



HAL
open science

Le médecin généraliste samarien et les violences conjugales : étude des pratiques de dépistage et influence du Grenelle

Marine Ladon

► To cite this version:

Marine Ladon. Le médecin généraliste samarien et les violences conjugales : étude des pratiques de dépistage et influence du Grenelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03164694

HAL Id: dumas-03164694

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03164694>

Submitted on 10 Mar 2021

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

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

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

N° 2020 - 173

**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE SAMARIEN ET LES VIOLENCES CONJUGALES :
ÉTUDE DES PRATIQUES DE DÉPISTAGE ET INFLUENCE DU GRENELLE**

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et Soutenue publiquement le 29 octobre 2020

Par

Madame Marine LADON

Née le 13 juillet 1993

Le président du Jury,

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Les Juges,

Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Le Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur des Universités (Médecine Générale)
Directeur du Département de Médecine Générale
Assesseur du 3ème cycle

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de jury de cette thèse. Je vous remercie pour ces trois années d'internat pendant lesquelles les enseignements et les stages chez les praticiens libéraux nous apportent connaissances et partage de la passion pour la médecine générale. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des droits de la Santé
(Chirurgien orthopédiste)
Membre de l'académie nationale de Chirurgie
Membre de l'académie nationale de Médecine
Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie)
Pôle « Femme - Couple - Enfant »

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Chirurgie digestive)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

Médecin généraliste
Maître de stage universitaire
Membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Somme

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail sans même me connaître. Votre cours dispensé à la faculté de médecine m'a sensibilisée aux violences conjugales et a débouché sur ce projet. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir guidée tout au long de cette thèse et de m'avoir apporté toute la disponibilité et les connaissances dont j'avais besoin. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Aux maîtres de stage dont j'ai croisé le chemin au cours de mon internat.

En travaillant à vos côtés, j'ai pu apprécier vos compétences, votre rigueur et toute la passion dont vous faites preuve dans l'exercice de la médecine générale.

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

Mes Parents.

Un immense merci pour votre soutien sans faille pendant ce long chemin. Merci pour cette éducation que vous m'avez donnée, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de passer ces années d'études de médecine avec moins de difficultés grâce à votre écoute, vos encouragements et vos conseils. Merci pour vos précieuses et multiples relectures. Merci Maman, toujours fidèle pendant les périodes intenses de révisions. Sans vous deux, je n'y serais jamais arrivée.

Maxime.

Merci de m'avoir encouragée, aimée tout au long de ce travail et de ces années d'études. Une page se tourne, un nouveau chapitre s'ouvre à nous.

Je remercie également mes grands parents, Nounou, Pépère, pour la petite fille aimée et chouchoutée que j'ai été, ainsi que ma fratrie adoptive.

ABREVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PACS : Pacte civil de solidarité

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

CVS : Cadre de vie et sécurité

VIRAGE : Violences et rapports de genre

IST : Infection sexuellement transmissible

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

IVG : Interruption volontaire de grossesse

TGD : Téléphone grave danger

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

HAS : Haute Autorité de santé

ITT : Incapacité totale de travail

FMC : Formation médicale continue

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 11 |
| I. Définitions | 11 |
| II. Formes de violences conjugales..... | 13 |
| III. Cycle des violences conjugales | 14 |
| IV. Violences conjugales : un problème de santé publique..... | 15 |
| A. Données épidémiologiques..... | 15 |
| B. Aspects socio-démographiques | 17 |
| C. Conséquences des violences conjugales..... | 18 |
| V. Plans d'action et Grande cause nationale | 21 |
| A. Premier (2005-2007) et deuxième (2008-2010) plans interministériels..... | 21 |
| B. Troisième plan interministériel (2011-2013)..... | 21 |
| C. Quatrième plan interministériel (2014-2016) | 21 |
| D. Cinquième plan interministériel (2017-2019) | 22 |
| E. Grenelle contre les violences conjugales (03/09 au 25/11/2019)..... | 22 |
| VI. Histoire et législation en France..... | 24 |
| VII. Repérer les violences conjugales..... | 27 |
| A. Le rôle du médecin généraliste | 27 |
| B. Repérage systématique et repérage ciblé..... | 27 |
| C. Outils de formation et d'aide aux victimes | 28 |
| D. Recommandations actuelles sur le dépistage des violences conjugales | 29 |
| VIII. Objectifs de la thèse..... | 33 |
| MATERIEL ET METHODES | 35 |
| I. Type d'étude..... | 35 |
| II. Population de l'étude..... | 35 |
| III. Envoi et réception du questionnaire | 35 |
| IV. Questionnaire..... | 36 |
| V. Réponses..... | 36 |
| RESULTATS | 37 |
| I. Participation | 37 |
| II. Profil des médecins répondants | 37 |
| III. Sensibilisation du médecin aux violences conjugales..... | 38 |
| IV. Aborder la question des violences conjugales..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| A. Le médecin généraliste aborde-t-il la question des violences conjugales avec ses patientes ? | 38 |
| B. Signes faisant aborder la question des violences conjugales..... | 39 |
| C. Difficultés à aborder la question des violences conjugales | 40 |
| V. Dépistage des violences conjugales | 40 |
| VI. Niveau d'attention du médecin généraliste aux signes évocateurs de violences conjugales..... | 45 |
| VII. Présence d'une affiche dans la salle d'attente..... | 46 |
| VIII. Le « 3919 » : numéro national d'écoute..... | 46 |
| A. Connaissance du « 3919 » | 46 |
| B. Facteurs influençant la connaissance du « 3919 »..... | 47 |
| IX. Impact du Grenelle sur l'implication du médecin généraliste | 48 |
| X. Besoin de plus d'informations | 48 |
| XI. Analyse des facteurs pouvant influencer le dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste | 49 |
| A. Dépistage durant les 5 années précédant le Grenelle des violences conjugales (Annexe 2)..... | 49 |
| B. Dépistage depuis le Grenelle des violences conjugales (Annexe 3) | 51 |
| C. Dépistage cumulé (Annexe 4) | 51 |
| D. Nombre réel de femmes victimes de violences conjugales estimé par le médecin (Annexe 5)..... | 51 |
| E. Evolution du dépistage après le Grenelle pour chaque médecin (Annexe 6)..... | 52 |
| F. Dépistage cumulé et nombre réel estimé de patientes victimes de violences conjugales dans la patientèle (Annexe 7) | 52 |
| DISCUSSION..... | 53 |
| I. Echantillonnage | 53 |
| II. Etat des lieux des pratiques de dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste samarien | 53 |
| A. Aborder le sujet des violences conjugales avec les patientes..... | 53 |
| B. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste samarien à aborder la question des violences conjugales | 54 |
| C. Une affiche dans la salle d'attente ?..... | 56 |
| D. Le « 3919 Violences Femmes Info »..... | 56 |
| E. Dépistage des violences conjugales avant le Grenelle | 57 |
| III. L'engagement gouvernemental représenté par le Grenelle et relayé par les médias, tend-il à faire évoluer ces pratiques ? | 59 |
| A. Evolution du dépistage après le Grenelle | 59 |
| B. Dépistage cumulé et estimation de la prévalence réelle | 60 |
| C. Le Grenelle influence-t-il le médecin généraliste ?..... | 60 |

| | |
|--|-----------|
| IV. Perspectives et ouvertures | 61 |
| A. Vers davantage de sensibilisation et une levée des tabous ? | 61 |
| B. Qu'en est-il de la place du conjoint violent ? | 61 |
| CONCLUSION | 63 |
| BIBLIOGRAPHIE | 64 |
| ANNEXES | 71 |
| Annexe 1 : Questionnaire | 71 |
| Annexe 2 : Dépistage durant les 5 années avant le Grenelle | 73 |
| Annexe 3 : Dépistage depuis le Grenelle | 74 |
| Annexe 4 : Dépistage cumulé | 75 |
| Annexe 5 : Prévalence estimée par le médecin généraliste | 76 |
| Annexe 6 : Evolution du dépistage après le Grenelle | 77 |
| Annexe 7 : Dépistage cumulé et prévalence estimée | 78 |
| RESUME | 79 |
| ABSTRACT | 80 |

INTRODUCTION

Jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, les violences conjugales sont considérées comme de l'ordre du privé et n'ont leur place que dans les rubriques faits divers sous les termes « femmes battues » et « crimes passionnels ». Cette situation est pourtant fréquente, presque commune : en France, une femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours de l'année écoulée. C'est un problème lourd de conséquences : une femme en meurt tous les 3 jours [1, 2].

Notre travail portera sur les violences conjugales, incluses plus largement dans les violences faites aux femmes, contre lesquelles les pouvoirs publics se sont engagés depuis quelques années. Un Grenelle sur les violences conjugales a été mis en œuvre à l'occasion du 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019). La médiatisation encadrant cet événement renforce la sensibilisation de la société aux violences conjugales. C'est dans ce contexte actuel d'engagement gouvernemental que j'engage mon travail de thèse afin d'établir un état des lieux des pratiques de dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste samarien et d'estimer si cet engagement gouvernemental, relayé par les médias, tend à faire évoluer les pratiques de dépistage des violences conjugales de la part du médecin généraliste.

I. DEFINITIONS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les violences conjugales comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex partenaire), 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* » [3].

En France, le Pr Henrion, dans son rapport publié en 2001, définit les violences conjugales de la manière suivante : « *processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Elles se distinguent des simples conflits entre époux ou concubins ou même des conflits de couples en difficulté ou « conjugopathie », par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'homme qui veut dominer, asservir, humilier son épouse ou partenaire. La violence se manifeste au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui*

entraînent des blessures ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves. Elles obéissent à des cycles où, après les moments de crise, s'installent des périodes de rémission au cours desquelles la femme reprend l'espoir de la disparition des violences. Cependant la fréquence et l'intensité des scènes de violence augmentent avec le temps, pouvant aboutir au suicide de la femme ou à un homicide » [1].

Les violences conjugales se distinguent du conflit de couple qui implique interaction et débat, préservant l'identité de chacun. L'argumentation est une façon de reconnaître l'autre. Les rôles de « gagnant-perdant » sont interchangeables. Les violences conjugales, sont imposées unilatéralement, dans un rapport de force durable, au profit du conjoint violent. Une emprise est exercée par l'un des membres du couple sur l'autre avec la volonté de lui faire peur, de le contrôler, voire de le détruire. L'enjeu est de dominer l'autre, de le nier dans son intégrité. Ainsi, les violences conjugales ne correspondent pas à un stade de violence ultime qu'un couple atteindrait après avoir été en conflit, mais s'installent dès le début de la relation [4].

Bien qu'il existe des cas de violences de femmes envers leur partenaire masculin, ou au sein de couples homosexuels féminins, la forme la plus courante reste la violence des hommes à l'encontre de leur partenaire féminine [5, 6]. En 2018, parmi les 24 176 appels ayant pour motif les violences conjugales au « 3919 Violences Femmes Info » (numéro national gratuit dédié), 98 % concernaient une victime femme et dans 99 % de ces situations, l'agresseur était un homme. Cette proportion est stable depuis la création du service en 1992 [7].

Les violences conjugales concernent toutes les femmes, quels que soient le pays, le milieu socio-économique, la religion et la culture [5, 6].

Les violences conjugales, sont incluses plus largement dans les violences faites aux femmes. Celles-ci se définissent comme l'ensemble des actes de violence fondés sur le genre, qui entraînent pour les femmes des dommages ou souffrances, de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique. Elles ne relèvent pas seulement d'une interaction particulière entre 2 personnes mais s'inscrivent dans un contexte plus large d'inégalités entre les femmes et les hommes. Elles sont également une violence de la société tout entière, qui commence par la tolérance à l'égard des agressions et des propos sexistes. Le sexisme est un « *processus discriminatoire par lequel on associe des caractéristiques personnelles et des rôles sociaux spécifiques, de façon arbitraire, rigide, restrictive et répétée, à l'endroit d'un sexe et non de l'autre* » [8, 9, 10].

Le terme de violences conjugales est utilisé dans ce travail au sens large de violences au sein du couple. Cela concerne les couples mariés mais aussi les couples pacsés ou en concubinage.

Le terme de « femmes battues », couramment utilisé, ne devrait plus être employé. Il ne prend pas en compte les violences psychologiques qui tiennent une grande place dans l'expression des violences conjugales. En effet, il existe plusieurs types et manifestations de cette violence.

II. FORMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Dans les données recueillies par la plateforme téléphonique « 3919 » en 2018, les situations décrites par les victimes relevaient principalement d'un cumul de différentes formes de violences. Celles-ci étaient majoritairement psychologiques (90 %), puis verbales (75 %), physiques (70 %) et économiques (25 %) [7].

LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE ET VERBALE

Elle peut exister séparément ou n'être qu'un préalable à la violence physique. Elle comprend les insultes, les chantages, les menaces mais aussi les comportements ou propos humiliants, méprisants et les actions de contrôle [11, 12]. Sans porter aucun coup, l'agresseur crée une tension insupportable pour sa conjointe et maintient un climat de peur et d'insécurité [13].

LA VIOLENCE PHYSIQUE

Elle regroupe les violences physiques sur la personne ou ses biens personnels [11, 12].

LA VIOLENCE SEXUELLE

Elle est souvent peu explicitée dans le cadre des violences conjugales. Il peut s'agir de sévices sexuels, de viols ou encore de l'exploitation sexuelle [11, 14].

Jusqu'en 1980, les rapports sexuels sont considérés comme un devoir conjugal. Ce n'est qu'en 1992, qu'a lieu la première condamnation pour viol conjugal, faisant alors jurisprudence. Le viol, crime jugé en Cour d'Assises et réprimé de 15 ans de réclusion criminelle, est défini comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* » (Article 222-23 du code pénal). Depuis 2006, le viol commis par le conjoint, concubin ou partenaire lié à la victime par le mariage ou un PACS, constitue une circonstance aggravante passible de 20 ans de prison (Article 222-24 du code pénal). En 2010, la référence à la présomption de consentement disparaît. L'article 222-22 du code pénal prévoit désormais que « *Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime [...] quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage* » [15, 16].

LA VIOLENCE ECONOMIQUE ET MATERIELLE

Elle prive la femme de la libre disposition de ses ressources. Il s'agit de l'interdiction de travailler, de la destruction des biens, de la saisie du salaire, du contrôle des dépenses, etc [11, 12].

III. CYCLE DES VIOLENCES CONJUGALES

L'évolution naturelle des violences conjugales, sans intervention extérieure, est rapportée dans le sens d'une aggravation progressive et d'un processus d'escalade. Les épisodes de violences se répètent selon un cycle, et c'est parce que ce processus suit un cycle, que la victime est piégée [4].

Conceptualisé par la chercheuse nord-américaine Lenore Walker en 1979, le cycle des violences conjugales s'organise en 4 phases [13] :

- La première est celle de la montée en tension. L'homme met en place de manière insidieuse, par des violences psychologiques et verbales, son emprise sur la femme. Cette étape peut durer des mois voire des années.
- Puis survient la crise aiguë, l'agression à proprement parler, en général suite à un élément déclencheur aussi divers que bénin. La victime est alors partagée entre colère, humiliation et désespoir [14].
- La phase suivante est celle de la déresponsabilisation. L'homme s'excuse, exprime des regrets mais finit par justifier ses actes, les minimise, et rejette la faute sur la victime : si elle n'avait pas fait ce qu'elle a fait, rien ne serait arrivé. La victime se met à douter de son propre comportement, se sent coupable et finit par penser que c'est à elle de changer pour faire cesser la violence et cela accroît l'emprise de son conjoint.
- Suit une phase de rémission, appelée aussi « lune de miel », l'homme redevient doux, attentionné, il multiplie les gestes d'amour et de romantisme, se transformant parfois en véritable « Prince charmant ». La victime reprend ainsi espoir, minimise à son tour la violence, ce qui tend à renforcer le sentiment d'impunité de l'homme. C'est le calme avant la récurrence. Devant l'impunité de ses actes, il recommence, à chaque fois un peu plus fort.

De cycle en cycle, on constate une évolution avec aggravation progressive des violences qui sont de plus en plus intenses, dangereuses et fréquentes [4, 14].

La connaissance du caractère cyclique des violences conjugales est essentielle pour comprendre la tendance des victimes à la réversibilité dans leur demande d'aide. La victime pourra rechercher de l'aide après le passage à l'acte violent mais pourra revenir sur l'ensemble de ses démarches quelque temps plus tard. Ces comportements sont parfois vécus difficilement par les professionnels. Ils sont peu intelligibles en l'absence de clés de lecture et tendent, de ce fait, à décrédibiliser la victime, ainsi qu'à produire une usure chez ceux impliqués dans la relation d'aide [17]. Pendant la période de « lune de miel », les patientes sont pratiquement inaccessibles à tout échange tendant à leur faire prendre conscience des violences subies. Toutefois, si l'entretien a lieu au moment de la phase d'escalade des conflits, les patientes peuvent rapidement accepter l'aide qu'on leur propose.

Ces violences se déroulent ainsi dans l'intimité du couple, et pourraient être considérées comme des affaires privées. Alors pourquoi s'y intéresser ?

IV. VIOLENCES CONJUGALES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

ENQUETE ENVEFF

L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) est la première enquête statistique française de grande envergure. Réalisée en 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes, âgées de 20 à 59 ans, elle marque un tournant décisif.

Cette enquête révèle, qu'au cours de l'année écoulée, une femme sur 10 a été victime de violences conjugales, toutes violences confondues et toutes catégories socioprofessionnelles confondues [2].

A l'occasion de cette enquête, 45 % des femmes victimes de violences conjugales en ont parlé la première fois. Ce pourcentage est plus important lorsqu'il s'agit de violences sexuelles : 69 % des femmes concernées n'en avaient encore jamais parlé. En outre, cette enquête a montré, que seulement 25 % des femmes victimes de violences conjugales, se confient en premier recours à un médecin [2].

L'enquête ENVEFF révèle que c'est dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles. Un autre enseignement de cette

enquête a été de mettre en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent [2, 18].

RAPPORT CVS

Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) réalisée de 2011 à 2017, en moyenne chaque année, en France, 219 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint [19].

Ce chiffre ne couvre pas l'ensemble des violences conjugales dans la mesure où il ne prend pas en compte les éventuelles violences verbales, psychologiques, économiques ou administratives.

Les femmes jeunes (18-29 ans) sont fortement représentées (30 %), 75 % des victimes déclarent avoir subi des faits répétés et 80 % des agressions verbales et/ou des atteintes psychologiques associées. Seules 19 % avaient porté plainte [19].

ENQUETE VIRAGE

En 2015, une autre enquête nationale intitulée « Violences et rapports de genre » (VIRAGE) est réalisée. Cette enquête s'intéresse aux agressions sexuelles dans le cadre général des violences faites aux femmes [20, 21].

ETUDE NATIONALE SUR LES MORTS VIOLENTES AU SEIN DU COUPLE

En 2019, en France, 146 femmes et 27 hommes ont été tués par leur partenaire ou leur ex-partenaire. Sur les 27 hommes tués par leur compagne, 11 (soit 40 %) avaient commis des violences antérieures. 25 enfants mineurs sont décédés : 3 tués par leur père en même temps que leur mère, 22 tués dans le cadre de violences conjugales sans qu'un autre parent ne soit tué. Au total, en comptant les 16 victimes collatérales et rivaux, on dénombre 214 victimes tuées dans le cadre des violences conjugales. Pour l'ensemble de ces affaires, 48 auteur(e)s se sont suicidé(e)s. Les violences conjugales sont donc à l'origine de 262 décès et ont rendu orphelins 111 enfants. On dénombre d'autre part, 55 enfants présents sur la scène de l'homicide [22].

Depuis 2013, le nombre de femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire tendait à légèrement baisser, oscillant entre 120 et 130. Les chiffres de 2019 repartent néanmoins à la hausse, semblables à ceux observés entre 2006 et 2012, oscillant entre 150 et 180 [23-26].

Les chiffres mondiaux de violences exercées par un partenaire au cours de l'année écoulée oscillent de 4 % (Japon) à 54 % (Ethiopie). Ces chiffres ne peuvent être comparés les uns aux autres étant donné la variabilité de la culture d'une société à l'autre [27, 28].

B. ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Le point commun de toutes les formes de violences conjugales se situe dans le besoin de contrôle et de domination de l'autre. Le principal facteur de risque d'être victime de violences conjugales est le fait d'être une femme. C'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences avec une fréquence homogène selon les catégories socioprofessionnelles [2, 5]. Les hommes violents considèrent l'autre comme leur propriété. Ils sont dans la dépendance de l'autre, nient ce fait et désignent au contraire la dépendance de leur compagne. Dans 90 % des cas, ils ne reconnaissent pas les faits et justifient leur comportement par les provocations ou les « fautes » de leur partenaire [1].

Il existe néanmoins d'autres facteurs de risque liés aux violences conjugales : individuels, relationnels, communautaires et sociétaux [5, 28].

Les facteurs de risque individuels (liés aux auteurs de violences, aux victimes ou aux deux à la fois) comprennent le jeune âge, un faible niveau d'instruction, une exposition à la violence familiale pendant l'enfance, des sévices sexuels pendant l'enfance, un usage nocif de drogues et d'alcool, des attitudes tendant à légitimer la violence, des antécédents d'actes violents ou des antécédents de partenaires violents, les inégalités socio-économiques et le chômage [1, 5, 28].

Les facteurs relationnels regroupent une instabilité du couple, une insatisfaction conjugale, un stress économique, les comportements dominateurs des hommes envers leur partenaire et dans la famille, la multiplicité des partenaires féminines et un écart entre les niveaux d'instruction (femme plus instruite que son partenaire masculin) [1, 5, 28].

Les facteurs communautaires et sociétaux comprennent la pauvreté, la faible considération des femmes, les normes prévalant dans la communauté qui privilégient l'homme, une large acceptation sociale de la violence comme moyen de résoudre les conflits [5, 28].

Certains facteurs sont déclenchant : la séparation, la grossesse, le chômage, la précarité et l'infidélité de la part de l'auteur des violences. Les facteurs aggravants et de risque de passage à l'acte léthal sont la grossesse et la séparation [1, 5, 7, 28].

Parmi les femmes ayant appelé le « 3919 » en 2018, 27 % des hommes désignés étaient des employés, 25 % des professions intellectuelles supérieures, 20 % des ouvriers, 17 % des artisans, des commerçants ou des chefs d'entreprises, 15 % des sans-emplois et 2 % des agriculteurs [7].

C. CONSEQUENCES DES VIOLENCES CONJUGALES

Les violences conjugales ont une incidence majeure sur la santé des femmes. Celles-ci perdent 1 à 4 années de vie en bonne santé selon l'OMS. Leur prise en charge coûte 2.5 fois plus cher à la société que celle des autres femmes. Elles consultent plus souvent leur médecin traitant, sont plus souvent hospitalisées et consomment plus de médicaments [1].

Le coût global des violences conjugales en France est estimé à 3.6 milliards d'euros en 2012 : coûts directs médicaux et non médicaux (police, justice), coût social, coût de perte de production, coût du préjudice humain, coût de l'incidence sur les enfants [29, 30].

RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MALADIES PSYCHIATRIQUES

L'état de tension et d'angoisse dans lequel se trouvent les femmes victimes de violences conjugales entraîne de multiples troubles psychiques et psychiatriques ; la violence dépasse la capacité d'adaptation de la femme [1].

La dépression touche plus de 50 % de ces femmes [1]. Il y a 25 fois plus de tentatives de suicide chez les femmes victimes de violences conjugales que dans la population générale [2].

L'abus d'alcool ou d'une autre substance psychoactive, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques, les troubles de l'alimentation, du sommeil, sont 4 à 5 fois plus fréquents que dans la population générale [1, 2, 31, 32]. Selon l'ENVEFF, 22 % des victimes consomment davantage de psychotropes [2]. Selon une autre étude, les victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles consomment 1,7 fois plus d'anxiolytiques et 1,5 fois plus d'antidépresseurs que les personnes non victimes [33].

Le syndrome post-traumatique est présent chez 58 % des femmes victimes de violences conjugales avec cauchemars, flashbacks, anxiété, attaques de panique, troubles de la mémoire et de l'attention, etc [34].

Les femmes victimes de violences conjugales présentent des maux auxquels on ne trouve pas souvent de cause médicale identifiable, ou qui sont difficiles à diagnostiquer. Ils sont souvent désignés par le terme de « troubles fonctionnels » ou de « problèmes de santé liés au stress », et comprennent le syndrome du côlon irritable, des symptômes gastro-intestinaux, la fibromyalgie, divers syndromes de douleur chronique [35].

TRAUMATOLOGIE

Les violences conjugales sont une des causes les plus fréquentes de blessures physiques chez les femmes. Selon l'OMS, 42 % des femmes victimes de violences conjugales ont subi un

traumatisme physique [28]. Rappelons que les violences physiques ne sont jamais isolées. Elles sont accompagnées d'injures, de menaces et précèdent le plus souvent des rapports sexuels forcés [1].

Les lésions traumatiques sont souvent multiples, d'âges différents et de natures très variées. Dans la majorité des cas, les lésions sont dues à des coups donnés à mains nues ou avec des objets. L'emploi d'armes est plus rare [1, 35].

PATHOLOGIES CHRONIQUES AGGRAVEES OU DESEQUILIBREES

Toutes les pathologies chroniques qui requièrent un traitement continu et un suivi régulier sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées dans ce contexte. Il peut être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son asthénie, de son mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et l'en empêche [1, 28].

LES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICALES

Les affections gynécologiques sont 3 fois plus rapportées chez les femmes victimes de violences conjugales que dans la population générale. Elles ont 1,5 fois plus de risque de souffrir d'une infection sexuellement transmissible (IST) que les femmes non victimes de violences selon l'OMS. Une méta-analyse de 2014, décèle une augmentation du risque d'infection au VIH en cas de violences conjugales [2, 36, 37, 38].

Les rapports sexuels accompagnés de violences occasionnent des douleurs pelviennes chroniques, des infections urinaires, des vaginites, voir des lésions périnéales mais également des grossesses non désirées [32, 36].

La grossesse est une période propice à l'instauration et/ou à l'intensification des violences conjugales [1, 5]. Les grossesses peuvent aboutir à des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et à des grossesses mal surveillées [1,32]. Selon l'ENVEFF, les IVG sont alors 2 fois plus fréquentes et plus tardives. Elle peuvent être réalisées sous la pression du partenaire ou sans que celui-ci n'en soit informé [18].

La gravité des violences conjugales pendant la grossesse réside dans un retentissement double, à la fois sur la mère et le fœtus, dont les conséquences sont graves [1, 3, 32]. Aux violences s'associent souvent la consommation de tabac, le mésusage d'alcool ou de toxiques, une anémie maternelle, toutes conditions qui retentissent sur l'évolution de la grossesse et la croissance de l'enfant. Il existe également une augmentation du risque de dépression et de tentatives de suicide [1, 39].

La grossesse peut être la conséquence d'un viol conjugal ou de l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception mais elle peut également être désirée par le couple pendant une période d'accalmie [1].

SANTE DES ENFANTS

Les violences conjugales se produisent devant les enfants dans 30 % des cas [2].

Ces enfants, témoins de violences, adoptent différentes attitudes : la fuite, l'observation silencieuse ou l'intervention. Ils développent un sentiment de culpabilité d'autant plus que le père les utilise comme moyen de pression et de chantage. Ils ont parfois un comportement adulte et peuvent se sentir investis d'un rôle de protection vis à vis de leur mère [1].

De nombreux impacts sur leur santé sont observés. Ils peuvent présenter des lésions traumatiques (intentionnelles ou non), des lésions psychologiques (troubles du sommeil ou de l'alimentation, angoisse, syndrome post-traumatique, etc), des troubles du comportement et de la conduite (désintérêt ou surinvestissement scolaire, agressivité, fugue, idées et tentatives de suicide, etc) ou encore des troubles psychosomatiques (troubles du langage, énurésie, etc) [1].

On note également que ces enfants sont susceptibles de reproduire la violence, seul modèle de communication qu'ils connaissent, en public ou en privé [1, 11, 40].

LE DECES

La mort peut être l'issue ultime des violences conjugales qu'il s'agisse de suicides, d'homicides ou de lésions traumatiques graves [1]. Le nombre de femmes s'étant suicidées à la suite de violences conjugales est estimé à 217 en 2018, les chiffres de 2019 ne sont pas disponibles. Rappelons qu'en 2019, 146 femmes, 27 hommes et 25 enfants ont été tués dans un contexte de violences conjugales [22, 23].

V. PLANS D'ACTION ET GRANDE CAUSE NATIONALE

C'est par les violences faites aux femmes que les violences conjugales sont abordées par les pouvoirs publics.

A. PREMIER (2005-2007) ET DEUXIEME (2008-2010) PLANS INTERMINISTERIELS

Après un premier plan 2005-2007, qui a entre autres abouti à la création en 2007 du « 3919 », numéro national d'écoute, un deuxième plan triennal 2008-2010 annonce 12 mesures pour combattre les violences faites aux femmes. La huitième mesure demande « *d'intensifier et d'étendre la formation des professionnels concernés par les violences faites aux femmes [...], l'intégration de la problématique des violences conjugales dans une partie du programme national des étudiants en médecine sera recherchée. De même, dans le cadre de la formation médicale continue des professionnels médicaux* ». La neuvième mesure du plan souhaite « *mobiliser les professionnels de santé sur le repérage des violences faites aux femmes* ».

En 2010, le Premier ministre François Fillon a fait de la lutte contre les violences faites aux femmes « Grande cause nationale » [41].

B. TROISIEME PLAN INTERMINISTERIEL (2011-2013)

Le troisième plan interministériel (2011-2013) de lutte contre les violences faites aux femmes insistait à nouveau sur le dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé et sur la formation en appuyant sur la formation initiale et la formation continue [42].

C. QUATRIEME PLAN INTERMINISTERIEL (2014-2016)

Le quatrième plan interministériel (2014-2016) annonçait que la prévention des violences faites aux femmes était la priorité de santé publique. Ce plan s'appuyait sur plusieurs dispositifs : le renforcement de l'ordonnance de protection, le développement de la plateforme d'écoute « 3919 », l'augmentation des lieux d'hébergement, la mise en place du téléphone

grave danger (TGD) et l'augmentation du nombre des intervenants sociaux en commissariats et en brigades de gendarmerie [43].

« Des progrès considérables ont été réalisés grâce au 4ème plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Les violences sont mieux repérées et les victimes mieux prises en charge : le 3919 écoute et oriente toujours plus de femmes (50 000 appels par an en moyenne) ; [...] plus de 300 000 professionnel(le)s ont été formé(e)s. Les violences faites aux femmes sont désormais mieux connues et davantage dénoncées. La tolérance sociale diminue. » [44]

D. CINQUIEME PLAN INTERMINISTERIEL (2017-2019)

Le cinquième plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes vise à sécuriser et renforcer les dispositifs pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits. Il a comme objectifs supplémentaires notamment d'intensifier la formation des professionnels qui constituent le premier recours des femmes victimes de violences [44].

En 2018, le Premier ministre Edouard Philippe attribue le label « Grande cause nationale » à la Fédération Nationale Solidarité Femmes, qui regroupe de nombreuses associations aidant les femmes victimes de violences. L'objectif est d'accorder des droits de diffusions gratuites des campagnes de communication et d'information sur les radios et les télévisions publiques.

A l'occasion de ce dernier plan, un Grenelle contre les violences conjugales est mis en œuvre [45].

E. GRENELLE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES (03/09 AU 25/11/2019)

Ce Grenelle s'est ouvert le mardi 3 septembre 2019, en écho au « 3919 », et s'est conclu le 25 novembre 2019, journée internationale contre la violence à l'égard des femmes. Durant cette période, une centaine de Grenelles locaux se sont organisés sur le territoire national réunissant de nombreux acteurs : ministres, parlementaires, élus locaux, administrations, associations, proches de victimes, avocats, médias, professionnels de santé, forces de l'ordre, etc [45].

Plusieurs mesures ont été prises. L'une d'entre elles, est d'ouvrir, d'ici fin 2020, le « 3919 » 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Avant le Grenelle, seulement 8% de la population

connaissaient ce numéro, cette proportion est aujourd'hui de 59 %. Avant le Grenelle, le « 3919 » recevait 150 appels par jour, il en reçoit désormais 600. Dans la moitié des cas, les femmes qui appellent le « 3919 » demandent à quitter le domicile conjugal. A partir du 1^{er} janvier 2020, 1 000 nouvelles places d'hébergement temporaire se sont ouvertes [46].

D'autres mesures ont été prises, comme la formation des policiers et des gendarmes à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales, et la mise en place de protocoles pour faciliter le dépôt de plainte des victimes de violences conjugales dans l'incapacité de se déplacer (hospitalisées par exemple) [46].

Il s'agit également de juger plus vite et plus efficacement avec le déploiement de « chambres de l'urgence », de généraliser le bracelet anti-rapprochement (1000 bracelets déployés en 2020) avec mise en place du dispositif dans les 48 heures après le prononcé de la mesure dans le cadre d'une ordonnance de protection ou d'un contrôle judiciaire, de créer 80 postes supplémentaires d'intervenants sociaux dans les commissariats et gendarmeries afin de permettre un accueil et une prise en charge la plus adaptée et accompagnée possible. Un appel à projets a été lancé afin de mettre en place 2 centres de suivi et de prise en charge des auteurs de violences conjugales par région. Ces centres permettent d'assurer un suivi psychologique et psychiatrique en vue d'une prévention de la récurrence. Le phénomène du « suicide forcé » est également reconnu avec la mise en place d'une nouvelle circonstance aggravante pour les auteurs de violences en cas de harcèlement ayant conduit au suicide ou à une tentative de suicide de la victime (10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende) [45-48].

Issue du Grenelle, la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020, relative à la protection des victimes de violences conjugales, est votée. Cette loi déroule une série de mesures destinées à éloigner de leurs victimes les auteurs de telles violences. Surtout, un alinéa supplémentaire complète l'article 226-14 du code pénal, texte prévoyant les 3 hypothèses de dérogation facultative au secret médical. La règle du respect du secret n'est pas applicable au médecin portant à la connaissance du procureur de la République une information préoccupante relative à des violences conjugales sous certaines conditions. Le médecin doit avoir l'intime conviction que la victime est en danger immédiat, celle-ci doit se trouver sous l'emprise de l'auteur. Le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure et, en cas de refus, l'informer du signalement fait au procureur [46, 48-50].

VI. HISTOIRE ET LEGISLATION EN FRANCE

Le Moyen Âge, qui couvre une période de plus de 1 000 ans, est le lit de plusieurs mythes et légendes qui parfois épousent les contours de la réalité. Les violences conjugales y sont présentes, on les retrouve dans plusieurs proverbes. « *Il est bien à l'homme de battre sa femme sans mort et sans mehaing* (sans mauvais traitement, sans mutilation), *quand elle dénie son mari* » dit une coutume du Beauvaisis au XIII^{ème} siècle [51]. A Bergerac, au XIV^{ème} siècle, « *un mari a le droit de battre sa femme jusqu'à effusion de sang, pourvu qu'il le fasse avec une bonne intention* ». Le coutumier de Senlis décrit : « *les maris qui se laissent battre par leurs femmes seront contraints et condamnés à chevaucher un âne, le visage par devers la queue du dit âne* » [52].

L'intérêt de l'Etat français pour la lutte contre les violences faites aux femmes a émergé il y a une quarantaine d'année, suite aux multiples actions menées par les associations féministes. La première association féministe « *SOS Femmes Alternatives* » et le premier foyer pour femmes battues, le « *Flora Tristan* », ont été créés en 1978.

En 1975, l'article stipulant que « *le meurtre d'une épouse en flagrant délit d'adultère constituait des circonstances absolutoires* » a été retiré du code pénal.

La loi du 22 juillet 1992 définit un délit spécifique de violences conjugales et des peines aggravées, dès lors que les actes sont commis par le conjoint ou le concubin [53].

La loi du 26 mai 2004 autorise le juge des affaires familiales à statuer en urgence sur l'attribution du domicile conjugal et à décider de l'éloignement du conjoint violent [54].

La loi du 4 avril 2006 élargit le champ d'application de la circonstance aggravante aux faits commis par l'ancien conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS. L'âge légal du mariage des femmes est aligné à celui des hommes, passant de 15 à 18 ans [55].

La loi du 9 juillet 2010 instaure le bracelet électronique. Le délit de harcèlement moral au sein du couple apparaît [56].

La loi du 4 août 2014 rend obligatoire la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique. Elle pose le cadre de l'attribution du « téléphone grave danger » pour les femmes victimes [18, 57].

La loi du 14 mars 2016 permet de retirer l'autorité parentale d'un parent, en dehors de toute condamnation pénale, lorsque l'enfant est témoin des violences qu'il exerce à l'encontre de l'autre parent, qu'elles aient un caractère physique ou psychique [58].

La loi du 27 février 2017 allonge à 6 ans les délais de prescription en matière de délits : violences (avec ou sans ITT) par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS, agressions sexuelles, menaces de meurtre ou de viol. Les délais de prescription en matière de crimes sont allongés à 20 ans : viols, violences d'un conjoint, concubin ou partenaire de PACS ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, meurtres, enlèvements et séquestrations [59]. En 2018, le délai de prescription pour les crimes sexuels commis sur mineurs est allongé à 30 ans au lieu de 20 [60].

La loi du 30 juillet 2020 modifie l'article 226-14 du code pénal [61]. Celui-ci précise dans quels cas et sous quelles conditions, un professionnel transmettant une information à caractère secret à une autorité sera exempté de la peine prévue par l'article 226-13 du Code pénal : *« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

- 1) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices [...] dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;*
- 2) Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République [...] les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;*
- 3) Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple [...] lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;*

- 4) *Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet [...] du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.*

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

Pour les médecins appelés à prendre en charge une victime de violences conjugales, la difficulté réside dans la balance entre le devoir de protection de la santé des patients et les impératifs du secret professionnel [1]. Conformément aux conditions de cet article, le médecin peut faire un signalement au procureur de la République. Il ne doit pas mettre un tiers en cause et doit rapporter les dires et confidences de la personne entre guillemets. Dans ce cas, le médecin ne peut voir sa responsabilité engagée devant les juridictions disciplinaires, civiles ou pénales s'il agit de bonne foi [62].

Dans le même sens, l'article 43 du code de déontologie médicale précise : « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* ».

De même, l'article 44 du code de déontologie médicale stipule : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.* »

Le secret professionnel s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Il existe des dérogations légales au secret médical.

VII. REPERER LES VIOLENCES CONJUGALES

A. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Les violences conjugales sont un problème majeur de santé publique. Selon le rapport Henrion, le rôle du médecin généraliste est primordial : « *Le médecin est le plus souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violence. