'information a pu entraîner des erreurs de mémoire, avec des données approximatives.

Le questionnaire était basé sur un mode déclaratif, représentant un biais d'information également avec des réponses pouvant être erronées, surestimées, se voulant plus favorables.

L'échantillon total est faible, 84 répondants, et les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population des médecins généralistes de notre région. En effet même si nous ne pouvons pas calculer de façon précise le taux de répondants, celui-ci est en dessous de 10%.

A noter tout de même qu'il y avait dans notre échantillon 60% d'hommes et 40% de femmes. Ces données sont proches de la répartition réelle des médecins en Haute Normandie, puisque 67% des médecins sont des hommes et 34% des femmes (Données ARS 2014, Source FNPS).

Certaines questions concernant la démographie des médecins ont rendu leur analyse difficile. En effet, la question 3 interrogeait sur le mode d'exercice et le type de cabinet. Les médecins n'ont pas toujours répondu aux deux items. Le problème était identique pour la question 4, car elle concernait le milieu d'exercice mais aussi le département d'exercice.

Cependant, cela n'a pas entraîné de difficultés pour l'analyse du reste du questionnaire.

L'analyse exploratoire des résultats était intéressante, mais celle-ci reste une étude sans degré de significativité, avec une impossibilité d'extrapolation à la population générale des médecins généralistes.

Cette étude ne s'intéresse volontairement qu'aux femmes victimes de violences conjugales. Les cas de violences conjugales concernant les hommes victimes n'ont pas été pris en compte.

Dans le cadre des violences conjugales, seuls 10% des victimes sont des hommes. La littérature⁵⁵⁻⁵⁸ sur ce sujet est pauvre, avec un réel tabou. J'ai donc choisi pour faciliter le recueil, l'analyse et l'interprétation des données d'axer les questions uniquement sur les femmes victimes de violences conjugales.

Les professionnels de santé ne sont pas formés sur ce sujet. Les hommes victimes de violences conjugales consultent moins que les femmes⁵⁵, avec une prise en charge difficile.

Une enquête récente et locale⁵⁵, réalisée à partir des consultations au CASA de Rouen, a permis de comparer les violences conjugales des hommes sur les femmes et des femmes sur les hommes. Sur l'année 2012, 11% des victimes ayant consultées étaient des hommes.

B. A propos des résultats

Cette enquête auprès des médecins généralistes de notre région a permis de mettre en valeur plusieurs données intéressantes concernant le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

1. Le dépistage

Nous constatons que le dépistage systématique n'était réalisé que par 2% des médecins interrogés, alors que celui-ci est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé². La Haute Autorité Sanitaire³² recommande également le dépistage systématique dans les situations de suivi gynécologique, suivi de grossesse et lors d'une première mise en ménage.

Ce chiffre est bas comparativement à d'autres études. En 2009⁵⁹, en Midi-Pyrénées ce sont 5,2% des médecins généralistes qui réalisaient un dépistage systématique.

Cette technique de dépistage n'est pas privilégiée par les médecins car elle est perçue comme trop intrusive dans la vie privée des patientes et chronophage. Les recommandations semblent difficiles à appliquer dans notre pratique de la médecine générale actuellement.

Plusieurs études ont étudié l'intérêt et la faisabilité du dépistage systématique⁶⁰⁻⁶². En particulier une étude de Tafit A, O'doherty L, Hegarty et al³³ en 2013, via une revue systématique de la littérature, comprenant 11 études. Le dépistage avait multiplié par deux la probabilité que les femmes battues soient identifiées, mais n'avait pas augmenté le nombre de femmes adressées à des services d'aide spécialisés.

Le dépistage n'avait pas réduit le niveau de la violence subie par les femmes, ni amélioré leur santé et leur bien-être, même réévalués jusqu'à 18 mois après le dépistage.

La conclusion de leur revue était qu'il n'y avait pas suffisamment de données probantes pour justifier le dépistage universel de la violence exercée par un partenaire masculin intime.

Au Canada⁶³, en 2005, lors d'un consensus des gynéco-obstétriciens, il a été recommandé aux professionnels de santé d'« Inclure des questions au sujet de la violence dans le cadre de l'évaluation de la santé comportementale de leurs nouvelles patientes, à l'occasion des consultations préventives, dans le cadre des soins prénataux ainsi qu'en réaction à des symptômes ou des états pathologiques associés à la violence ». (Niveau B de recommandation)

87% des médecins réalisaient un dépistage sur point d'appel. Ce chiffre est nettement supérieur aux attentes. Ceci peut être dû à une surévaluation liée à des réponses déclaratives ou liée à la sélection de médecins sensibilisés au sujet.

Cependant la présence de campagnes de sensibilisation du grand public mais également des professionnels de santé pourrait expliquer un meilleur dépistage actif.

Il n'a pas été détaillé dans le questionnaire les points d'appel utilisés par les médecins. En effet en 2008, dans la thèse de Belin I. et Canuet H.⁴⁴, réalisée auprès de 20 médecins généralistes en Basse-Normandie le repérage actif, quand il était réalisé ne se basait que sur les lésions. Ceci au détriment des autres signes d'appels possibles induisant alors un sous repérage.

Il est possible que le repérage actif ne prenne pas en compte tous les signes évocateurs de violences conjugales, se limitant aux signes cliniques.

Dans notre échantillon, le nombre moyen de cas dépisté sur 3 mois était de 1,8 cas. Il y avait tout de même 27,4% des médecins qui déclaraient avoir eu zéro cas. Une minorité, 7,1%, sont nettement au dessus de la moyenne, avec 5 cas ou plus déclarés.

En comparaison, en 1996, dans une étude⁶⁴ en Loire Atlantique c'était deux cas de violences conjugales par an. Cette évolution favorable, avec un chiffre multiplié par 4, est encourageante. En effet, depuis cette période la formation et la

sensibilisation du public et du corps médicale a été renforcé, et semble avoir amélioré notre dépistage.

Nous sommes tout de même en dessous du nombre réel de victimes, estimé à 1 consultante sur 4 en cabinet de médecine générale³¹ et représentant 10% de la population féminine française¹.

Nous pouvons citer également une étude⁶⁵ réalisée en 2009 aux urgences de Cochin, étude avant/après la mise en place d'une formation spécifique au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales. Le nombre de cas déclarés à l'assistante sociale était passé de quatre sur deux mois avant la formation à 13 sur deux mois après la formation.

Ces chiffres sont au dessus de nos résultats, et encore améliorés par la formation dispensée aux acteurs de santé.

Une fois les motifs directement liés aux violences conjugales écartés (26%), nous retrouvons trois principaux motifs de consultation initiaux. Ces motifs étaient les troubles psychologiques (33%), les syndromes douloureux chroniques (10%) et la prescription de psychotropes (9%). Ces résultats correspondent aux travaux déjà réalisés. En 1999, Morvant C.⁴⁵ lors d'une étude réalisée par l'Institut de l'Humanitaire en Ile de France, retrouvait en principaux motifs de consultation : liés aux violences (50%), les troubles psychologiques (40%) et la prescription d'anxiolytiques (31%).

