



HAL
open science

Repérage et prise en charge des femmes victimes de violences : identification des besoins et actions menées dans la Manche

Valentin Ambert

► **To cite this version:**

Valentin Ambert. Repérage et prise en charge des femmes victimes de violences : identification des besoins et actions menées dans la Manche. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02491385

HAL Id: dumas-02491385

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02491385>

Submitted on 26 Feb 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 15 octobre 2019

Par

M. AMBERT Valentin

Né le 17 juin 1991 à NANCY (54)

TITRE DE LA THÈSE :

Repérage et prise en charge des femmes victimes de violences
Identification des besoins et actions menées dans la Manche

Président : Monsieur le Professeur MOUTEL Grégoire

Membres : Madame le Professeur CLIN – GODARD Bénédicte

Monsieur le Professeur BENOIST Guillaume

Monsieur le Docteur REMOUE Jean-Emmanuel **« Directeur de thèse »**

Monsieur le Docteur VIVIEN Arnaud

Madame JAMES Gaëlle

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. Médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale

Mme	LEPORRIER Nathalie <i>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</i>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André <i>(fin 31/08/19)</i>	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie <i>(fin 31/08/2021)</i>	Médecine générale
M.	LE BAS François <i>(fin 31/08/19)</i>	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas <i>(fin 31/08/19)</i>	Médecine générale

Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Grégoire MOUTEL. Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A mon juge, Madame le Professeur Bénédicte CLIN-GODARD. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse, veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mon juge, Monsieur le Professeur Guillaume BENOIST. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse, veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mon juge et directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Emmanuel REMOUE. Je vous remercie de m'avoir enseigné depuis le tout début de mon internat, et de m'avoir accompagné depuis, à travers vos conseils et votre écoute, et finalement de juger ce travail.

A mon juge, Monsieur le Docteur VIVIEN Arnaud. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse, veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A mon juge, Madame JAMES Gaëlle. Pour votre aide précieuse pour ce travail, pour avoir accepté ma présence au sein de votre protocole qui m'a permis de comprendre et de mieux appréhender les efforts encore nécessaires pour améliorer le réseau de prise en charge des femmes victimes, ainsi que pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'évaluer ce travail, veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Aux équipes et collègues des services de médecine légale du CHU de Caen et de Saint-Lô, qui m'ont appris à prendre en charge une victime, et à l'aider dans son parcours de soins.

Aux équipes des urgences de Saint-Lô, Coutances, et Cherbourg qui m'ont permis de réaliser cette étude.

A ma famille, pour m'avoir soutenu, aidé, et encouragé depuis mes premières années dans le cursus médical, peu importe les moments difficiles et les coups durs.

A mon papa, qui m'a transmis la valeur du travail, la volonté de se battre pour obtenir ce que l'on souhaite, et pour m'avoir toujours soutenu dans mes choix.

A ma maman, pour son aide, son encouragement, son implication et ses relectures précieuses.

A mon frère, pour son aide sur mon travail, qui même avec parcimonie, saura se faire ressentir.

A mes (nombreux) amis de Caen, qui m'ont accompagné et enduré mes plaintes durant l'écriture de ce travail, vous êtes géniaux, merci !

A mes amis de Nancy, qui malgré la distance, seront toujours là pour moi comme je serai toujours là pour eux !

Enfin **à Emmanuelle.** Merci pour tout, pour m'avoir supporté, encouragé, aimé tout au long de ce travail. Ce sera bientôt mon tour de te rendre la pareille ! Je t'aime.

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VPI : Violences entre Partenaires Intimes

StanCan: Statistics Canada

UNICRI: United Nation Interregional Crime and Justice Research Institute

ONU : Organisation des Nations Unies

INED : Institut National d'Etude Démographiques

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

CVS : [Enquête] Cadre, Vie et Santé

CH : Centre Hospitalier

ITT : Incapacité Totale de Travail

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

ACJM : Association d'Aide aux Victimes, de Contrôle Judiciaire socio-éducatif, d'enquête de personnalité et de Médiation pénale.

FMC : Formation Médicale Continue

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissement et Services sociaux et Médico-sociaux

ENVOL : Espace Normand de Victimologie et d'Orientation Libre

INDEX Tableaux et figures

Tableaux :

Tableau 1 : Etude de la prévalence des problèmes de santé et recours médicaux entre femmes non victimes de violences entre partenaires intimes (VPI), femmes victimes mais dont les VPI sont non perçues, et les femmes victimes dont les VPI sont perçues. (8) **p.12**

Tableau 2 : Proportion de femmes victimes de violences conjugales dans les douze derniers mois, selon le territoire et le type de violence conjugale. (4) **p.15**

Tableau 3 : Effectifs et taux de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint au cours d'une année. (13) **p.16**

Tableau 4 : Durée de l'ITT et qualification pénale. Tableau repris du site internet de l'Institut de Victimologie : www.insitutdevictimologie.fr **p.28**

Tableau 5 : Violences au sein du mariage en France de 2011 à 2017. (13) **p.30**

Tableau 6 : Analyse quantitative des réponses aux questionnaires patients. **p.44**

Tableau 7 : Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des violences avec regroupement par thèmes. **p.47**

Tableau 8 : Classement croissant des professions/entités les plus susceptibles d'accueillir une victime de violence en première intention. **p.47**

Tableau 9 : Analyse quantitative des réponses au questionnaire médecin. **p.55**

Figures :

Figure 1 : Exemple de schématisation du cycle des violences conjugale – Maison de la Connivence – 2011. **p.9**

Figure 2 : Les différents recours et déclaration aux forces de l'ordre suite à des faits de violences. (13) **p.31**

Figure 3 : Première page du guide réalisé par l'équipe du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple [...], édité en 2019. **p.35**

Figure 4 : Professions ou moyens les plus rassurants pour dénoncer des faits de violences selon les femmes interrogées. **p.42**

Figure 5 : Carte de densité de population française définie par la typologie européenne élargie. Réflexions et avancées statistiques, INSEE, 2011. **p.45**

Figure 6 : Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une victime de violences (selon le nombre de réponses données en totalité et non en fonction de l'ordre décroissant). **p.48**

Figure 7 : Classement des professions les plus susceptibles d'accueillir une victime de violences en première intention, retenues par les médecins sans notions de classement. **p.49**

Figure 8 : Nombre de situations violentes rencontrées au cours des carrières des médecins interrogés. **p.51**

Figure 9 : Outils et supports pour sensibiliser la patientèle sur le thème des violences, en médecine générale. **p.53**

Sommaire

Avant-propos	1
Introduction	2
1) Définitions	5
2) Les différents types de violences	5
2.1) La violence physique	5
2.2) La violence psychologique	6
2.3) La violence sexuelle	6
2.4) La violence verbale	6
2.5) La violence sociale et économique	6
3) L'installation et le fonctionnement des violences au sein du couple : la clinique de la violence conjugale	7
4) Conséquence des violences sur la santé des victimes	9
4.1) Conséquences physiques	10
4.2) Conséquences psychologiques	10
4.3) Conséquences sur la santé sexuelle et gynécologique	10
4.4) Autres conséquences	11
5) Epidémiologie et enquêtes internationales	13
6) Epidémiologie et enquêtes françaises	14
7) Contexte historique du droit des femmes et évolution législative	16
8) Facteurs de risque de violences conjugales	21
8.1) Caractéristiques individuelles	21
8.2) L'histoire de vie	23
8.3) Les dynamiques relationnelles au sein du couple	24
8.4) Les caractéristiques socio-économiques	24
9) Le parcours de la femme victime de violences	25
9.1) Quelles démarches	25
A) L'urgence médicale	25
B) La procédure judiciaire	27
9.2) Les différents acteurs du parcours	29
A) Les professionnels de santé	30
B) Les autorités judiciaires	32
C) Les associations d'aides aux victimes	33
Matériel et méthodes	36
1) Recherches bibliographiques et sources	36
2) Type et lieux de l'étude	36
3) Population étudiée	36
3.1) Questionnaire patient	36
3.2) Questionnaire médecin	37
4) Elaboration des questionnaires	38
4.1) Questionnaire patient	38
4.2) Questionnaire médecin	39
Résultats de l'étude	41
1) Questionnaire patient	41
2) Questionnaire médecin	45
Discussion	56
Conclusion	66
Bibliographie	69
Annexes	71

Avant-propos :

Dès mes premières années d'études en médecine, j'ai rapidement pris conscience de la difficulté que présentait la prise en charge d'une femme victime de violences conjugales. En effet, lors de l'une mes premières gardes d'externe au service d'urgences du CHU de Nancy, nous avons traité le cas d'une patiente, blessée après une dispute avec son conjoint.

Je me souviens de la complexité de l'interrogatoire mené par mon interne à l'époque, ne sachant comment aborder le sujet des violences dans le cadre de l'entretien médical.

Par la suite, la gêne ressentie par le personnel de santé pour aborder le sujet des violences conjugales m'a souvent étonné et ce, tant au sein des établissements de santé (structures hospitalières) que dans les cabinets de praticiens libéraux en ville.

L'orientation de carrière choisie lors de mon internat m'a conforté dans mon désir d'améliorer cette prise en charge et plus spécifiquement l'accompagnement et le suivi de la femme victime de violences tout au long de son parcours médical et juridique.

Conscient du manque de formation spécifique au cours des études médicales et par la suite, de la méconnaissance des réseaux de soins qui se sont constitués ces dernières années, j'ai voulu allier mon travail de thèse de médecine générale à ma formation de futur médecin légiste ; ceci afin d'apporter des réponses, qui je l'espère, amélioreront et débanaliseront la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Introduction

Ce travail de thèse et cette étude sont nés d'une implication dans le protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, les violences intrafamiliales, et les violences faites aux femmes du département de la Manche, dirigé par Mme JAMES Gaëlle, Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'Égalité Femmes-Hommes de la préfecture de la Manche.

Ce protocole est une suite directe du 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes, lancé par madame la Ministre en charge des droits des femmes le 25 novembre 2016, journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes. Les grandes lignes de ce plan concernaient le renforcement des actions de prise en charge des violences notamment dans les territoires les plus fragiles et les moins pourvus. Une sensibilisation accrue du public était également programmée à travers le développement de la connaissance des diverses manifestations que peut revêtir la violence. Il s'agit alors de faire prendre conscience que même si les situations ne sont pas directement perceptibles, la violence est réellement présente dans le quotidien de chacun. La connaissance des différentes possibilités d'orientation pour les victimes de violence, constatée ou subie, est un autre point abordé par le 5^{ème} plan.

Concernant le protocole manchois, les grands axes de travail regroupent donc différentes actions :

- Développer le travail en réseau afin de faire connaître les différents acteurs de la prise en charge des violences sur le territoire et améliorer la connaissance du phénomène des violences dans le département par un diagnostic qualitatif et quantitatif partagé.
- Développer la prévention des violences le plus précocement possible.
- Développer la sensibilisation et la communication auprès du grand public et former les professionnels.
- Améliorer le repérage, l'accompagnement dans le parcours judiciaire, sanitaire et social des victimes, des témoins et des auteurs de violences et prévenir la récurrence.

Au sein du protocole, nous avons pu intégrer le groupe de travail sur la prévention des violences et sur la formation et la communication au sein du réseau.

En écoutant et en prenant connaissance des diverses actions menées au sein du territoire par les associations d'aide aux victimes, nous avons pris conscience de la difficulté du parcours d'une femme

victime, entre le premier contact avec un professionnel, le dépôt de plainte, les diverses procédures de protection, le changement de domicile...

Malheureusement, peu de médecins généralistes étaient présents lors des réunions du protocole, alors que, comme vu précédemment, souvent sollicités de façon volontaire par les victimes en première intention, ils forment ainsi un premier réseau de dépistage des violences.

Cette absence de prise en charge médicale systématique joue également sur les conséquences physiques et psychologiques des violences subies. Beaucoup de femmes victimes ne sont pas forcément vues par un médecin ou un psychologue suite à un dépôt de plainte, ce qui fragilise par la suite leur capacité de reconstruction psycho-sociale.

Dans un premier temps, lors d'un stage à l'unité médico-judiciaire, nous avons pu réaliser un logigramme pour faciliter la prise en charge de patients victimes de violences sur Saint-Lô, ceci afin d'aider à l'orientation des victimes suite à leur prise en charge hospitalière (Cf. annexe 1)

Nous avons souhaité ensuite nous impliquer au mieux dans l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales. Pour ce faire, ce travail de thèse a été axé sur deux questionnaires, l'un adressé au public, à toutes les femmes consultant dans le service des urgences de la Manche, sur la base du volontariat et d'autre part un second questionnaire cette fois adressé à l'ensemble des médecins traitants de la Manche.

L'objectif était de faire se recouper plusieurs questions afin de saisir l'impact des messages de prévention à l'attention du public et des professionnels, de connaître leurs connaissances en matière de ressources et de moyens disponibles quand il s'agit de faire face à une situation de violence, une fois encore en mettant en corrélation les patientes et les médecins.

Notre étude a donc plusieurs objectifs :

- Evaluer l'impact des différents moyens de prévention des violences et la connaissance du parcours de soins d'une victime de violence par la population en interrogeant des femmes venant consulter aux urgences quel qu'en soit le motif.
- Evaluer les connaissances des médecins généralistes de la Manche en ce qui concerne la prévention et le dépistage d'une situation de violence conjugale, mais également évaluer leur connaissance du réseau mis en place par le protocole.

- Faire émerger de ces deux évaluations des moyens d'amélioration et d'aide pour les professionnels de santé souvent en première ligne face à des situations compliquées et ainsi faciliter le parcours de soins et le dépistage des violences conjugales.
- Enfin, une dernière question est apparue importante à travailler : compte tenu des chiffres concernant le nombre de victimes de violences conjugales en France, restant relativement stable depuis quelques années, faut-il dépister les violences conjugales de façon systématique en médecine générale ?

1) Définitions

Les violences faites aux femmes, ont été définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* » (1)

On retrouve donc logiquement cette notion de violences faites aux femmes dans la définition des violences conjugales, même si ces dernières peuvent également concerner le partenaire masculin.

Dans les violences survenant au sein d'un couple, dans le cadre privé, ces dernières sont la résultante d'« *un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination. Ces comportements agressifs et violents ont lieu dans le cadre d'une relation de couple (entre deux époux, conjoints ou ex-partenaires) et sont destructeurs quel que soit leur forme et leur mode* » (2)

2) Les différents types de violences

La lecture des différentes définitions du terme « violence » nous amène ici à expliciter les différentes formes que peut revêtir cette dernière : on indique une pluralité en parlant de violences, au pluriel.

2.1) La violence physique

La violence physique constitue le fait de porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne. Cela implique un contact engendrant des blessures ou d'autres souffrances ou traumatismes physiques. On les qualifie alors de violences corporelles.

2.2) La violence psychologique

Elle est caractérisée par un ensemble d'attitudes et de comportements répétitifs dans le temps visant à diminuer une personne, à la maintenir dans une position d'infériorité. Il peut s'agir d'actions telles que des violences verbales, des insultes, des faits de harcèlement... ou encore de manques, de négligences. On dénombre de nombreuses formes de violences psychologiques telles que le dénigrement, le rejet, l'intimidation, l'isolement, l'exploitation... Tous ces moyens sont mis en place

dans un seul but, contrôler la personne victime, en parvenant à lui faire croire qu'elle est responsable de la situation ayant engendré le climat de violence, en détruisant son identité et son estime de soi. On qualifie cette violence psychologique de violence morale, mentale ou émotionnelle. Ces termes touchant à l'affect de la personne font preuve que ces faits de violences restent encore difficiles à détecter.

2.3) La violence sexuelle

L'OMS définit la violence sexuelle comme « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ».

Il est à préciser que l'acte de coercition peut inclure le recours à la force à divers degrés ainsi que l'intimidation psychologique, le chantage ou les menaces de tout type. A la lecture de cette définition, il est avéré que des faits de violences sexuelles se retrouvent également au sein du couple.

2.4) La violence verbale

La violence verbale se traduit par l'émission de paroles à visée dévalorisante, dans le but de contrôler, d'entretenir un climat de tension en maintenant l'autre dans un état de peur et d'insécurité. Elle est partie intégrante de la violence psychologique.

2.5) La violence sociale et économique

Ces deux types de violences visent à maintenir une personne isolée, afin de pouvoir établir un contrôle sur la victime.

L'isolement social d'une part et la perte du réseau familial et amical de la femme victime d'autre part, entraînent une diminution, voire une disparition de tout du support affectif et psychologique pour cette dernière, renforçant ainsi le pouvoir de l'agresseur.

Plus méconnue, la violence économique a une visée d'accroissement de la vulnérabilité de la victime en contrôlant les ressources financières et ses sources (rémunérations) afin de la placer dans un état de dépendance, la privant de son autonomie.

3) L'installation et le fonctionnement des violences au sein du couple : la clinique de la violence conjugale

Les violences conjugales sont au cœur des réflexions sociales, médicales, psychologiques et sociétales. Comment la vie d'un couple, lié en première intention par des sentiments amoureux, peut-elle sombrer dans un climat de peur, de violences, d'horreur ?

Lenore Walker, docteur en psychologie, s'intéresse aux violences et plus particulièrement aux violences conjugales. Elle publie en 1979 un livre « *The Battered Women* » dans lequel elle essaie de comprendre les mécanismes des violences conjugales. Elle les décrit comme suivant un cycle de phases distinctes, qui s'inscrit dans le temps et à travers lequel, à chaque retour à zéro, la fréquence et l'intensité des violences augmentent.

Les violences s'installent au sein d'un couple où la relation est inégalitaire. Le conjoint, dans la plupart des cas, est celui qui décide de tout. Il va, dans une première phase dite d'accumulation de la tension, instaurer un climat que l'on qualifie d'emprise. Il s'agit alors pour lui de maintenir sa partenaire, sa victime, à l'intérieur de cette emprise psychologique. L'objectif est alors petit à petit de culpabiliser la victime, qu'elle se sente isolée, seule, responsable de ce qui lui arrive.

Les moyens employés par l'agresseur sont alors multiples afin d'accentuer la tension qui plane sur la victime et dans le couple : des dénigrement (disqualifications), des insultes, des reproches sur le fait que c'est de sa faute s'il est énervé...

Malgré les tentatives de la victime de contrôler la tension en minimisant les faits, en tentant de ne pas faire « le faux pas » à l'origine de la crise, ou encore en endossant la responsabilité de la situation, accréditant ainsi les fausses accusations dont la blâme son agresseur, arrive inévitablement la deuxième phase du cycle.

C'est la crise ou la phase d'agression physique au cours de laquelle l'agresseur prend alors le contrôle de la situation par la force, par l'acte de violence pur. Il a pour but de terroriser la victime afin d'asseoir sa domination. Cette phase est la plus brève et le manque de contrôle est total.

C'est le moment du cycle qui est le plus connu de tous, que l'on qualifie à tort de violence conjugale car ce n'est pas cette seule phase qui entre en jeu dans le processus de désadaptation et d'isolement d'une victime.

Suite à cette crise, à cette explosion de colère et de violences, arrive une phase de justification. Le conjoint adopte alors une posture de victime, venant s'excuser, répéter qu'il regrette, qu'il n'a jamais voulu s'emporter. Le but est également pour l'agresseur de détourner la responsabilité des actes de violence sur la victime. Il utilise alors des stratégies de manipulation affective pour que la relation ne se termine pas. La victime espère alors qu'en effet, son conjoint a changé et qu'il a pu dérapé... De toute façon, « elle n'aurait pas dû faire de bruit en allant se coucher, elle savait que ça allait l'énerver ».

