

**Dépistage systématique, en médecine générale, des violences
conjugales faites aux femmes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 21 Juin 2018

Par Madame Olalla JANEIRO JANEIRO

Née le 2 juillet 1990 à Santiago De Compostela (ESPAGNE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique	Président
Monsieur le Professeur BAILLY Daniel	Assesseur
Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert	Assesseur
Madame le Docteur DEPARIS Noémie	Directeur
Monsieur le Docteur POHER Yves	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Madame le Professeur Marie-Dominique Piercecchi, pour l'honneur qu'elle nous a accordé en acceptant d'être notre présidente de jury.

A Monsieur le Professeur Aubert Agostini, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être notre juge.

A Monsieur le Professeur Daniel Bailly, pour nous avoir fait l'honneur de faire partie de ce jury.

A Madame le docteur Noémie Deparis, qui a dirigé cette thèse, pour ta disponibilité et ton accompagnement durant tout ce travail. Merci pour ta confiance et pour l'aide précieuse que tu m'as consacrée.

A Monsieur le docteur Yves Poher, qui a été mon mentor et qui a codirigé le début de ce travail. Sans cette rencontre, je n'aurais pas pu m'épanouir pleinement dans le domaine médical. Tu m'as accompagnée avec bienveillance lors de mes débuts d'interne. Merci pour ta confiance, ton écoute, ta disponibilité en toute circonstance et permet-moi de t'exprimer toute mon estime et mon admiration.

Nous remercions tout particulièrement les dix neuf médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail :

- Docteur Jacques BREUIL
- Docteur Marc CASTANER
- Docteur Guy COLLIER
- Docteur Charles CORNET
- Docteur Dominique DE LIGNIERES
- Docteur Valery DELVOIX
- Docteur Eric GAUTIER
- Docteur Patrick GOURE
- Docteur Jean Pierre KOLODZIEJCKYK
- Docteur Yves MARCHANDY
- Docteur Adeline MIZONY
- Docteur Muriel N'NA EKAMKAM
- Docteur Stephane OLLIER
- Docteur Pascale PESSEY
- Docteur Gerard PLAN
- Docteur Jose PUENTEDURA
- Docteur Jean Christophe ROCHET-CAPELLAN
- Docteur Richard VALLA
- Docteur Michele VIGUIER

A mes parents, pour votre soutien durant toutes ces années d'études.

A ma « wayward » sœur, Anxela, pour tes conseils, ton non conformisme et ton imagination.

A ma famille, les Janeiros de Galicia, pour avoir rigolé avec moi pendant tous ces années. Aux Janeiros de Donostia, pour votre soutien et votre préoccupation.

A Chloe, sans laquelle cette thèse n'aurait jamais eu lieu. Merci d'avoir été là durant cette dernière année, de ta patience, de ton empathie, de ton affection. Nous avons quelque chose de spécial.

A Sonia, pour être mon guide pendant ces derniers mois de travail. Merci pour tes bons conseils et ta confiance en moi. Et pour le théâtre !

A Céline, pour ton soutien et ta gentillesse.

A Gauthier, pour tes conseils concernant cette thèse. Merci de m'avoir accueilli à mon arrivée en France avec patience et bienveillance. Sans toi, ce début aurait été très difficile.

A Jimmy, sans lequel ce travail n'aurait pas eu lieu. Merci de m'avoir mis en contact avec Noémie et merci de ton empathie, ta patience et tes bons conseils.

A Oli V, pour rendre honneur à l'Oli's Clube en m'aidant avec la partie statistique.

A Vincent, pour être là inconditionnellement depuis quatre ans qui semblent une vie.

A Sara, merci pour ton sincère et affectueuse amitié depuis quatre ans.

A Coralie, pour ton affection, ton honnêteté et ton soutien depuis le début de l'internat.

Aux nouveaux internes d'Embrun pour les beaux six mois partagés dans les Hautes-Alpes. A Remi, pour ta gentillesse et ta bonne humeur. A Charlely, pour ton soutien dans la dernière ligne droite et pour être un tío guay !

A la famille hyérois , Barbara, Chloe, Céline, Milan, Thomas, Carole, Nico, Pierre, Claire, pour le meilleur été de ma vie en regardant passer les oies sauvages.

A mes co-internes de Manosque, Gauthier, Anne, Coralie, Lucia, Sara et Camille pour votre soutien dans ce début d'internat difficile.

A Julie, Julien Marie, Sonia et Caro, pour un dernier semestre merveilleux et plein de fous rires.

A tous mes amis de la faculté de Santiago de Compostela et de mon année Erasmus à Lyon. Merci pour tous les beaux moments partagés.

A Fati et Ale, pour être là depuis toujours.

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

ABRÉVIATIONS

- **OMS** : Organisation Mondial de la Santé
- **UNESCO** : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
- **ONU** : Organisation des Nations Unies
- **WAST** : Woman Abuse Screening Tool
- **HITS** : Hurt, Insult, Threaten, Scream
- **STAT** : Slapped, Things and Threaten
- **MIPROF** : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- **IVG** : Interruption volontaire de grossesse

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	9
2. JUSTIFICATIF DE LA THÈSE	11
2.1 Définitions	11
2.1.1 Violence de genre	11
2.1.2 Violence conjugale	12
2.2 Violence conjugale, un enjeu de santé publique	14
2.2.1 A niveau mondial	14
2.2.2 A niveau européen	15
2.2.3 En France	16
2.3 Conséquences pour les femmes victimes	17
2.3.1 Traumatismes physiques	18
2.3.2 Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement	18
2.3.3 Pathologies chroniques	18
2.3.4 Atteinte à la santé sexuelle et reproductive	19
2.3.5 Féminicide ou suicide	19
2.4 Le rôle du médecin généraliste	19
2.5 Le dépistage systématique	21
2.6 Hypothèse	23
2.7 Objectifs de l'étude	23
3. MATÉRIEL ET MÉTHODES	24
3.1 Type d'étude	24
3.2 Schéma expérimental	24
3.3 Recrutement des médecins généralistes	27
3.4 Population cible	27
3.5 Aspects éthiques	28
3.6 Déroulement de l'étude	29
3.7 Analyses statistiques	30

4. RÉSULTATS	31
4.1 Premier questionnaire	31
4.1.1 Profil des médecins généralistes	31
4.1.2 Résultats du questionnaire	31
4.2 Dépistage systématique	37
4.2.1 Profil des médecins et patientes incluses	37
4.2.2 Résultats du dépistage	38
4.2.3 Résultats du questionnaire d'évaluation finale	40
5. DISCUSSION	43
5.1 Analyse des résultats	43
5.1.1 Incidence de la violence conjugale en médecine générale	43
5.1.2 Pratiques habituelles des médecins généralistes	45
5.1.3 Opinion des médecins généralistes après les 5 jours de dépistage systématique	47
5.2 Limites de l'étude	48
5.3 Perspectives	49
6. CONCLUSION	51
7. BIBLIOGRAPHIE	53
8. ANNEXES	58

1. INTRODUCTION

La violence de genre reste un sujet tabou. Des voix relayées par les médias se lèvent de plus en plus pour dénoncer ce fléau de notre société. Or, dans le vécu, les femmes ont encore peur d'en parler.

La violence envers les femmes au sein du couple est un type de violence de genre qui est difficile à identifier et à prendre en charge. Elle appartient au domaine du privé, de l'intimité. Remettre en question une relation de couple peut être considéré comme une atteinte à la liberté individuelle de choisir ses relations. A qui appartient la tâche de rentrer dans cette intimité pour identifier les situations de violence ?

Les femmes victimes souffrent de séquelles physiques traumatiques, de pathologies psychiatriques et troubles du comportement, d'une aggravation des maladies chroniques et de troubles de la santé sexuelle et reproductive.

La qualité de vie diminue. Plus de la moitié des femmes victimes (57 %) déclarent que les violences ont entraîné des perturbations dans leur vie quotidienne (1). La relation de domination et de contrôle qui définit la violence conjugale crée un climat d'isolement et de peur qui aggrave l'impact sur la santé des femmes.

La quantité de vie diminue. Dans le cas des maladies chroniques, la violence conjugale réduit de 4 ans l'espérance de vie des patientes du simple fait de la mal-observance thérapeutique qu'elle induit (2). La conséquence ultime peut être le décès par féminicide.

Le médecin généraliste a une position idéale pour dépister les femmes victimes de violence conjugale. Il a une approche globale de la patiente comprenant la santé physique, psychique et sociale. La relation de confiance créée dans le cadre professionnel permet au médecin d'aborder des sujets de la vie privée. Cette possibilité de rentrer dans l'intimité est un droit mais aussi un devoir du médecin. Bernard Kouchner parle dans la préface du rapport Henrion du « devoir d'ingérence » du médecin dans ce qui peut paraître relever du privé mais représente un danger vital si l'on ne s'engage pas pour protéger les victimes (3).

Mais, comment aborder le sujet ? Il existe divers outils de dépistage de la violence conjugale en soins primaires mais un seul est validé en France, le WAST (Woman Abuse Screening Tool)(4). Le sujet peut également être abordé lors de la consultation par des questions choisies par le médecin et adaptées à chaque cas.

Actuellement, les recommandations de l’OMS ne préconisent pas un dépistage systématique de la violence conjugale, hormis pendant la grossesse. L’identification des femmes victimes est faite par des signes d’alarme. Ces signes d’alarme ne sont pas définis de manière précise et leur repérage est souvent difficile. Pourquoi ne pas poser la question de manière systématique à toutes les femmes ? Pendant l’interrogatoire initial, le médecin généraliste demande à sa patiente ses antécédents personnels et familiaux, ses allergies, ses conduites à risque, le nombre d’enfants... Des questions qui, en définitive, appartiennent à la vie privée de chaque femme. Une question pourrait être ajoutée : « Comment ça se passe dans votre relation de couple ? »

J’ai été confrontée pour la première fois à la violence conjugale lors de mon premier stage d’internat au Centre Médico-Social de Manosque, dans le département des Alpes de Haute Provence. La réalité des femmes victimes que j’ai découverte et toutes les difficultés rencontrées par les professionnels pour les détecter m’ont amené à réaliser ce travail de thèse. Un dépistage systématique, permettrait-il d’identifier un plus grand nombre de femmes victimes ? Serait-il faisable en cabinet de médecine générale ? De quelle manière ?

2. JUSTIFICATIF DE LA THÈSE

2.1 DÉFINITIONS

2.1.1 Violence de genre

L'UNESCO définit la violence fondée sur le sexe comme « la violence exercée contre une femme parce qu'elle est une femme ou qui touche spécialement la femme. Elle englobe les actes qui infligent des tourments ou des souffrances d'ordre physique, mental ou sexuel, la menace de tels actes, la contrainte ou autres privations de liberté »

Le dernier rapport de l'OMS en 2016 concernant la violence à l'égard des femmes et des filles estime que, celles-ci, doivent supporter le fardeau considérable des divers types de violence qui résultent d'idées reçues acceptées par la société reposant sur l'inégalité entre les sexes et la discrimination. C'est ainsi que la violence à leur égard reste souvent cachée. Elles éprouvent de la honte et sont stigmatisées.

L'inégalité entre les sexes et la discrimination sexiste sont des déterminants sous-jacents de la violence. La lutte contre cette violence nécessite de remettre en cause les rapports de force inégaux entre hommes et femmes et les normes socioculturelles de domination de l'homme et de soumission de la femme (5).

La violence conjugale envers les femmes est, dans la majorité des cas, de la violence de genre. Concernant les homicides au sein du couple en 2016 en France, le mobile le plus fréquemment identifié pour les hommes violents est le refus de la séparation. Ce fait est révélateur d'une volonté d'emprise et de contrôle de l'auteur masculin sur sa partenaire. Pour les femmes, la cause principale de violence est la dispute (6)

La violence sexiste n'est pas uniquement une violation des droits des femmes victimes des agressions. L'impunité dont jouissent les agresseurs et la peur engendrée par leurs actes affectent toutes les femmes. Cette forme de violence fait des ravages au niveau mondial car elle empêche les femmes et les filles de contribuer au développement international, à la paix et au progrès (7).

2.1.2 Violence conjugale

L'OMS définit la violence conjugale comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination».

Le principe de domination est important dans cette définition. Il crée une relation inégalitaire, asymétrique. Il distingue la violence conjugale du conflit conjugal. Le conflit met en opposition les deux membres du couple du fait de leurs opinions ou de leurs sentiments. Les deux interlocuteurs expriment et font valoir leurs opinions en égalité. Le processus de violence entraîne une accumulation des faits, gestes et paroles qui vulnérabilisent toujours le même membre du couple et nient son droit à l'expression. L'un des partenaires profite d'une relation privilégiée pour exercer une domination sur l'autre, par des agressions (8).