Plus récemment en 2006, dans une étude réalisée par Poyet A.⁶⁶ dans le pays de la Loire, 34% des consultations étaient liées aux violences conjugales, puis arrivait en tête avec 45%, les troubles psychologiques et la prescription de psychotropes.

Il est donc évident que ces motifs de consultation doivent être connus par les médecins comme signaux d'alerte. Leur présence doit interpeller le médecin généraliste et l'inviter à questionner sa patiente.

Dans notre étude, c'est la patiente qui oriente la consultation dans 58% des cas. Cette majorité était également présente (85%) dans l'étude de Morvant C.⁴⁵ en 1999.

Nous notons tout de même que dans notre étude, 36% des médecins ont été à l'initiative du diagnostique, en ouvrant le dialogue sur les violences conjugales. Dans l'étude de Poyet A.⁶⁶, 93% des médecins indiquaient n'avoir plus peur de poser la question et 50% se sentir plus à l'aise après une formation sur les violences conjugales.

Cette proportion plus importante de médecins en dépistage actif est probablement liée à l'amélioration de la formation initiale, de la formation continue et des actions de prévention⁸.

Cette donnée est d'autant plus importante, que nous savons la difficulté de ces femmes à sortir de leur isolement¹. Moins de 20% des victimes de 18 à 75 ans de violences domestiques ont vu un médecin à la suite des actes subis. (D'après une étude en 2011 de l'ONDRP³ - Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales.)

2. Prise en charge

Au niveau de la prise en charge des victimes, la réalisation du certificat de coups et blessures ainsi que la prise de notes dans le dossier médical étaient réalisés par une grande majorité des médecins (82 et 89%). Ces chiffres sont remarquables comparativement aux résultats retrouvés dans le Pays de la Loire par Poyet A.⁶⁶ en 2006, avec seulement 44% de certificats et 55% de notes dans le dossier. En 2008, en Basse Normandie dans la thèse de Belin I. et Canuet H.⁴⁴, la rédaction du certificat tenait également une grande place dans la prise en charge. Les meilleurs résultats avec un taux de 100% étaient retrouvés lors d'une étude⁶⁵ aux urgences de Cochin en 2009.

Cependant, comme l'ont rappelé Thureau S, Pasquier JM, Mokdad B, et al⁶⁷, lors de leur intervention à la XXème journée internationale méditerranéenne de médecine légale en 2014, à propos du CASA, « il est important de ne pas se cantonner à la rédaction d'un certificat initial descriptif avec incapacité totale de travail (ITT), la justice n'arrête pas toujours les violences ».

Dans notre étude, un médecin sur deux (49%) donnait des conseils utiles aux victimes ou communiquait le numéro 3919 une fois la situation de violences conjugales établie. Le terme de conseils était vague, pouvant revêtir plusieurs aspects selon l'interprétation des médecins. Cependant de donner des conseils aux

femmes, quelque soit leur contenu, permet de rappeler que le médecin est concerné et que les violences conjugales sont punies par la loi et qu'il est possible d'agir.

En 2011 dans l'enquête de l'ONDRP³ sur les violences physiques ou sexuelles au sein du ménage, moins d'une victime sur dix déclarait avoir appelé un numéro vert ou rencontré des membres d'associations.

L'orientation vers d'autres professionnels comme le CASA (33%), une assistante sociale (36%), un psychologue (33%) ou encore une association (38%) était réalisée par un peu plus d'un tiers des médecins.

Même si ces chiffres restaient faibles, ils étaient meilleurs que dans la littérature. Dans la thèse de Morvant C.⁴² en 2000, trois quart des médecins n'avaient eu aucun contact avec une tierce personne. C'était également le cas dans la thèse de Poyet A.⁶⁶ en 2006.

Il persiste un isolement du médecin généraliste face à ces situations or son rôle est de coordonner cette prise en charge multidisciplinaire⁸.

Les violences conjugales ont des répercussions dans tous les domaines : physique, psychologique, économique, social, administratif et juridique. La prise en charge doit pouvoir proposer des solutions à toutes ces difficultés.

En 2010 à Toulouse, a été étudié l'intérêt d'une consultation prévention de la violence (CPV), dans le cadre d'un réseau PREVIOS (Prévention violence orientation et santé)⁶⁹. La CPV était proposée aux victimes consultant dans le service de médecine légale. Elle permettait de réaliser un bilan sur la situation sanitaire, sociale et psychologique des victimes et ainsi de mettre en place des actions pouvant améliorer leur situation. A un an d'expérience, 94,2% des consultantes ont souhaité poursuivre leur prise en charge par un relai médical, associatifs ou psychologique.

Il est donc important de savoir orienter vers les bonnes structures^{67, 68}, comme le CASA à Rouen (unité médico-judiciaire). Cela simplifie les démarches des victimes. Dans ces lieux sont regroupés des professionnels de santé, psychologue et assistantes sociales avec la possibilité d'orienter vers des associations de victimes ou des avocats. Il existe également la possibilité d'hospitalisation courte ou d'être mis en contact avec un officier de police judiciaire en cas d'urgence médico-légal.

Le mot clé est « continuité des soins », d'où l'intérêt de structure comme le CASA ou le réseau PREVIOS⁶⁹ étudié à Toulouse. La prise en charge, en réseau, permet de dépasser les limites de la prise en charge habituelle, grâce à une mutualisation des connaissances et à la pluridisciplinarité.

Il reste à définir la place du médecin généraliste dans ces parcours de soins. Est-il cantonné à servir d'aiguilleur ou peut-il être intégré dans la prise en charge active à l'intérieur de ces réseaux ?

Concernant les difficultés ressenties par les médecins généralistes, la réticence des victimes restait très majoritaire avec 82% des répondants. Ces résultats corroborent ceux de la littérature. En 2012, dans la thèse de Tabart A.⁴³, réalisée auprès de 16 professionnels de santé pour le développement d'un réseau de santé, les deux obstacles principaux pour la prise en charge des victimes étaient : l'ambivalence et la réticence de celles-ci. L'attitude des patientes étaient également un obstacle pour les médecins interrogés (46%) par Duvnjak S.²² en 2010. Ces mécanismes de défense entraînent une frustration et un sentiment d'impuissance des professionnels de santé. La prise en charge est souvent vécue comme un échec.

Le manque de formation était une difficulté pour un médecin sur deux (48%). Ce chiffre est plus faible que dans la thèse de Morvant C.⁴² en 2000, dans laquelle 60% des médecins se sentaient insuffisamment formés ; mais trois quart ne se sentaient pas gênés par ce manque de connaissance.

Lors de l'étude réalisée aux urgences de Cochin en 2009⁶⁵, pour améliorer le dépistage et l'optimisation de la prise en charge des violences conjugales, il a été démontré que la formation du personnel de santé lors des réunions morbi-mortalités avait amélioré le dépistage et la prise en charge des victimes.

L'absence de réseau local connu du médecin généraliste était une difficulté pour 43% des répondants. Cette difficulté peut facilement être contournée par le médecin généraliste, en orientant ses patientes vers des structures adaptées, telles que les unités médico-judiciaires. Celles-ci regroupant tous les intervenants nécessaires à la prise en charge de ces femmes.

Le manque de temps restait une difficulté importante avec un quart des médecins concernés. Dans la thèse de Duvnjak S.²² en 2010, cette difficulté était ressentie par 16.4% des médecins, arrivant également en troisième position. Cependant, après avoir faits les premières constatations, il est possible de prévoir un nouveau rendez-vous, dédié aux violences conjugales, pour pouvoir compléter la prise en charge.

Le sujet n'était considéré comme tabou que pour 7% des médecins. C'était deux fois moins que dans la thèse de Duvnjak S.²², avec 15.5% des médecins. Les campagnes de sensibilisation et l'augmentation de l'offre de formation des médecins généralistes peuvent être responsables de cette prise de conscience : les violences conjugales ne sont pas tabous, mais sont un problème de santé publique⁸.

3. Outils et connaissances

5% des médecins n'avaient aucune formation sur le sujet. Ce taux faible est encourageant. En 2010, à Marseille²², c'était 97% des 163 médecins interrogés qui n'avaient jamais participés à une formation sur le thème des violences conjugales.

46% des médecins avaient une formation sur les violences conjugales via leur cursus universitaires. Les formations complémentaires fréquemment indiquées par les médecins interrogés étaient la lecture d'articles (33%) et les FMC, formation médicale continue (25%).

Dans la thèse de Belin I. et Canuet H.⁴⁴, en Basse-Normandie, 75% des médecins ne ressentaient pas le besoin de formation sur le thème des violences conjugales.

Pourtant dans la thèse de Poyet A.⁶⁶ en 2006, évaluant la formation médicale continue en Pays de la Loire, il a été démontré qu'après une FMC, les médecins étaient plus attentifs et arrivaient à questionner de manière plus directe leurs patientes sur ce sujet. Le dépistage des victimes était quantitativement supérieur dans les FMC longues que les courtes (34% contre 12%).

Dans la thèse de Duvnjak S.²² dans les propositions pour améliorer le dépistage et la prise en charge, 32,7% des médecins citaient la participation à une FMC sur ce sujet.

56% des médecins dans notre étude jugeaient leurs connaissances insuffisantes. Ainsi les médecins reconnaissent la nécessité d'un minimum de connaissances pour pouvoir dépister et prendre en charge correctement les victimes de violences conjugales.

Cette demande de connaissances de nos praticiens pourrait être satisfaite par le diplôme universitaire (DU) : « Les pratiques médico-légales ... au quotidien à l'usage des acteurs de santé », créé en 2016. ([Annexe 1](#)). Ce diplôme a été proposé par le service de médecine légale de Rouen¹⁷, dans le cadre du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes. Il permet de mieux identifier les victimes et leur proposer un parcours de soin adapté et facilité sur le plan médico-légal et judiciaire.

Sur les outils à disposition des médecins dans leur cabinet, un tiers des répondants indiquaient n'en avoir aucun. Ce chiffre est élevé compte tenu de la complexité de la prise en charge. C'est une perte de temps pour le médecin et une perte de chance pour la patiente.

Les outils les plus cités étaient les contacts d'assistantes sociales (31%), d'associations d'aide (24%) et le numéro national 3919(20%). Ces outils sont intéressants puisqu'ils permettent d'enrayer la patiente dans un parcours de soins, et d'apporter des réponses aux différentes problématiques créées par les violences.

67% des médecins estimaient ne pas avoir de bon réseau local pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

L'importance de l'existence de réseaux de soins performants a été évoquée par Thureau S.⁶⁷ en 2014, à propos d'un parcours régional de « bien-traitance » des victimes. Il existe en effet un réseau intra hospitalier au CHU de Rouen pour la prise en charge de ces victimes. A noter également, la création d'un réseau régional dans le cadre des réformes de la médecine légale⁴⁰ entre les hôpitaux du Havre, Dieppe, Vernon, Evreux, Elbeuf et le Centre hospitalier du Rouvray.

En 2012, Tabart A.⁴³ réalisait une enquête auprès de 16 professionnels de santé pour le développement d'un réseau de santé. Les professionnels confirmaient leur intérêt pour un travail en réseau, mais citaient plusieurs obstacles : la

méconnaissance du réseau, un cloisonnement entre professionnels, la difficulté d'un partenariat sur le long terme.

Même si les différents acteurs de santé souhaitent travailler en réseau, il est évident qu'il reste encore de nombreux obstacles pour réussir à créer et pérenniser ce type de fonctionnement. La médecine générale est souvent exclue de ce mode de fonctionnement.

4. Plaquette d'information

Deux tiers (66%) des médecins étaient intéressés par l'envoi de la plaquette d'information. Ce chiffre reflète leur besoin d'informations et d'aides concernant la prise en charge des victimes. Dans notre étude, le manque de formation est la deuxième difficulté ressentie par les médecins.

La distribution de plaquette d'information faisait partie des solutions pour améliorer le dépistage pour 21,2% des médecins interrogés dans l'étude de Duvnjak S.²² à Marseille en 2010.

La plaquette a été bien accueillie avec 83% des médecins qui l'ont jugée intéressante ou très intéressante. En effet elle regroupait les points importants demandés par les 136 médecins interrogés dans l'étude de Duvnjak S.²² en 2010, soient : les points clés de la consultation, les éléments de dépistage de violences conjugales et les contacts et réseaux à connaître.

Ce qui ressort des remarques des médecins interrogés est le besoin d'informations plus locales dans la plaquette. Il serait intéressant d'étudier l'intérêt de créer une plaquette avec les adresses et numéros de téléphone pour chaque grande ville de notre région, voire de la France.

5. Analyses exploratoires

Dans l'analyse des actions entreprises par les médecins, nous retrouvons une corrélation négative entre le fait de donner des conseils et les autres variables. Ceci s'expliquerait par le fait que les médecins n'ayant pas d'actions à proposer, cochaient par dépit la case conseils, et non pas, que les médecins interrogés se contentaient de dispenser des conseils.

Plusieurs difficultés avaient tendance à être associées, comme un manque de formation, un manque de temps et un réseau local méconnu. En effet, il est facile de comprendre qu'un manque de connaissances (théorique et pratique) entraîne la nécessité de recherches durant la consultation, la rendant chronophage. Une plaquette d'information à disposition dans le cabinet regroupant toutes les informations ou le fait d'avoir participé à des formations devrait diminuer la fréquence de ces difficultés. Cette idée est confirmée dans le tableau 15, dans l'analyse exploratoire combinant les différents thèmes. Les médecins qui avaient le moins de difficultés étaient aussi ceux qui avaient le plus de connaissances.

Il était intéressant de remarquer que les médecins qui avaient bénéficié d'une formation universitaire, avaient tendance à ne pas avoir réalisé d'autres formations. Il est possible que la formation universitaire de notre région soit performante au point de ne pas avoir besoin de formation complémentaire. Mais le plus probable, est que les médecins n'ayant bénéficié d'aucune formation pensent avoir au minimum eu leur formation universitaire.

Dans les formations complémentaires, certains types étaient souvent associés entre eux : comme les FMC et les groupes de pairs, ou encore les congrès, les recherches personnelles et les formations médicales continues. Ceci peut s'expliquer en partie par la facilité d'accès à ces types de formation. De plus l'augmentation des campagnes de sensibilisation et des formations destinées aux professionnels de santé peut également expliquer leur fréquence, et leur association.

L'analyse la plus intéressante était celle regroupant les différents thèmes associés. La matrice de corrélation dégagait de façon nette une association positive entre 10 items différents.

Nous pouvions alors établir le profil des médecins qui dépistaient le plus de cas, avec un panel plus large d'actions différentes associées. C'est-à-dire les médecins les plus performants dans le dépistage et la prise en charge.

Ces médecins avaient tendance à être plus âgés, exerçant dans un milieu urbain. Ils effectuaient un dépistage plutôt systématique, avec à leur disposition un réseau local bien connu, et un nombre d'outils distincts plus important. Ces médecins avaient bénéficié d'un certain nombre de formations différentes sur le sujet, et jugeaient leurs connaissances comme plutôt bonnes.

Ces médecins étaient désireux de découvrir la plaquette d'information proposée. Ils rencontraient également le moins de difficultés lors de leur prise en charge.

A noter deux particularités concernant les femmes médecins. Celles-ci auraient tendance à dépister de façon plus systématique que les hommes, selon l'étude exploratoire. Le fait d'être une femme rend peut être plus facile le questionnement d'autres femmes concernant les violences qu'elles auraient subies.

De plus, les médecins jeunes avaient tendance à être plutôt de sexe féminin, résultat lié à la féminisation du corps médical.

VI. CONCLUSION

Malgré le faible taux de réponse, cette étude a pu dégager de nombreux résultats intéressants.

Le dépistage actif sur point d'appel des victimes de violences conjugales est fortement pratiqué dans notre région, avec un dépistage systématique plutôt marginal. Ce faible pourcentage malgré les recommandations est le reflet de l'inadéquation entre théorie et pratique.

Concernant les signaux d'alerte, le médecin généraliste doit être amené à se questionner devant une consultation pour des troubles psychologiques ou la prescription de psychotropes.

Le volet médical de la prise en charge des victimes est parfaitement maîtrisé par les médecins interrogés.

Cependant, il persiste un isolement du médecin face aux situations de violences. Le médecin généraliste doit être le coordinateur d'une prise en charge pluridisciplinaire, à travers des réseaux de soins. La prise en charge, en réseau, permet de dépasser les limites de la prise en charge habituelle grâce, à une mutualisation des connaissances et à la pluridisciplinarité.

La réticence des patientes à parler reste la principale difficulté rencontrée par les médecins.

La plaquette d'information a été bien accueillie et semble être un outil intéressant à développer, avec des versions plus locales, pour le diffuser au plus grand nombre.

Le plus de l'étude est l'analyse exploratoire des données, qui a permis de mettre en évidence un « profil type » du médecin performant dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

A noter que cette étude a été créée, pensée et mise en place avant la fusion des régions Haute Normandie et Basse Normandie. Il serait intéressant de refaire une étude sur notre nouvelle région, la Normandie.

Finalement, plus que les questions posées, c'est la relation médecin-patient qui amène à la divulgation des violences conjugales⁷⁰.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. MARYSE JASPARD & al. « Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France ». Population et sociétés, n° 364, 2001.
2. OMS. Rapport sur la violence et la santé.OMS 2002. 375 P.
3. Violences physiques ou sexuelles au sein du ménage. INHESJ et ONDRP. Repères, juillet 2011. [En ligne] Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/reperesONDRP_15.pdf Consulté le 01/03/2016
4. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2013. [en ligne] Disponible sur : <http://www.police-nationale.interieur.gouv.fr/Actualites/L-actu-police/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2013>. Consulté le 22/06/2015
5. BAUER A, SOULLEZ C. La criminalité en France, Rapport 2012 de l'Observatoire national de délinquance et des réponses pénales, Les résultats des enquêtes de "Cadre de vie et sécurité". INSEE-ONDRP 2007 à 2012. 2012, 8 pages. [en ligne] Disponible sur : http://www.inhesj.fr/sites/default/files/files/Mini_synthese_CR.pdf
6. MUCCHIELLI I. Une société plus violente ? Analyse socio-historique des violences interpersonnelles en France, des années 1970 à nos jours. Déviance Société 2008 ; 32 :115-47
7. ONU. Declaration on the Elimination of Violence against Women, General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993. [en ligne] Disponible sur : [http://www.unhchr.ch/huriDOCda/huriDOCa.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En](http://www.unhchr.ch/huriDOCda/huriDOCa.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En). Consulté le 22.06.2015
8. HENRION R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Février 2001 47 page. In : La Documentation française. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml> (Consulté le 22/06/2015)

9. NECTOUX M, MUGNIER C, BAFFERTS S et al. Coût des violences conjugales envers les femmes : les apports de l'enquête EVS à un chiffre global pour la France. Disponible sur : <http://www.police-nationale.interieur.gouv.fr/Actualites/L-actu-police/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2013>. (Consulté le 22/06/2015)
10. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual, OMS, 2013.
11. 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 : Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id>
12. 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. JORF n°81 du 5 avril 2006, page 5097.
13. Code Pénal. Article 222-22 modifié par LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 36 [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417675&dateTexte=&categorieLien=cid>
14. CAMPBELL JC, Risk factors for femicide in abusive relationships : results from a multisite case control study. AmJ of public health, 2003, 93(7).
15. La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE. Rapport de l'agence des droits fondamentaux de l'union européenne 2013.
16. PROUST B, THUREAU S, MOKDAD B, et al. Les violences numériques ne sont pas virtuelles : à propos de 127 observations au CASA du CHU de Rouen. 49^{ème} Congrès Francophone International de Médecine Légale, Toulouse, juin 2015.
17. Bilan de l'année 2014 CHU hopitaux de rouen_Service de médecine légale et droit de la santé. Pr Proust-chef de service.
18. Colloque "Les violences conjugales". Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations, la justice et la police. Nantes 2007. [en ligne] Disponible sur: <http://www.gynsf.org/vc/actesnantes.pdf> (Consulté le 24/06/2015)

19. KRUG E, DAHLBERG L.L MERCY JA et al .Rapport mondial sur violence et santé. Genève; OMS 2002; 404p.
20. «Ces plaintes médicales qui masquent des violences». Interview de Jeanne Laperdrix, assistante sociale au CASA de Rouen par Dr N. S-M. Le figaro, Lundi 25 janvier 2016. Dossier santé page 10.
21. SAUREL-CUBIZOLLES MJ, BONDEL B, LELONG N, et al. Violence conjugale après une naissance (Marital violence after birth). Contracept Fertil ex 1997; 2: 159-64
22. DUVNJAK sandra. Dépistage et prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste : création d'une maquette d'information. Thèse d'exercice en médecine. Marseille, Faculté de médecine de Marseille université de la méditerranée, 2010.
23. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
24. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/Principales-mesures-du-4eme-plan.pdf> Consulté le 01/03/2016.
25. 49^{ème} assemblée mondial de santé Genève (49; 1996; Genève). La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique, 1996. 3P.
26. « Etude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France » PSYTEL, 2014.
27. Rapport du conseil de l'Europe : assemblée parlementaire, 17 juillet 2002, Violence domestique, Mme Err, Mme Aguiar. [en ligne] Disponible sur : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=9815&lang=fr>
28. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Série des Traités du Conseil de l'Europe - n° 210. Istanbul, 11 mai 2011.[En ligne] Disponible sur : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680084840>

29. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les homes. JORF n°0179 du 5 août 2014 page 12949 texte n° 4.
30. Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, 2011/2013. 79p.
31. EISENSTAT SA, BANCROFT L. Domestic violence. N Engl J Med, 1999; 341: 886-892.
32. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Documents d'information pour les professionnels. Septembre 2009; 5p. [en ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf
33. TAFT A, O'DOHERTY L, HEGARTY K, et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
34. L'institut de l'humanitaire. Site pour les professionnels de santé sur les Violences Conjugales. "Prise en charge". 2009. [en ligne]. Disponible sur : <http://violences.fr/> (consulté le 10/07/2015)
35. Institut National de Santé Publique du Québec. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. 2010[En ligne] Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf consulté le 06/03/2016
36. SHERIN KM, SINACORE JM, LI XQ, et al. HITS, a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. Family Medicine, vol. 30, no 7, juillet-août 1998, p. 508-512
37. BROWN JB, LENT B, BRETT PJ, et al. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med. 1996 Jun;28(6):422-8.
38. Haute Autorité de santé. Certificat médical concernant une personne victime de violences. Octobre 2011. [En ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences. Consulté le 27/02/2016.

39. CHARIOT P, BECACHE N, PROUST B et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. Journal Européen des Urgences et de Réanimation, Volume 24, Issue 2, August 2012, Pages 101-104
40. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale, http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033099C.pdf Consulté le 01/03/2016.
41. BOISMAIN Amélie, GAUDIN Marie. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse d'exercice en médecine. Grenoble : Université de médecine de Grenoble, 2012. Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/751787/filename/2012GRE15122_boismain_amelie_et_gaudin_marie_1_D_.pdf
42. MORVANT C. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès des médecins généralistes. Thèse d'exercice en médecine. Paris : Paris 6 UFR Pierre et Marie Curie, 2000.
43. TABART A. Etude qualitative sur la prise en charge des violences conjugales dans le calvados : de la place du médecin généraliste vers le développement d'un réseau de santé. Thèse d'exercice en médecine. Caen, Faculté de médecine, 2012.
44. BELIN I, CANUET H. Prise en charge par le médecin généraliste de la femme victime de violences conjugales, à partir d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes de Basse-Normandie. Thèse d'exercice en médecine. Caen, Faculté de médecine, 2008
45. MORVANT C., LEBAS J., CHAUVIN P. - Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale , un état des lieux des pratiques en Ile-de-France. Paris, Institut de l'Humanitaire, 2000, 25 p.
46. SUGG NK, INUI T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. JAMA. 17 juin 1992; 267(23):3157-3160.
47. LE BARS M. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. Éthique & Santé, volume 12, issue 4, Décembre 2015, Pages 244–249.

48. Code de déontologie médicale. Edition novembre 2012. [En ligne] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
49. Article 226-13 et 226-14 du code pénal, de l'atteinte au secret professionnel. [En ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BA7CF931756980D245E3CC0E77B2017F.tpdila09v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006181756&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20160104
50. SOS Femmes, Yves Lambert, créé en 2000. Dernière mise à jour en 2016. [En ligne] Disponible sur : <http://www.sosfemmes.com>
51. Violences contre les femmes, la Loi vous protège. [En ligne] Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
52. Le cycle de la violence conjugale. Solidarité femmes, Loire-Atlantique. Stop aux violences envers les femmes. [En ligne] Disponible sur : <http://www.solidaritefemmes-la.fr/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>
53. REHLINGER C. A propos des femmes battues : réponses apportées dans le département de la Moselle. Thèse d'exercice en médecine. Nancy, Faculté de médecine, 1983.
54. POINSOT D. Statistiques pour les statophobes : Une introduction au monde des tests statistiques à l'intention des étudiants qui n'y entravent que pouic et qui détestent les maths par dessus le marché.2004 [En ligne] Disponible sur : https://perso.univ-rennes1.fr/denis.poinsot/Statistiques_%20pour_statophobes/STATISTIQUES%20POUR%20STATOPHOBES.pdf
55. THUREAU S, LE BLANC-LOUVRY I, PROUST B et al. Conjugal violence : A comparaison of violence against men by women and women by men. Journal of Forensic and Legal Medicine, 31 (2015) 42-46.
56. CARMO R, GRAMS A, MAGALHAES T. Mens as victims of intimate partner violence. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2011 : 355-9
57. DUTTON Dg, NICHOLLS TL, SPIDEL A. Female perpetrators of intimate abuse. The Haworth Press : 2005.
58. FREELAND R, GOLDENBERG T, STEPHENSON R. Perceptions of Informal and Formal Coping Strategies for Intimate Partner Violence Among Gay and Bisexual Men. Am J Mens Health,26 février 2016. pii: 1557988316631965. [Epub ahead of print]

59. THOMAS A, BAZEX H, TRAPE F et al. Pratiques professionnelles et violence. Restitution d'une enquête menée en Midi-Pyrénées. Réseau prévention violence et orientation santé ; 2009, 26p.
60. US Department of Health and Human Services. Screening for family and intimate partner violence [Systematic Evidence Review No. 28], Rockville (Md), Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
61. RAMSAY J, RICHARDSON J, CARTER YH, et al. Should health professionals screen women for domestic violence ? Systematic review. BMJ. 10 Aout 2002 ; 325(7539) : 314.
62. MACMILLAN H, WATHEN C. Violence against women : integrating the evidence into clinical practice. CMAJ. 2003 ; 169(6) :570-1.
63. CHERNIAK D, GRANT L, MASEN R, et al. Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. JOGC. 2005 ; (157) :387-417.
64. CHAMBONET JY, DOUILLARD V, URION J, MALLET R. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. Revue du Praticien médecine générale, 2000; 507: 1481-1485.
65. VAREILLE C, CLAESSENS YE, ALLO JC et al. Amélioration du dépistage et optimisation de la prise en charge des violences conjugales aux urgences de Cochin. Journal Européen des Urgences, Juin 2009, Volume 22, supplément 2, Pages 183-184.
66. POYET A. Le médecin généraliste face aux violences : évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Thèse d'exercice en médecine. Nantes : Université de Nantes, 2006.
67. XXème journées internationales méditerranéennes de médecine légale (février 2014, Paris). « Violences faites aux femmes : pour un parcours régional de bien-traitance au service des victimes et de la société. A propos du Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (C.A.S.A) » par S. Thureau, JM. Pasquier, B. Mokdad et al. 2015, p.14-15
68. BERNARD V. Prise en charge des femmes victimes de violences en unité médico-judiciaire. La revue de l'infirmière, novembre 2014, n°205, p33-35.