S'en suit alors la dernière phase du cycle, « la lune de miel », plus ou moins longue, où le couple retrouve une dynamique quasi normale. Le conjoint est présent, a des attitudes attentionnées envers sa partenaire. Il continue d'exprimer des regrets, des remords. C'est également le moment des promesses : « Ça n'arrivera plus, c'était une grave erreur... » Malheureusement, la victime voit là un espoir, une chance que son partenaire puisse changer. C'est à ce moment que l'emprise est complète.

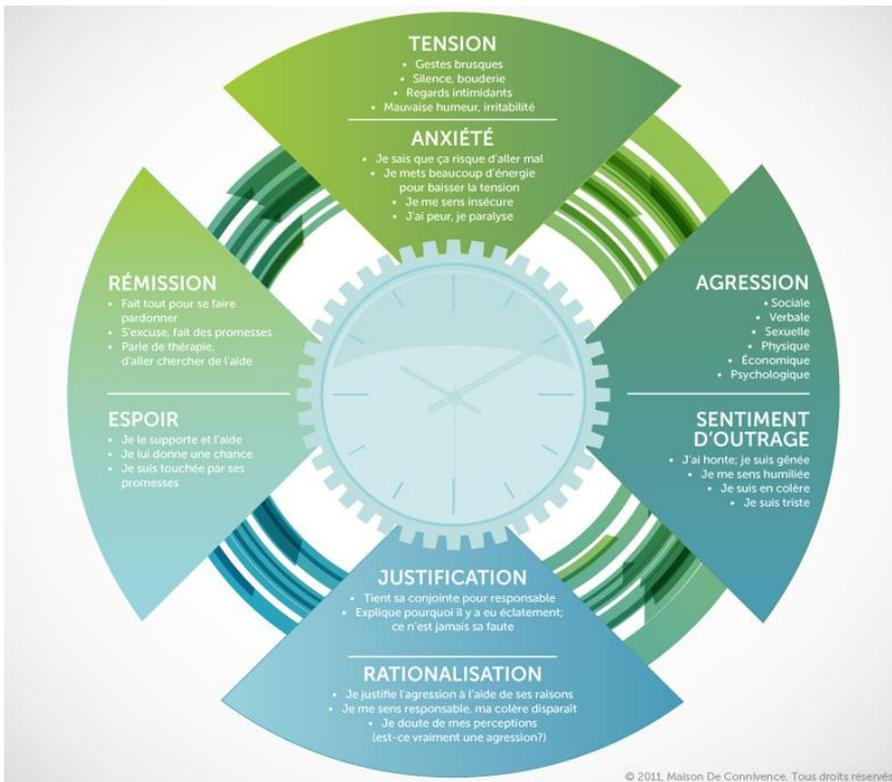


Figure 1 : Exemple de schématisation du cycle des violences conjugales

Maison de la Connivence ; 2011

Au-delà de ce modèle, la compréhension de la genèse des mécanismes de violences conjugales s'inscrit dans une démarche méthodologique complexe visant à expliciter la psychologie des protagonistes vis-à-vis de cette violence.

La violence ne se définit pas que par un acte ou des paroles violentes, la problématique psychique est un facteur indissociable du mécanisme.

Dans les couples où la violence est présente, elle devient un mode de relation prédominant où se crée, de façon paradoxale, « un équilibre » pathologique entre l'auteur et la victime des violences conjugales. C'est pourquoi il est difficile pour un professionnel de santé de parvenir à faire percevoir à ces femmes l'inégalité, le déséquilibre et le danger de leur relation avec leur conjoint.

4) Conséquences des violences sur la santé des victimes

La santé comme définie par l'OMS en 2002 constitue « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

De façon générale et selon diverses études sur la santé des femmes victimes de violences, l'état de santé des victimes est généralement moins bon que celui d'une femme n'ayant jamais été confrontée à des violences. Elles présentent en effet davantage de troubles physiques, psychologiques et

mentaux. Leur consommation en soins médicaux (consultations, hospitalisation, traitement...) est beaucoup plus élevée également.

4.1) Conséquences physiques

Elles regroupent différents types de traumatismes physiques : contusions, brûlures, fractures, hématomes, atteintes ostéo-articulaires...

Elles concernent, en France, en 2011, 33.3% des victimes. Pour 87% d'entre elles, ces lésions sont temporaires, mais pour 8.7% elles seront définitives. (3) Ce genre de lésions peut donc être à l'origine d'un handicap et d'une invalidité, impactant grandement la santé de la femme victime de violences.

4.2) Conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques constituent un ensemble de diverses pathologies dont souffrent les victimes de violences conjugales. Ces pathologies s'installent de façon insidieuse et chronique, et peuvent parfois apparaître comme des séquelles définitives dans la vie des femmes.

La dépression et le stress post-traumatique représentent la plus grande majorité de ces séquelles mentales. L'ENVEFF retrouvait aussi une multiplication par 4,9 du risque de détresse psychologique chez les femmes victimes de violences ainsi qu'une augmentation du risque de tentative de suicide (multiplié par 11.4).(4)

Par ailleurs, divers troubles liés à cet état d'anxiété et de stress créé par le climat familial ont été mis en évidence tels que des troubles émotionnels et psychosomatiques, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, des troubles cognitifs...

On a pu également noter une augmentation du risque d'abus de substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments...).

4.3) Conséquences sur la santé sexuelle et gynécologique

Une étude en 2007 par Coker et al.(5) s'est intéressée à la santé sexuelle des femmes victimes de violences et retrouve une majoration du risque de trouble gynécologique multiplié par 3. Ces troubles constituent le plus grand écart de santé entre les femmes violentées et les autres.

Il a été attesté que, dans un cadre de violences conjugales, le refus du partenaire à utiliser des préservatifs, ou le contrôle de la contraception par ce dernier, augmentait le nombre d'infections sexuellement transmissibles ainsi que le nombre de grossesses non désirées.

De plus, les phénomènes de violences conjugales durant la grossesse ne sont pas exceptionnels. Richardson et al., plaçait d'ailleurs la grossesse comme un facteur de risque de violence conjugale, augmentant le risque par deux chez les femmes enceintes. (6)

L'impact des violences physiques sur la santé de la femme enceinte se retrouve également sur la santé de l'enfant à naître avec notamment une augmentation des morts fœtales in utero, des naissances prématurées, de faible poids du bébé à la naissance, et d'hypotrophie fœtale.

4.4) Autres conséquences

Consécutivement à l'emprise et le contrôle exercés par l'auteur sur la victime, on peut noter une aggravation des pathologies chroniques telle que le diabète, préexistantes auparavant chez les victimes si ces dernières ne peuvent consulter de médecins ou si elles ne peuvent pas avoir accès à leur traitement.

On peut également relever les conséquences sur les enfants dans les familles où existent des violences conjugales. Ces derniers sont pour la plupart témoins et parfois également maltraités : 82.4% ont été dénombrés comme témoins en 2011 et 15.2% comme maltraités en même temps que la victime (3). Les enfants vivant dans ces familles ont plus de risques de développer des troubles psychologiques tels que les troubles anxio-dépressifs ou encore des troubles psychosomatiques et du comportement avec une tendance accrue à l'agressivité, à la délinquance... (7)

Enfin, au niveau social, les violences conjugales sont à l'origine d'un isolement accru des victimes avec une atteinte professionnelle et économique importante illustrée par des démissions, des arrêts de travail répétés... (3)

Pour mettre en lumière les conséquences des violences entre partenaires intimes (VPI), une étude réalisée à Madrid par Sonogo et al., en 2013, étudie la prévalence de différents problèmes de santé et de recours médicaux entre des femmes non victimes, des femmes victimes ne percevant pas leur problème et des femmes victimes conscientes des violences subies.

	Sans VPI (n=2 478) %	VPI non perçue (n=247) %	VPI perçue (n=96) %
Santé générale			
<i>Perception d'une mauvaise santé</i>	28,2	36,8	47,9
<i>Limitation dans les activités du à des problèmes de santé</i>	17,6	23,9	32,3
<i>Souffre d'après le médecin de :</i>			
<i>Asthme/bronchite chronique</i>	6,9	11,7	8,3
<i>Fibromyalgie</i>	2,1	2,4	5,2
<i>Maladie cardiaque</i>	2,3	3,6	5,2
<i>Ulcère à l'estomac</i>	2,8	6,1	9,4
Santé mentale			
<i>Dépression (score du PHQ-9≥10)</i>	7,7	24,3	32,3
<i>Souffre d'après le médecin de :</i>			
<i>Trouble de l'anxiété</i>	12,1	28,3	34,4
<i>Trouble dépressif</i>	9,3	17,8	32,3
Autres problèmes de santé			
<i>Accidents lors des 12 derniers mois</i>	4,4	10,5	9,4
<i>Tabagisme actif</i>	29,9	42,1	45,8
Médicaments pris lors des 2 derniers mois			
<i>Décongestionnants, remèdes contre les rhumes, la grippe</i>	35,3	48,2	45,8
<i>Antibiotiques</i>	17,6	25,1	24,0
<i>Méd. Soins gastro-intestinaux</i>	14,4	21,1	16,7
<i>Med. Soins perte de poids</i>	2,0	7,3	2,1
<i>Tranquillisants, anxiolytiques</i>	14,8	23,5	33,3
<i>Antidépresseurs, stimulants</i>	5,9	14,6	15,6
<i>Conseil, soutien, psychothérapies</i>	2,7	6,9	10,4
Consultations médicales effectuées lors des 12 derniers mois			
<i>Urgences</i>	21,9	33,3	35,7
<i>Gastroentérologie</i>	3,6	6,5	4,2
<i>Cardiologie</i>	2,1	3,2	5,2
<i>Chirurgie générale</i>	1,7	2,0	5,2
<i>Neurologie</i>	2,2	3,6	5,2
<i>Psychiatrie</i>	1,9	3,6	8,3
<i>Traumatologie</i>	10,7	14,2	16,7
<i>Travailleurs sociaux</i>	2,2	6,5	15,6

Tableau 1 : Etude de la prévalence des problèmes de santé et recours médicaux entre femmes non victimes de violences entre partenaires intimes (VPI), femmes victimes mais dont les VPI sont non perçues, et les femmes victimes dont les VPI sont perçues. (8)

Cette enquête a permis notamment de mettre en évidence que les violences étaient majoritairement non perçues par la victime (8.8% non perçues contre 3.4% perçues) et que les femmes victimes de violences présentaient un état de santé plus médiocre.

On peut également noter que la dépression était le facteur le plus marqué avec un Odd Ratio de 3.4, suivi par les troubles anxio-dépressifs et l'utilisation de médicaments divers.

Le recours à des consultations en urgences était également davantage noté par les femmes victimes (OR 1.7).

De façon générale, cette étude a démontré que les différents facteurs étaient tous majorés chez les femmes victimes de violences et conscientes de leur état par rapport aux deux autres panels.

Selon les auteurs, il s'agirait de faits de violences plus ancrés dans le temps et également plus graves chez les victimes conscientes de ces faits violences. (2,8)

5) Epidémiologie et enquêtes internationales

Au niveau international, les premières données statistiques sur les violences conjugales étaient issues d'enquêtes de victimation (fait d'être victime, de subir un préjudice). La première a été initiée aux Etats-Unis en 1973 avec l'objectif de mesurer les phénomènes de délinquance.

Ces enquêtes se sont peu à peu développées dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni, et servent depuis 2001 de façon annuelle d'outils de pilotage et d'orientation des services de police dans plusieurs pays européens. (9)

La première enquête internationale a été mise en place par un groupe de chercheurs des Pays Bas en 1989 (International Crime Victimization Survey) et est reconduite tous les 4 ans depuis 1992.

Une enquête similaire a été réalisée en Europe en 2005 incluant 18 pays européens dont la France. (4)

Ces différentes enquêtes n'ont pas été menées sur un panel issu de la population globale mais à partir de faits consignés dans des registres de police, par conséquent la première enquête réellement représentative a débuté en 1993 au Canada. C'est cette enquête qui a posé les bases des différents travaux nationaux menés par la suite sur les violences intrafamiliales dont, par exemple, l'ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) en 2001.

Depuis 2006, un projet liant StanCan (Statistics Canada), une agence du gouvernement fédéral canadien de collecte et compilation de données et l'UNICRI (United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute), l'institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice, vise à produire des données fiables pour mettre en place des politiques de lutte efficace contre les violences faites aux femmes.

A l'échelle mondiale et selon différentes études analysées par un groupe de travail de Santé publique France, une femme sur trois serait victime de violences conjugales dans le monde. (L'analyse épidémiologique de différentes études retrouvait un écart-type assez important de 1.3 % - 32.9%) (4).

L'étude internationale sur la violence réalisée en 2002 par Krug et al. attestait que 40 à 70 % des femmes victimes de meurtre étaient tuées par leur conjoint (le panel géographique regroupait les Etats-Unis, l'Australie, le Canada, l'Israël et l'Afrique du Sud) (1)

Une étude de l'OMS regroupant ses 27 états membres a permis d'établir une estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en 2006 de 3500 décès par an soit 9 par jour dont 7 concernant des femmes. (2)

6) Epidémiologie et enquêtes françaises

En France, les données concernant les victimes de violences conjugales ont longtemps été partiellement représentatives du phénomène. En effet, depuis 1972, le calcul de statistiques était fait essentiellement à partir des chiffres issus des violences déclarées à la suite de démarches auprès des institutions, les ministères de l'Intérieur et de la Défense avec les constats d'infractions par la police et la gendarmerie et celles du ministère de la Justice avec les condamnations des auteurs de crimes et délits.

À la suite des différents travaux menés Outre-Atlantique, la première étude de victimation a débuté en 1980, avec un but similaire d'objectiver plus précisément la criminalité.

Les violences conjugales en France sont apparues véritablement comme un domaine de travail de Santé publique seulement depuis les années 1990 avec un investissement important de l'OMS notamment par le vote de la résolution 48/104 par l'Assemblée générale de l'ONU le 20 décembre 1993 relative à la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (10).

C'est en 1997, suite aux recommandations de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes de Pékin (1995) que le gouvernement français lance la première étude sur la population générale : c'est l'étude ENVEFF (Etude Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France), constituée d'une équipe de chercheurs pluridisciplinaire dont Maryse Jaspard, chercheuse à l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques). L'objectif premier de cette étude était de réaliser une quantification des violences sur le territoire français, mais une attention particulière a été portée sur d'autres éléments dont les antécédents médicaux des victimes de violences, l'exposition à des facteurs de risques ou de gravité tel que l'alcool, la drogue...(11). Cette étude s'intéressait à la population féminine victime de violences interpersonnelles tout au long d'une vie (facteur de temporalité) avec un champ de travail concernant plus spécifiquement les violences conjugales.

Cette enquête a permis de définir un indice global de violences conjugales chez les femmes en France Métropolitaine : ce dernier était de 9.5% au cours des 12 derniers mois précédant

l'étude.(2,12) Le tableau suivant est extrait du rapport ENVEFF à partir d'un score tenant compte de la fréquence et du cumul des violences.

Violences conjugales	Métropole	La Réunion	Polynésie	Nlle-Calédonie
	<i>N=5793</i>	<i>N=1013</i>	<i>N=770</i>	<i>N=792</i>
Agressions verbales	4,0	4,2	21,0	27,8
Pressions psychologiques	23,5	27,4	36,0	41,3
<i>Dont harcèlement</i>	7,3	8,8	24,0	24,0
Agressions physiques	2,3	2,6	17,0	19,0
Agressions sexuelles	0,8	1,1	7,0	7,2
<i>Champs : ensemble des femmes en couple au moment de l'enquête</i>				
Agressions verbales : au moins une fois dans l'année				
Pressions psychologiques : au moins trois types de pressions subies « quelquefois »				
Harcèlement psychologique : plus de trois types de pressions subies dont au moins un « souvent »				
Agressions physiques : gifles, coups, bousculades, menaces avec arme, tentative de meurtre, séquestration ou mise à la porte				
Agressions sexuelles : gestes sexuels imposés, rapports sexuels imposés par la force				

Tableau 2 : Proportion de femmes victimes de violences conjugales dans les douze derniers mois, selon le territoire et le type de violence conjugale. (4)

Cinq ans plus tard, l'enquête « Événement, Vie, Santé » de 2005, s'intéressait à la répétition des faits de violences et établissait que 51 % des victimes avaient subi de tels actes à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois. Elle précisait également les retentissements psychologiques des faits de violences que nous détaillerons plus loin.

L'enquête « Cadre, Vie et Sécurité » de 2012 comprenait une étude avec un échantillon plus important représentatif de la population féminine française. Elle attestait que 2.5% des femmes interrogées étaient victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles, soit près de 567 000 femmes.

D'autres précisions permettaient de mettre en évidence que seulement 7.5% de ces femmes entamaient une procédure judiciaire suite aux violences subies et que 10.5% de ces femmes étaient enceintes au moment des faits.

Depuis 2006 existe également en France un recensement national des morts violentes au sein du couple établi par la Délégation aux victimes. En 2011, on dénombrait 139 homicides volontaires

dans le cadre de violences conjugales dont 115 femmes. Les chiffres les plus récents communiqués par le gouvernement lors de la Journée Internationale de lutte contre les violences faites aux femmes du 25 novembre 2018 attestaient de 130 femmes décédées suites aux violences conjugales en 2017.

Le site internet « stop-violences-femmes.gouv.fr » transmet également des chiffres plus récents à partir des données de l’Observatoire National des violences faites aux femmes, dont le tableau suivant pour l’année 2017 :

	Nb moyen de femmes victimes sur un an	% de la population tot.
Victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part du conjoint	219 000	1,0
dont victimes de violences uniquement physiques	154 000	0,7
dont victimes de violences uniquement sexuelles	32 000	0,1
dont victimes de violences physiques et sexuelles	33 000	0,3

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en Métropole. Source : enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2018 - INSEE-ONDRP. Ces chiffres sont des moyennes obtenues à partir des résultats des enquêtes de 2012 à 2018.

Tableau 3 : Effectifs et taux de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint au cours d’une année (13)

7) Contexte historique du droit des femmes et évolution législative

Quelques dates permettent de faire un tour d’horizon du statut de la femme et sa place dans la société.

Dans l’Antiquité, on retrouve l’idée dans un texte d’Aristote que le fœtus masculin se dotait d’une âme après 40 jours, alors qu’il en fallait 90 pour le fœtus féminin (Histoire des Animaux, 343 av JC).

Au Moyen-Âge, l’ouvrage intitulé « les Coutumes de Beauvaisis », datant du XIIIème siècle et utilisé à des fins jurisprudentielles autorisait le mari à battre son épouse si cette dernière lui désobéissait. Également à cette époque apparaissait dans les textes « le droit de correction » qui autorisait le mari à battre sa femme avec modération et sans effusion de sang (*Victoria Vanneau ; La paix des ménages, histoire de violences conjugales du XIXème au XXIème siècle*).

Au XVIème et XVIIème siècle, entre 50 000 et 200 000 femmes auraient été traquées par l'Inquisition, suite à une promulgation pontificale d'Innocent VIII en 1484 autorisant l'Inquisition à chasser les hérétiques, les tristement connues « chasses aux sorcières ».

En conséquence de ces idées profondément ancrées, l'histoire des violences conjugales en France et plus largement, celle du droit des Femmes est un sujet encore jeune.

Au début du XIXème siècle, les violences conjugales ont été déclarées punissables en se basant sur les articles 309 et 311 de l'ancien Code Pénal (14).

Cependant, bien que punissables, les violences conjugales restaient largement non réprimées. Cela pouvait s'expliquer par le fait que ces actes de violence dans le cadre intime et privé ne parvenaient pas aux autorités d'une part et d'autre part que le système juridique de l'époque avait été conçu pour maintenir et préserver les valeurs familiales. (14)

Un exemple, repris de l'article de Mathias Couturier sur l'évolution du droit français, est un réquisitoire d'Emile Garçon, criminaliste du XIXème siècle lors d'une affaire de violences conjugales. Il souligne une difficulté législative entre la préservation du lien marital et la protection des membres du couple : « On comprend des poursuites lorsque les coups qui ont été portés sont graves [...] mais il faut se garder, par des poursuites criminelles, de rendre difficile la réconciliation des époux que la loi civile souhaite et favorise » (Garçon, E. : 1901-1096. *Le Code Pénal annoté*, 1^{ère} éd., Paris, Sirey).

Jusqu'à la fin du XXème siècle, l'organisation d'un couple, d'une famille et les rapports entre les différentes personnes qui la composent, étaient relativement affranchis du regard de l'Etat. L'objectif principal du droit à ce moment était de préserver les valeurs familiales et notamment l'unité du mariage.

A cette époque, cette préoccupation dans le domaine légal prévalait sur celle de protection des personnes, en particulier celle de la femme, de l'épouse.

Il faut savoir que jusqu'en 1938, l'épouse était considérée comme personne incapable au sens juridique. Elle ne pouvait prendre aucune décision vis-à-vis de son patrimoine personnel. Elle était « sous la tutelle » de son mari. La loi du 18 février 1938 met fin à cette incapacité civile pour les femmes prévalant depuis le code Napoléon.

A la suite à cette première loi de 1938, il faudra attendre la loi de 1944, année marquant le droit de vote et l'éligibilité sur les listes électorales des femmes puis 1965 pour obtenir la liberté d'exercer une profession sans accord préalable de son époux.

Dans ce contexte, il est difficile d'imaginer une prise en charge optimale concernant les violences faites aux femmes. Dans le domaine du code pénal, les sanctions et lois existantes n'étaient pas ou peu présentes, mal formulées, et participaient davantage au maintien de l'union familiale qu'à la sécurité des personnes.

Un autre point essentiel fait état du peu de considération pour les violences sexuelles subies par la femme au sein du couple. En effet jusqu'au début des années 1990, il n'existait pas de loi pénale claire pouvant punir l'époux pour les actes sexuels qu'il imposerait à son épouse, l'ancien Code pénal ne l'ayant pas clairement défini. La notion de consentement au sein du couple n'était en effet pas présente : l'épouse se devait d'honorer sa « dette conjugale ».

A la fin du XXème siècle, l'autorité publique commença à se préoccuper des violences intrafamiliales, notamment par une prise de parole féminine plus forte aussi bien en France qu'à l'international (15).

En 1965, suite à la loi autorisant les femmes mariées à exercer une profession sans l'accord de leur mari débute une série d'actions législatives améliorant le statut et le droit des femmes en France :

- En 1967, la loi Neuwirth autorise la contraception
- En 1970, l'autorité parentale est désormais divisée entre les deux parents et n'est plus l'usufruit du père de famille.
- En 1975, la loi Veil autorise l'IVG, qui sera ensuite prise en charge par la Sécurité Sociale en 1982.

Par la suite, la loi du 23 décembre 1980 permet l'instauration dans le droit pénal d'une définition claire du viol : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise ». Ainsi, le viol relève désormais des infractions relevant du défaut de consentement.

C'est en 1992, avec l'institution du Code pénal nouveau et suite à un arrêt de la Cour de Cassation en chambre criminelle que le concept de viol « conjugal » est devenu véritablement explicite. (16)

C'est également à l'arrivée de ce nouveau code que la protection des personnes devient une pierre angulaire du système de répression français.

En 1994, une loi crée dans ce code l'article 22-13-6, reconnaissant les faits de violences au sein d'un couple comme un délit spécifique avec des peines aggravées si le conjoint s'en rend responsable.

Un second tournant dans la prise en charge des violences faites aux femmes et des violences conjugales s'est opéré à la suite des résultats de l'enquête ENVEFF sur le plan national en 2002. On retrouve alors un enrichissement du droit pénal et civil avec de nouvelles mesures visant à protéger la femme contre les violences conjugales.

La loi du 26 mai 2004 porte sur la réforme du divorce et développe des mesures d'éviction du conjoint violent. Par la suite, la loi du 12 décembre 2005 facilite l'éloignement de l'auteur des violences et met en place un système de prise en charge psycho-socio-sanitaire de la victime tout au long de la procédure.

Enfin, c'est la loi du 04 avril 2006 qui va insister plus fortement sur les mesures de prévention et de répression des violences conjugales :

- Elle élargit le champ d'action d'application des mesures d'éloignement aux PACS, concubin et ex conjoint.
- Elle introduit la notion de respect mutuel entre les époux en plus de la fidélité, le secours et l'assistance dans le Code civil (article 212).

Elle durcit également les sanctions et précise les infractions relatives aux faits de violences aggravées dans le cas de violences conjugales, en précisant notamment, dans l'article 222-22 du Code Pénal, la définition précise des violences sexuelles : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise [...] quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, **y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.** »

La réclusion en cas de meurtre à la suite de violences conjugales est donc majorée à perpétuité (au lieu des 30 ans initialement prévus) et de la même façon à 20 ans de réclusion en cas de viol (au lieu de 15 ans).

En 2010, la loi du 09 juillet donne une nouvelle arme à la justice dans le cadre de la lutte contre les violences conjugales : l'ordonnance de protection des victimes. Cette mesure peut être prise en urgence par le Juge des Affaires Familiales afin d'interdire à l'auteur des violences (pour une durée de 4 mois renouvelable), d'entrer en contact avec la victime ainsi que l'attribution à cette dernière du logement commun. Cela permet donc une mise en sécurité de la victime en attendant un jugement sur le fond de l'affaire.

C'est également cette loi qui a autorisé dans un premier temps le recours à la surveillance par bracelet électronique des auteurs ainsi que la mise en place d'un dispositif d'alerte pour les victimes. Il faut savoir que cette loi est actuellement peu utilisée et doit être revue suite à la demande de Nicole Belloubet, garde des sceaux, en 2019, afin de pouvoir accompagner l'ordonnance de protection par la mise en place du bracelet sans attendre le jugement.

Enfin, quelques modifications du fond du droit sont notables dans la loi de 2010, en ce qui concerne notamment la présomption de consentement entre époux lors de relations sexuelles et la mise en place de répression contre les violences psychologiques.

D'autres lois ont également vu le jour depuis, améliorant la prise en charge des victimes et durcissant les sanctions envers les auteurs. Voici quelques points importants à souligner :

- La loi du 04 août 2014 relative à l'égalité Homme /Femme, supprime le recours à la médiation pénale dans le cadre des violences conjugales. L'éviction devient la règle.
- Il est également créé par cette loi, un stage de responsabilité pour les auteurs de violences afin de lutter contre la récidive.
- Enfin, cette loi permet la création de modules « violences intrafamiliales » au sein des parcours de formation des professionnels de santé pour mieux les préparer à orienter et prendre en charge les victimes.
- En 2018, la loi du 03 août 2018 renforce les mesures contre les violences sexuelles et sexistes, notamment vis-à-vis des mineurs, et c'est également cette loi qui prévoit des sanctions à l'encontre des violences numériques (harcèlement, cybercriminalité...)

Pour terminer, la lutte contre les violences conjugales et plus largement des violences faites aux femmes est un sujet au cœur de l'actualité. Témoin de l'importance du sujet, le discours du

Président de la République, le 25 novembre 2017, parlait de l'amélioration de la lutte axée sur 3 axes principaux :

- L'enseignement et la formation continue sur la prévention et la lutte contre le sexisme, le harcèlement et les violences
- L'accompagnement des victimes avec l'amélioration de la prise en charge psycho-traumatique, la préservation des preuves au sein des UMJ (Unités Médico-Judiciaires) et la mise en place d'un système de signalement en ligne des violences.
- Le renforcement de l'arsenal répressif avec notamment la loi du 03 août 2018 contre les violences sexuelles et sexistes et des modifications législatives sur le cyber harcèlement.

Plusieurs de ces mesures ont déjà vu le jour et d'autres, comme la généralisation du bracelet électronique pour les auteurs de violences, sont au cœur des actualités socio-politiques.

8) Facteurs de risques de violences conjugales

De nombreuses études mentionnent les facteurs de risques de violences conjugales, souvent analysés de façon différente en fonction du type d'étude réalisée. Cette absence d'harmonisation d'un point de vue méthodologique entraîne une difficulté d'analyse de la relation pouvant s'établir entre facteur de risque et survenance du phénomène de violence.

De façon générale, il existe peu d'analyses multivariées permettant de déterminer de façon précise l'impact et la relation des différents facteurs de risques de violences conjugales avec les faits de violence en découlant. Certains de ces facteurs recensés restent encore controversés du fait d'un niveau de preuve suffisant. (1)

Néanmoins, nous pouvons retenir plusieurs grands axes influençant l'apparition de violences au sein d'un couple :

8.1) Les caractéristiques individuelles

- A) **L'âge** : il apparaît dans les études que les femmes jeunes sont plus susceptibles de subir des violences de la part de leur partenaire. L'enquête CVS rapporte une hausse du risque pour les femmes âgées de moins de 45

ans par rapport à celles âgées de plus de 45 ans. On note également une aggravation du risque de violences pour un partenaire de vie jeune.

- B) **Troubles psychologiques** : les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la diminution de l'estime de soi, sont des facteurs de risques potentiels chez une victime de violence. Il est néanmoins difficile d'apprécier si ces différents troubles sont une conséquence directe de la violence au sein du couple ou s'ils sont aggravés par les traumatismes engendrés par cette dernière.

Concernant les auteurs de violences, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le sentiment de panique, la phobie de l'abandon ou encore les syndromes de stress post-traumatique majoreraient les risques de violences conjugales.

- C) **La grossesse** : la période périnatale est également décrite comme étant un moment d'aggravation ou d'apparition de violences au sein d'un couple. Les prévalences retrouvées dans différentes études varient entre 3.4% à 11% (2). La grossesse peut également être la conséquence de violences conjugales, résultat des violences sexuelles. Plusieurs études ont d'ailleurs été réalisées pour rechercher les conséquences sur la santé des femmes enceintes (17,18), retrouvant des risques physiques et psychologiques : suicides, atteintes lésionnelles variées, mort fœtale in utero, fausse couche, troubles anxio-dépressifs...

- D) **La consommation d'alcool et stupéfiants** : De nombreux travaux traitent du lien entre alcool et violences. Bien que de nombreuses études montrent que les auteurs de violences étaient sous l'emprise de l'alcool lors des faits (entre 22 et 55 % selon Guillam et al (2)), l'étude de ce facteur reste controversée du fait de la difficulté d'analyser la nature de la relation entre la consommation d'alcool et la violence et d'interpréter le lien de causalité qui existerait entre ces deux éléments.

La gravité des violences sous emprise d'alcool a également été étudiée et montre que les faits de violences sont plus graves lorsque les deux protagonistes sont intoxiqués.

Enfin, l'alcool entre également dans la défense des auteurs de violence une fois confrontés à la justice. Présenté comme un facteur circonstanciel de la survenance des faits, l'alcool atténue les

inhibitions, fait agir sans discernement et rend les auteurs incapables d'interpréter des signaux « annonciateurs » de crise.

En ce qui concerne les victimes, la consommation d'alcool apparaît souvent comme une conséquence des faits de violences, même si la consommation chez les deux partenaires a été retrouvée comme un facteur aggravant de causalité des violences conjugales. (19)

Enfin concernant la prise de substances psychoactives, on retrouve une majoration du risque de violences de façon générale et notamment si elle est concomitante à la prise d'alcool (19).

8.2) L'histoire de vie

- A) **Témoin ou victime de violence pendant l'enfance** : Selon le rapport de l'OMS de 2002, avoir été témoin ou victime de violence pendant l'enfance, aussi bien chez la femme que chez l'homme, est un facteur de risque de violences conjugales. De plus, si l'on s'intéresse aux travaux réalisés de l'ENVEFF, une femme ayant été témoin de violences de la part de son père sur sa mère durant l'enfance est quatre fois plus susceptible de subir à son tour des violences conjugales. De façon plus importante encore, si elle a été elle-même victime de violences dans l'enfance, notamment physique, de la part de son père, le risque de subir des violences conjugales, une fois adulte, serait alors 10 fois plus élevé. (11). Il manque encore des travaux pour comprendre le lien réel de causalité entre l'exposition à ce type de violence dans l'enfance et les autres facteurs à l'origine de la genèse d'une situation de violences conjugales.
- B) **Avoir été victime ou témoin de violences au cours de sa vie** : Une femme victime de violences physique ou sexuel de la part d'un individu lambda augmente significativement le risque de violences conjugales (19). De plus, un rapprochement entre la violence au domicile et le cadre environnemental dans lequel évolue le couple (facteurs sociétaux et communautaires telles les caractéristiques de la collectivité, la criminalité dans le quartier...) explique également la survenue de telle violence.

8.3) Les dynamiques relationnelles au sein du couple

Même si les conflits conjugaux ou la discorde dans le couple sont les marqueurs les plus constants de la violence envers le partenaire, les études ont pu mettre en lumière une liste de facteurs relationnels significatifs dans la survenance des faits de violences conjugales.

- A) La précocité de **la mise en couple** augmenterait le risque (12)
- B) Plus **la différence d'âge** entre les deux partenaires (l'homme étant le plus âgé) est grande plus le risque de violence augmente (11)
- C) Moins la relation est longue et plus les violences sont graves (19)
- D) **Le déséquilibre de la relation :**

Il y a, en effet, plusieurs facteurs augmentant les risques de violences, notamment, une dysfonction de la dynamique du couple avec l'inadaptation maritale où la femme et l'homme n'ont plus des rôles complémentaires mais où un rapport de force se crée (20).

On retrouve également l'insatisfaction relationnelle, masculine pour la majorité accentuée par un sentiment de jalousie masculine, qui serait responsable d'une aggravation des violences et notamment d'une augmentation des homicides conjugaux (12,21)

8.4) Les caractéristiques socio-économiques

- A) **Le niveau d'étude :** Les données collectées dans différentes revues ne semblent pas mettre en évidence l'apparition d'un risque augmenté de survenance de violences selon le niveau d'étude des femmes ou des hommes. Cependant, cela contredit l'idée qu'un niveau scolaire élevé protègerait des violences conjugales. (5) D'autres études attestent cependant qu'un faible niveau d'étude chez les deux partenaires d'un couple pourrait être un facteur significatif de risques de violences conjugales (19) de même qu'un niveau d'étude supérieur de la victime par rapport à son conjoint augmenterait sensiblement ce risque.
- B) **Le revenu :** L'étude ENVEFF et l'étude CVS sont en désaccord sur le sujet des revenus et du niveau de vie. La première ne retrouve pas d'impact du niveau

de vie du couple sur les violences conjugales et leur fréquence tandis que la deuxième note une augmentation des faits violents au sein des ménages ayant les plus faibles revenus. De la même manière, lorsque la pauvreté d'un couple diminue, les conditions de vie s'améliorent, avec une régression du stress social et familial et par conséquent des violences (22).

9) Le parcours de la femme victime de violences

9.1) Quelles démarches ?

Une femme victime de violences conjugales, si elle parvient à se sortir de l'emprise de son conjoint, doit alors entreprendre un véritable parcours du combattant, à la fois médical, mais principalement social et judiciaire afin de pouvoir entreprendre des démarches pour se protéger et sortir de cette situation.

A) L'urgence médicale

Une patiente victime de violences de tout type et consultant médecin généraliste ou dans un service d'urgences doit être prise en charge rapidement (48-72h) avec un protocole type :

- Il s'agira dans un premier temps de faire un bilan lésionnel complet et de prendre en charge tout traumatisme présent (plaie/contusion/traumatisme crânien...) et de rechercher un psychotraumatisme.
- L'entretien est également très important et tout ce que le médecin constate et entend doit être consigné pour la réalisation d'un certificat descriptif initial.
- Il s'agira alors de noter les faits, tels que décrits par la victime avec les termes exacts employés. Il faudra également retranscrire les doléances de cette dernière, ainsi que ces antécédents médicaux et chirurgicaux pouvant être en rapport avec des lésions apparues suite aux violences.
- Ensuite, il s'agira de réaliser un examen du corps entier de la victime, et de rechercher et relever toute lésion (plaie, contusion, hématome, brûlure, cicatrice), de les caractériser (éventuellement les photographier) et si nécessaire de réaliser des examens complémentaires (radiographie à la recherche de fracture par exemple, toxicologie pour recherche de drogues...)

- S'il existe des faits de violences sexuelles, un examen gynécologique complet avec les mêmes précautions, est nécessaire pour rechercher des lésions au niveau des organes génitaux, de la cavité buccale et de la région anale. On réalisera également des prélèvements au niveau vaginal, vulvaire, buccal et anal pour une recherche de spermatozoïdes ou d'éléments génétiques.
- Il sera également nécessaire de faire un test de grossesse et un bilan de maladies sexuellement transmissibles, et le cas échéant, prévoir un traitement prophylactique d'urgence pour réduire au maximum le risque d'une contamination.
- En dernier lieu se pose la nécessité d'orienter la victime vers une institution judiciaire afin de déposer plainte dans un premier temps, si cela n'est pas déjà fait, puis, par la suite, vers des associations spécialisées d'aide aux victimes, vers les unités médico-judiciaires si nécessaire et également vers des psychologues et/ou psychiatres en cas de psycho-traumatisme important.

L'ensemble des faits et des lésions relevées permet au médecin de réaliser un certificat médical de constatation, qui est un élément de preuve essentiel dans une procédure judiciaire et dans le parcours de la victime. Il peut être réalisé dès le départ par un médecin ou sur réquisition judiciaire à la demande d'un magistrat dans une enquête pour violences. Il est à noter un autre élément important qu'est l'incapacité totale de travail ou ITT. C'est un maillon essentiel entre le médical et la justice, permettant d'évaluer la répercussion des lésions sur la vie de la victime et l'impact de celles-ci dans le temps.

La définition donnée par l'Institut de Victimologie est la suivante : « l'ITT est une notion purement pénale qui sert à qualifier pénalement les faits en fonction de **« la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail) »** ».

Par exemple, une fracture de l'humérus consécutive à des faits de violences va nécessiter une prise en charge chirurgicale et une immobilisation d'au minimum 6 semaines, handicapant la victime dans ses activités de la vie courante. Dans ce cas, l'ITT sera de 6 semaines mais sous réserve de complications au cas où la victime venait à avoir des séquelles dans les suites de sa guérison.

La suite de la prise en charge médico-psychologique de la victime est nécessaire sur le long terme, avec un réseau important entre la justice, les professionnels de santé, les associations d'aide aux

victimes, les travailleurs sociaux. L'important est de ne pas perdre la victime de vue et de la suivre dans son parcours.

B) La procédure judiciaire

La procédure judiciaire est souvent la plus difficile pour la victime et la plus éprouvante. En pratique elle se distingue par un ensemble de plusieurs démarches.

a. Le signalement des faits

Il s'agit de l'étape la plus importante, le dépôt de plainte auprès de la police ou de la gendarmerie. C'est une étape indispensable pour la mise en route de la procédure judiciaire et des moyens de protection de la victime.

Il est également possible pour la victime de déposer une simple main courante, permettant de garder des traces écrites, des preuves pour des faits de violences. Il faut néanmoins savoir que ce genre de signalement ne permettra pas à la justice d'ouvrir une enquête.

b. La constatation des faits

Il s'agit du certificat de constatation des faits avec ITT comme détaillé dans le paragraphe précédent. Il décrit donc l'ensemble des lésions constatées physiques et psychologiques. Il peut être délivré par n'importe quel médecin constatant les lésions et peut être réalisé en première intention ou sur réquisition judiciaire par un magistrat ou un officier de police judiciaire. Ce certificat peut également être réévalué à distance si l'ITT a besoin d'être revue suite à la constatation de nouveaux éléments médicaux.

Ce certificat est un vrai lien entre le parcours de soins et le parcours judiciaire d'une victime et permet notamment une évaluation des violences et des sanctions en regard de ces dites violences.

L'ITT est une notion purement pénale qui sert à qualifier pénalement			
DUREE ITT	QUALIFICATION PENALE	JURIDICTION	PRESCRIPTION
< 8 jours	contravention	Tribunal de police	1 an
Violences familiales	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans
> 8 jours	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans
Viol et autres crimes définis comme tels par la loi	Crime	Cour d'assises	10 ans et plus

Tableau 4 : Durée de l'ITT et qualification pénale. Tableau repris du site internet de l'Institut de Victimologie : www.insitutdevictimologie.fr

c. Les suites judiciaires

- La procédure civile : la sollicitation d'un juge aux affaires familiales permet dans l'urgence la délivrance d'une ordonnance de protection depuis la loi du 09/07/2010. Cela permet dans un temps très court et sans procédure pénale, d'interdire à l'auteur d'entrer en contact avec la victime ou avec ses enfants et de l'exclure du domicile familial. Le juge peut également se prononcer sur la garde des enfants.

Il faut garder à l'esprit que ces mesures sont valables 4 mois, renouvelables si nécessaire.

- La procédure pénale : elle peut faire suite directement à la procédure civile, cela uniquement si un dépôt de plainte à l'encontre de l'auteur des faits a été déposé par la victime, ou s'il y a eu un signalement judiciaire dans le cadre de violence contre mineur ou personne incapable (les autres cas de signalement nécessitent l'accord de la victime).

Dans ce cas, le procureur se saisit de l'affaire et peut décider de mettre l'auteur des faits en garde à vue afin de l'éloigner du domicile conjugal.

C'est généralement dans ce laps de temps que la victime sera vue par un médecin légiste afin de réaliser le certificat descriptif lésionnel et la délivrance de l'ITT, permettant au magistrat de qualifier les faits.

Il s'agira ensuite pour l'autorité judiciaire choisie par le procureur d'enquêter sur cette affaire de violences.

Il pourra également demander si nécessaire une expertise médico-psychologique de l'auteur et/ou de la victime si l'état mental des personnes en cause peut faire douter de la conscience de leurs actes ou déclarations, ou encore pour rechercher un degré de dangerosité de la part de l'auteur.

Suite à la garde à vue, dans la majorité des cas, l'auteur est déféré directement devant le tribunal compétent.

Il est alors important que la victime se présente à l'audience, assistée d'un avocat pour se constituer partie civile afin d'obtenir des intérêts civils.

Après décision du juge, l'auteur sera soit relaxé ou condamné avec la possibilité d'un mandat de dépôt, avec mise en détention immédiate. Il peut être aussi condamné à une peine avec sursis ou à une mise à l'épreuve (permettant l'exclusion de l'auteur du domicile de la victime).

La victime quant à elle, devra alors entamer un long processus de reconstruction, dans lequel des aides médicales, sociales et psychologiques seront nécessaires.

Le parcours d'une victime ne s'arrête pas à la condamnation de son auteur, il faut mettre en place un suivi afin de s'assurer de la reprise d'une vie normale, après parfois des années de traumatismes.

9.2) Les différents acteurs du parcours :

Afin de prendre en charge au mieux les victimes de violences conjugales, la nécessité de la mise en place d'un réseau de soins est essentielle.

Elle regroupe un ensemble d'acteurs, spécialisés ou non, qui permet une approche pluridisciplinaire de la situation de violence.

Au sein d'un réseau de soins, il est nécessaire de pouvoir apporter toutes les réponses à la victime afin de faciliter son parcours à la fois judiciaire, sécuritaire, de santé et de reconstruction de sa vie personnelle.

A) Les professionnels de santé

Ils sont souvent le premier recours choisi par les femmes victimes de violences. En effet l'étude Cadre Vie et Sécurité de 2011-2017 atteste d'environ 375 000 victimes de violences conjugales en France dont 250 000 femmes.

Violences au sein du ménage Moyennes annuelles sur la période 2011-2017*

	Ensemble	Femmes
Victimes de violences au sein du ménage	375 000	250 000
dont victimes de violences physiques uniquement	305 000	188 000
victimes de violences sexuelles uniquement	25 000	22 000
victimes de violences physiques et sexuelles	45 000	40 000
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,9	1,1
Part de femmes parmi les victimes (%)	67	100
Part de jeunes (18-29 ans) parmi les victimes (%)	34	32
Part de victimes ayant subi 2 incidents ou plus ¹ parmi les victimes (%)	71	74
Part de victimes violentées plusieurs fois par mois parmi les victimes (%)	17	22

1. Au cours des 24 derniers mois.

Lecture • En moyenne chaque année sur la période 2011-2017, 375 000 personnes âgées de 18 à 75 ans (soit environ 0,9 %) déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles « au sein du ménage » c'est-à-dire de la part d'une personne vivant avec elles au moment de l'enquête. Parmi ces victimes, 67 % sont des femmes.

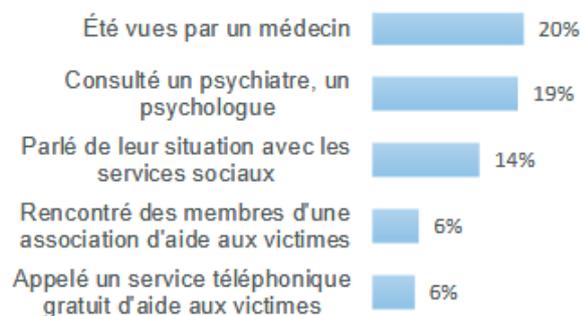
Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source • Enquêtes Cadre de vie et sécurité 2012 à 2018, Insee-ONDRP-SSMSI.

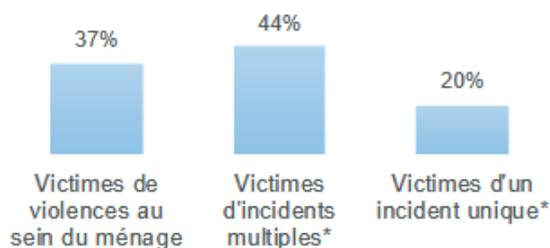
Tableau 5 : Violences au sein du ménage en France de 2011 à 2017 (13)

Recours sociaux ou médicaux

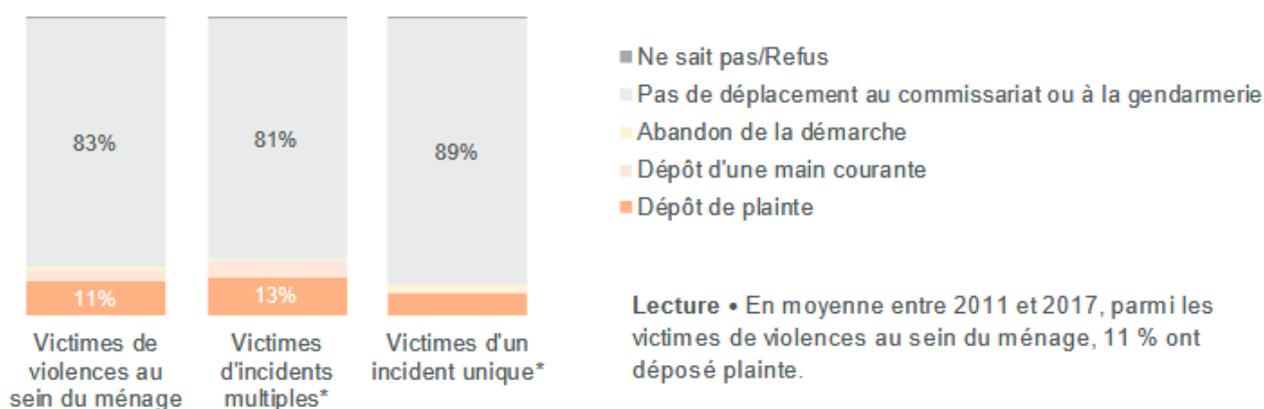
Proportion de victimes ayant après l'incident ou au moins un des incidents survenus au cours des 24 derniers mois...



Proportion de victimes ayant effectué au moins une démarche (parmi les 5 listées dans la figure de gauche)



Déclaration à la police ou à la gendarmerie



* Au cours des 24 derniers mois.

Champ • Personnes de 18-75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, incident le plus récent.

Source • Enquêtes Cadre de vie et sécurité 2012 à 2018, Insee-ONDRP-SSMSI.

Figure 2 : les différents recours et déclaration aux forces de l'ordre suite à des faits de violences (13)

Parmi ces victimes, seules 37% ont effectué des démarches envers des professionnels de santé, parmi lesquels en priorité sont cités un médecin (20%) ou un psychologue (19%).

Il s'agit là d'une vraie difficulté pour le médecin généraliste notamment car les victimes ne consultent généralement pas pour des faits de violences comme motif de première intention. C'est donc au professionnel de poser les bonnes questions et au bon moment.

Dans la plupart des cas, il s'agit de motifs divers et variés tels que l'asthénie, le surmenage, des douleurs diverses et diffuses..., ou encore des symptômes en rapport avec des pathologies anxio-dépressives : perte de l'élan vital, repli sur soi, tentative de suicide...

Savoir relever que la situation est anormale et expliquer pourquoi et comment s'en sortir, est donc un point clé de ce genre de consultation. Malheureusement, cette approche reste encore peu développée

comme en témoigne la différence entre le nombre de victimes attestées et les victimes véritablement orientées dans un réseau de soins par les professionnels de santé.

Dans le cadre de phénomènes de violences dépistées par un médecin et avec l'accord de la victime, ce dernier doit réaliser un certificat médico-légal de constatations des lésions comme expliqué dans le paragraphe précédent.

Ce certificat est essentiel pour la prise en charge de la victime et sert de preuve importante lors de l'évaluation des peines par le magistrat en charge de la procédure judiciaire. Il importe au médecin également d'encourager la victime dans sa démarche de dépôt de plainte en faisant usage de ce certificat. Bien entendu, si cette dernière refuse, il faudra alors, pour le médecin, essayer d'analyser avec la victime les raisons de son refus afin de l'orienter, la préparer à un dépôt de plainte ultérieur, en l'invitant à reconsulter à distance.

Il existe également en France des consultations dites de victimologie, proposées par certaines unités médico-judiciaires (institut de Victimologie de Paris, Nantes, Saint-Lô...).

Elles permettent un accès à un réseau de soins et de prise en charge médico-psycho-sociale en dehors d'un dépôt de plainte dans un premier temps, ainsi qu'une conservation des constatations dans des archives spécifiques avec l'accord de la victime afin de disposer des « preuves » nécessaires lorsque la victime sera prête à lancer une procédure judiciaire.

B) Les autorités judiciaires

Le dépôt de plainte : il s'agit du recours le plus important dans le cadre d'une démarche de lutte contre les violences conjugales, car il permet d'une part de stopper l'action de l'agresseur, et de mettre en sécurité la victime si nécessaire. Pour se faire, la victime peut se rendre auprès de la Police ou de la Gendarmerie la plus proche ; ces autorités sont légalement habilitées à prendre la plainte de la victime et la transmettre ensuite au Procureur de la République afin de débiter l'action pénale.

Cependant cette action est souvent difficile pour la femme victime et comme le montre le tableau précédent selon l'enquête Cadre Vie et Sécurité, seules 11% des victimes en moyenne (hommes et femmes) de violences domestiques ont porté plainte entre 2011 et 2017 sur le territoire français.

On remarque que la principale raison de cette absence de signalement concerne le fait qu'elles ne se sont pas déplacées dans des commissariats ou des gendarmeries. Le refus d'entamer la démarche n'est représenté que par une petite part des victimes.

Ce constat est effrayant, car le système de justice français permet la protection des victimes de violences mais pour ce faire il est nécessaire que la victime puisse entrer dans le cadre de la procédure judiciaire. Sans cela, les mesures d'éloignement de l'auteur et les diverses prises en charge médico-psychologiques sont plus difficiles d'accès.

Les autorités judiciaires, sur demande du procureur désignant un officier de police judiciaire, permettent également la mise en garde à vue de l'auteur, la réalisation d'actes nécessaires à l'enquête tels que la perquisition au domicile, l'enquête de voisinage, l'audition de témoins...

Bien entendu il existe d'autres alternatives de réponses pénales vis-à-vis des auteurs, comme par exemple des stages de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple. On peut retrouver de tels stages à Coutances notamment. Cette mesure peut être proposée par le Procureur de la République comme alternative aux poursuites judiciaires et peut également être initié dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. Il s'agira de permettre aux stagiaires de réfléchir sur les principes fondamentaux de la vie en société et de comprendre la portée de leurs gestes, notamment en sensibilisant les auteurs sur les conséquences judiciaires et familiales de leurs actes, d'analyser les origines et mécanismes des violences, du passage à l'acte...

C) Les associations d'aides aux victimes

Elles constituent une part très importante du réseau de soins des victimes. Formées de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, de bénévoles (parfois d'anciennes victimes de violences conjugales), ces associations sont un lieu privilégié du réseau de prise en charge des victimes.

Elles sont nombreuses et se diversifient selon leurs rôles dans l'aide aux victimes. Elles ont comme but commun d'accompagner et d'informer des victimes. Elles permettent également la mise en place de mesures préventives et de sensibilisation du public et des différents acteurs de l'ensemble du réseau.

Il existe des exemples nationaux de ce type d'association, comme la Fédération Nationale Solidarité Femmes ou encore le Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles.

Ce travail de thèse s'effectuant sur le département de la Manche, nous avons pu rencontrer de nombreuses associations au sein des groupes du protocole. Nous souhaitons en présenter quelques-unes ici :

- Les Centres médico-sociaux et Centre de planification et d'éducation familiale reçoivent les victimes afin de leur fournir un accueil, une écoute, les orienter et les accompagner dans leurs démarches.
- Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Louise Michel, ainsi que le CHRS le Cap ou encore la Villa Myriam sont des lieux d'accueil et d'hébergement d'urgence de femmes victimes de violences obligées de quitter le domicile conjugal avec ou sans leur(s) enfant(s). Ils proposent également un rôle de soutien et de réinsertion sociale des victimes en fournissant les informations, l'orientation, l'écoute et l'accompagnement pluridisciplinaire nécessaires.
- L'association La Belle Echappée, quant à elle, offre un accueil physique et téléphonique aux victimes et des accompagnements individualisés des femmes dans les démarches consécutives aux faits de violences conjugales.
- Les différentes Maisons des Adolescents de la Manche permettent également un accueil des jeunes jusqu'à 25 ans ainsi que de leurs proches dans le cadre d'une évaluation et d'un accompagnement des victimes.
- Enfin on peut encore citer les Caisses d'Allocations Familiales, les différentes permanences tenues dans tout le département par ces associations et par l'association d'aide aux victimes, et celle de contrôle judiciaire socio-éducatif et de médiation pénale (ACJM).

Ces quelques exemples sont loin d'être exhaustifs mais reflètent l'importance de ces associations dans le parcours d'une victime en parallèle de son parcours médical et judiciaire. Elles aident à faire les démarches administratives difficiles suivant un conflit conjugal, et apportent un soutien moral, social et psychologique essentiel à la reconstruction d'une victime de faits de violences.

Il est également important de noter que certaines d'entre elles proposent des aides de réinsertion pour les auteurs de violence afin de comprendre mieux la genèse de cette violence et de prévenir d'éventuelles récidives.

Le protocole a d'ailleurs édité un guide de lutte contre les violences regroupant les différents lieux et acteurs de la prise en charge des victimes dans le département de la Manche. Il s'adresse à toute personne susceptible de recevoir une victime de violences conjugales : élus, professionnels de santé ou travailleurs sociaux, avocats, policiers, gendarmes, magistrats...

VIOLENCES **CONJUGALES** **SAVOIR LES RECONNAÎTRE**

**VOUS ÊTES
EN CONTACT
AVEC UNE PERSONNE
VICTIME
DE VIOLENCES**

?

**LA
MANCHE
S'ENGAGE**

**CONSEILS
POUR AIDER ET ORIENTER
LES VICTIMES DE VIOLENCES**

VIOLENCES FEMMES INFO
**APPELEZ LE
3919***
*Appel anonyme et gratuit

manche.fr
f | | |

PRÉFET
DE
LA MANCHE

LUTTE CONTRE LES
VIOLENCES
CONJUGALES
ET FAMILIALES
PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL 2017-2019
REDACTÉ DE LA MANCHE

LA MANCHE
LUTTE CONTRE LES
VIOLENCES



Figure 3 : première page du guide réalisé par l'équipe du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple [...], édité en 2019.

Matériel et méthodes

1) Recherches bibliographiques et sources

Pour la réalisation de ce travail, la recherche bibliographique dans le domaine des violences conjugales, PubMed a été retenu comme banque de données et outil de recherche bibliographique de référence (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Pour avoir un autre point de vue, les banques de données Lissa (Littérature scientifique en Santé) et la Banque de données de Santé publique ont également été employées.

Pour les recherches concernant la partie législative de notre travail, le site internet <https://legifrance.gouv.fr/> a été largement employé pour retrouver des textes de lois et articles concernant les violences faites aux femmes et l'évolution de ces lois dans la législation française.

2) Type et lieux de l'étude

Il s'agit ici d'une étude multicentrique prospective réalisée à partir de 2 questionnaires anonymes :

- L'un adressé à des femmes consultant aux urgences de plusieurs centres hospitaliers de la Manche : le CH Mémorial de Saint-Lô, le CH de Cherbourg et le CH de Coutances.
- Le second destiné aux médecins généralistes de la Manche, en pratique libérale seule ou en cabinet de groupe ; au total, 191 cabinets ont été ainsi approchés.

Cette étude a été réalisée entre mai 2018 et juillet 2019.

3) Population étudiée

3.1) Questionnaire patient

Concernant le questionnaire adressé aux patientes, plusieurs échantillons ont été réalisés :

Un recueil prospectif a été réalisé sur la base du volontariat : le questionnaire a été distribué à toute femme majeure consultant aux urgences du CH de Saint-Lô, quel que soit le motif médical.

Le même recueil a été réalisé au CH de Coutances et de Cherbourg.

La distribution du questionnaire a lieu d'août à septembre 2018 à Coutances, avec l'aide de l'équipe paramédicale qui proposait le questionnaire de façon systématique aux patientes consultant aux urgences. Il était alors remis à l'admission et récupéré avant la sortie.

Concernant le CH de Saint-Lô, la distribution s'est faite de façon similaire et a eu lieu d'août 2018 mais elle s'est prolongée de plus d'un mois, jusqu'en octobre 2018 par manque de réponse dans un premier temps.

Enfin pour le site de Cherbourg, le questionnaire a été mis en place plus tardivement, sur la période du mois de mai 2019.

Nous avons également voulu distribuer ce questionnaire au niveau du CH d'Avranches-Grandville, afin d'avoir une étude multicentrique complète sur l'ensemble du territoire de la Manche. Malheureusement, après plusieurs prises de contact avec le service des urgences, notre rencontre pour la mise en place de l'étude et la diffusion de questionnaire n'ont pu se faire dans des délais raisonnables.

Les critères d'inclusion pour le questionnaire adressé aux patientes étaient :

- L'âge : seules les patientes majeures pouvaient répondre au questionnaire
- Le volontariat

Les critères d'exclusion étaient :

- La présence d'une urgence vitale somatique
- La présence d'un trouble mnésique type maladie d'Alzheimer
- La présence d'une altération de la conscience : coma, sédation...

3.2) Questionnaire médecin

Le questionnaire médecin consistait en un envoi postal avec retour préparé, adressé à tous les cabinets de médecine générale libérale de la Manche. Les adresses postales ont pu être recueillies avec l'aide de l'Ordre des Médecins de la Manche selon la dernière mise à jour de leurs fichiers.