La violence conjugale suit un cycle particulier qui est mis en place et dirigé par l'agresseur. Il existe une première phase dans laquelle le dominant crée un climat de tension qui a pour but d'instaurer la peur, l'anxiété et le stress chez la dominée. Ensuite, arrive le moment de l'agression. La victime se sent triste, humiliée et a le sentiment que la situation est injuste. Le dominant réagit immédiatement avec la justification de son comportement et le transfert de responsabilités sur la victime. La victime assume cette responsabilité via un phénomène de culpabilisation et doute de ses propres perceptions. Finalement, l'agresseur demande pardon et parle de thérapie, de faire des efforts. La victime voit un espoir de changement, minimise et justifie l'agression et lui donne une chance. La relation de confiance s'instaure à nouveau. Le cycle recommence.

Nous distinguons différents **types de violence** au sein du couple :

Les **violences physiques** correspondent à toute action mettant en danger l'intégrité physique de la victime. Des coups, gifles, brûlures, strangulation, morsures, blessures avec arme blanche ou arme à feu jusqu'à l'homicide.

Les **violences psychologiques**, qui sont les violences les plus habituelles. Elles s'installent de manière insidieuse. Les moyens utilisés pour diminuer l'estime de soi de la victime sont diverses :

Le contrôle de ses déplacements, ses relations sociales, sa vie professionnelle ou ses pensées, qui mène à un isolement de la vie sociale, amis, famille.

Le harcèlement par des appels téléphoniques constants ou la répétition à satiété d'un message jusqu'à saturer les capacités critiques et le jugement de la victime.

La jalousie pathologique.

Le dénigrement, le mépris sur sa santé mentale, son apparence physique, ses émotions ou son entourage.

L'indifférence aux demandes affectives affichant un rejet de l'autre, refusant de lui parler ou ignorant ses besoins.

Les humiliations, qui font naître un sentiment de honte qui les rendent inavouables.

L'intimidation avec des attitudes colériques et les menaces qui contribuent à faire naître la peur.

Les **violences sexuelles** comprennent les agressions sexuelles dont l'attouchement des seins des fesses ou du sexe, ou le viol ou tentative de viol conjugal. Le viol est un rapport subi sous contrainte. Cette contrainte peut être la force physique, la menace ou l'intimidation, mais aussi le chantage affectif ou la culpabilisation. Les rapports forcés en profitant de la confiance de la victime ou de son jeune âge, les rapports pendant que la victime est sous l'emprise de l'alcool ou autre drogue ou pendant qu'elle est endormie, sont aussi du viol. Ce sont les violences les plus cachées. Les femmes ont plus de difficulté à les identifier et à en parler (9).

Les **violences verbales** comprennent des mots exprimant des reproches, des menaces, critiques, humiliations ainsi que des cris, un ton brusque, des silences, des insultes.

Les **violences économiques et patrimoniales** ont pour but de déposséder la victime de son autonomie financière. Elles consistent à la privation et au contrôle des ressources financières et matériels ainsi qu'au contrôle de l'activité professionnelle de la victime (interdiction de travailler, contrarier un retour vers l'emploi après congé parental, etc)

Les **violences administratives** consistent à la confiscation de documents d'identité. Cette violence concerne notamment les femmes étrangères.

2.2 VIOLENCE CONJUGALE – UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

2.2.1 Au niveau mondial

L'OMS considère que la violence à l'encontre des femmes, qu'elle soit le fait d'un partenaire intime ou de nature sexuelle, est une violation majeure des droits de la femme. A partir des années 1990, elle est considérée au niveau institutionnel comme un problème de santé publique, sortant du champ exclusif de la justice et de la police. Les premières enquêtes spécifiques sur la thématique sont mises en place à cette période. La première, réalisée au Canada en 1993, montrait que 30% des canadiennes avait été victime de violence physique ou sexuelle infligée par leur conjoint, et 35 % des femmes, avait subi des violences psychologiques (10).

La Conférence mondiale de l'ONU sur les femmes de 1995 à Beijing, recommande de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes (11).

Au niveau mondial, 30 % des femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime selon le dernier rapport de la ONU de 2013. Du total des meurtres de femmes, 38 % sont commis par des partenaires intimes (12).

Face à cette situation, l'OMS a élaboré en 2014 un plan d'action mondial consistant à renforcer le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles. Les objectifs étaient de mettre en œuvre des politiques et des programmes de prévention et d'agir face aux effets sanitaires de

la violence. Un calendrier d'application pour les 15 prochaines années est fixé, jusqu'en 2030 (5).

2.2.2 Au niveau européen

Depuis les années 1990 , et, surtout à partir de la Conférence mondiale de Pékin de 1995, le Conseil de l'Europe a pris une série d'initiatives pour promouvoir la protection des femmes contre la violence. Les statistiques analysées lors de l'assemblée parlementaire de 2002 montraient que la violence domestique était la première cause de mortalité et d'invalidité pour les femmes entre 16 et 44 ans, avant le cancer, les accidents de la route et même la guerre. Les états membres ont adopté des recommandations sur la protection des femmes contre la violence à travers de la prévention, la sanction des agresseurs et la protection des victimes. Ils ont affirmé également la nécessité des politiques de sensibilisation efficaces et des campagnes d'information. La violence conjugale est devenu un problème politique et public (13).

En décembre 2008, le Conseil de l'Europe a créé un groupe d'experts chargé de préparer un projet de convention sur la question. Ce projet a abouti à la Convention d'Istanbul, signée par la France en 2011, et qui est entrée en vigueur en 2014. Elle incombe à l'État, sous peine d'être en faute, de lutter efficacement contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique en prenant des mesures pour la prévenir, protéger les victimes et poursuivre les auteurs (14).

L'enquête réalisée en 2014 par la FRA (Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne) dans 28 pays européens montre qu'une femme sur cinq a subi au moins une forme de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans, et presque une sur deux (43% des européens) a été victime de violences psychologiques (15),

L'étude Daphné a donné une estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe pour l'année 2006 . Le nombre de décès serait de 3 413, soit plus de 9 par jour, dont 2 419 femmes, soit près de 7 femmes par jour (16).

2.2.3 En France

La première enquête nationale spécifique a été menée en 2000, dirigée par le Service des droits des femmes et de l'égalité, et le Secrétariat d'État aux droits des femmes : L'ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France). Il était retrouvé que le taux de femmes victimes de violence conjugale était de 10%. Cette enquête a montré que c'est dans l'intimité de l'espace conjugal que sont perpétrées le plus de violences de toutes natures, la violence psychologique étant la plus fréquente. Une problématique peu traitée jusqu'à ce moment là s'est dévoilée, la violence sexuelle au sein du couple. Les deux tiers des femmes contraintes par leur conjoint à des pratiques ou rapports sexuels forcés en ont parlé pour la première fois en répondant à cette enquête (17).

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) publie chaque année depuis 2007 l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité (CVS) » avec l'objectif de compter et décrire les infractions dont sont victimes les ménages et les individus. Un chapitre est toujours dédié à la violence physique et/ou sexuelle au sein du ménage.

Le rapport CVS de Décembre 2017 présente des résultats estimés sur les données de 2011 à 2016. En moyenne, chaque année, 1% des femmes âgées de 18 à 75 ans (près de 225.000 femmes) ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple. Cette estimation ne tient pas compte des autres types de violences (psychologique, économique, verbale). Concernant les violences sexuelles, 93000 femmes déclarent avoir été victimes de viol ou de tentative de viol et dans 45 % de cas, l'agresseur était leur conjoint ou ex-conjoint (18) (19).

Les chiffres du Ministère de l'Intérieur montrent qu'un viol sur trois commis sur une femme majeure, parmi ceux enregistrés par les forces de sécurité, est le fait de son partenaire ou ex-partenaire (20).

Depuis 2005, la Délégation d'Aide aux Victimes (DAV) du Ministère de l'Intérieur recense de manière exhaustive les morts violentes au sein du couple chaque année. Son dernier rapport montrait que, dans l'année 2016, 123 femmes ont été tuées par son partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les trois jours (19).

En 2012, lors du Comité interministériel aux droits des femmes , il a été décidé la création de la Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Elle a fait l'objet d'un décret présenté au Conseil des ministres en 2013. Trois principales fonctions lui ont été confiées:

- La définition d'un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes et la création d'outils de formation déclinés en fonction des spécificités des différentes professions et des différentes formes de violences.
- Un rôle d'observatoire national sur les violences faites aux femmes à travers la mission de « rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes ».
- La coordination nationale de la lutte contre la traite des êtres humains (21).

En 2015, l'Institut National d'Études Démographiques (INED) a lancé l'enquête VIRAGE. Ce projet veut actualiser la connaissance statistique des violences faites aux femmes au niveau national en suivant le modèle, quinze ans après, de l'ENVEFF. Les premiers résultats concernant les violences sexuelles nous montrent que 40500 femmes (0,28 % des femmes de 20 à 69 ans en France) déclarent avoir subi au moins une forme de violence sexuelle de la part de leur partenaire au cours des douze mois précédents (viol ou tentative de viol conjugal ou autre agression sexuelle). Au cours de la vie, 0,74 % des femmes déclarent avoir subi un viol conjugal et 0,83 % par son ex-conjoint.e.s (9).

2.3 CONSÉQUENCES POUR LES FEMMES VICTIMES

La violence conjugale a un retentissement important sur la santé globale de la femme. Ses effets peuvent être immédiats, s'installer progressivement pendant la relation ou persister après la fin des violences.

Dans l'enquête CVS de 2017, en France, les victimes des violences répétées au sein du couple, déclarent une fois sur deux des perturbations de leur vie quotidienne, contre une fois sur quatre en cas d'incident unique (1).

2.3.1 Traumatismes physiques

Parmi les femmes qui subissent des violences de la part d'un partenaire intime, 42 % signalent des blessures physiques consécutives à l'acte (12).

Les effets immédiats de violences physiques peuvent être : ecchymoses, contusions, abrasions, lacérations, perforations, brûlures et morsures, fractures ou dents cassés.

2.3.2 Pathologies psychiatriques et troubles du comportement

Les situations de violence créent chez la victime des états de stress post-traumatique, des troubles anxieux et dépressifs, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des comportements autodestructeurs et des tentatives de suicide. Le risque d'abus de substances comme le tabac ou l'alcool augmente.

L'analyse conduite en 2013 par l'OMS a établi que les femmes ayant subi des violences de la part de leur partenaire sont presque deux fois plus nombreuses à connaître des problèmes de dépression ou d'alcoolisme (12).

2.3.3 Pathologies chroniques

Des traumatismes physiques peuvent provoquer des séquelles chroniques dérivant en une maladie chronique ou un handicap, par exemple des fractures osseuses provoquant un handicap moteur, des traumatismes oculaires ou auditifs entraînant une cécité ou une surdité ou des traumatismes crâniens entraînant des déficits neurologiques, cognitifs ainsi que des troubles du comportement.

Les troubles psychologiques et comportementaux, notamment le stress et l'abus de substances peuvent entraîner à long terme des maladies cardiovasculaires. Des pathologies somatoformes comme le syndrome de douleur pelvienne chronique, le syndrome de l'intestin irritable ou la fibromyalgie s'installent progressivement chez des patientes avec des troubles anxio-dépressifs.

2.3.4 Atteinte à la santé sexuelle et reproductive

La grossesse augmente le risque de violence. Les femmes seraient près de 10 % (les chiffres varient entre 6 et 20 % selon les études internationales) à subir des violences conjugales pendant la grossesse (22). Ces femmes victimes sont deux fois plus susceptibles de se faire avorter et elles ont plus de probabilité d'avoir une grossesse pathologique. Elles ont un risque accru de fausse couche (16 %) et d'accouchement prématuré (41 %). Le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance est majoré de 16 % (12).

Le viol et la tentative de viol constituent une atteinte directe à la liberté reproductive et sexuelle de la femme. Le contrôle de la contraception sous contrainte, par exemple en refusant d'utiliser des préservatifs, a aussi des graves conséquences pour la victime. Il augmente le risque de grossesse non désirée, IVG et maladies sexuellement transmissibles (12)(23).

2.3.5 Féminicide ou suicide

Le féminicide est l'homicide d'une femme en raison de sa condition de femme. Plus de 35 % des féminicides dans le monde sont commis par des partenaires ou des ex-partenaires et, souvent, dans un contexte de violence préexistante (24).

Les troubles psychologiques et psychiatriques peuvent amener les femmes victimes au suicide pour couper le cycle de la violence.

2.4 LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

La violence conjugale est difficile à identifier. Souvent, les institutions, notamment celles de la santé, mettent trop longtemps à reconnaître cette violence et à réagir. Les services sont inexistants ou n'ont qu'une capacité d'action limitée (5). D'autre part, les femmes victimes éprouvent souvent de la honte et sont stigmatisées et c'est ainsi que la violence reste cachée.

Le rôle du médecin généraliste pour ce dépistage est primordial. L'enquête nationale CVS 2011-2017 estime que le professionnel de santé est le premier recours des femmes victimes de violence conjugale. Une victime sur cinq a été vue par un médecin généraliste à la suite de l'incident de violence. Parmi les femmes habitant avec leur partenaire violent au moment de l'enquête, 24 % ont consulté un médecin (1). Trois catégories de médecins sont en première ligne : les médecins généralistes libéraux, les urgentistes hospitaliers et l'ensemble des gynécologues-obstétriciens (3). Une des fonctions principales du médecin généraliste est le suivi des patients. Le suivi permet une connaissance approfondie de la patiente et son entourage, établi sur une relation de confiance. Dans ce cadre, la parole peut se libérer plus facilement. La régularité des consultations facilite le dépistage des violences conjugales qui peuvent être cachées derrière d'autres motifs de consultation.