69. BAZEX H, THOMAS A, COMBALBERT N et al. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence conjugale, L'Encéphale, Volume 36, Issue 1, February 2010, Pages 62-68.
70. GERBERT B, CASPERS N, BRONSTONE A, et al. A Qualitative analysis of how physicans with expertise in domestic violence approach the identification of victims. Ann. Intern. Med. 19 Octobre 2009 ; 131(8) :578-84
71. MAISONNEUVE H. Guide du thésard 7ème edition. 2012 [En ligne] Disponible sur :
<http://www.sanofi.fr/l/fr/fr/download.jsp?file=D7889C86-3DBB-42A9-8925-2C1325D946EB.pdf>

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Présentation du diplôme universitaire :

« Pratiques médico-légales...au quotidien »¹⁷

DU

CFC
CFA
CENTRE UNIVERSITAIRE DE
FORMATION CONTINUE
ET PAR ALTERNANCE

Pratiques médico-légales au quotidien à l'usage de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des violences



► Objectifs

- Donner aux acteurs de santé un socle commun de connaissances en médecine légale et en droit de la santé pour mieux coordonner leurs actions dans les domaines santé, justice et social.
- Permettre aux magistrat(e)s, policier(ère)s et gendarmes de mieux connaître les situations médico-légales qui se posent au quotidien aux acteurs de santé afin de faciliter leur gestion.
- Créer des échanges interprofessionnels au cours de séances d'enseignements interactives avec une analyse des pratiques.

► Programme

- Organisation judiciaire et prise en charge des victimes de violences (28h)
- Victimes et auteurs de violences : réponses médicales, médico-légales et sociales (30 h)
- La gestion des activités médico-légales au cours de la médecine de soins (22h)

L'enseignement sera assuré par :

- Le personnel du service de médecine légale du CHU de Rouen : (58h)
- Un psychiatre du centre hospitalier spécialisé du Rouvray : (6h)
- Un magistrat (8h), un policier (1h30), un gendarme (1h30), un avocat (3h), la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (2h)

Cet enseignement associe 60h de cours et 20h de séances interactives : étude de dossiers permettant une analyse des pratiques au cours d'échanges interprofessionnels

► Pré-requis

- Etudiant(e) en formation initiale : étudiant(e) de 3^{ème} cycle de Médecine
- Stagiaire de la formation continue :
 - Docteur en médecine
 - Psychologue et travailleurs sociaux
 - Sage-femme
 - Cadre de santé, infirmières
 - Personnel de l'administration hospitalière
 - Magistrat(e)
 - Policier(e) gendarme
 - Niveau d'entrée L2

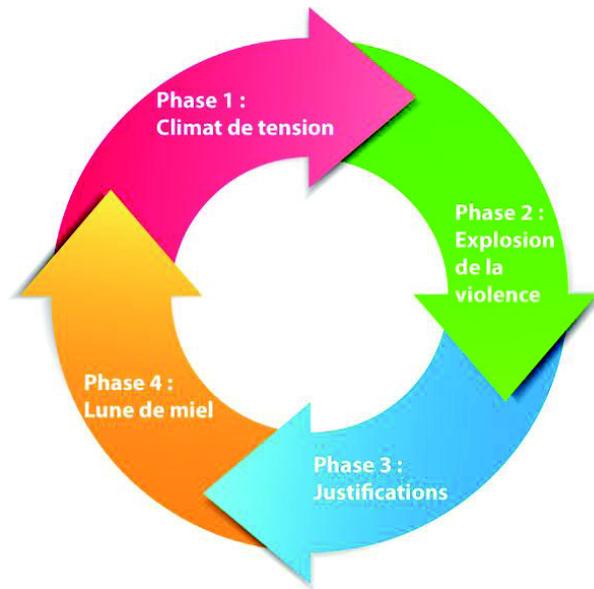
► Responsables pédagogiques

- Mr Bernard PROUST
PU
bernard.proust@chu-rouen.fr

Renseignements administratifs et retrait des dossiers	Assistante formation : Betty JARRY Tél. : 02 35 14 60 77 betty.jarry@univ-rouen.fr Conseillère formation : Marie-Laure CAUDRON Université de Rouen, CFC, 17 rue Lavoisier 76821 Mont-Saint-Aignan cedex
Calendrier	Début janvier 2016
Durée	3 modules d'enseignement d'une durée totale de 80 heures, répartis en trois semaines d'enseignement qui se dérouleront à Rouen
Validation	Examen écrit
Tarifs	Nous consulter
Lieu	Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Rouen

Annexe 2 : Le cycle de la violence

Les cycles s'enchainent, telle une spirale, avec une tendance à la disparition de la phase lune de miel. A1 chaque nouveau cycle la violence s'aggrave.



1. TENSION :

Mise en place du système d'emprise.

Période délicate où la frustration et les tensions montent pour l'agresseur.

La femme ressent de la peur et du stress, avec adaptation de son comportement.

2. AGRESSION :

Explosion de la violence, période de terreur pour la victime.

3. REMISSION-JUSTIFICATION :

Minimisation de la violence.

Déni et regrets pour l'agresseur, culpabilisation inversée pour la victime.

4. LUNE DE MIEL :

Période utilisée pour reconquérir la victime.

Réconciliation et espoir pour la victime qui espère un changement. Cette phase tend à disparaître au fur et à mesure.

Annexe 3 : Questionnaires de dépistage

HITS :³⁶

- 1_ HURT : Est-ce que parfois votre conjoint vous frappe ?
- 2_ INSULT : Est-ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?
- 3_ THREATEN : Est-ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?
- 4_ SCREAM : Est-ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?

WAST :³⁷

- 1_ En général, comment pourriez-vous décrire votre vie conjugales : beaucoup de tensions, quelques tensions ou pas de tension ?
 - 2_ Lorsque vous n'êtes pas d'accords sur le sujet, est ce que vous et votre conjoint vous en discutez avec une grande difficulté, quelques difficultés ou aucune difficulté ?
- Pour les questions suivantes, répondre par : jamais, parfois, souvent.
- 3_ Est-ce qu'au terme de la discussion, vous vous sentez rabaissée ?
 - 4_ Est-ce que la discussion finit parfois par des coups, des coups de pieds, oui le fait d'être poussée ?
 - 5_ Vous sentez vous parfois effrayée par ce que votre partenaire dit ou fait ?
 - 6_ Est-ce que votre partenaire vous a parfois agressé physiquement ?
 - 7_ Est-ce que votre partenaire vous a parfois agressé psychologiquement ?
 - 8_ Est-ce que votre partenaire vous a parfois agressé sexuellement ?

Annexe 4 : Exemple d'un certificat médical³⁸

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance)¹, le _____ (date)____, à _____ (heure)____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)²,

en présence de son représentant légal ³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom)¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom)¹.

Il/Elle déclare ⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date)____, à _____ (heure)____, à _____ (lieu)____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____) ⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____) ⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi ⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres)_____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications ¹¹.

Certificat établi, le _____ (date)____, à _____ (heure)____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom)¹ et remis en main propre.