L'envoi postal a été réalisé courant du mois d'avril 2019 avec l'arrêt de l'inclusion programmé en septembre 2019. Il a eu pour destination 191 cabinets de praticiens.

Les critères d'inclusion pour le questionnaire médecin était :

- Avoir une pratique en cabinet libéral recensé par l'Ordre des Médecins.
- Être installé dans le département de la Manche.

4) Elaboration des questionnaires

4.1) Questionnaire patiente

Le questionnaire patiente regroupait 11 questions communes, dont 10 étaient des questions fermées (Oui ou Non) et la dernière proposait une réponse à choix multiple. (Cf. Annexe 2)

En fonction des différents lieux d'étude, il a été modifié pour s'adapter aux différentes pratiques du service des urgences de l'établissement.

En ce qui concerne les 11 questions communes, les patientes ont été interrogées sur :

- Leurs connaissances :
 - des mécanismes des violences au sein du couple
 - des structures et des personnes ressources à qui elles pourraient s'adresser si elles étaient victimes de violences.
- Leur choix parmi différents acteurs du réseau de prise en charge vers qui elles iraient plus facilement dénoncer des faits de violences (choix multiple possible).
- La difficulté d'aborder le thème des violences avec un professionnel de santé.

Une question particulière était posée pour déterminer si un professionnel de santé aux urgences avait abordé le thème des violences le jour de leur passage.

- Leur connaissance des différentes campagnes de prévention adressées au public réalisées dans la Manche et leur appréciation concernant l'intérêt qu'elles peuvent susciter pour sensibiliser la population.
- L'intérêt suscité par une documentation adressée aux victimes permettant de retrouver les adresses des différents acteurs du réseau de soins.

Enfin, on demandait leur avis sur la prise en charge médico-sociale des auteurs de violences afin de prévenir les récidives et leur opinion sur la pertinence d'un questionnaire de ce type sur les violences intrafamiliales à destination d'un public masculin.

A Saint-Lô et à Coutances, deux questions supplémentaires sur la connaissance de la mise en place d'une consultation de victimologie de l'UMJ du CH Mémorial et de son utilité dans le parcours de soins ont été ajoutées.

Enfin à Coutances, l'équipe paramédicale a souhaité ajouter une question, pour aider dans sa mission une des professionnelles travaillant également sur l'amélioration de l'accueil des victimes de violences aux urgences. Il s'agissait de savoir si les patientes répondant au questionnaire avaient déjà été victime de violences au cours de leur vie.

4.2) Questionnaire médecin

Le questionnaire médecin regroupait 16 questions, dont 14 étaient des questions fermées (OUI/NON) parmi lesquelles 7 laissaient une ouverture pour une explicitation de leur réponse. Les deux dernières questions étaient pour la première de type ouverte avec classement de priorité, et la deuxième à choix multiple avec ordre de classement. (Cf. Annexe 3)

Les questions adressées aux médecins avaient pour but de faire principalement écho aux questions posées aux patientes afin de pouvoir mettre en parallèle certaines réponses.

- La première question concernait le code postal d'exercice, permettant de définir le cadre d'exercice à savoir citadin, rural ou semi-rural.
- De la même façon que pour les patientes, le questionnaire leur demandait d'estimer leurs connaissances :
 - en matière de violences intrafamiliales,
 - des différentes structures vers qui ils pouvaient se tourner en cas de difficultés de prise en charge
 - des structures spécifiques auxquelles pouvait être adressée une patiente victime de violences, des campagnes de prévention existant dans la Manche ainsi que leur avis sur leur pertinence et leur impact
- On leur demandait d'estimer le nombre de fois où ils avaient été confrontés à la prise en charge d'une patiente victime de violences.
- Un classement (par ordre décroissant) des acteurs du réseau les plus à même de recevoir une victime de violence était demandé aux professionnels de santé.

- Il convenait ensuite pour eux de définir les quatre principales missions du médecin traitant dans la prise en charge d'une victime de violence.
- Deux questions s'intéressaient à savoir s'ils abordaient le thème des violences conjugales de façon systématique avec leurs patientes et si cela devrait, dans un futur proche, devenir une question inéluctable à poser lors de l'interrogatoire.
- Un axe du questionnaire abordait la difficulté ou non d'aborder ce thème en consultation.
- Un autre axe concernait les différentes demandes de documentation ou d'aides diverses—permettant de faciliter la prise en charge des violences en médecine générale.
- Un axe se concentrait davantage sur l'intérêt des praticiens en libéral porté à la prise en charge des auteurs de violences.
- Enfin le dernier axe abordait la consultation de victimologie et l'intérêt de ce genre de consultation dans le parcours d'une victime.

Ces deux questionnaires ont été construits afin de pouvoir comparer les réponses entre les ressentis des professionnels de santé et patientes. Cette comparaison devrait permettre de dresser un état des difficultés qui se dressent dans la prise en charge d'une victime de violences, tant du côté du médecin que du côté de la victime.

Résultats de l'étude

1) Questionnaire patient

Concernant les questionnaires à destination des patientes consultant aux urgences pour tout motif dans les 3 centres hospitaliers de Coutances, Saint-Lô et Cherbourg, 190 d'entre eux ont pu être retenus et analysés dans cette enquête. Pour les questions 12 et 13 traitant spécifiquement de l'UMJ de Saint-Lô, elles n'ont pas été posées à Cherbourg et concernent donc 143 patientes uniquement.

Enfin, une question supplémentaire a été posée au sein des urgences de Coutances seules et abordait les faits de violences subis ou constatés au cours de la vie des femmes questionnées ; elle concerne donc 100 femmes uniquement. (Cf. Tableau 1)

Pour la première question, **67%** des femmes interrogées estiment avoir une bonne connaissance des mécanismes des violences au sein du couple, contre **32%**. (2 % des femmes n'ont pas répondu à cette question).

La seconde question concernait l'interrogatoire lors du passage aux urgences le jour où le questionnaire leur a été remis, à savoir « avait-elle déjà été victime de violences dans leur vie ? ». **15%** des femmes ont répondu positivement pour **83%** négativement (2 % sans réponse).

La troisième question découlait logiquement de la précédente à savoir si elles estimaient important de rendre cette question systématique lors d'un entretien avec un médecin. **53%** pensent que oui contre **46%** sont contre (2% sont sans avis).

La quatrième question concernait la difficulté d'aborder la problématique des violences avec un professionnel de santé. **44%** des femmes interrogées trouvent le sujet sensible tandis que **55%** estiment qu'il n'est pas difficile à aborder avec les professionnels de santé (2% sans réponse).

La cinquième question comportait une réponse ouverte sur les moyens ou lieux dédiés à l'accueil, près du domicile, vers lesquels se tourner en cas de violences. **37 %** des femmes connaissaient un lieu vers lesquels se diriger dont :

- Pour 23% il s'agissait des autorités (gendarmerie/police)
- Pour 14%, un médecin traitant
- Pour 12%, leurs famille, amis, voisins

- Pour 11%, une association d'aide aux victimes
- Pour 10%, l'hôpital le plus proche.
- Les 30% restants regroupent de façon décroissante, les unités médico-judiciaires, le centre d'appel 3919, les centres médico-psychologiques, les mairies, et enfin la consultation via internet.

62% ne connaissaient ni de lieux ni de moyens de recours suite à des faits de violences (1% sans réponse)

La sixième question s'intéressait à l'intérêt d'une documentation regroupant les différents acteurs et moyens d'aide à la prise charge des violences auprès du public. **86%** des femmes sont intéressées par celle-ci pour **12 %** non. (2% sans réponse)

La septième question était un choix multiple, entre les différentes professions et moyens mis à disposition pour dénoncer des faits de violences, lesquels semblaient le(s) plus rassurant(s).

Au total, avec les réponses multiples, nous avons retenu 441 réponses.

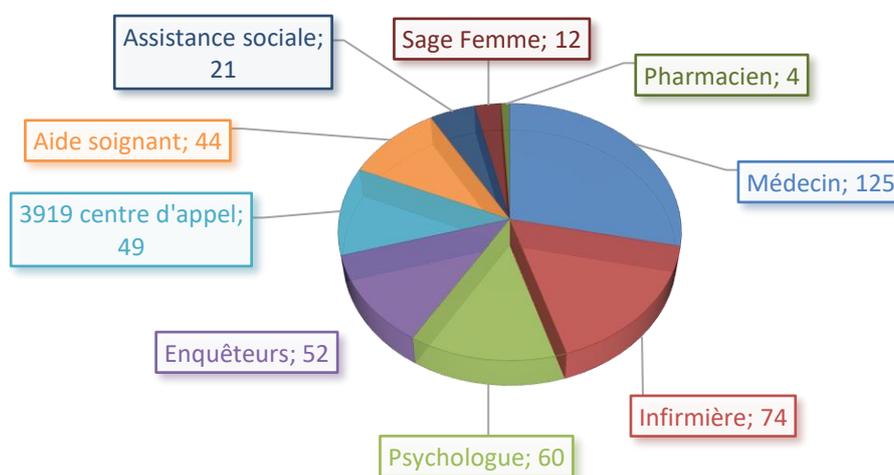


Figure 4 : Professions ou moyens les plus rassurants pour dénoncer des faits de violences selon les femmes interrogées

Les médecins constituent la part la plus représentée avec **28%**, suivis par les infirmières et les psychologues pour **17%** et **14%** des réponses respectivement.

Les 3 catégories les moins choisies sont les assistantes sociales (**5%**), les sage femmes (**3%**) et les pharmaciens (**1%**).

La huitième question interrogeait les femmes sur leur connaissance des actions de prévention déployées dans la Manche, seules **22%** d'entre elles en avaient contre **74%**. (4% sans réponse).

La neuvième question faisait une suite logique à la précédente à savoir si elles avaient connaissance des campagnes, les trouvaient-elles suffisantes pour sensibiliser la population sur la problématique des violences.

Sur les 22% concernées, **28%** d'entre elles estiment que ces campagnes de prévention sont suffisantes contre **72%** les trouvant insuffisantes.

La dixième question concernait la prise en charge des auteurs de violence et leur intérêt pour limiter les récidives. **79%** des femmes interrogées sont favorables à cette prise en charge et **17%** sont contre (**7%** sans réponse).

La onzième question interrogeait les femmes sur la pertinence de ce questionnaire pour un public masculin. 76% des femmes l'estiment pertinent contre 17% non (7% sans réponse)

Les douzième et treizième questions abordent la consultation de victimologie mise en place à Saint-Lô et sa pertinence dans le parcours des femmes victimes, elles n'ont été posées qu'à Saint-Lô et Coutances et attestent que :

- **17%** des femmes connaissent cette consultation contre **80%** ne la connaissant pas (3% sans réponse).
- Mais **86%** des femmes estiment qu'elle présente un intérêt dans le parcours contre **4%** non (**10%** sans réponse).

Enfin une dernière question était posée à Coutances sur la survenue de faits de violences (de tout type) durant la vie des femmes interrogées. Sur 100 femmes, **31%** ont répondu avoir déjà été victime contre **66%** non, et reste 3% de non réponse à cette dernière question.

	Oui (nombre réponses [%])	Non (nombre réponses [%])	Pas de réponse (nombre réponses[%])	Effectif total
Question 1 (Mécanismes des violences)	127 [65]	60 [32]	3 [2]	190
Question 2 (Aux urgences ce jour, vous a-t-on demandé si vous aviez déjà été victimes de violences?)	29 [15]	158 [83]	3 [2]	190
Question 3 (Cette question devrait être systématique ?)	100 [53]	87 [46]	3 [2]	190
Question 4 (Le sujet des violences est-il difficile à aborder avec un professionnel de santé?)	83 [44]	104 [55]	3 [2]	190
Question 5 (Connaissez-vous des moyens/lieux vers qui vous adressez si vous êtes victimes de violences?)	70 [37]	118 [62]	2 [1]	190
Question 6 (Pensez-vous qu'une documentation regroupant ces structures serait intéressant pour aider à la prise en charge des violences?)	164 [86]	22 [12]	4 [2]	190
Question 7 (Quelle(s) profession(s) vous semble la (les) plus rassurante(s) pour dénoncer des violences ?)	X	X	X	X
Question 8 (Connaissance des campagnes de prévention dans la Manche)	42 [22]	141 [74]	7 [4]	190
Question 9 (Suffisantes pour sensibiliser la population?)	16 [8]	39 [21]	135 [71]	190
Question 10 (Intérêt de la prise en charge des auteurs de violences pour prévenir les récidives)	150 [79]	26 [14]	14 [7]	190
Question 11 (Questionnaire adapté à un public masculin ?)	144 [76]	32 [17]	14 [7]	190
Question 12 (Connaissance de la consultation de victimologie à l'UMJ de Saint-Lô ?) [Uniquement patientes de Saint-Lô et Coutances]	25 [17]	117 [80]	4 [3]	146
Question 13 (Intérêt de ce genre de consultation?) [Uniquement patientes de Saint-Lô et Coutances]	125 [86]	6 [4]	15 [10]	146
Question 14 (Avez-vous déjà été victime de violences dans votre vie?) [Uniquement patientes de Coutances]	31 [31]	66 [66]	3 [3]	100

Tableau 6 : Analyse quantitative des réponses aux questionnaires patients.

2) Questionnaire médecin

Afin d'avoir un échantillon le plus représentatif des médecins généralistes de la Manche, nous avons envoyé un questionnaire à chaque cabinet de médecin dans le département, par voie postale avec enveloppe de retour. Nous avons effectué 193 envois au total d'après le recueil des médecins confié par l'Ordre des Médecins de la Manche actualisé en 2018.

Au total, 50 médecins ont répondu et retourné le questionnaire, soit 26% de réponses environ (Cf. Tableau 6).

Afin d'avoir une estimation de l'activité de ces praticiens, la première question demandait de préciser leur code postal afin de distinguer leur zone d'activité, urbaine ou rurale selon les définitions de l'INSEE concernant les territoires urbains et ruraux, repris dans la nouvelle typologie européenne « Degré d'urbanisation » qui a été conçue en 2011 par la Commission européenne.

Cette dernière définit des maillages territoriaux permettant de classer les différentes zones au niveau du territoire français (cf. figure 5)

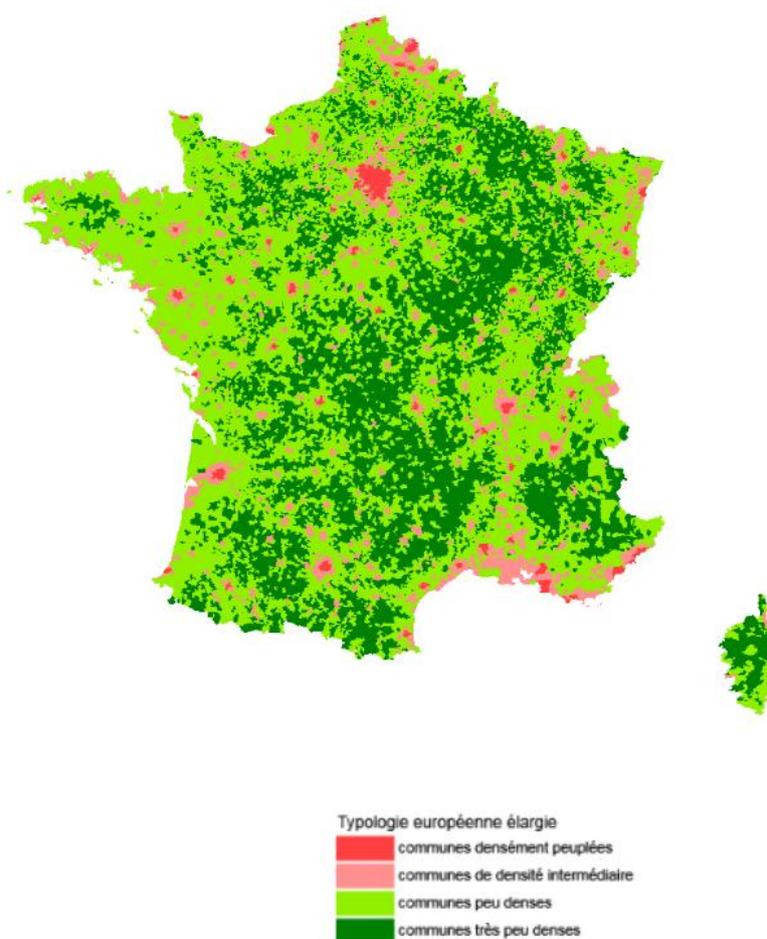


Figure 5 : Carte de densité de population française définie par la typologie européenne élargie. Réflexions et avancées statistiques, INSEE, 2011.

Pour simplifier dans l'étude, nous avons repris des valeurs pour lesquelles, les zones rurales sont définies entre 300 et 5 000 habitants et les zones urbaines à partir de 5 000 habitants sur le territoire.

Sur les 50 médecins ayant répondu au questionnaire, **46 %** travaillent dans une zone urbaine (23), **50%** travaillent dans une zone rurale (25). (4% sans réponse).

La suite du questionnaire était composée de questions semi-ouvertes, permettant d'avoir une justification et/ou une argumentation des réponses apportées. La partie qualitative et rédactionnelle des réponses à certaines questions ne regroupant pas un nombre assez important de critères-type, nous regrouperons les réponses au sein de thèmes pas ordre croissant de fréquence.

La deuxième question interrogeait les médecins sur leurs connaissances du fonctionnement et de la genèse des violences au sein d'un couple.

34% d'entre eux seulement se considéraient suffisamment au point sur leurs connaissances, se justifiant par :

- Des formations personnelles, stages, lectures professionnelles (FMC...)
- Des réunions de pairs, participation à des congrès
- Leur expérience professionnelle

60% estiment leurs connaissances concernant le domaine des violences pas assez approfondies ; l'argumentation portait sur :

- majoritairement un manque de formation universitaire puis personnelle par la suite sur le sujet, ou manque d'information.
- une absence d'expérience, justifié par la rareté de confrontation aux situations de violence dans l'exercice de leur profession
- une difficulté à aborder la question des violences, à prendre en charge une victime une fois repérée.

6% n'ont pas répondu à cette question.

La troisième question était une question ouverte sur les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des violences conjugales. Il leur était demandé de les classer par ordre croissant d'importance de 1 à 4.

Sur 50 médecins, 41 d'entre eux ont répondu à cette question (Cf. tableau 7)

Sur les 41 médecins, 100% d'entre eux ont attribué un 1^{er} rôle, 95% un second, 78% un troisième et seulement 53% un quatrième.

Nous avons synthétisé les réponses afin de définir plusieurs thèmes dans lesquels regroupées les différentes missions du médecin généraliste dans la prise en charge des violences.

7 thèmes ont donc été dégagés à partir des réponses fournies :

- Orienter
- Dépister
- Soutenir
- Soigner
- Signaler
- Constater
- Rester impartial

	1er rôle	2ème rôle	3ème rôle	4ème rôle	Total	Total %
Orienter / Conseiller / Informer	3	16	15	7	41	33
Dépister / Prévenir / Repérer / Détecter	24	3	3	3	33	26
Soutenir / Accompagner / Suivre	1	5	3	4	13	10
Protéger / Surveiller	2	3	3	2	10	8
Soigner / Secourir / Soulager / Aider	5	2	3	1	11	9
Signaler / Alerter	0	3	2	2	7	6
Constater / Examiner / Ecouter / Evaluer	6	7	3	2	18	14
Rester impartial	0	0	0	1	1	1
Total	41	39	32	22	126	
Taux de réponse (%)	100	95	78	53		

Tableau 7 : Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des violences avec regroupement par thèmes.

En ne tenant pas compte du critère d'ordre d'importance, et en totalisant chaque réponse par thème, on peut dégager 4 principaux rôles (Cf. figure 6) :

- Orienter à 33%
- Dépister à 26%
- Constater à 14%
- Soutenir à 10%
- Puis plus rapproché, soigner à 9%, protéger à 8%, signaler à 6% et enfin être impartial à 1%



Figure 6 : Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une victime de violences (selon le nombre de réponses données en totalité et non en fonction de l'ordre décroissant).

Si on tient compte du critère rang d'importance, nous constatons que :

- **Dépister** est présentée comme la première mission du médecin traitant pour 58%
- **Orienter** est ensuite classée soit comme seconde, 3^{ème} ou 4^{ème} mission (respectivement 41%, 46% et 31% selon le taux décroissant de réponse).

La quatrième question était une question à choix multiple pour classer les professions qui seraient les plus à même d'accueillir une personne victime de violences en première intention, en les numérotant de façon croissante de 1 à 3. (Cf. tableau 8)

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Total
Médecin	23	9	6	38
Infirmière	2	4	2	8
Aide-soignant	0	1	2	3
Sage-femme	1	1	2	4
Pharmacien	0	0	2	2
Psychologue	1	5	7	13
Assistante sociale	0	8	6	14
Centre d'appel 3919	3	6	4	13
Enquêteur	11	10	12	33
Total réponse	41	44	43	128

Tableau 8 : Classement croissant des professions/entités les plus susceptibles d'accueillir une victime de violence en première intention.

Sur 50 médecins, seuls 44 ont répondu à cette question (88%). 41 ont rempli le rang 1, 44 le rang 2 et 43 de le rang 3.

Une fois de plus, si on ne regarde que le nombre de fois où chaque profession a été citée sans tenir compte du critère de priorité, on retrouve (cf. figure 7)

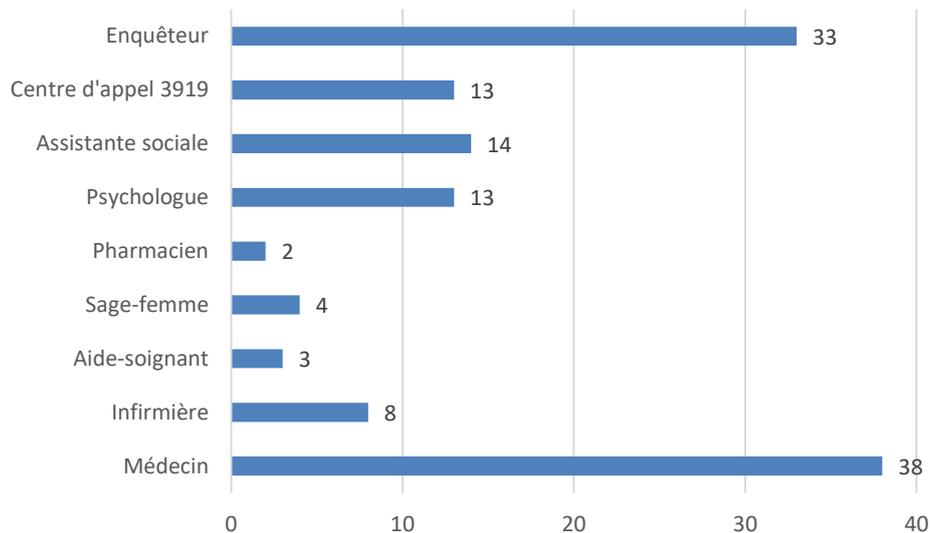


Figure 7 : Classement des professions les plus susceptibles d'accueillir une victime de violence en première intention retenues par les médecins sans notion de classement.

On peut remarquer que les médecins arrivent en première position avec 38 réponses confondues (**30%**), suivi par les enquêteurs avec 33 réponses (**25%**)

Ensuite, si l'on prend en compte le classement effectué par les médecins interrogés, le rang numéro 1 est largement représenté par les médecins (23 réponses sur 41 soit **56%**), suivi par les enquêteurs (11 réponses soit **26%**).

Le second rang de classement retrouve les enquêteurs (10 réponses, 22%), puis les médecins (9 réponses, 20%) et les assistant(e)s sociaux(ales) (8 réponses, 18%).

Enfin le dernier rang est occupé par les enquêteurs tout d'abord (12 réponses, 27%), puis les psychologues (7 réponses, 16%) et enfin médecin et assistants(es) sociaux(ales) (6 réponses, 14%).

La **plus faible** réponse concerne la profession de **pharmacien** avec seulement deux réponses en 3^{ème} rang.

Pour la cinquième question, il était demandé aux médecins si ces derniers questionnaient systématiquement leurs patients sur des faits éventuels de violences.

8 % ont répondu oui, contre 66% non, 26% ont répondu que cela dépendait.

Pour les personnes ayant répondu affirmativement, les justifications portaient sur le fait de leur installation récente et de la nécessité de poser cette question à chaque nouveau patient (constitution du fichier patientèle) ou en cas de suspicion de violences dans un second temps. Il est important de noter que ces personnes ayant répondu par l'affirmative à cette question l'avaient également fait à la question portant sur leurs connaissances du phénomène « violence » et avaient pour la majorité eu une formation spécifique.

Pour les personnes ayant répondu négativement ou que cela dépendait, les arguments retrouvés sont souvent les mêmes :

- En grande majorité, la question n'est pas posée systématiquement mais uniquement s'il y a doute ou suspicion devant des signes physiques ou psychologiques, selon le motif de consultation ou encore si la personne est accompagnée ou non...
Un manque d'intérêt pour le phénomène ou une inutilité du caractère systématique de la question lors des consultations « lambda » sont aussi souvent avancés.
- Le manque de temps dans la consultation, ajoutée au motif initial de consultation
- Enfin, la gêne ou la difficulté à aborder le sujet sont également abordées.

La sixième question découlant de la précédente et portant sur l'intérêt de rendre systématique le dépistage des violences en posant la question en médecine générale, lors du recueil des antécédents médicaux par exemple.

34% ont répondu positivement, contre **66%** négativement, sans justification demandée.

La septième question traitait de la difficulté à aborder le sujet des violences avec les patientes.

36% des médecins ont répondu qu'il était difficile pour eux d'aborder la question contre 64% non.

La difficulté des médecins résiderait, selon leurs justifications, dans :

- Le fait qu'une fois le sujet abordé, la victime se bloque, nie les violences et qu'à ce stade, il est alors encore plus difficile de l'aider.
- Le dépistage du motif réel derrière le motif exprimé.
- Le manque d'expérience pour aborder la question sans brusquer la victime.

- Le manque de temps.

Les médecins qui, quant à eux, n'ont pas de difficulté, l'expliquent notamment par la relation de confiance, la connaissance de la patiente et de son milieu familial ; favorisé parfois dans l'exercice en milieu rural qui permettrait d'aborder plus aisément tout type de question.

La huitième question visait à évaluer le nombre de médecins ayant déjà dû prendre en charge une patiente victime dans leur cabinet, ainsi qu'établir une estimation du nombre de situations violentes rencontrées dans la carrière de chaque médecin.

94% ont pris en charge des victimes de violences, et seulement 6% n'ont jamais eu à le faire.

En ce qui concerne le nombre de situations violentes, la figure 8 synthétise les différentes réponses apportées.

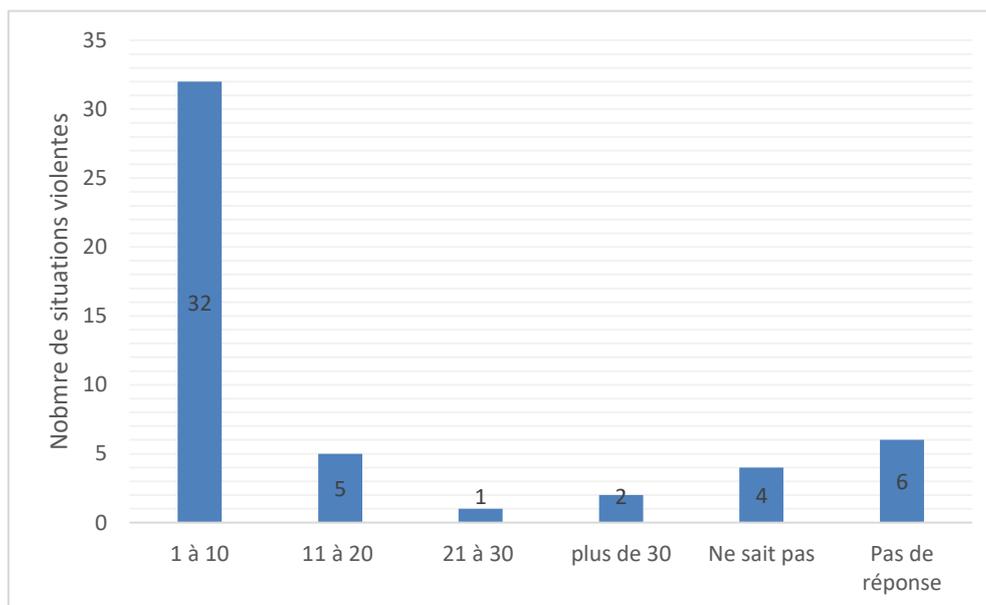


Figure 8 : nombre de situations violentes rencontrées au cours des carrières des médecins interrogés.

La neuvième question visait à estimer le nombre de volontaires pour une formation sur le fonctionnement et la prise en charge des violences : **72%** sont volontaires contre **28%** n'étant pas intéressés par cette proposition.

La dixième question était divisée en deux parties, la première portant sur les structures vers qui adresser une victime de violences, la deuxième portant sur celles vers qui un professionnel peut se tourner s'il a besoin de conseils ou d'aide pour prendre en charge une victime.

Concernant la première partie, **70 %** des médecins avaient connaissance des structures existantes contre **30%** qui ont répondu ne pas en connaître.

Les principales structures nommées dépendaient de la localisation géographique des cabinets ; étaient citées :

- L'unité médico-judiciaire de Saint-Lô
- Les associations d'aide aux victimes telles que la Villa Myriam, « Sortir du silence », « La Belle Echappée »
- Les CHRS (Le Cap, Louise Michel, Avranches), l'ACJM, le CCAS
- Les CMP, les PMI
- Les autorités judiciaires (police, gendarmerie) et les hôpitaux (urgences)

Concernant la seconde partie de la question relevant des structures pouvant apporter de l'aide ou des conseils aux médecins généralistes pour la prise en charge d'une victime, le taux de réponses était similaire à la précédente, 70% en connaissent contre 30 % n'en connaissant pas.

Dans les structures citées par les médecins similaires à celles de la précédente partie, on peut noter :

- L'UMJ de Saint-Lô
- Les CHRS et CCAS
- Les associations citées précédemment
- Les CMP et centre médico-sociaux (Valognes)
- Les CH de proximité.
- Le 3919

La onzième question avait pour objectif de sonder les médecins généralistes sur l'intérêt qu'ils pourraient porter à une documentation regroupant ces différentes structures, à savoir le guide réalisé par le protocole départemental en 2019.

92% des médecins étaient favorables à disposer d'une telle documentation contre 8%.

La douzième question interrogeait les médecins sur leur connaissance des campagnes de prévention réalisées dans le département de la Manche.

Seuls 34% des médecins ont répondu connaître ces campagnes contre 66% qui n'en avaient pas eu connaissance.

La treizième question, dans sa première partie, découlait directement de la précédente question, concernant la pertinence de ces campagnes dans la sensibilisation du public.

Seuls 56% des médecins ont répondu à cette question : 20 % de ces derniers trouvant ces campagnes suffisantes pour sensibiliser le public contre 36% trouvant cela insuffisant.

La seconde partie de la question était une question ouverte sur les outils dont ils aimeraient disposer pour sensibiliser leur patientèle. Les résultats sont repris dans la figure 9.

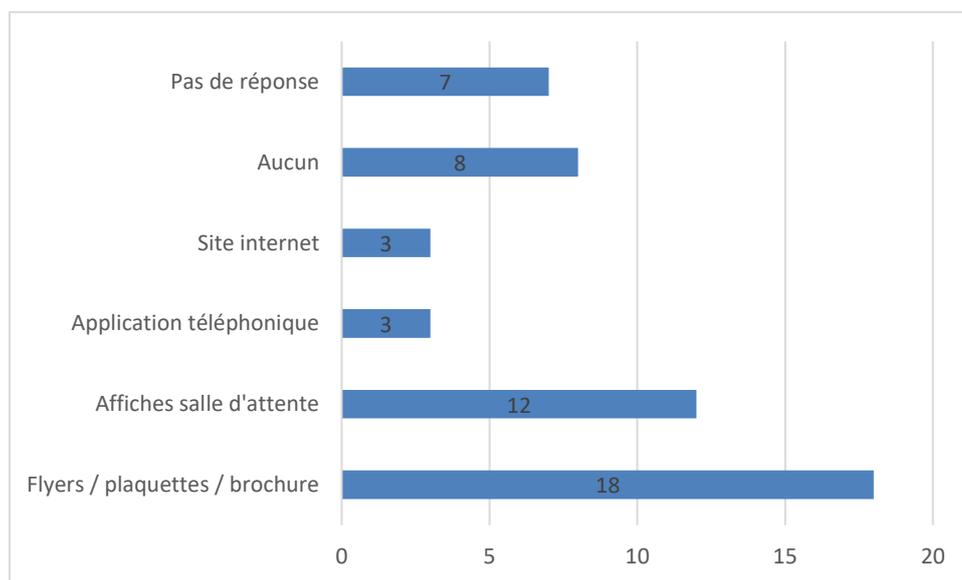


Figure 9 : Outils et supports pour sensibiliser la patientèle sur le thème des violences, en médecine générale.

La quatorzième question traitait de la prise en charge des auteurs de violences au niveau médico-psychologique et l'intérêt dans la prévention des récidives.

88% des médecins interrogés estiment que cette prise en charge représentait un élément pertinent, contre 10% n'en relevant pas l'intérêt. (2% n'ont pas répondu).

La quinzième question visait à estimer la connaissance de l'existence de la consultation de victimologie de l'UMJ de Saint-Lô par les médecins du département, 54% la connaissent contre 46% non.

La seizième question découlant de la précédente question traitait de l'intérêt de cette consultation dans la prise en charge des victimes.

86% des médecins intéressés estiment qu'elle est utile contre 8%. (6 % n'ont pas répondu).

Les médecins estiment que ce genre de consultation permet une prise en charge adaptée pour la victime, même en dehors d'un dépôt de plainte, favorisant une déculpabilisation de la victime et la mise en place d'un suivi adapté.

Quelques médecins expriment leur souhait de voir développer cette activité sur le département estimant que l'éloignement géographique ne permet pas, à l'heure actuelle, d'en bénéficier efficacement.

	Oui (effectif [%])	Non (effectif [%])	Pas de réponse/Cela dépend (effectif [%])
Question 1 (Code postal)	X	X	X
Question 2 (Bonne connaissance du mécanisme des violences dans le couple)	17 [34]	30 [60]	3 [6]
Question 3 (Les missions du médecin traitant dans la prise en charge)	X	X	X
Question 4 (Classement des professions les plus à même d'accueillir une victime en 1ère intention)	X	X	X
Question 5 (Questionnement systématique sur des faits de violences éventuels?)	4 [8]	33 [66]	13 [26]
Question 6 (Cela devrait-il être systématique?)	17 [34]	33 [66]	0 [0]
Question 7 (Aborder le thème des violences est-il difficile?)	18 [36]	32 [64]	0[0]
Question 8 (Prise en charge de victimes de violences durant la carrière?)	47 [94]	3 [6]	0 [0]
Question 9 (Volontaire pour formation sur les violences et la prise en charge)	36 [72]	14 [28]	0 [0]
Question 10a (Connaissance de structures vers qui adressé une victime)	35 [70]	15 [30]	0 [0]
Question 10b (Connaissance de structures vers qui s'adresser pour bénéficier de conseils de prise en charge)	35 [70]	15 [30]	0 [0]
Question 11 (Intérêt d'un accès à une documentation regroupant ces structures pour aider à la prise en charge)	46 [92]	4 [8]	0 [0]
Question 12 (Connaissance des campagnes de prévention réalisées dans la Manche pour sensibiliser le public)	17 [34]	33 [66]	0 [0]
Question 13a (Trouvez-vous cela suffisant?)	10 [20]	18 [36]	22 [44]
Question 13b (Quel outils pour aider à sensibiliser la patientèle)	X	X	X
Question 14 (Intérêt de la prise en charge médico-psychologique des auteurs?)	44 [88]	5 [10]	1 [2]
Question 15 (Connaissance de la consultation de victimologie de l'UMJ de Saint-Lô?)	27 [54]	23 [46]	0 [0]
Question 16 (Utile dans le parcours de soins d'une victime?)	43 [86]	4 [8]	3 [6]

Tableau 9 : Analyse quantitative des réponses au questionnaire médecin

Discussion

La violence faite aux femmes est un sujet majeur de santé publique, que l'on retrouve à la une de nos quotidiens nationaux.

Cette étude est née de l'implication dans le protocole de prévention et de lutte contre les violences du département de la Manche.

Elle vise à repérer d'une part, les connaissances de la population du parcours suivi par une victime de violences, ainsi que des différents moyens de prévention et d'autre part à évaluer la connaissance des professionnels de santé de première ligne que sont les médecins généralistes concernant le réseau établi tout au long de ce parcours.

Ces deux axes sont essentiels pour définir de réels actions ou moyens permettant d'améliorer la prise en charge des victimes et leur parcours à la fois médical, social et judiciaire.

Les chiffres nationaux restent inchangés depuis plusieurs années. Ce constat pose la question de la nécessité d'établir un protocole de dépistage systématique pour les professionnels et acteurs au contact des potentielles victimes.

Retour sur les connaissances du public concernant le parcours d'une victime

La prise en charge des violences conjugales en France est un parcours difficile pour une victime, comme nous avons pu le constater tout au long de cette étude.

Sur l'échantillon de femmes interrogées, 65 % des femmes estiment avoir une bonne connaissance des mécanismes, pourtant complexes, de la genèse et du fonctionnement des violences conjugales. Cependant, seules la moitié des femmes interrogées (37%) connaît un recours ou un lieu vers lequel se tourner en cas de violences : première étape essentielle du parcours.

Il est à noter que la communication sur les démarches à entreprendre en cas de violences conjugales s'est améliorée avec le 4^{ème} plan national de lutte entre 2014 et 2016, avec notamment une amélioration du dépistage via les appels au 3919, une augmentation du nombre de places pour l'hébergement d'urgence ainsi que la création de lieux d'écoute au niveau local et d'espace de formation pour les professionnels.(23)

Malgré tout, relater des faits de violences reste difficile pour les victimes, et le dépôt de plainte est une étape peu souvent franchie comme l'a montré l'enquête CVS de 2012 à 2018 avec seulement 11% de dépôt de plainte. (13)

Paradoxalement, dans notre étude, les femmes interrogées ont précisé que les autorités judiciaires étaient leur premier recours en cas de violences (23%), suivi par la consultation de leur médecin traitant (14%). Notons que le faible taux de réponses à cette question ouverte rend le résultat et l'analyse que peu représentatifs.

Cela peut expliquer en partie la discordance observée entre le taux de dépôt de plainte relevé et la place occupée par ce recours pour les femmes victimes.

De plus, nous remarquons que les professions « les plus rassurantes » pour dénoncer des faits de violences, sont en priorité les professionnels de santé, avec les médecins (28%), les infirmières (17%), et les psychologues (14%).

Cela corrobore les éléments rapportés dans le rapport VIVIO de l'étude DAPHNE de 2002, concernant la prise en charge médicale des femmes victimes. Il montrait un recours important des femmes victimes auprès des services de santé comme les urgences ou le médecin traitant. (24)

Au niveau du département de la Manche, de nombreuses actions de prévention sont menées par les acteurs du protocole départemental à différentes échelles.