Or, le dépistage reste compliqué. Dans une étude réalisée en Haute-Garonne en 2016, 75 % des médecins généralistes estiment ne pas bien repérer les femmes victimes et 90 % pensent être mal formés et informés sur le dépistage.

Les difficultés retrouvées sont diverses. Une revue de la littérature effectuée aux États-Unis en 2012 regroupant les principales barrières au dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste, a déterminé cinq catégories : des barrières personnelles, le manque de moyens, des perceptions et attitudes, des peurs, et des barrières en rapport avec le patient. Les difficultés les plus souvent rencontrées étaient le malaise provoqué par le sujet chez le médecin, le manque de formation et le manque de temps. Les obstacles au dépistage étaient plus en rapport avec le praticien qu'avec les patientes (25).

Les études françaises révèlent comme principales difficultés le manque de formation et d'information, la méconnaissance des réseaux et le sentiment

d'intrusion dans la vie privée. La contrainte de temps est aussi évoquée. Les enquêtes qualitatives rajoutent d'autres barrières au dépistage comme une minimisation et banalisation des violences ou l'existence encore de nombreux préjugés chez le médecin. L'amalgame entre conflit et violence conjugale est encore présent. D'autre part, le sujet de la violence conjugale fait encore partie, dans les esprits, de la sphère privée et il est difficile, pour le médecin, de remettre en cause les notions de famille et d'amour. Un autre frein au dépistage est la difficulté de prise en charge ultérieure. Le sentiment d'impuissance et d'isolement est souvent déclaré par les médecins généralistes pour la prise en charge des victimes (26) (27).

2.5 LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

Le silence des femmes victimes est une réalité. Les études montrent que les femmes victimes d'actes de violence ont plus souvent recours aux services de santé que les autres femmes. Or, la violence est rarement indiquée comme motif de la demande de soins (28). Dans l'enquête CVS de 2017, près de la moitié des femmes victimes de viols et/ou tentatives de viol n'ont fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou association. Moins d'une victime sur dix avait déposé plainte. Parmi les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint cohabitant au moment de l'enquête, 54 % n'a fait aucune démarche (1).

Pour repérer la violence conjugale, le médecin doit rester attentif aux signes d'alarme lors de chaque consultation. Le rapport Henrion de 2001, a conclu qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique (3) .

L'OMS ne recommande pas un dépistage systématique de la violence conjugale hormis pendant la grossesse. Néanmoins, dès 1992, l'American Medical Association a encouragé le dépistage systématique (29). Au niveau international, plusieurs outils ont été créés pour faciliter ce dépistage, principalement au Canada et aux États Unis. Il s'agit des auto- ou hétéro-questionnaires, plus ou moins longs, visant à repérer les différents types de violence conjugale. La majorité a été conçue pour être utilisés en milieu hospitalier, notamment dans les services

d'urgence. Néanmoins, certains d'entre eux comme le WAST, le HITS ou le STAT ont été testés et validés pour être utilisés en médecine générale. Les études nous montrent que les patients et les médecins se sentent autant à l'aise avec l'utilisation de ces outils de dépistage au cabinet. Le temps nécessaire pour les réaliser en consultation est inférieur à 5 minutes (30) (31).

Actuellement il existe un seul questionnaire validé en français, le WAST. Il a été développé au Canada en 1996 en anglais. Il a été traduit et validé en français et en espagnol. Il peut être utilisé en milieu hospitalier ou en soins primaires. Il détecte la violence physique, psychologique et sexuelle. Le questionnaire peut être auto-administré par la patiente ou réalisé par un professionnel de santé ou des services sociaux. La version abrégée de l'outil, le WAST-Short, est composée des deux premières questions. Si la réponse est positive à ces deux questions, les 5 autres questions doivent être posées. La version française du WAST-Short a une bonne sensibilité (78,7 %) et une excellente spécificité (100%) (32) (4).

En France, le dépistage systématique est pratiqué seulement par 7 à 9% des médecins généralistes (3) (33). Une étude réalisée en Haute-Garonne en 2016 nous montre que, entre les médecins généralistes (34) :

- 1/3 préfère le dépistage systématique direct
- 1/3 préfère le dépistage indirect par dépliants et brochures
- 1/3 préfère le dépistage par signes d'appel.

A niveau gouvernemental, le dépistage systématique commence à être évoqué. La MIPROF propose des kits de formation pour les professionnels . Le kit de formation sur les violences conjugales « Anna » suggère un dépistage systématique des violences conjugales par le médecin généraliste (35).

Plusieurs thèses ont été réalisées récemment en France sur des différents départements pour étudier l'impact d'un dépistage systématique des violences conjugales. Les résultats ont montré qu'un dépistage systématique permet

d'identifier un plus grand nombre de femmes victimes et que la réalisation de ce dépistage est bien accepté par les médecins généralistes (36) (37). Du côté des victimes, les études nous disent qu'elles souhaiteraient que leurs médecins leur posent la question, leur donnant la possibilité de révéler sa situation de violence (38).

2.6 HYPOTHÈSE

Les femmes victimes de violence conjugale ne sont pas bien repérées par le médecin généraliste dans l'exercice de sa pratique habituelle. Mon hypothèse est qu'un dépistage systématique de la violence conjugale par le médecin généraliste augmentera le nombre de cas identifiés de femmes victimes.

2.7 OBJECTIFS DE LA THÈSE

L'objectif principal est d'évaluer l'impact d'un dépistage systématique pour identifier les victimes de violence conjugale, chez les femmes âgées de plus de 18 ans consultant leur médecin généraliste dans le département des Alpes-de-Haute-Provence.

Le dépistage systématique sera réalisé à l'aide du questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool)

Le critère de jugement principal sera l'incidence de la violence conjugale après 5 jours de dépistage systématique.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les méthodes de dépistage habituelles des médecins généralistes.
- Analyser les difficultés éprouvées par les médecins généralistes pour réaliser un dépistage systématique.
- Évaluer l'intérêt d'un outil de dépistage systématique pour les médecins généralistes.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive, prospective sur une période de 5 jours, concernant l'incidence de violence conjugale avec un dépistage systématique en cabinet de médecine générale.

3.2 Schéma expérimental

Ce travail de thèse a été réalisé en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons recruté des médecins généralistes en leur envoyant un questionnaire par courrier postal. Le questionnaire était composé de 10 questions. Les 7 premières questions interrogeaient sur les méthodes de dépistage des violences conjugales utilisées par le médecin généraliste et les difficultés rencontrées pour réaliser ce dépistage. Les 3 dernières questions interrogeaient sur l'intérêt et la faisabilité d'un dépistage systématique. Les questions étaient globalement des questions fermées. Pour les questions 4,5,6,7,8 et 10 nous avons laissé la possibilité d'ajouter des réponses non proposées par le questionnaire grâce à l'option « Autre ». Pour élaborer le questionnaire nous nous sommes basés sur des résultats des études qualitatives concernant les méthodes et difficultés du dépistage de la violence conjugale en médecine générale (39) (40) (41) (27) (Annexe 1)

Les médecins ayant répondu au questionnaire ont été recontactés pour participer à la deuxième phase.

Dans un second temps, nous avons demandé aux médecins généralistes de réaliser un dépistage systématique de la violence conjugale pendant 5 jours de consultation (consécutifs ou non) à l'aide du questionnaire WAST

Nous avons choisi la période de 5 jours pour obtenir un échantillon de patientes suffisamment important. Le nombre de sujets nécessaires a été calculé à l'aide du logiciel BiostaTGV. L'incidence de violence conjugale théorique est de 1 % (correspondant aux chiffres nationaux) (1). Nous avons estimé un taux d'incidence de violence conjugale de 20% dans notre échantillon de femmes

dépistées systématiquement. Ce chiffre estimé était la moyenne des incidences observées dans des études réalisés en France avec une méthodologie similaire de dépistage systématique (42) (43) (44) (36) (37). En utilisant un test bilatéral avec un risque alpha de 0,05 nous avons calculé que le nombre de sujets nécessaires était de 14 patientes pour une puissance de 90 %. Chaque médecin voit en consultation une moyenne de 22 patients par jour (45). Nous avons estimé que la moitié, 10 patients, sont des femmes. La durée de 5 jours permettait d'obtenir un échantillon de taille suffisante sans être très chronophage pour les médecins généralistes.

L'outil de dépistage choisi était le W.A.S.T car il est l'unique test traduit et validé en français. Il est composé de 8 questions. Ses deux premières questions (W.A.S.T - short) permettent d'aborder le sujet de la violence conjugale de manière subtile. Si les deux premières réponses sont positives, le médecin continue le questionnaire avec des questions progressivement plus directes et spécifiques par rapport au type de violence (physique, psychologique ou sexuelle). Si les deux premières réponses sont négatives le questionnaire s'arrête. Ces caractéristiques font que cet outil soit bien adapté à la médecine générale car il ne prend pas beaucoup de temps de la consultation. La version longue du W.A.S.T peut être réalisé en 5 minutes. Le W.A.S.T - short peut être fait en 1 minute. Les deux premières questions générales permettent une meilleure acceptation par les médecins généralistes car elles abordent le sujet de manière indirecte et moins intrusive.

WAST (Woman Abuse Screening Tool)

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple?

très tendue quelque peu tendue aucune tension

2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...

beaucoup de difficulté une certaine difficulté aucune difficulté

*Si la réponse est **très tendue et/ou beaucoup de difficulté**, continuer le questionnaire:*

3. Vos disputes vous font-elles parfois vous sentir rabaisée ou vous bouleversent-elles?

souvent quelquefois jamais

4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade?

souvent quelquefois jamais

5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire?

souvent quelquefois jamais

6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement?

souvent quelquefois jamais

7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement?

souvent quelquefois jamais

8. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement?

souvent quelquefois jamais

Chacune des 8 questions est notée de 1 (jamais ou aucune) à 3 (souvent ou beaucoup). Le score va de 8 à 24.

Test positif si score > 13.

Un questionnaire était à remplir après les 5 jours. Les questions étaient similaires à celles du premier questionnaire. Elles interrogeaient sur l'acceptabilité du dépistage systématique et les difficultés retrouvées. Le but était d'évaluer l'impact de l'enquête. (Annexe 2)

3.3 Recrutement des médecins généralistes

Pour la réalisation de cette enquête, des médecins généralistes de la région des Alpes de Haute Provence ont été recrutés. En février 2018, des courriers postaux avec le premier questionnaire ont été envoyés aux 174 médecins généralistes installés dans le département des Alpes de Haute Provence répertoriés sur le site internet ameli.fr et sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des médecins. Afin d'augmenter la taille de l'échantillon, nous avons contacté le Conseil départemental des Alpes de Haute Provence de l'Ordre des médecins qui détient les adresses mail des médecins installés dans le département. Nous avons créé une version en ligne du questionnaire en format Google Form®. Nous avons demandé au Conseil départemental d'envoyer un courrier de relance avec un lien vers le questionnaire par messagerie électronique en avril 2018 et en mai 2018.

Les médecins recrutés pour la deuxième partie sont ceux qui ont participé à la première. Nous avons contacté par téléphone ces médecins pour leur présenter la deuxième phase de l'étude. Nous avons expliqué par téléphone les critères d'inclusion des patientes et la manière de remplir les grilles. Nous avons décrit la manière de réaliser de WAST et d'obtenir le score. Nous avons aussi donné des conseils sur la manière de demander aux femmes sa participation à l'étude. Nous avons dit qu'un document avec des ressources et outils pour la prise en charge des femmes victimes allait être fourni.

Un courrier postal ou électronique (en fonction des préférences des médecins) a été envoyé à ceux qui ont accepté de participer. Le courrier contenait une première page de présentation, les grilles à remplir, le deuxième questionnaire et une page avec des ressources utiles. La version en ligne du questionnaire a été réalisée en format Google Form®. Les courriers envoyés par voie postale contenaient une enveloppe affranchie avec mon adresse afin de pouvoir renvoyer les réponses.

3.4 Population ciblée par le dépistage systématique

Nous avons demandé aux médecins généralistes de réaliser le dépistage systématique chez les patientes correspondant aux critères suivants :

Les critères d'inclusion :

- Patiente âgée de plus de 18 ans
- Patiente actuellement en couple
- Patiente consultant seule ou avec un enfant qui n'est pas en âge de parler

Les critères d'exclusion :

- Patiente mineure de 18 ans
- Patiente consultant avec son conjoint ou une autre personne
- Patiente accompagnée d'un enfant en âge de parler
- Patiente ne comprenant pas le français

Les critères d'inclusion ont été établis afin de protéger les femmes interrogées et d'obtenir des résultats comparables à ceux de la littérature.

L'accord de la patiente pour participer à l'enquête devait être demandé. Une formule pour présenter l'étude a été proposée aux médecins généralistes : « *Je participe à la thèse d'une étudiante en médecine générale concernant les violences au sein du couple, et je questionne de manière systématique toutes les femmes qui consultent à mon cabinet. Bien entendu, les réponses resteront strictement confidentielles et vous pouvez refuser de participer à cette étude. Ces questions concernent votre relation de couple actuelle. Acceptez-vous de répondre à ces questions ?* »

3.5 Aspects éthiques

Ce travail de thèse est une étude non interventionnelle réalisée à partir des données recueillies dans le cadre du suivi médical individuel des patients par le médecin généraliste, ne nécessitant pas l'avis du CPP (Comité de Protection des Personnes). Cependant, considérant le sujet des violences conjugales un sujet délicat, nous avons fait une demande auprès du Comité d'éthique de l'Institut Hospitalo-Universitaire (IHU). Le 29/05/2018, l'IHU a donné un avis favorable sous réserve d'obtention du consentement des patientes et de l'anonymisation des données.

Nous avons aussi fait une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés le 15/03/2018.

3.6 Déroulement de l'étude

Lors des consultations pendant 5 jours, les médecins participants devaient poser les questions du W.A.S.T (Woman Abuse Screening Tool) aux patientes respectant les critères d'inclusion. Si la réponse était positive aux deux premières questions, il lui était recommandé de poser les 6 questions suivantes. A la fin, ils obtenaient un score sur les 8 questions (de 8 à 24 points). Si le score était supérieur à 13 points, le dépistage pouvait être considéré comme positif. A noter que pour les femmes ayant un score inférieur à 13 mais avec une forte suspicion de violence conjugale suite à l'interrogatoire, le jugement clinique du médecin généraliste était prioritaire.

A la fin de chaque journée de consultation, il fallait remplir une grille comptabilisant:

- le nombre de femmes vues au total
- le nombre de femmes rentrant dans les critères d'inclusion
- le nombre de femmes exclues en fonction de la cause
 - âge inférieur à 18 ans
 - accompagnée lors de la consultations
 - non en couple

- le nombre de femmes ayant refusé de participer à l'étude
- le nombre de femmes victimes dépistées avec le WAST

Pour chaque femme dépistée, une 2ème grille était à remplir pour déterminer son âge et le type de violence subi : physique, psychologique et/ou sexuelle (annexes 3 et 4).

A la fin de la semaine, ils devaient remplir le questionnaire sur l'intervention.

Chaque courrier postale envoyé contenait un quatrième document intitulé « Ressources et outils » destiné à aider aux médecins à la prise en charge suite au dépistage. Il contenait des adresses et numéros des structures dédiés à la prise en charge des femmes victimes dans les départements et à niveau national ainsi que de l'aide documentaire (annexe 5)

3.7 Analyses statistiques

Le calcul de nombre de sujet nécessaires a été calculé à l'aide du logiciel BiostaTGV.

L'analyse des données a été faite par des statistiques descriptives. Les variables continues ont été décrites par le calcul de la moyenne et de la médiane. Les variables catégorielles ont été décrites par le calcul des effectifs et des pourcentages.

4. RÉSULTATS

4.1. PREMIER QUESTIONNAIRE

4.1.1 Profil des médecins généralistes

Sur les 174 médecins installés dans le département de Alpes-de-Haute-Provence à qui le questionnaire a été envoyé, 19 médecins (11%) nous ont répondu.

Sur les 19 médecins qui ont répondu au questionnaire, 15 (78,95 %) étaient des hommes. La zone d'activité majoritaire était le milieu rural (73,68 % des médecins). La moyenne d'âge était de 56 ans.

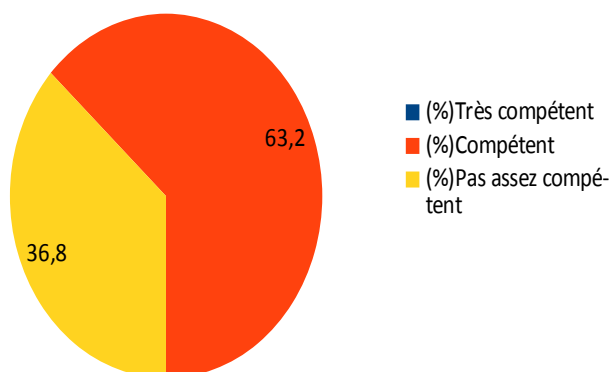
Sexe	Homme	15
	Femme	4
Milieu d'exercice	Urbain	5
	Rural	14
Age	<30ans	1
	30-39ans	1
	40-49ans	0
	50-59ans	11
	>60ans	6

4.1.2 Résultats du questionnaire

4.1.2.1. Ressenti des médecins

Parmi les médecins interrogés, 63,2 % se sentaient compétents dans le repérage des violences conjugales. Aucun médecin ne se sentait très compétent.

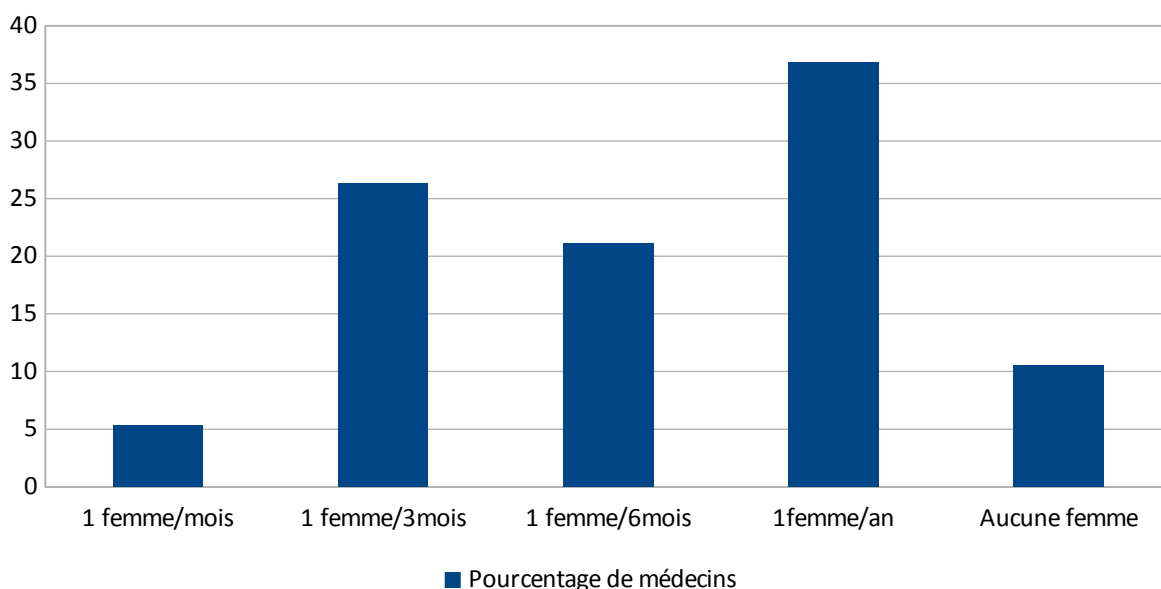
Figure 1. Ressenti des médecins de sa compétence dans le dépistage



4.1.2.2. Estimation du nombre de femmes dépistées par an

Plus d'un tiers des médecins dépistaient une femme victime de violence conjugale par an en moyenne. Le taux de médecins qui ne dépistaient aucune femme victime était de 10,5 %. Aucun médecin n'estimait dépister plus d'une femme par mois.

Figure 2. Estimation de femmes victimes dépistées par an



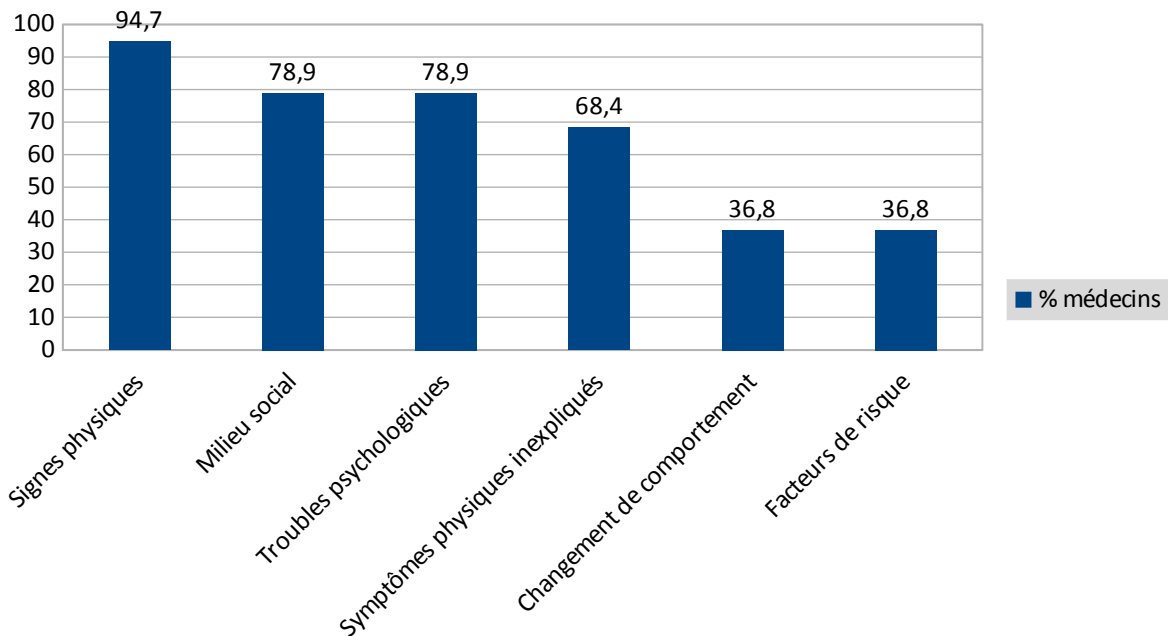
4.1.2.3. Méthodes de dépistage

Aucun médecin généraliste ne réalisait un dépistage systématique des violences conjugales.

Les médecins ont été interrogés par rapport aux signes d'alerte leur faisant suspecter une situation de violence conjugale. Les plus fréquents signes d'alerte étaient les signes physiques (blessures, hématomes, fractures) pour 94,7 % de médecins, le contexte social (isolement, précarité) pour 78,9 % des médecins, et les troubles psychologiques (dépression, anxiété, troubles du sommeil) pour 78,9 % des médecins. Les plaintes et symptômes inexplicables (asthénie, douleurs multiples) étaient évoqués par 68,4% des médecins. Les médecins étaient 36,8 % à percevoir comme signe d'alerte le changement de comportement de la patiente (consultations fréquents, des oublis de rendez-vous ou l'inobservance thérapeutique) ou la présence de facteur de risque (antécédents de violence dans l'enfance, isolement social, grossesse).

Les autres signes d’alarme évoqués par les médecins et non proposés dans le questionnaire étaient : la toxicomanie, les conduites addictives, la baisse de la libido, les femmes avec des partenaires multiples et occasionnels, les femmes seules avec un enfant.

Figure 3. Signes d'alerte de violence conjugale chez les patientes



Les 19 médecins interrogés ont déclaré poser directement la question à la patiente en cas de suspicion de violence conjugale.

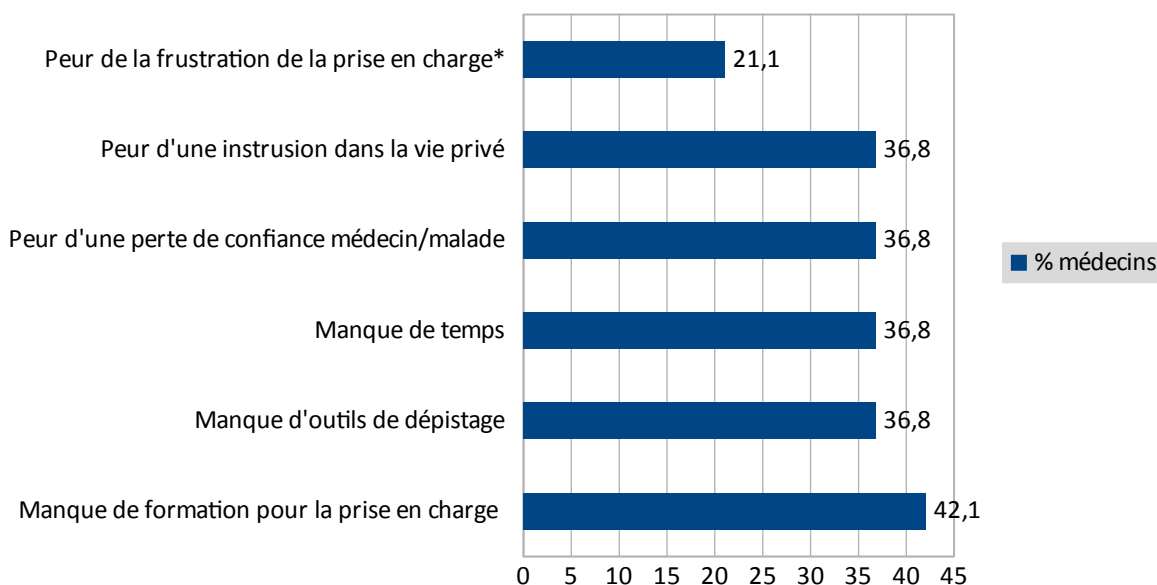
Les autres méthodes de dépistage complémentaires utilisées étaient le questionnement des autres professionnels de santé (IDE, kinésithérapeute, psychologue, etc.) mentionné par 57,9 % des médecins ou le suivi régulier pour avoir plus d’éléments et surveiller l’évolution, évoqué par 36,8 % des médecins. Une autre méthode, évoqué par 15,8 % des médecins, était le questionnement des membres de l’entourage de la patiente (hors partenaire).

4.1.2.4. Difficultés pour le dépistage

Les médecins étaient 79,9 % à éprouver des difficultés pour le dépistage des violences conjugales.

L'obstacle au dépistage le plus évoqué (42,2 % des médecins) était le manque de formation pour proposer une prise en charge adaptée.

Figure 4. Difficultés pour le dépistage des violences conjugales



*Ambivalence de la femme victime, risque élevé de récidive.

4.1.2.5. Professionnel en charge du dépistage des violences conjugales

Parmi les médecins interrogés 78,9 % d'entre eux pensaient que le médecin généraliste est le professionnel le mieux placé pour dépister la violence conjugale.

Parmi les 4 médecins qui ne donnaient pas ce rôle au médecin généraliste :

- 1 pensait que le mieux placé serait un autre médecin (médecin CMS, médecin PMI, urgentiste, gynécologue)
- 1 médecin donnait ce rôle psychologue/psychiatre
- 1 médecin à la police/gendarmerie
- 1 médecin aux services sociaux.

4.1.2.6 Dépistage systématique

Plus de la moitié des médecins (52,6%) pensaient qu'un dépistage systématique des violences conjugales ne serait pas pertinent. Les raisons mentionnés sont :

M2 : « Il s'agit d'une intrusion dans la vie privée de la patiente. J'ai peur de perdre la confiance, d'être trop indiscreète. »

M4 : « Travaillant en rural le milieu familial est ici encore très connu. De plus, la population est âgée. »

M5 : « Dépister systématiquement me paraît peu utile avec des patientes tout venant. Il me paraît pertinent une sensibilisation des soignants pour rebondir à la moindre perche tendue. »

M6 : « Patientèle agréable et sans problème »

M7 : « Tout ce qui est systématique (en dehors du bon sens) est de nature à émousser l'esprit critique.

M12 : « Je n'ai pas reçu une formation adaptée. »

M16 : « Le médecin généraliste sait quelles patientes dans sa patientèle pourraient être à risque. »

M17 : « Il s'agit d'un adulte . La relation de confiance doit permettre à la patiente de s'exprimer. »

Neuf médecins sur 17 pensaient qu'un dépistage systématique serait pertinent. Cinq d'entre eux ont fait des précisions :

M8 : « Oui, mais difficile à réaliser »

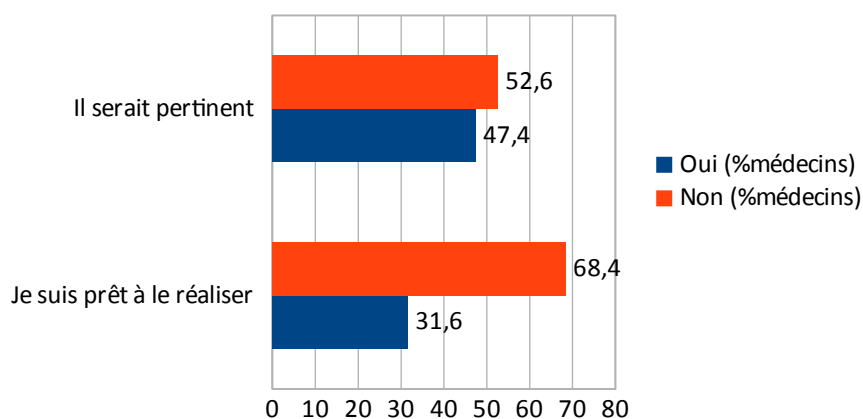
M9 : « Oui, mais problème de confiance médecin/patient. Il faut du temps »

M13 : « Oui, dans l'idéal, mais souvent la pratique en est souvent plus compliquée : manque de temps et d'intimité.

M18 : « Oui, il est le plus proche des patients. »

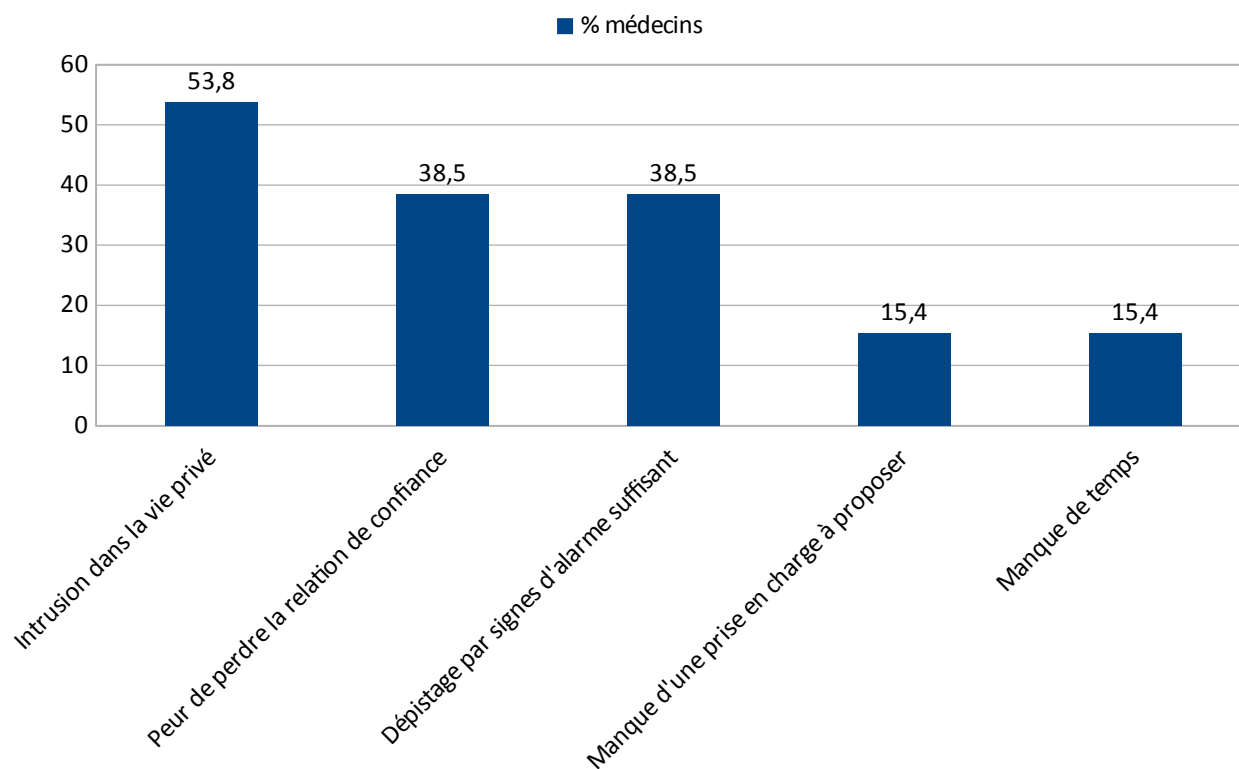
Parmi les 9 médecins trouvant pertinent un dépistage systématique, seulement 6 seraient prêts à poser la question de manière systématique dans son cabinet.

Figure 5. Dépistage systématique en médecine générale



Parmi les médecins qui ne feraient pas un dépistage systématique, 53,8 % ne le feront pas parce qu'il s'agit d'une intrusion dans la vie privée.

Figure 6. Obstacles au dépistage systématique



Un médecin ne réaliserait pas le dépistage systématique par manque de formation.

Un médecin pensait que le dépistage systématique était inutile et surtout contre-productif.

4.2. DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

4.2.1. Profil des médecins et patientes inclus.

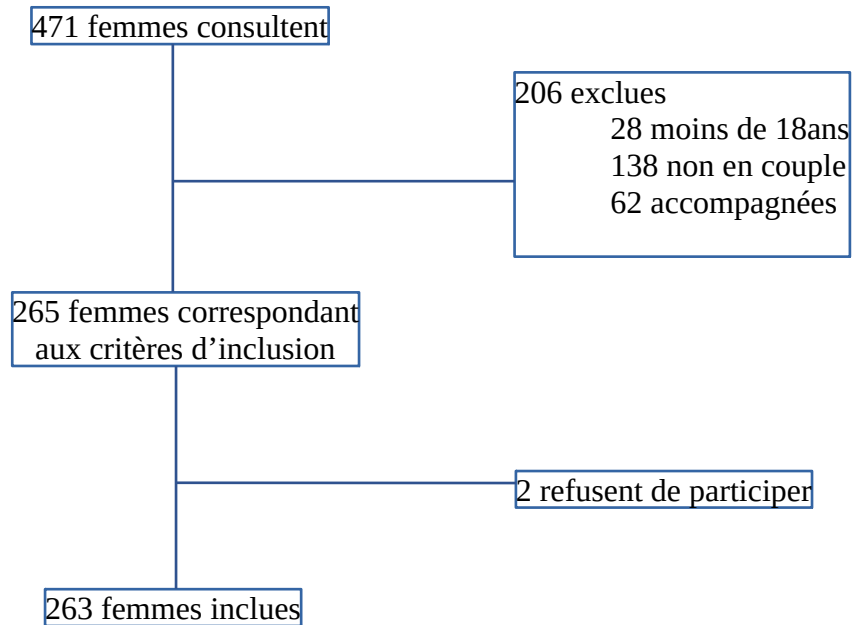
Parmi les 19 médecins ayant participé à la première partie de l'étude, 15 ont accepté de participer à la deuxième partie après les avoir contactés par téléphone. 1 médecin a été exclu car il était à la retraite et 3 médecins ont refusé de participer car ils avaient une surcharge de travail. Un courrier électronique et/ou postale a été envoyé à ces 15 médecins. Onze médecins nous ont renvoyé les grilles et le questionnaire remplis. Un médecin nous a renvoyé le questionnaire rempli mais pas les grilles donc il n'a pas été inclus dans l'étude. Trois médecins n'ont pas envoyé de réponse.

Sexe	Homme	7
	Femme	4
Milieu d'exercice	Urbain	3
	Rural	8
Age	<30ans	0
	30-39 ans	1
	40-49ans	0
	50-59ans	7
	>60ans	3

Pendant les 5 jours les 11 médecins ont vu en consultation 471 femmes parmi lesquelles 263 ont été interrogées.

Chaque médecin a interrogé en moyenne 24 femmes (extrêmes de 5 à 47, médiane à 24).

Figure 7. Femmes incluses dans le dépistage systématique



4.2.2. Résultats du dépistage

Parmi les 263 femmes interrogées à l'aide du WAST lors du dépistage systématique, 14 ont été déclarées par le médecin généraliste comme victimes **(5,32%)**.

Le pourcentage de femmes dépistées par médecin oscille entre 0 % et 20,8 % .

La moyenne de femmes dépistées par médecin est de 1,3 femmes sur 5 jours de consultation.

Tableau 3 . Nombre de victimes découvertes par médecin

Médecin	Nombre de femmes interrogés	Nombre de cas dépistés	Pourcentage de femmes victimes dépistées
1	5	0	0 %
2	20	0	0 %
3	21	1	4,8 %
4	5	0	0 %
5	47	0	0 %
6	27	3	11,1 %
7	28	3	10,3 %
8	45	2	4,4 %
9	12	0	0
10	29	0	0
11	24	5	20,8 %
Total	263	14	5,32 %

Plus de la moitié des femmes dépistées avaient plus de 40 ans.

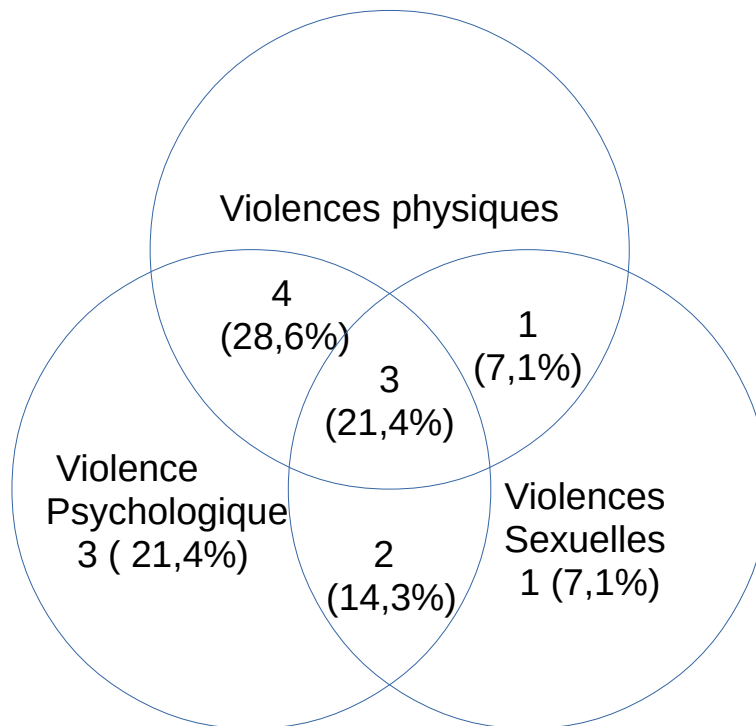
Tableau 4. Distribution d'âge des femmes victimes (N=14)

Age	<20 ans	1
	20-29 ans	2
	30-39 ans	3
	40-49 ans	2
	50-59 ans	3
	>60 ans	3

Sur les 14 femmes victimes de violences conjugales :

- 12 sont victimes de violences psychologiques (85,7%)
- 8 sont victimes de violences physiques (57,1%)
- 7 sont victimes de violences sexuelles (50%)

Figure 8. Nombre de femmes victimes pour chaque type de violence



4.2.3. Résultats du questionnaire d'évaluation finale

Parmi les 11 médecins ayant répondu au questionnaire, dix se sentaient à l'aise pour poser les questions du WAST et 1 ne se sentaient pas à l'aise.

Un douzième médecin a répondu au questionnaire mais n'a pas réalisé les 5 jours de dépistage argumentant que « les patientes qui souhaitent solliciter le médecin le font d'elles même; il me paraît plus opportun de laisser traîner un prospectus SOS femmes battues sur la bureau pour leur fournir une occasion d'aborder la question si elles le souhaitent ». Nous n'avons pas tenu compte de ses réponses.

4.3.1. Difficultés éprouvées à la réalisation systématique du WAST

La difficulté éprouvée le plus fréquemment lors de l'utilisation du WAST de manière systématique était la difficulté à l'utiliser chez une patientèle connue de longue date ou de façon personnelle (81,8 % des médecins).

La deuxième difficulté la plus fréquemment évoquée était le manque de prise en charge adapté à proposer à la patiente (36,4% des médecins).

Un médecin a évoqué des difficultés parce que les patientes ont perçu les questions comme une intrusion dans la vie privée.

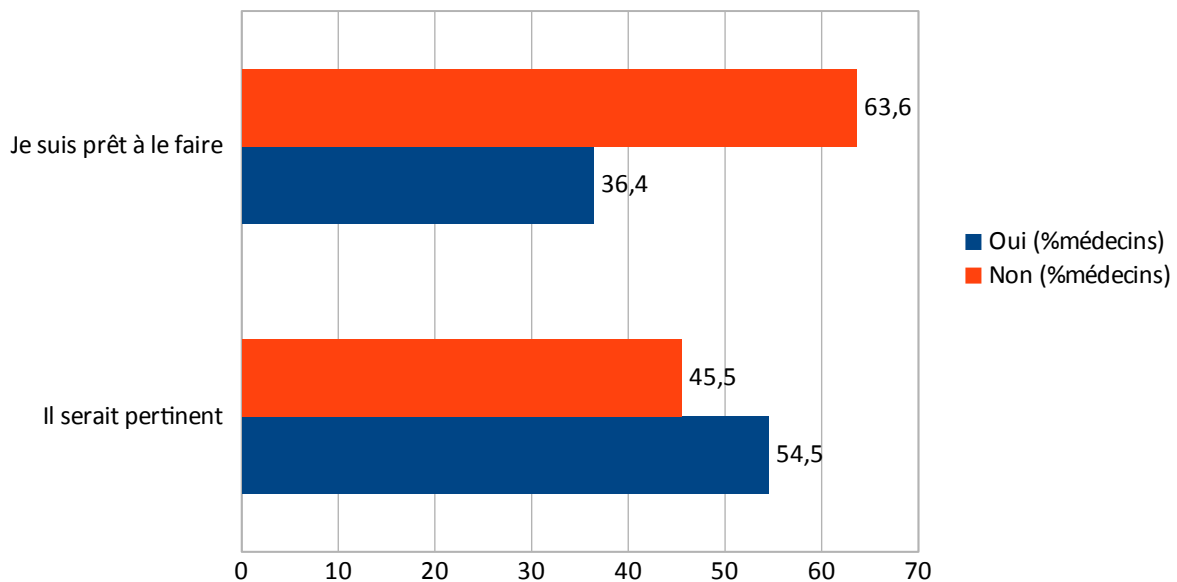
Un médecin trouvait que le questionnaire prenait trop de temps.

Deux médecins n'ont pas trouvé de difficulté à l'utilisation du WAST de manière systématique.

4.3.2. Dépistage systématique

Après les 5 jours de dépistage, plus de la moitié des médecins interrogés (54,5 %) pensent qu'un dépistage systématique serait pertinent mais seulement 36,4% serait prêt à le réaliser.

Figure 9. Dépistage systématique en médecine générale



4.3.3. Obstacles au dépistage systématique

Parmi les 7 médecins qui ne feraient pas un dépistage systématique au cabinet, 6 ne le feraient pas parce qu'un dépistage systématique est inutile et un dépistage par signes d'alarme est suffisant.

Trois médecins sur 7 évoquent que le dépistage systématique est une intrusion dans la vie privée. Deux médecins sur 7 ont peur de perdre la relation de confiance avec la patiente et deux sur 7 trouvent difficile de proposer une prise en charge adaptée. Deux médecins parlent de la manque de temps.

5. DISCUSSION

5.1. ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1.1. Incidence de la violence conjugale en médecine générale

L'objectif principal de cette étude était d'observer l'incidence de violence conjugale pendant 5 jours de consultation en médecine générale avec un dépistage systématique à l'aide du questionnaire WAST. L'hypothèse formulée était que le dépistage systématique entraînerait une augmentation de l'incidence de violence conjugale dépistée.

L'incidence de violence conjugale pendant 5 jours de dépistage systématique était de 5,32%. Ce taux se rapproche des résultats de l'enquête CVS 2017 qui estime un taux de violence physique et/ou sexuelle au sein du couple chez les femmes âgées de 18 à 75 ans de 1 %. Parmi le 1 % des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles, huit sur dix déclarent avoir été également soumises à des atteintes psychologiques. Cependant, le taux de violences psychologiques isolées n'est pas étudié et peut expliquer l'incidence de violence plus élevée que nous avons obtenue.

Le travail de mémoire de l'auteur, effectué sur la même population de médecins, retrouvait que parmi 953 femmes consultant sur 5 jours, 8 étaient déclarées comme victimes de violences conjugale (0,84%) (46). Le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CDIFF) des Alpes-de-Haute-Provence est la principale structure d'orientation et prise en charge des femmes victimes de violence conjugale. En 2017, le CDIFF a recensé 275 femmes victimes de violence conjugale. Parmi la population féminine du département, 0,42 % des femmes ont été victimes de violence conjugale (47) (48). Dans notre étude nous avons observé un pourcentage de femmes victimes beaucoup plus élevé (5,32%). Cela nous permet de supposer que la violence conjugale reste un sujet tabou et qu'un dépistage systématique permet de dévoiler un plus grand nombre de cas.

L'étude de 2005 du Dr. Coy Gachen sur 11 médecins généralistes faisant un dépistage systématique, montre 17,5 % de femmes victimes de violence conjugale. Dans sa thèse de 2010, le Dr. Bolot démontre qu'un dépistage

systematique permet de détecter plus de victimes qu'un dépistage passif (28,9 % vs. 1,2%). Dans ces deux études, les femmes étaient questionnées par rapport à la relation de couple actuelle ou à des relations de couple dans l'année précédente. Le fait d'avoir inclus dans notre étude exclusivement les femmes actuellement en couple peut expliquer la faible incidence observée par rapport aux deux études citées (37) (36). Le rapport de 2017 du CDIFF observe que 33 % des violences dans le département des Alpes de Haute Provence sont commises après la séparation. Ces violences n'ont pas été étudiées dans notre enquête (48). Parmi les femmes reçues en consultation pendant les 5 jours, 29,3 % ont été exclues car elles n'étaient pas en couple.

Dans sa thèse de 2010, le Dr. Dechenaud étudie le taux de femmes victimes au moment de l'enquête sur deux échantillons de 296 femmes consultant en cabinet de médecine générale et 102 femmes consultant au CPEF (Centre de Planification ou d'Education Familiale). Les taux de femmes victimes au moment de l'enquête était respectivement de 5,07 % et 5,88 % (44). Cette incidence est similaire à l'incidence de 5,32 % observée dans notre étude.

Une autre raison pouvant expliquer le plus faible taux de femmes victimes dépistées comparé aux autres études est que, dans notre enquête, le médecin posait les questions directement à la patiente lors de la consultation (36) (44). Dans les autres études, les femmes remplissaient le questionnaire de dépistage de manière anonyme. Il faut également considérer que les patientes pouvaient ne pas répondre positivement au moment du test mais pouvaient revenir sur le sujet dans une consultation ultérieure. Nous n'avons pas encore le recul suffisant pour pouvoir étudier les violences dévoilées à distance du dépistage systématique.

Parmi les femmes identifiées comme victimes de violence conjugale dans notre étude, plus de la moitié ont plus de 40 ans (57,1%). Le rapport annuel de 2016 de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) montrait que la majorité de femmes victimes (53,2 %) avaient entre 20 et 39ans (57). Cela peut s'expliquer par le fait que la population du département des Alpes-de-Haute-Provence est plus âgée par rapport à la moyenne nationale. En outre, la majorité des médecins réalisant le dépistage systématique dans notre étude (73%) exerçaient en milieu rural, où la population est plus âgée.

Nonobstant, si l'on compare la distribution d'âge de notre étude aux chiffres du CIDFF des Alpes-de-Haute-Provence, les femmes victimes dans notre étude sont plus âgées. Parmi les femmes identifiées comme victimes de violence conjugale sur 5 jours de dépistage systématique, 43% ont plus de 45 ans. Les chiffres du CIDFF des Alpes-de-Haute-Provence nous montrent que la majorité des femmes victimes de violence conjugale reçues au centre sont âgées de moins de 45 ans. Seulement 30% des femmes victimes ont plus de 45 ans (48). Ce fait peut suggérer que les femmes victimes de violence conjugale plus jeunes de 45 ans révèlent leur situation plus souvent que les femmes plus âgées. Nous pourrions penser que la femme âgée habitant en milieu rural appartient à un contexte socio-culturel qui rend plus difficile la déclaration des violences conjugales. Avec un dépistage systématique nous pourrions atteindre ce secteur de la population féminine chez qui les violences restent probablement sous-déclarées.

Dans notre étude, le type de violence le plus fréquemment subi est la violence psychologique (85,7% des victimes), correspondant aux données des autres études. La moitié de femmes victimes dépistées sont victimes de violences sexuelles. Ce taux de violence sexuelle est très élevé par rapport aux chiffres de la littérature. Les campagnes de sensibilisation et la libération de la parole des femmes victimes de violences sexuelles que nous observons dernièrement dans les médias peuvent être à l'origine d'une augmentation de la déclaration des violences sexuelles (36) (37).

5.1.2. Pratiques habituelles des médecins généralistes

Le sex ratio parmi les médecins inclus dans l'étude est représentatif de la population médicale des Alpes-de-Haute-Provence. Dans notre étude le pourcentage d'hommes est de 79 %. Le pourcentage de médecins généralistes hommes installés dans le département est de 67,4 %. La moyenne d'âge de notre échantillon était de 56 ans, égal à la moyenne d'âge des médecins du département (49).

Parmi les médecins interrogés, 63,2 % se sentaient compétents dans le dépistage des violences conjugales. Comparé à d'autres études ce taux est très

élevé. Dans la thèse du Dr. Quenot de 2016 questionnant 107 médecins de Haute Garonne, seulement 25 % estimaient bien repérer ces violences. Il est probable que les médecins ayant accepté de participer à notre étude sont plus sensibilisés au sujet des violences conjugales et mieux informés.

Aucun des médecins de notre enquête ne réalisait un dépistage systématique. Cela rejoint les études qui montrent une très faible fréquence de dépistage systématique en médecine générale. Les médecins interrogés réalisaient plutôt un dépistage par signes d'alerte. Les signes d'alerte les plus évoqués pour suspecter un cas de violence conjugale étaient les signes physiques traumatiques, comme décrit dans la majorité des études (39) (50).

Parmi les médecins interrogés, 78,9 % considéraient le contexte social (isolement, précarité) comme un signe d'alerte. La violence conjugale tendrait à être plus fréquente dans les ménages ayant les revenus les plus faibles. La situation financière compte plus que la catégorie socio-professionnelle. L'analyse réalisée par l'ONDRP sur les enquêtes CVS de 2008 à 2014 révèle que les études ne protègent pas les femmes des violences. Le taux était à peu près équivalente pour tous les niveaux d'études. Le rapport de l'ONDRP de 2016 a montré que 45,4 % des femmes victimes étaient des employées et 7 % étaient au chômage (57). La thèse du Dr. Dechenaud de 2010 sur 129 femmes victimes et 160 non victimes, ne constate pas de différence significative au niveau des catégories socio-professionnelles entre les deux groupes. Le facteur de risque que représente la précarité ne doit pas faire oublier aux médecins que la violence conjugale existe dans tous les milieux sociaux (51) (52).