Signature ¹² et
cachet
d'authentification

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement (ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits). Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Notes à propos du certificat médical :

- Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.
- Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.
- Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire

Chères consœurs, Chers confrères,

Je m'appelle Julie Bures, actuellement en 3ème année d'internat de médecine générale à Rouen. Je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse sur le dépistage et la prise en charge des violences conjugales par les médecins généralistes de Haute Normandie.

Pourquoi les violences conjugales ?

Les violences conjugales touchent 10% des femmes et représentent une femme sur quatre en consultation de médecine générale. Elles sont trop souvent sous diagnostiquées avec une prise en charge difficile. L'impact sur la santé de ces femmes est majeur. C'est un enjeu de santé publique avec un coût estimé à 2.5 milliards en 2006. Depuis plusieurs années, le gouvernement français mène de nombreuses actions pour améliorer la sensibilisation, la prise en charge et la qualité de vie de ces femmes.

Mon objectif est d'étudier le dépistage et la prise en charge de ces violences par les médecins généralistes de notre région. De plus, une plaquette d'information téléchargeable sera disponible pour faciliter ce type de consultation.

Le questionnaire est court, nécessitant en **moyenne 5 à 10 minutes**.

Le lien :

<https://app.evalandgo.com/s/?id=JTICbyU5M2wIOUE=&a=JTICaSU5NnAIOTY=>

Merci du temps que vous m'accorderez pour mener à bien ma thèse.

Julie BURES

Annexe 6 : Questionnaire

1. Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quel est votre type d'exercice ? Plusieurs choix possibles.

- Libéral
- Salariat
- Seul
- En groupe de médecins
- En groupe de médecins et/ou paramédicaux

4. Où se situe votre lieu d'exercice ? Plusieurs choix possibles.

- En milieu rural
- En milieu semi-rural
- En milieu urbain
- Département 76
- Département 27

5. En générale, concernant les violences conjugales, quel type de dépistage réalisez-vous durant vos consultations ?

- Dépistage systématique
- Dépistage sur point d'appel
- Aucun dépistage

6. Combien de cas de violences conjugales avez-vous rencontré sur les 3 derniers mois?

7. Quels étaient les motifs de consultations initiaux de ces femmes ? Plusieurs choix possibles.

- Troubles psychologiques
- Prescription de psychotropes
- Syndrome douloureux chronique
- Suivi gynécologique
- Suivi de grossesse
- Suivi des enfants
- Violences conjugales
- Pas de cas de violences conjugales rencontrés ces 3 derniers mois
- Autre

8. Qui oriente la consultation vers les violences conjugales ?

- La patiente
- Vous
- Une Tierce personne

9. Une fois la situation de violences conjugales établie, que faites-vous généralement ? Plusieurs choix possibles.

- Réalisation d'un certificat de coups et blessures
- Notes dans le dossier au sujet des violences conjugales
- Contact Police/Gendarmerie
- Orientation vers une assistante sociale
- Orientation vers des associations
- Orientation vers un/une psychologue
- Conseils et numéros utiles donnés à la patiente
- Hospitalisation (avec accord de la patiente)
- Orientation vers un confrère, ou une structure adaptée tel que le Centre Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA)
- Autre

10. Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la prise en charge des violences conjugales ? Plusieurs choix possibles.

- Défaut de formation
- Sentiment d'intrusion
- Manque de temps
- Etre le médecin de famille
- Peur d'éventuelles représailles
- Réticence de la patiente
- Problème social plus que médical
- Problèmes déontologiques et juridiques
- Mauvaises expériences antérieures
- Réseau local d'aides méconnu
- Sentiment d'inconfort face à ces situations
- Sujet tabou
- Autre

11. Quels types de formations sur les violences conjugales avez-vous ? Plusieurs choix possibles.

- Cours universitaire
- Formation médicale continue
- Congrès
- Groupe de pairs
- Lecture d'article
- Recherches personnelles
- Autre

12. Comment jugez-vous vos connaissances sur les violences conjugales et leur prise en charge ?

- Bonnes
- Moyennes
- Insuffisantes
- Inexistantes

13. Quels outils avez-vous à disposition dans votre cabinet ? Plusieurs choix possibles.

- Affiche informative dans la salle d'attente ou de consultation
- Brochures en libre-service sur les violences conjugales
- Contacts d'assistantes sociales
- Contacts d'associations d'aide aux victimes
- Contacts de centres d'hébergement en urgences
- Numéro national 3919, Violences femmes info
- Aucun

14. Pensez-vous avoir un bon réseau local d'aide dans vos contacts pour la prise en charge des violences conjugales ?

- Oui
- Non

15. Seriez-vous intéressé par l'envoi d'une plaquette brève d'information sur la prise en charge des violences conjugales ?

- Oui
- Non

Veillez trouver ci-joint le lien de téléchargement de cette plaquette d'information mise à votre disposition.

<https://drive.google.com/open?id=0B3gN8toJn-glemxvNUJCRFJ3bWs>

16. Comment jugez-vous l'intérêt de cette plaquette pour votre pratique ?

- Peu d'intérêt
- Moyennement intéressant
- Intéressant
- Très intéressant

17. Seriez-vous intéressé par d'autres informations sur cette plaquette ?

- Oui
- Non

18. Quelles sont ces informations ?

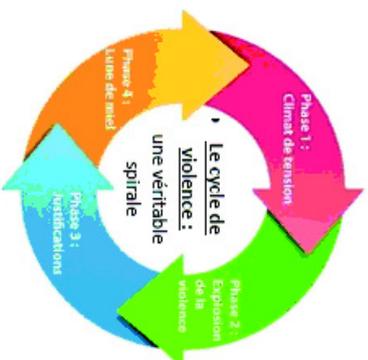
Annexe 7 : Plaquette d'information

Disponible sur : <https://drive.google.com/open?id=0B3gN8toJn-qlmxxvNUJCRFJ3bWs>

Violences conjugales :
Aide au repérage et la prise en charge pour les médecins

Rappels

- En France :
 - 10% des femmes sont concernées ;
 - 1 femme sur 4 en consultation ;
 - 1 femme décède tous les 3 jours.



- Utilisation d'un mécanisme de **culpabilisation inversé** avec une **emprise totale** sur la victime.
- De multiples formes de violences :
 - Psychologiques,
 - Verbales,
 - Physiques,
 - Sexuelles,
 - Economiques.
- **Facteurs précipitants :**
 - Séparation,
 - Grossesse,
 - Chômage / précarité,
 - Jalousie,
 - Refus de rapport sexuel.

Dépistage

Systematique ou sur point d'appel, oser poser la question. Les victimes sont majoritairement favorables à un dépistage systématique.

- **Des questions simples :**
 - « Comment ça se passe à la maison ? »
 - « Vous avez chuté ou on vous a poussée ? »
 - « Les troubles du sommeil sont fréquents en cas de violences conjugales, est-ce votre cas ? »

- La **présence d'affiches et de brochures** dans la salle d'attente montrent votre intérêt pour ce sujet.