Dans l'échantillon de notre étude, seules 22% des femmes ont connaissance de ces campagnes de prévention et 8% seulement les trouvent suffisantes pour sensibiliser la population sur la thématique des violences.

Le protocole est encore jeune et un de ses objectifs est de regrouper les acteurs de la prise en charge des victimes de violences, ceci afin de pérenniser le partenariat du réseau et la cohérence des actions sur l'ensemble du département.

De la même façon, l'unité-médico judiciaire de Saint-Lô a développé depuis quelques années une consultation de victimologie permettant un accès en dehors d'une réquisition judiciaire, ainsi qu'une évaluation et une prise en charge des victimes en dehors d'un dépôt de plainte. Cette consultation est donc une solution pour ces femmes leur donnant l'accès à une prise en charge médico-sociale, tout en conservant les traces d'une consultation médico-légale qui permettra, dans un second temps, l'initiation d'une procédure judiciaire.

Cependant seules 17% des femmes interrogées à Saint-Lô et à Coutances, ont connaissance de cette consultation alors que 86% d'entre elles lui reconnaissent un intérêt certain dans le parcours de soins d'une victime. Une fois encore, cet aspect un peu différent du parcours des victimes pourrait être mis en avant et développé dans le département afin d'améliorer le maillage de prise en charge.

Grâce à l'analyse de ce premier questionnaire, nous pouvons mettre en lumière des problèmes déjà existants et notamment la méconnaissance des structures d'aide et de recours à destination des victimes.

Il est important que les professionnels soient au premier rang de l'information du public et de la sensibilisation.

En effet, nous avons pu constater que le parcours d'une victime débute dans la majorité des cas auprès d'un professionnel de santé : médecin traitant, urgences, service hospitalier de gynécologie-obstétrique...

Comment ces professionnels de santé gèrent-ils ces situations et quelles sont leurs difficultés ?

[Retour sur les connaissances du parcours d'une victime du point de vue médecin traitant]

Dans notre étude, 50 médecins ont répondu à nos questions soit environ un quart des cabinets de la Manche.

Sur ce panel, l'équilibre entre l'activité en milieu rural et celle en milieu citadin a été respecté.

Malgré les moyens mis en œuvre pour faciliter le renvoi des questionnaires, Il est à noter le faible nombre de réponses retournées. Cela pose la question sur la raison de ce faible retour : manque d'intérêt pour le sujet de la prise en charge des violences ou manque de temps pour répondre.

Sur le panel de participants, 94% des médecins ont déjà été confrontés à des prises en charge de victimes de violences, et pour la plupart de manière répétée. Néanmoins, seuls 34% des médecins ayant répondu, estiment avoir une bonne connaissance du mécanisme des violences conjugales, grâce notamment à leurs formations spécifiques, à des réunions de pairs ayant abordé ce thème, à leurs différentes lectures professionnelles...

Les 60% ne s'estimant pas à l'aise avec le thème des violences, relèvent leur manque de formation lors du cursus universitaire, puis, par la suite, un manque de temps pour la compléter ou une absence d'informations spécifiques à leur disposition sur la prise en charge des violences.

Afin d'orienter et d'estimer la place du médecin traitant dans le parcours d'une victime, la question quatre a permis de sérier les différentes missions de ce dernier par ordre de priorité.

Deux grands rôles sont ressortis des réponses, majoritairement **dépister** les violences puis **orienter** la victime vers des acteurs du réseau de prise en charge.

Cela coïncide avec les faits rapportés dans de nombreux articles de la littérature internationale selon lesquels le médecin traitant apparaît comme un maillon essentiel dans la prise en charge des violences.(25–27)

Pour orienter correctement les victimes, nous avons interrogé les médecins sur les moyens et les lieux dont ils ont connaissance à proximité de leur cabinet afin d'obtenir des conseils et/ou des personnes relais dans la prise en charge.

70% connaissent différents lieux d'aide : en majorité les diverses associations d'aides aux victimes, les centres d'hébergements d'urgences, les centres médico-psychologiques ou encore l'unité médico-judiciaire de Saint-Lô, citée à de nombreuses reprises dans les réponses et marquant ainsi son importance dans le réseau de prise en charge.

En effet, 54% des médecins connaissent la consultation de victimologie de l'UMJ de Saint-Lô, et 86% trouvent celle-ci importante dans le parcours d'une victime, notamment par le fait de donner accès à une prise en charge globale et adaptée, et cela même en dehors d'un dépôt de plainte. Pour beaucoup l'accès à cette consultation reste compliqué du fait de la distance entre leur cabinet et Saint-Lô.

Les médecins sont également interrogés sur les professions qu'ils pensent à même d'accueillir une victime en première intention.

Cette question peut être mise en parallèle avec celle du questionnaire patient. On retrouve ainsi, de la même façon, au premier rang, les médecins avec 56 % des réponses suivis par les enquêteurs avec 26%. Le deuxième et troisième rang sont un peu plus partagés entre les enquêteurs, les psychologues et les assistant(e)s sociaux(ales).

On peut également remarquer que sur la totalité des réponses données, le 3919, centre d'appel national représente la 4^{ème} réponse des médecins sans notion de priorité (5^{ème} choix chez les patientes).

Une thèse menée par A. CORNILLEAU en 2012, sur l'évolution des pratiques du médecin généraliste face aux violences conjugales, avait également établi un classement des professionnels vers qui les médecins interrogés orientaient les victimes ; elle corrobore nos résultats avec majoritairement l'orientation vers un psychologue (52.9%) ou vers des associations de soutien aux victimes(42%) .(28)

Enfin, comme dans le questionnaire à destination des patientes, nous avons voulu évaluer la connaissance des médecins concernant les campagnes de prévention et de lutte contre les violences dans la Manche. Seuls 34% des médecins les connaissent (contre 22% des femmes interrogées) et parmi eux, seuls 20% les trouvent suffisantes pour sensibiliser le public (contre 8% des femmes interrogées).

Une fois encore ces résultats attestent de la méconnaissance des actions menées pour sensibiliser et prévenir le public contre les violences.

Moyens d'amélioration de la prise en charge pour les professionnels de santé

Nous avons donc voulu solliciter l'avis des médecins sur la création ou la mise en place d'outils permettant d'améliorer la prise en charge des violences et notamment la prévention et le dépistage de ces dernières.

La création du guide départemental par le protocole permettant de regrouper les acteurs du réseau a été diffusé courant du 2^{ème} trimestre 2019 à destination des professionnels pouvant être confrontés à des situations de violences conjugales (élus, autorités, professionnels de santé, associations...).

Les médecins interrogés se sont, d'ailleurs, montrés très intéressés par l'accès à une telle documentation (92%).

De façon tout aussi importante, 72% des médecins sont en faveur d'une formation sur les violences et leur prise en charge afin de pouvoir adopter au mieux les bonnes attitudes devant de telles situations.

Il serait également intéressant de pouvoir développer à partir du guide une plaquette d'informations adressée aux patientes, regroupant quelques acteurs ou recours du réseau, afin de faciliter l'accès à un parcours de soins et de suivi. 86% des femmes estiment cette initiative intéressante dans la prise en charge des violences.

D'autres moyens pourraient également voir le jour. Récemment le développement d'une plateforme de signalement en ligne est en projet au sein du protocole départemental, ce qui fait écho aux différents outils proposés par les médecins interrogés, notamment des affiches, des flyers mais aussi des sites internet permettant d'aider les victimes. Une application mobile pourrait également être une aide à la fois pour le professionnel, avec un accès au réseau, mais aussi pour la victime souhaitant connaître les structures d'aide les plus proches par exemple.

Enfin, plus récemment, suite à l'ouverture du Grenelle de lutte contre les violences conjugales, ayant débuté le 3 septembre 2019 et s'achevant le 25 novembre 2019, plusieurs améliorations du parcours sont en discussion, notamment la facilitation d'un dépôt de plainte directement au sein des structures hospitalières qui devrait être généralisé le 25 novembre de l'an prochain. Cela fait écho à la mise en place en avril 2018, par l'UMJ de Saint-Lô, en accord avec le parquet de Coutances, d'un protocole ENVOL (Espace Normand de Victimologie et d'Orientation Libre) (Cf. Annexe 3), qui a pour vocation d'améliorer le parcours des victimes de violences, en proposant, lors des consultations de victimologie en accès libre, une fiche de consentement au signalement pour les patient(e)s n'ayant pas pris de décision d'engager une démarche judiciaire. Cette fiche serait transmise par la suite à la justice pour simplifier le parcours judiciaire, adressée avec un rapport d'examen complet permettant ainsi une prise de décision de la part du parquet.

On peut également noter la décision de mettre en place un recueil de preuves sans plainte, mesure qui fait écho à la consultation de victimologie existant dans plusieurs services de médecine légale en France et notamment Saint-Lô, mais il est désormais nécessaire d'étendre cette pratique et de la valoriser afin de permettre une amélioration du parcours des victimes. Cela passe encore par l'information à destination de tous les acteurs du réseau et notamment des médecins généralistes. L'augmentation des places d'hébergement pour les femmes victimes a aussi été abordé dans les annonces officielles du gouvernement et se révèle être un point essentiel.

Le dépistage, comment l'améliorer et doit-il devenir systématique ?

Pour finir, notre étude s'intéresse également au dépistage des violences, souvent réalisé par des médecins traitants ou des urgentistes, premier recours choisi par les femmes victimes.

Le rapport épidémiologique des violences conjugales par Guillam et al., affirmait que « les données issues de sources médicales (concernant le dépistage des violences) sont à ce jour, insuffisantes pour

caractériser l'ampleur du phénomène [...] Seulement un dixième des femmes victimes de violences conjugales serait détecté par les services de santé. », (2) et cela, malgré les résultats d'enquête en population, qui comme la nôtre, montrent que les femmes qui parlent de violences s'adressent davantage aux personnels médicaux (11).

Seuls 15 % des femmes du panel notre étude, suite à leur passage aux urgences, quel que soit le motif de consultation, affirment avoir été interrogées sur d'éventuels faits de violences dans leur vie, ce qu'attestait également l'étude de Sprague et al. en 2012, qui estimait que « seulement 1.5 à 3% des patients accueillis dans un service d'urgence seraient « soumis » à un dépistage ». (29)

Dans la même optique, nous avons demandé aux médecins s'ils interrogeaient systématiquement leurs patientes sur des faits de violences éventuels.

66% ont répondu négativement à la question et 26 % ont répondu que cela dépendait des circonstances, à savoir la présence d'indices ou l'apparition de doutes lors de la consultation médicale leur permettant d'amener la question des violences sans brusquer la patiente.

De plus, dans notre étude, seule la moitié des femmes se dit favorable à rendre systématique cette question (53%). Richardson et al en 2002, avaient affirmé que seulement 20% des femmes (victimes ou non) seraient opposées à ce que la violence conjugale soit évoquée dans une consultation pour un autre motif (6).

Or, plusieurs études ont montré l'augmentation de la prévalence des violences lors d'un dépistage systématique dans des services tels que les urgences ou la gynécologie, notamment O'Campo et al. 2011.(30).

Il est également à noter que l'enquête VIVIO de 2002 montrait que lorsque le thème de la violence conjugale était abordé, il l'était dans 70% des cas par les patientes et dans moins de 20% des cas par le professionnel de santé.(24)

Pour les médecins interrogés dans notre étude, 34% seulement estiment que ce dépistage devrait être systématique, même si un médecin généraliste est en moyenne confronté deux fois par an à la prise en charge de victime de violences en soins primaires (31), estimation vraisemblablement sous-estimée compte tenu des réponses recueillies dans notre étude sur le nombre de situations de violences dont les praticiens avaient eu à prendre en charge lors de leur carrière.

On peut expliquer cela par l'existence de barrières, morales et sociales, tant au niveau des patients qu'à celui des professionnels de santé.

Dans notre étude, 55% des femmes estiment que le thème des violences est difficile à aborder avec un professionnel de santé, tandis que pour les médecins, 36% trouvent encore le sujet délicat.

Plusieurs études ont cherché à définir les différentes barrières qui peuvent conduire à un défaut de dépistage.

Concernant les médecins, notre étude retrouvait des éléments similaires à ceux de l'enquête de Sprague et al, notamment le manque de temps, le manque d'expérience, une faible formation et une pauvreté des connaissances du thème des violences pouvant entraîner une mauvaise prise en charge et une mauvaise orientation de la victime par la suite. (29)

Evidemment à cela s'ajoute également les barrières personnelles de chaque individu aussi bien médecin que patient, l'inconfort personnel, la crainte d'empiéter sur le domaine privé, d'offenser... tous les éléments propres à l'éducation et la sensibilité de chacun.

En Europe, le Danemark et la Finlande ont un processus de dépistage systématique des violences aux urgences (2), en Suède et au Royaume-Uni, il existe un suivi anténatal parmi lequel un dépistage des violences est encouragé.

Malheureusement en France, il n'existe pas ce genre de moyen de prévention ou de surveillance, et ce malgré des recommandations HAS (anciennement ANESM) de 2005 sur le repérage et l'accompagnement en CHRS et de nombreux sujets de mémoires et thèses sur le sujet.

Nous avons retrouvé dans les questions de la thèse de BARROSO DEBEL Maria (32) qui traitait du dépistage systématique, que 42.8% des médecins interrogés étaient contre celui-ci et 53.6% se disaient réticents à sa mise en place systématique.

En conclusion, la question d'un dépistage systématique des violences en France reste majoritairement encore difficile à envisager en médecine générale ; les praticiens sont conscients et connaissent leurs missions auprès de leur patientèle, mais ils semblent encore peu investis ; phénomène expliqué par la peur de choquer ou blesser leurs patientes, par des doutes quant à l'efficacité du processus, par un manque de temps et par un manque de connaissances sur la prise en charge et l'orientation des victimes.

Il est plus que nécessaire de bousculer les convenances actuelles, avec l'aide d'organismes tels que l'Ordre des Médecins, afin d'instaurer ce dépistage systématique, ce qui permettrait une meilleure

visibilité des phénomènes de violences en France, mais également une prise en charge plus précoce, permettant de limiter au maximum les conséquences néfastes et multiples de ces dernières

Données marginales et limites de l'étude

Notre étude a été conduite de façon multicentrique sur 3 centres hospitaliers de la Manche à savoir Saint-Lô, Coutances et Cherbourg. Nous aurions aimé travailler également avec le centre d'Avranches Grandville mais la mise en place du questionnaire a été difficile faute de contact avec le chef de service de l'unité.

Malgré la présence de ces 3 centres dans notre panel, la diffusion du questionnaire s'est révélée aléatoire car ce dernier devait être donné et récupéré de façon systématique par les équipes paramédicales informées au préalable sur les objectifs poursuivis par l'enquêteur, c'est-à-dire nous-même. Mais ne pouvant pas être sur place de façon systématique, il nous a été difficile de contrôler le respect des consignes données pouvant alors porter préjudice à l'efficacité de cette diffusion, générant de ce fait, un fort biais de recrutement.

Malgré les 3 mois d'étude à Saint-Lô, 2 mois à Coutances et 1 mois à Cherbourg, nous n'avons pu récupérer que 193 questionnaires, permettant une analyse des données suffisante pour en tirer certaines conclusions, mais difficilement applicable et généralisable sur la population.

En ce qui concerne le questionnaire médecin, 25 % de réponses est un taux intéressant pour que notre échantillon soit représentatif des médecins généralistes de la Manche. Cependant certaines questions ouvertes sont restées sans réponse, du fait probable d'un biais méthodologique ayant entraîné une lassitude des médecins interrogés, rendant l'exploitation de certaines questions plus difficile.

Certaines questions (notamment la question 10) ont retrouvé des réponses fermées et ouvertes similaires, laissant penser à un nouveau biais méthodologique : mauvaise formulation de la question, réponses proposées mal orientées.

Pour finir, quelques données de notre étude n'ont pas été explicitées car se trouvant légèrement en marge de nos objectifs.

Une question sur la prise en charge des auteurs de violences était posée aux 2 groupes de cette étude, à savoir si cette prise en charge était essentielle pour éviter les récidives et donc de réduire les faits de violences conjugales.

Les femmes interrogées pensent à 79 % que cela présente un intérêt et les médecins généralistes sont 88 % à estimer que cela est important.

Il s'agit en effet d'un axe d'amélioration de la survenue des violences conjugales encore peu développé, dans la Manche. Certaines associations du réseau proposent des stages de réinsertion ou des réunions pour les auteurs de violences afin de les aider à comprendre leurs gestes, leur comportement afin d'éviter des récidives ultérieures.

Enfin, une question a été uniquement posée à Coutances chez les femmes interrogées pour savoir si elles avaient été victimes de violences dans leur vie, 31 % d'entre elles ont répondu positivement à cette question, corroborant les moyennes européennes selon lesquelles une femme sur trois serait victime de violences.(1,2,4,11,12)

Conclusion

La thématique des violences conjugales est désormais plus que présente dans notre actualité, véritable prise de conscience collective, poussant le gouvernement et les pouvoirs publics à prendre des mesures importantes afin d'améliorer le dépistage, la prise en charge et le suivi des victimes de violences.

Pouvant prendre de nombreuses formes et aspects, ces violences ne sont pas facilement discernables, notamment dissimulées derrière des barrières personnelles et sociétales qu'il est important de faire « tomber » grâce à une meilleure prévention au niveau de la population, et également à la mise en place de formations et la diffusion d'informations adaptées aux professionnels qui se retrouvent en premiers face à ces situations délicates.

Dans la Manche, l'existence du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites au sein du couple, les violences intrafamiliales et les violences faites aux femmes, a permis un maillage territorial fort avec de nombreux partenaires, acteurs de la prise en charge des femmes victimes. Il est important désormais d'apporter de la visibilité à ces actions, aussi bien au niveau du public qu'auprès des professionnels de santé.

Les médecins traitants constituent un groupe important de ces premiers recours, tant par leur facilité d'accès que par leur contact proche avec leur patientèle. Il est important de leur apporter des connaissances sur les différents acteurs de lutte contre les violences situées à proximité de leur cabinet. Cela passe notamment par la diffusion du guide départemental créé par les partenaires du protocole de lutte contre les violences, mais également par une amélioration de la formation des jeunes médecins, au niveau universitaire dans un premier temps.

La problématique d'un dépistage systématique est une question à se poser tant en médecine générale que dans d'autres structures de premiers soins telles que les services d'urgences.

Cependant, cette systématisation nous apparaît difficile à mettre en place compte tenu des résultats issus de la littérature d'enquêtes et sondages et ceux de notre étude dans la Manche. D'une part, la population est généralement contre le fait d'amener ce genre de question quel que soit le motif médical initial de consultation, et d'autre part, les professionnels de santé préfèrent se baser sur leur expérience et leur « intuition » devant des doutes émergents lors de la consultation, pour poser la question d'un éventuel fait de violences.

Il est donc plus que nécessaire de bousculer les professionnels de santé, afin de les aider à mener à bien « leurs missions » de dépistage et d'orientation.

Des aides à la prise en charge avec une connaissance des acteurs du réseau restent les éléments les plus faciles à proposer, aussi bien dans les services d'urgences via l'utilisation d'un logigramme (Cf. Annexe 1) que l'on pourrait également envisager de proposer aux médecins généralistes qui sont en demande de formation et d'informations. Inclure les organismes médicaux tels que l'Ordre des Médecins pourrait être une solution afin de toucher un panel plus grand de praticiens et de proposer une information continue et remise à jour régulièrement du réseau, par exemple par le biais de la formation continue.

Il nous reste encore des moyens d'améliorer le parcours et la prise en charge des victimes, et il apparaît important d'encourager les différents acteurs du réseau à diversifier leurs actions, à les promouvoir auprès du public mais aussi auprès des professionnels et des pouvoirs publics.

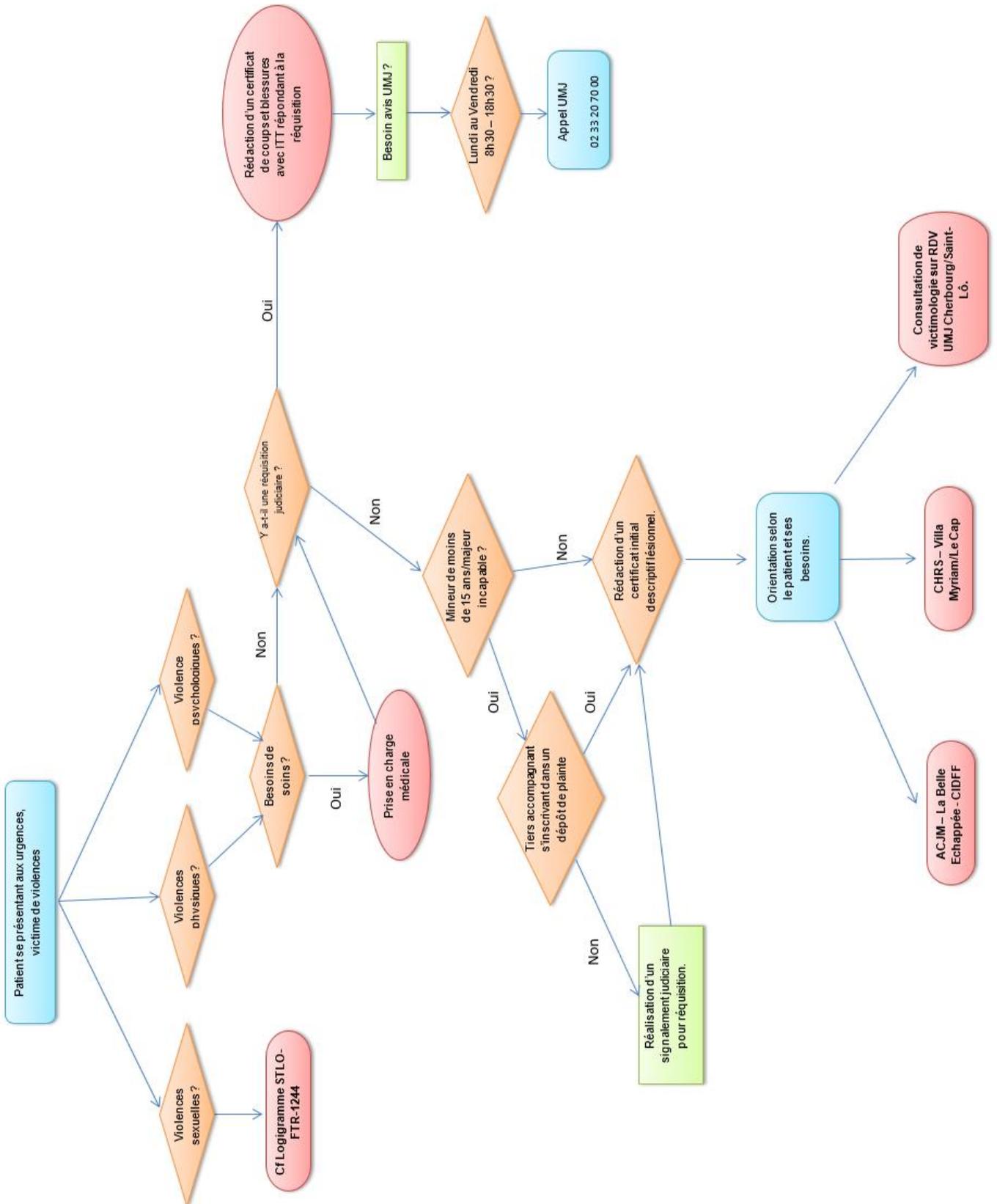
Enfin, rompre l'isolement du médecin traitant devient une action nécessaire et primordiale en lui reconnaissant une place en première instance dans le parcours de soins d'une victime de violences notamment par la proposition d'une aide pluridisciplinaire, couvrant tous les plans : médical, psychologique, social et judiciaire, mise en place dès la première consultation.

Bibliographie

1. Krug EG. Rapport mondial sur la violence et la santé. World Health Organization; 2002. 404 p.
2. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev Epidemiol Sante Publique*. sept 2014;62:S252-S252.
3. Bauer A. Insee-ONDRP, 2012. La criminalité en France. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, sous la direction de A Bauer et C Soullez. Les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » Insee-ONDRP 2007 à 2012. 2012.
4. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. 2012. 43 p.
5. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. avr 2007;8(2):149-77.
6. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 2 févr 2002;324(7332):274.
7. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev*. sept 2003;6(3):171-87.
8. Sonogo M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, et al. Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gac Sanit*. oct 2013;27(5):440-6.
9. Bréart G, Saurel-Cubizolles M-J. Les violences conjugales. Données épidémiologiques. *Bull Acad Natl Med*. 2002;186(6):939-48.
10. A/RES/48/104 - Declaration on the Elimination of Violence against Women - UN Documents: Gathering a body of global agreements.
11. Jaspard M. Les violences envers les femmes en France : Une enquête nationale. Paris, La Documentation Française, 309 p. 2002. 2002;
12. Jaspard M. Les violences contre les femmes. Paris: La Découverte; 2011. 128 p. (Repères; vol. 2e éd.).
13. Ministère de l'Intérieur. L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS). 2018.
14. Couturier M. Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. *Dialogue*. 26 mai 2011;n° 191(1):67-78.
15. Gillioz L. Natacha Chetcuti et Maryse Jaspard : Violences envers les femmes. Trois pas en avant, deux pas en arrière. *Nouvelles Questions Feministes*. 2009;Vol. 28(2):123-7.
16. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 11 juin 1992, 91-86.346, Publié au bulletin.
17. Shah PS, Shah J, Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. nov 2010;19(11):2017-31.

18. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 29 mai 2001;164(11):1567-72.
19. Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociol Health Illn*. juill 2011;33(5):694-709.
20. Mathieu C, Bélanger C. Déterminants conjugaux et personnels de la violence maritale féminine chez les couples où l'homme consulte pour violence conjugale. *Perspectives Psy*. 2012;51(3):286-300.
21. Finney A. Alcohol and intimate partner violence: key findings from the research. Vol. 216. 2004.
22. Nasr R. Les Violences Conjugales : Etude Comparative entre Liban, France et Canada. Lyon 2; 2009.
23. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
24. Institut de l'Humanitaire. VIVIO - La prise en charge médicale de la violence conjugale. Project no.:01/076/W. 2002. Report No.: Project no.:01/076/W.
25. Feder G. Responding to intimate partner violence: what role for general practice? *Br J Gen Pract*. 1 avr 2006;56(525):243-4.
26. Po-Yan Leung T, Phillips L, Bryant C, Hegarty K. How family doctors perceived their 'readiness' and 'preparedness' to identify and respond to intimate partner abuse: a qualitative study. *Family Practice*. 28 déc 2017;35(4):517-23.
27. Lazimi, G. « Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et étude de repérage systématique » *Les Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale*. 2011;
28. Cornilleau, Audrey. *Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans*. Paris 6 - Pierre et Marie Curie; 2012.
29. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
30. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*. mars 2011;72(6):855-66.
31. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. [Internet]. Ministère de la Santé; 2001. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
32. BARROSO DEBEL Maria. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Internet]. [Paris]; 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf

Annexes



Annexe 1 : Logigramme de prise en charge d'une victime de violences dans le service des urgences de Saint-Lô

Questionnaire patient

- 1) Estimez-vous avoir une bonne connaissance des mécanismes des violences au sein de la famille ?
– OUI – NON
- 2) Lors de votre passage aux urgences ce jour, vous a-t-on demandé si vous aviez déjà été victime de violence(s) dans votre vie ?
– OUI – NON
- 3) Cela vous semble-t-il être une question à rendre systématique lors de l'entretien avec le médecin ?
– OUI – NON
- 4) Le sujet des violences vous semble-t-il difficile à aborder avec un professionnel de santé (médecin, infirmière...) ?
– OUI – NON
- 5) Connaissez-vous des moyens, ou des lieux prêts de votre domicile, vers qui vous adressez si vous êtes victime de violences ?
– OUI – NON
- Si oui le(s)quel(s) ? :
- 6) Pensez-vous qu'un accès à une documentation regroupant ces structures pourrait être intéressant pour aider à la prise en charge des violences ?
– OUI – NON
- 7) Quelle(s) profession(s) vous semble la(les) plus rassurante(s) pour dénoncer des violences ?
– Médecin – Infirmière – Aide-Soignante
– Sage-Femme – Pharmacien – Psychologue
– Assistante sociale – 3919 (Centrale d'appel Nationale)
– Enquêteurs (Police / Gendarmerie)
- 8) Avez-vous déjà été informé des campagnes de prévention des violences réalisées dans la Manche ?
– OUI – NON
- 9) Si oui, trouvez-vous cela suffisant pour sensibiliser la population ?
– OUI – NON
- 10) Pensez-vous qu'une prise en charge médico-psychologique des auteurs de violences est pertinente, afin de prévenir les récidives ?
– OUI – NON
- 11) Pensez-vous que ce type de questionnaire serait adapté à un public masculin ?
– OUI – NON

12) Avez-vous connaissance de la consultation de victimologie de l'UMJ de Saint-Lô permettant une évaluation en dehors d'un dépôt de plainte ? (Cf. Flyer ci-dessous)

– OUI

- NON

13) Pensez-vous que ce type de consultation a un intérêt dans le parcours des victimes ?

– OUI

- NON

Je vous remercie du temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire et de ce fait de votre aide pour ma thèse, n'oubliez pas de le remettre à l'infirmière d'accueil des urgences lors de votre départ.

Annexe 2 : Questionnaire patient, exemplaire type Saint-Lô

Questionnaire médecin

1) Quel est votre code postal ?

2) Estimez-vous avoir une bonne connaissance de comment s'élaborent, se construisent et s'entretiennent les violences au sein d'un couple/d'une cellule familiale ?

– OUI

- NON

Expliquez votre réponse :

3) Selon vous quelles sont les missions du médecin traitant dans la prise en charge des violences ? (Vous pouvez en citer de 1 à 4, classées par ordre de priorité)

❶

❷

❸

❹

4) Parmi les personnes suivantes, classez par ordre de priorité en affectant un numéro de 1 à 3, les personnes/entités qui vous semblent les plus à même d'accueillir une victime de violences en 1^{ère} intention ?

- Médecin
- Infirmière
- Aide-Soignante
- Sage-Femme
- Pharmacien
- Psychologue
- Assistante sociale
- 3919 (Centrale d'appel Nationale)
- Enquêteurs (Police / Gendarmerie)

5) Lors de vos consultations, questionnez-vous systématiquement vos patient(e)s sur d'éventuels faits de violences dont ils(elles) pourraient être victimes ?

- OUI

- NON

- Cela dépend

Expliquez votre réponse :

6) Pensez-vous que cette question devrait être abordée de façon systématique, lors d'une première consultation, au même titre qu'un antécédent médical ou chirurgical ?

– OUI

- NON

7) Le sujet des violences vous semble-t-il difficile à aborder avec votre patientèle ?

– OUI

- NON

Expliquez votre réponse :

8) Durant votre carrière, avez-vous déjà été confronté à la prise en charge d'une victime de violences ?

– OUI

- NON

Si oui, combien de fois environ ? :

9) Seriez-vous intéressé et demandeur d'une formation sur le thème des violences et leur prise en charge ?

– OUI – NON

10a) Connaissez-vous des structures ressources prêts de votre cabinet, vers qui adressez une victime de violences ?

– OUI – NON

Si oui le(s)quel(s) ? :

10b) Connaissez-vous des structures vers qui vous adressez pour bénéficier de conseils pour vous aider à la prise en charge d'une patiente victime de violences ?

– OUI – NON

Si oui le(s)quel(s) ? :

11) Pensez-vous qu'un accès à une documentation regroupant ces structures pourrait être intéressant pour aider à la prise en charge des violences ?

– OUI – NON

12) Avez-vous déjà été informé des campagnes de prévention destinées au public réalisées dans la Manche, sur le thème des violences ?

– OUI – NON

13a) Si oui, trouvez-vous cela suffisant pour sensibiliser la population ?

– OUI – NON

13b) De quels outils / supports souhaiteriez-vous disposer pour sensibiliser vos patientes ?

14) Pensez-vous qu'une prise en charge médico-psychologique des auteurs de violences soit pertinente, afin de prévenir les récidives ?

– OUI – NON

15) Avez-vous connaissance de la consultation de victimologie de l'UMJ de Saint-Lô permettant une évaluation des patientes victimes, en dehors d'un dépôt de plainte ?

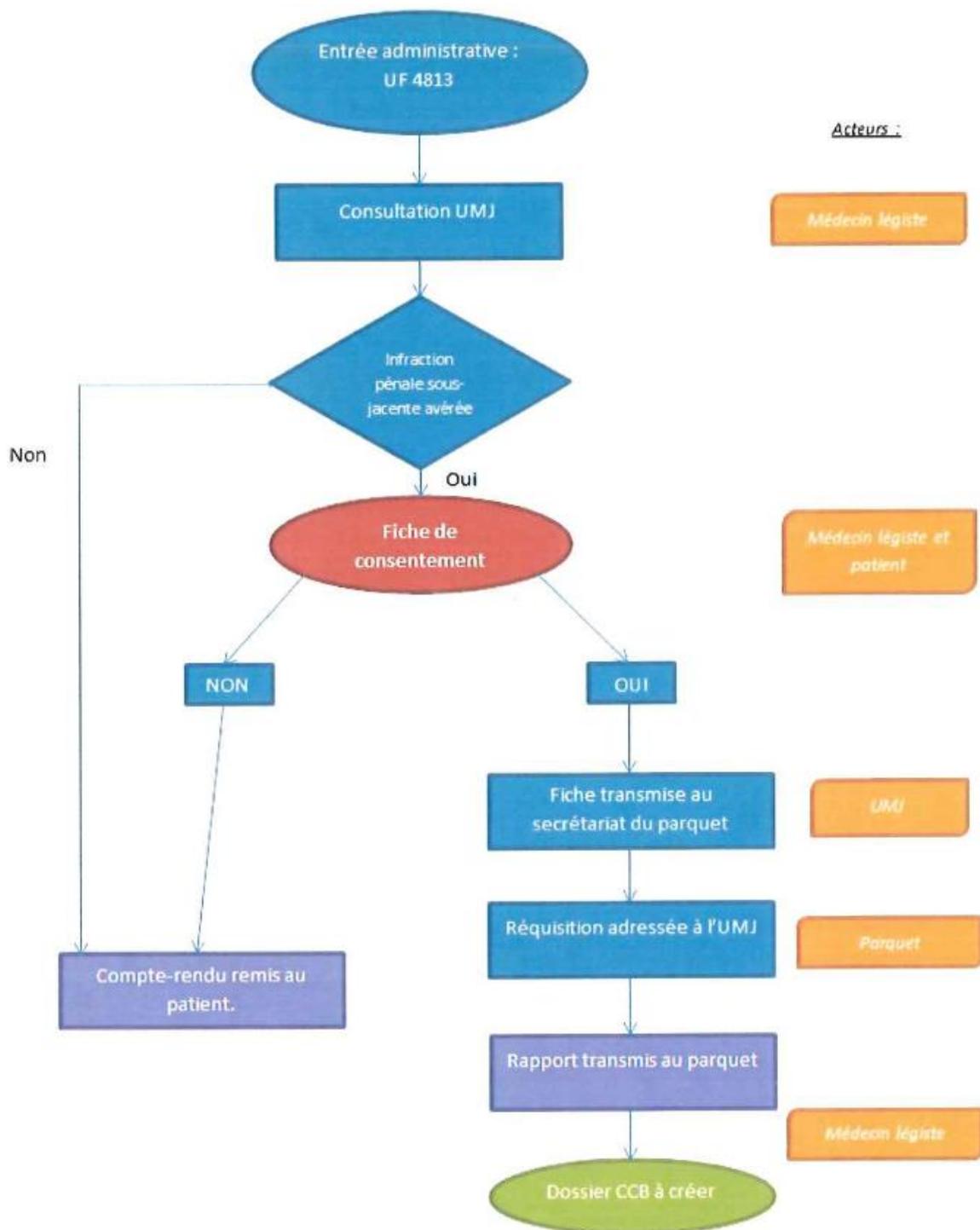
– OUI – NON

16) Pensez-vous que ce type de consultation a un intérêt dans le parcours des victimes ?

– OUI – NON

Expliquez votre réponse :

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes du département



Annexe 4 : Logigramme de fonctionnement du protocole ENVOL mis en place à l'UMJ de Saint-Lô

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse



VU

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : AMBERT Valentin

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Repérage et prise en charge des femmes victimes de violences
Identification des besoins et actions menées dans la Manche

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Nos objectifs sont d'évaluer les connaissances du public et des MG de la Manche sur les moyens de sensibilisation et de prévention mis en place par le département, via notamment le protocole départemental de lutte contre les VC et de déterminer des axes d'amélioration, en particulier du dépistage.

Matériels et méthodes : Étude quantitative prospective réalisée sur la base de 2 questionnaires, l'un adressé à toute femme consultant les urgences sur 3 centres hospitaliers manchois et l'autre, à l'ensemble des MG des cabinets de la Manche (191).

Résultats : Sur 193 réponses de femmes, seules 37% connaissent une structure d'accueil pour les victimes de violences, 22% des campagnes de sensibilisation dont 8% seulement les jugeant efficaces. 15% disent avoir été questionnées sur d'éventuelles VC aux urgences. Parmi les 50 réponses de MG (26%), seuls 34% estiment avoir une bonne maîtrise de la prise en charge de victime alors qu'ils reconnaissent pour 94% avoir dû déjà gérer une telle situation. Le caractère systématique du dépistage n'est pas jugé utile pour 66%.

Discussion : La méconnaissance des femmes des structures du parcours, avéré lors de notre étude, rend nécessaire leur prise en charge via des mesures d'informations et des formations pluri-professionnelles. Les MG connaissent leurs missions mais semblent encore peu investis : un tabou entravant encore la mise en place du questionnement systématique.

Conclusion : Il est essentiel de bousculer les convenances actuelles pour permettre une mise en place d'un dépistage systématique chez les MG pour mieux prendre en charge les VC et aussi développer les mesures de dépôt de plainte facilité.

MOTS-CLES : Violences – violence conjugale – médecine générale - prévention

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Identification and healthcare of women victims of violence
Identification of needs and actions in Manche

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Purpose: Our goals are to assess both public and general practitioner knowledge on the awareness and prevention channels implemented by the Manche Department - particularly through the local protocol fighting against domestic violence (DV) - and to identify possible areas of improvement, especially regarding screening.

Methods: Prospective quantitative study conducted based on two questionnaires. One addressed to every woman admitted into the emergency services of three medical centers and the other to every GP in the Manche Department (191).

Results: Out of 193 replies from women, only 37% know of a domestic violence victim reception center, 22% of awareness campaigns, of which only 8% consider them to be effective. 15% claim they have been questioned about possible DV in the emergency room. Out of 50 replies from GPs (26%), only 34% reckon they have a good understanding of DV victim care while 94% admit to having faced such situations in the past. 66% deem the systematic nature of screening not to be useful.

Discussion: Women's lack of knowledge about the victim's care network, as demonstrated in our study, makes it necessary to support them through information and training of professionals. GPs are aware of their missions but still seem hardly invested: a taboo still hindering systematic screening implementation.

Conclusion: Shaking up the established decorum is fundamental to make way for the implementation of systematic screening by GPs, in order to both improve DV victims' care and develop measures of facilitated complaint filing.

KEY WORDS: violence – domestic violence – general practitioner - prevention