Un pourcentage non négligeable de médecins (15,8%) utilise comme méthode de dépistage de la violence conjugale le questionnement des membres de l'entourage de la patiente (hors partenaire). Ce questionnement constitue une atteinte au secret médical et peut mettre en danger la femme victime. La relation de confiance entre le médecin généraliste et sa patiente devrait permettre d'aborder le sujet des violences conjugales en sécurité.

Plus de la moitié des médecins déclaraient questionner d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, IDE, kinésithérapeute,

psychologue) dans les cas de suspicion de violence conjugale chez une patiente. Cela souligne l'importance du travail en réseau face à ce sujet difficile.

Plus de la moitié des médecins de notre étude (54,5%) pensaient qu'un dépistage systématique serait pertinent en médecine générale mais seulement 31,6 % seraient prêts à le réaliser au cabinet. La raison principale de ne pas réaliser ce dépistage était, pour 53,8 % des médecins, qu'il s'agirait d'une intrusion dans la vie privée. Nous observons la persistance des idées reçues chez les médecins généralistes. Les études qualitatives réalisées sur des femmes victimes de violence conjugale nous montrent que les patientes attendent de leur médecin généraliste qu'il leur pose la question sur les violences qu'elles subissent. Elles pensent que ce rôle appartient au médecin (53) (54) (55) (56).

Les autres arguments donnés par les médecins généralistes pour refuser le dépistage systématique étaient que « en travaillant en rural le milieu familial est encore très connu et, de plus, la population est âgée ». Un autre médecin a argumenté qu'il ne réaliserait pas un dépistage systématique parce que sa patientèle était « agréable et sans problème ». Ces réponses reflètent la méconnaissance des médecins de la réalité des violences conjugales qui touchent toutes les populations et qui restent souvent sous-déclarée. Un autre médecin a argumenté que « la patiente est adulte et la relation de confiance doit permettre à la patiente de s'exprimer ». Cette opinion suggère aussi un manque au « devoir d'ingérence » du médecin généraliste. Les femmes victimes de violence conjugale sont des patientes vulnérables, anéanties par la peur et la domination. Dans ces conditions il est difficile pour elles de s'exprimer librement, même si elles ont une relation de confiance avec leur médecin traitant.

5.1.3. Opinion des médecins généralistes après les 5 jours de dépistage systématique.

La majorité des médecins se sentaient à l'aise pour poser les questions du WAST (90,9% des médecins). La difficulté éprouvée le plus fréquemment lors de son utilisation de manière systématique, pour 81,8% des médecins, était la difficulté à l'utiliser chez une patientèle connue de longue date ou de façon personnelle. Nous pourrions en déduire que si le dépistage systématique était

réalisé lors de la première consultation, au moment où le médecin fait connaissance avec sa patiente, cette difficulté n'existerait plus. Ce dépistage au moment de la première consultation correspond à celui proposé par la MIPROF dans son kit de formation pour repérer les violences conjugales (35).

Parmi les médecins interrogés, 36,4 % seraient prêts à réaliser un dépistage systématique des violences conjugales et 54,5% pensaient qu'un dépistage par signes d'alarme resterait suffisant. Ce résultat est étonnant car l'incidence de violence conjugale sur 5 jours avec un dépistage systématique était plus élevée que l'incidence observée avec un dépistage par signes d'alarme.

Nous pouvons noter que :

- Seulement 9,1 % des médecins ont trouvé que les patientes percevaient les questions comme une intrusion dans la vie privée ;
- Alors que 28,6% des médecins argumentaient le refus du dépistage systématique parce qu'il serait intrusif.

Ces données nous suggèrent que le refus du dépistage systématique est plutôt en lien avec des difficultés liées au médecin et non aux patientes.

5.2. Limites de l'étude

Le principal biais de cette étude était le faible taux de participation des médecins généralistes. Seulement 11 % des médecins contactés par courrier postal et recontactés à deux reprises par courrier électronique nous ont répondu. Les principales hypothèses au faible taux de participation sont soit la surcharge de travail de médecins généralistes soit la difficulté pour parler d'un sujet qui reste encore tabou.

S'appuyant sur les réponses au questionnaire de notre étude nous constatons que les médecins ont encore des préjugés sur les violences conjugales. Ce fait a pu entraîner un biais de classement par rapport aux femmes incluses dans l'étude. Malgré l'indication de dépistage systématique, les médecins ne l'ont peut être pas réalisé chez les femmes jugées non victimes d'emblée. Les médecins disposaient d'un score pour interpréter le WAST mais le principal critère pour évaluer si une

femme était victime ou non était le jugement du praticien. Nous avons vu dans les réponses au questionnaire que les médecins considéraient ne pas être suffisamment formés au sujet des violences conjugales. Il est possible qu'une mauvaise interprétation des réponses au questionnaire ait sous-estimé le nombre de femmes victimes.

Une des limites de ce travail est le manque de recul sur le dépistage systématique. Il est possible que certains patientes victimes, ayant un questionnaire WAST négatif au moment du dépistage systématique, parlent des violences subies lors de consultations ultérieures.

Nous avons exclu de notre échantillon les femmes victimes de violences par ses ex-partenaires ainsi que les femmes séparées et/ou divorcées. Les études nous montrent qu'il y a plus de femmes séparées et/ou divorcées parmi les femmes victimes de violence conjugale que parmi les femmes non victimes (48) (44). Ce biais peut expliquer la faible incidence de violence conjugale comparé aux autres études.

5.3. Perspectives

Le dépistage systématique des violences conjugales n'est pas recommandé au niveau national. Des études récentes dans différentes régions de France comparant un dépistage passif à un dépistage systématique nous ont montré la forte augmentation du nombre de cas dépistés avec ce dernier. Notre étude vient apporter une preuve de plus pour défendre l'intérêt de ce dépistage systématique. Les médecins interrogés dans cette thèse trouvaient difficile de dépister systématiquement des femmes connues de longue date. Il serait intéressant de réaliser des études sur l'application d'un dépistage systématique chez toutes les femmes consultant pour la première fois, tout en étudiant comment cela serait accepté par les médecins. Poser la question lors de l'interrogatoire initial en même temps que les antécédents ou les allergies peut être plus facile pour le médecin.

N'oublions pas que toute question posée par le médecin à une patiente se fait dans un cadre transférentiel, et que l'instauration d'une relation de confiance est un nécessaire préalable à la sincérité de la réponse. Toutefois, la pratique d'un dépistage systématique en début de première consultation, lors du recueil des

antécédents, plaçant les violences conjugales au même titre que les antécédents habituels (allergie, tabac, grossesses ...) dé-stigmatise cette question et peut montrer que le médecin y est attentif de principe. Ceci peut aussi mettre la patiente en confiance.

Le WAST est un bon outil de dépistage systématique, efficace et bien accepté par les médecins généralistes. Il pourrait être proposé dans la formation aux professionnels de santé comme outil de dépistage.

Le manque de formation est toujours évoqué. Même si elle existe déjà dans certaines facultés, une formation spécifique au sujet des violences conjugales devrait être proposée dans la formation initiale (externat et D.E.S. de médecine générale) de toutes les facultés françaises ainsi que dans la formation médicale continue proposée aux médecins généralistes.

La violence conjugale reste un sujet tabou. Les campagnes de sensibilisation sont encore nécessaires pour enlever les préjugés et la stigmatisation.

Nous entendons de plus en plus dans les médias des femmes qui dénoncent les violences sexuelles qu'elles ont subies . Le taux élevé de femmes déclarées comme victimes de violences sexuelles dans notre enquête est probablement un reflet de cette libération de la parole des femmes.

6. CONCLUSION

La violence conjugale constitue un problème majeur de santé publique. En France, 1 femme est tuée par son partenaire ou ex-partenaire tous les trois jours. Chaque année, 1 % des femmes françaises déclarent être victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple. Nonobstant, l'incidence de la violence conjugale reste sous-estimée. Les femmes victimes ont peur d'en parler. Les médecins généralistes ne posent pas la question. Les études nous montrent qu'en France, seulement 7 à 9 % des médecins généralistes font un dépistage systématique. Les principaux obstacles qui s'opposent au dépistage sont le manque de formation et d'information, la méconnaissance des réseaux de prise en charge de femmes victimes et le sentiment d'intrusion dans la vie privée.

Dans notre étude, nous avons demandé aux médecins généralistes de réaliser, pendant 5 jours de consultation, un dépistage systématique de la violence conjugale à l'aide du questionnaire WAST. Les onze médecins participants ont interrogé 263 femmes parmi lesquelles 14 ont été déclarées victimes. L'incidence de violence conjugale avec le dépistage systématique était de 5,32 %. L'incidence de violence conjugale dépistée par le même groupe de médecins avec ses méthodes de dépistage habituelles était de 0,84 %. Un dépistage systématique dévoile un plus grand nombre de cas de violence conjugale qu'un dépistage passif.

Parmi les 14 femmes victimes, 85,7% ont été déclarées victimes de violence psychologique. Ce type de violence, concordant avec les données de la littérature, reste le plus fréquent. La moitié des femmes dépistées ont été déclarées victimes de violence sexuelle. Dans les études, la violence sexuelle est toujours la moins déclarée. Le taux élevé déclaré dans notre enquête est probablement en lien avec la libération de la parole des femmes sur ce sujet à laquelle on assiste actuellement dans les médias.

Plus de la moitié des femmes victimes de notre étude avaient plus de 40 ans (57,1%). Ce taux est très élevée par rapport aux chiffres nationaux et départementaux qui constatent que la majorité des femmes déclarant être victimes de violences conjugales sont plus jeunes. Nous pouvons supposer que les femmes victimes plus âgées ont plus de difficulté à déclarer les violences subies. Grace au

dépistage systématique nous pourrions dévoiler les situations de violence chez les femmes plus âgées.

Le questionnaire WAST est un outil de dépistage des violences conjugales validé et bien accepté par les médecins. Toutefois, son utilisation systématique entraîne une réticence chez les médecins généralistes. Seulement 36,4 % des médecins de notre étude seraient prêts à l'introduire dans leur pratique habituelle. La principale difficulté déclarée était le fait de l'utiliser auprès de patientes connues de longue date ou de façon personnelle. Il serait intéressant de réaliser des études plus approfondies sur l'application d'un dépistage systématique chez toutes les femmes consultant pour la première fois, tout en étudiant comment cela serait accepté par les médecins. La pratique d'un dépistage systématique en début de première consultation, lors du recueil des antécédents, plaçant les violences conjugales au même titre que les antécédents habituels (allergies, tabac...) déstigmatise cette question et peut être plus facile pour le médecin.

Malgré le pourcentage élevé de femmes victimes dépistées, la majorité des médecins ne considèrent pas utile un dépistage systématique. Ils pensent que le dépistage par signes d'alarme reste suffisant. Cette réticence des médecins à poser la question de manière systématique est liée à leurs préjugés et à leurs propres barrières personnelles (peur d'être intrusif ou de perdre la relation de confiance avec la patiente). Cependant, les études questionnant le vécu des femmes victimes démontrent qu'elles souhaitent que le médecin leur pose la question. Il est nécessaire de sensibiliser et former les médecins au sujet des violences conjugales. Même si elle existe déjà dans certaines facultés, une formation spécifique devrait être proposée dans la formation initiale (externat et D.E.S. de médecine générale) de toutes les facultés françaises ainsi que dans la formation médicale continue proposée aux médecins généralistes.

La violence conjugale reste un sujet tabou parce qu'elle est considérée comme un problème de la sphère privée. Mais dans cette sphère privée, les femmes ne sont pas toujours libres. Il faut prendre conscience des violences sexistes présentes dans la société pour comprendre la violence qui se joue dans l'intimité. Poser la question des violences conjugales ouvre un espace de parole qui n'existe pas dans le quotidien des femmes victimes. C'est en laissant parler les femmes que nous trouverons les solutions.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Guedj H. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2017. INSEE. ONDRP. SSMSI.; 2017 déc p. 177.
2. Sitruk L. #Medtoo. Le généraliste. 20 avr 2018;(2832).
3. Pr.Henrion. Les femmes victimes de la violence conjugale, le rôle des professionnels de santé. 2001 févr p. 64.
4. Brown JB, Schmidt G, Lent MB, Sas G, Lemelin CJ. Dépistage de la violence faite aux femmes. :8.
5. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
6. Delegation aux victimes. Etude national sur les morts violentes au sein du couple. Année 2015. 2016.
7. Violence basée sur le genre [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: /fr/violence-bas%C3%A9e-sur-le-genre
8. Fougeyrollas-Schwebel Dominique, Jaspard Maryse. Représentations de la violence envers les femmes dans le couple : mesures du phénomène – Le cas français. In: Santé, Société et Solidarité, n°1, 2008. De l'égalité de droit à l'égalité de fait : Françaises et Québécoises entre législation et réalité. pp. 109-116.
9. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Présentation de l'enquête violences de rapports de genre (VIRAGE) et premiers résultats. Institut national d'études démographiques; 2017 janv.
10. Enquete sur la violence envers les femmes (EVEF). Canada: Statistique Canada; 1993.
11. Déclaration et Programme d'action de Beijing. 1995.
12. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
13. Recommandation 1582 : Violences domestiques à l'encontre des femmes. Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe ;; 2002 sept. Report No.: Recommandation 1582.

14. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul: Conseil de L'Europe; 2011.
15. European Union, Agency for Fundamental Rights. Violence à l'égard des femmes: une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref. Luxembourg.
16. Nectoux M. Estimation of Intimate Partner Violence related mortality in Europe - IPV EU_Mortality. Société civile Psytel; 2007. (Programme Daphne III - 2007).
17. CNRS, INED, INSERM. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF). Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des femmes.; 2000 p. 8.
18. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. 2017. 19 p.
19. Délégation aux victimes. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2016. 2017.
20. SSMSI - Base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie, extraction août 2017. Champ: France entière.
21. Rapport d'activité 2013-2017. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contres les violences et la lutte contre la traite des êtres humains); 2017.
22. Salmona DM, Coutanceau Roland. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique. 2016;13.
23. Département Oms Genre, Femmes Et Santé, Coalition Mondiale Sur Les Femmes Et Le Sida. Intimate Partner Violence and Hiv/Aids: Information Sheet. Violence Against Women and Hiv/Aids – Critical Intersections . Genève, Organisation Mondiale De La Santé, 2004.
24. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Le fémicide. 2012.
25. 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.
26. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer. 2010; (92):75-81.

27. Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation: une étude qualitative exploratoire. [Creteil]: Université Paris Est Creteil; 2014.
28. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med* 1982. avr 2010;70(7):1011-8.
29. American Medical Association Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. 39-47 p. (*Archives of family medicine*; vol. 1).
30. Basile K, Hertz M, Back S. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007.
31. Chen P-H, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan K-Y, et al. Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice. *Ann Fam Med*. 9 janv 2007;5(5):430-5.
32. Brown JB. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting. :9.
33. Morvant C, Lebas J, Lebas C, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. *Rev Prat MG*. sept 2005;(702/703):945-54.
34. QUENOT M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute Garonne. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul SABATIER; 2016.
35. Bedeau J, Benaïm L. Anna.
36. Gachen Coy C. DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE PAR ONZE MEDECINS GENERALISTES AVEC LE QUESTIONNAIRE RICCP. [Paris]: Université Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2005.
37. Bolot A-L. Repérage des violences conjugales en médecine générale: Évaluation de deux types d'interventions. [Besançon]: Université de Franche-Comté; 2010.
38. PIAU CHARRUAU D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes, Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Angers, Université d'Angers, 2006.
39. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violence conjugale: Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. [Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen]: Université de Rouen; 2016.

40. Dhuny DN. Violences conjugales: vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
41. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2013.
42. VIENNOT N, Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com. Le dépistage des violences conjugales en consultation pédiatrique de médecine générale. 2017.
43. Iwanikow D. Place d'une dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse. Université Montpellier 1; 2014.
44. DECHENAUD M. Prévalence de la violence conjugale en soins primaires : une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône Alpes et de 103 femmes au centre de planification ou d'éducation familiale de Bourg en Bresse. Université Claude Bernard Lyon 1; 2010.
45. Doctolib. Comment travaillent les médecins généralistes? Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes. avr 2017;
46. Janeiro Janeiro O. Dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes des Alpes de Haute Provence. [Faculté de médecine]: Université d'Aix-Marseille; 2018.
47. CIDFF. CIDFF Alpes de Haute-Provence. Rapport Annuel d'activité. Année 2017.
48. Michaudet J. Alpes-de-Haute-Provence - Violences conjugales: quel constat aujourd'hui? La Provence. 24 nov 2017;
49. E BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en région Provence-Alpes Côte d'Azur. Situation en 2013. Ordre national des médecins;
50. Landes E. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Description des pratiques professionnelles de 159 médecins généralistes de l'Aude et de l'Herault. Elaboration d'un guide à l'usage des professionnels de santé du Languedoc-Roussillon. [U.F.R de médecine]: Université Montpellier 1; 2009.
51. Benoit M. Pour un meilleur dépistage médical des violences faites aux femmes. Une revue de la littérature. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université de Lille 2 Droit et Santé; 2016.
52. Taraborrelli E. Voilà à quoi ressemblent les victimes de violences conjugales. L'Express.fr. 2016.
53. Kramer A. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinic. 2003;

54. Wester W. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1) (105-19).
55. Palisse M. Reperage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes: le point de vue des patientes. [Faculté de médecine Paris Descartes]: Université Paris Descartes; 2013.
56. Goubert M. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. [Faculté de médecine Lyon Est]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
57. Lollivier S, Soullez C. La criminalité en France. Rapport annuel 2016. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales ; 2016

8. ANNEXES

Annexe 1

DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans le cadre du dépistage réalisé pendant les 5 jours de consultation précédents, je vous remercie de répondre aux questions suivantes.

*Obligatoire

1. Vous sentez-vous compétent dans le repérage de femmes victimes de violence conjugale? *

- Très compétent
- Compétent
- Pas assez compétent

2. Chaque année, combien de patientes victimes de violence conjugale dépistez-vous? *

- Aucune
- Une femme par an
- Une femme tous les 6 mois
- Une femme tous les 3 mois
- Une femme par mois
- Plus d'une femme par mois

3. Faites-vous un dépistage systématique des violences conjugales chez toute femme qui consulte au cabinet? *

- Oui
- Non

4. Quels sont les signes d'alerte qui vous font suspecter une situation de violence conjugale? *

- Signes physiques (blessures, hématomes, fractures)
- Troubles psychologiques (dépression, anxiété, troubles du sommeil)
- Plaintes et symptômes physiques inexpliqués: asthénie, douleurs multiples
- Changement de comportement: consultations fréquentes, oublis de rendez-vous, inobservance thérapeutique
- Facteurs de risque: Antécédent de violence dans l'enfance, isolement social, grossesse
- Le milieu social: isolement, précarité
- Autre :

5. Dans le cas d'une suspicion de violence conjugale, quelle méthode de dépistage utilisez-vous? *

- Questionnement direct à la patiente
- Suivi régulier pour avoir plus d'éléments et surveiller l'évolution.
- Questionner les membres de l'entourage (hors partenaire)
- Questionner des autres professionnels de santé qui la suivent (IDE, kinésithérapeute, psychologue, etc)
- Autre :

6. Quelles sont les difficultés retrouvées pour ce dépistage? *

- Pas de difficulté
- Manque de temps
- Manque d'outils de dépistage
- Peur d'une intrusion dans la vie privée
- Peur d'une perte de confiance dans la relation médecin/malade
- Manque de formation pour proposer une prise en charge adaptée
- Peur de la frustration dans la prise en charge (ambivalence de la femme victime, risque élevé de récurrence)
- Autre :

7. A votre avis, quel professionnel est le mieux placé pour dépister la violence conjugale? *

- Médecin généraliste
- Autre médecin (médecin CMS, médecin PMI, urgentiste, gynécologue)
- Psychologue/psychiatre
- Services sociaux
- Association pour les droits des femmes (ex: CIDFF)
- Police/gendarmerie
- Autre :

8. Pensez-vous qu'un dépistage systématique des violences conjugales par le médecin généraliste serait pertinent? (Oui/non et justifier la réponse) *

9. Seriez-vous prêt à poser la question de manière systématique à toute femme consultant au cabinet (par exemple, lors de l'interrogatoire initial)? *

- Oui
- Non

10. Si non, pour quoi? *

- Parce que c'est une intrusion dans la vie privée
- Par peur de perdre la relation de confiance avec la patiente
- Par manque de temps
- Par manque d'une prise en charge adaptée à lui proposer
- Un questionnement systématique serait inutile; le dépistage par signes d'alarme est suffisant
- Autre :

11. Si vous souhaitez connaître les conclusions de cette étude, merci d'indiquer votre adresse mail :

Annexe 2

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans le cadre du dépistage à l'aide du questionnaire WAST réalisé pendant les 5 jours de consultation précédents, je vous remercie de répondre aux questions suivantes.

*Obligatoire

1. Vous sentez-vous à l'aise pour poser les questions du WAST? *

- Oui
- Non

2. Quelles sont les difficultés éprouvées lors de l'utilisation du W.A.S.T de manière systématique? *

- Pas de difficulté
- Le questionnaire prend trop de temps
- Les questions ont été perçues par les patientes comme une intrusion dans la vie privée
- Difficulté à l'utiliser chez une patientèle connue de longue date ou de façon personnelle
- Difficulté à proposer une prise en charge adaptée pour les femmes dépistées
- Autre :

3. Pensez-vous qu'un dépistage systématique des violences conjugales par le médecin généraliste serait pertinent? *

- Oui
- Non

4. Seriez-vous prêt à poser les questions du WAST de manière systématique à toute femme consultant au cabinet (par exemple, lors de la première consultation)? *

- Oui
- Non

5. Si non, pourquoi?

- Il s'agit d'une intrusion dans la vie privée
- Par peur de perdre la relation de confiance avec la patiente
- Par manque de temps
- Par manque d'une prise en charge adaptée à lui proposer
- Parce que le questionnement systématique est inutile; un dépistage par signes d'alarme est suffisant
- Autre :

6. Si vous souhaitez connaître les conclusions de cette étude, merci de m'indiquer votre adresse mail:

Annexe 3

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE PAR LE QUESTIONNAIRE WAST EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1/ Vous êtes (homme/femme)

2/ Quel âge avez-vous?

3/ Vous exercez dans la commune de

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5
Nombre de femmes vues au total					
Nombre de femmes <18 ans					
Nombre de femmes non en couple*					
Nombre de femmes accompagnées lors de la consultation					
Nombre de femmes: <ul style="list-style-type: none">• > 18 ans• en couple*• consultant seules/ avec nourrisson					
Nombre de femmes ayant refusé de participer à l'étude					
Nombre de femmes victimes dépistées avec le WAST					

* Par couple nous entendons une relation plus ou moins régulière, avec ou sans partage de domicile.

Annexe 4

Remplir le tableau suivant uniquement pour les cas des femmes dépistées.

	Age	Violence physique (oui/non)	Violence psychologique (oui/non)	Violence sexuelle (oui/non)
Cas 1				
Cas 2				
Cas 3				
Cas 4				
Cas 5				
Cas 6				
Cas 7				
Cas 8				
Cas 9				
Cas 10				
Cas 11				
Cas 12				

Ressources et outils

- Aide à la prise en charge → questionnaire SAFE:
 1. *Est ce que vos amis ou votre famille sont au courant de ce qui vous arrive?*
 2. *Pouvez-vous compter sur leur appui et leur aide?*
 3. *Êtes-vous en danger actuellement et aimeriez-vous être accueillie ou parler avec quelqu'un?*
 4. *Avez-vous un lieu où, vous et vos enfants, pourriez vous réfugier en cas d'urgence?*

- Site: stop-violences-femmes.gouv.fr rubrique “Je suis un-e professionnel-l-e”
 - *Outils de formation*
 - *Modèles de certificats*
 - *Dépliants et guides*

- Site: www.decliviolence.fr

Qui contacter?

- CIDFF 04 (Centre d'information sur les Droits des Femmes et des Familles)
 - *Dispositif d'accueil sur rendez-vous ou rendez-vous téléphonique.*
 - Manosque: Maison de la Solidarité – 16, bd Casimir Pelloutier. Tél: 0.492.74.47.40.
 - Digne les Bains: CIDFF04 – Pôle social – 18,rue Aubin. Tél: 0.492.36.08.48.
 - *L'accueil de jour sans rendez-vous.*
 - CIDFF04 - Pôle social – 18,rue Aubin – Dignes les Bains. Horaires: du lundi au vendredi de 9h à 17h, et le mercredi de 9h à 12h . Tél: 0.492.36.08.48.

- Hébergement en urgence
 - **115** (24h/24, 7j/7)
 - Foyer de la Meyronette de Digne les Bains. Tél: 0.492.36.04.94. / 0.492.32.14.60.
 - APPASE – Pôle hébergement – Digne les Bains. Tél: 0.492.31.12.67.

- Dépôt de plainte (*engage des poursuites judiciaires*) ou main courante (*déclaration des violences – trace écrite*)
 - *Commissariat de police Digne les Bains – 2, rue des Monges. Tél: 0.492.30.11.00.*
 - *Commissariat de police Manosque – 10, allée de Provence. Tél: 0.492.70.17.00.*
 - *Gendarmerie de chaque commune.*

- Numéros utiles:
 - SOS Femme Violence Conjugale: **39.19** (*gratuit*)
 - SOS Viols: **0.800.05.95.95.** (*gratuit et anonyme*)
 - Allô enfance en danger: **119**
 - Police, gendarmerie: **17**
 - Services d'urgence valable dans l'Union européenne: **112**