La consultation :

- Etre seul, dans un climat de confiance
- Déculpabiliser
- Rappel du secret professionnel, que la Loi punie ces violences
- Respecter le rythme de la patiente



Signes évocateurs :

- Rendez-vous annulés au dernier moment
- Refus de visite à domicile, de se déshabiller
- Surconsommation médicale
- Attitude inadapté du conjoint



Signes cliniques à rechercher :

- **Physiques :** Douleurs chroniques diffuses, troubles somatoformes, lésions traumatiques, troubles gynéco-obstétriques (IST, IVG à répétition, fausses couches,...)
- **Psychiques :** Syndrome de stress post-traumatique, troubles du sommeil, troubles anxio-dépressifs...
- **Enfants :** Troubles du comportement, troubles du développement, difficultés scolaires...

Julie BUREŞ, Thèse médecine générale, 2015

Prise en charge

- ✓ Ecouter, rassurer et déculpabiliser
- ✓ Soins si nécessaire
- ✓ Réaliser un certificat médical initial, double dans le dossier.
- ✓ Evaluer la gravité : risque légal ou suicidaire
- ✓ Conseils à donner (cf. ci-dessous)
- ✓ Donner les numéros et adresses utiles
- ✓ Signalement aux autorités ou procureur de la république avec accord de la victime, dérogation pour mineurs, personnes vulnérables ou péril imminent.
- ✓ Prévoir la prochaine consultation

Il est impératif de travailler en **réseau multidisciplinaire** : assistante sociale, psychologue, juriste, association, autorités.

Conseils :

- Reperer les situations à risque et facteurs déclencheurs
- Ouvrir un compte bancaire personnel
- Préparer un « sac d'urgence », en surêté, avec vêtements, papiers d'identités, documents personnels, argent, double des clés
- Avoir une personne de confiance, prête en cas d'urgence
- Préparer les enfants en cas d'urgence (appeler le 17, se rendre chez les voisins,...)

Numéros et adresses utiles :

- 3919: Numéro gratuit et anonyme. Violences femme info
- CASA: Centre accueil spécialisé pour les agressions 02.32.88.82.84
- CIDFF: Information et soutien juridique 76 : 02.35.63.99.99 27 : 02.32.33.44.56
- <http://www.sofefemmes.com/> regroupe les contacts des associations et des hébergements d'urgences selon les régions.
- <http://stop-violencesfemmes.gouv.fr/> à consulter pour les victimes et les professionnels
- <http://violences.fr/> site dédié aux professionnels

Annexe 8 : Plaquette du CASA de Rouen

Vous souhaitez prendre contact avec...

un avocat :

La Maison de l'Avocat

6 allée E.-Delacroix Rouen

Tél : 02 32 08 32 70

une association d'aide aux victimes :

AVIPP Rouen

du lundi au vendredi, 10h30 - 12 h

1 rue Guillaume Le Conquérant Rouen

sans rendez-vous

Tél : 02 35 70 10 20

Rouen les Sapins Tél : 02 35 12 29 20

Canteleu Tél : 02 32 83 20 31

Petit-Couronne Tél : 02 32 11 48 48

Elbeuf Tél : 02 35 77 23 24

Une écoute spécialisée pour les femmes victimes de violences :

Vigie violences : 02 35 63 62 74

CIDFF- 76 (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)

33 rue du Pré de la Bataille Rouen

Tél : 02 35 63 99 99

Les autres lieux d'accueil de l'hôpital Charles-Nicolle

Urgences gynécologiques (Pavillon Femme Mère Enfant) - Sans rendez-vous 24h/24

Tél : 02 32 88 87 08

Urgences pédiatriques (Hôpital d'enfants)

Sans rendez-vous 24h/24

Tél : 02 32 88 80 29

Document remis par :



CHU

Hôpitaux de Rouen

Maison **médico-judiciaire**



Vous avez été

victime

d'une **agression**,
de **violences familiales**,
routières *OU*
psychologiques ?

**Le Centre d'Accueil Spécialisé
pour les Aggressions
peut vous aider :**

02 32 88 82 84

www.chu-rouen.fr/casa

Qu'est-ce que le CASA ?

Le CHU-Hôpitaux de Rouen met à disposition des victimes de violences une **consultation quotidienne**.

Elle est assurée par des **intervenants spécialisés**.

Elle a pour but de **faciliter le parcours médical et judiciaire** des victimes.

Elle permet le **dépôt de plainte** auprès de la Justice, et l'orientation des victimes vers les services de soins spécialisés du CHU, les services sociaux et les associations d'aide aux victimes.

Pourquoi venir au CASA ?

Le CASA peut vous aider en vous permettant :

- d'évaluer les violences
- de recevoir des soins complémentaires, si nécessaire
- d'obtenir un certificat avec ITT pénale (Incapacité Totale de Travail)
- de rencontrer un(e) psychologue ou un(e) psychiatre, si vous le souhaitez
- de rencontrer une assistante sociale

Comment venir au CASA ?

Ce centre est situé à proximité du service des urgences adultes :

Pavillon Dévé 2 - Rez-de-jardin
Service d'Accueil et des Urgences



Vous avez été victime et vous souhaitez :

- porter plainte
- faire constater vos blessures
- être conseillé

Le CASA peut vous recevoir sur rendez-vous au 02 32 88 82 84

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h
et le samedi matin de 9 h à 12 h

En cas d'urgence médicale ou chirurgicale,
vous pouvez téléphoner
au 02 35 58 76 33

Résumé

Titre : Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie.

Introduction : Les violences conjugales concernent 10% des femmes en France, et ont de lourdes conséquences sur ces femmes.

Méthodes : Cette étude quantitative descriptive a été réalisée via un questionnaire en ligne, envoyé aux médecins généralistes de Haute-Normandie. Les résultats, recueillis d'Octobre à Novembre 2015, ont permis d'évaluer les pratiques et les difficultés des médecins concernant le dépistage et la prise en charge des femmes victimes. Une plaquette d'information était proposée et évaluée. Une analyse exploratoire des données a été réalisée.

Résultats : Le dépistage sur point d'appel est préféré au dépistage systématique, peu applicable en pratique. Un « profil type » du médecin performant dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales a pu être élaboré grâce à l'analyse exploratoire. La plaquette d'information semble être un outil intéressant à développer.

Conclusion : La formation et la sensibilisation des professionnels de santé sont à poursuivre. La prise en charge doit être coordonnée par le médecin généraliste, avec une action en réseau, permettant de dépasser les limites de la prise en charge habituelle grâce à une mutualisation des connaissances et à la pluridisciplinarité.

Mot clés : Violences conjugales ; Pratiques professionnelles ; Dépistage ; Plaquette d'information ; analyse exploratoire ; réseau de soins ; pluridisciplinarité

Jury : Monsieur le Professeur Proust B, Président du Jury, membres du jury : Monsieur le Professeur Hermil J-L, Monsieur le Professeur Verspyck E, Madame le Docteur Thureau S, Madame la directrice de cabinet du Chu de Rouen Gaillard V.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur De Golmard F.

Nombre pages : 105

Nombres de tableaux et figures : 2 tableaux et 15 figures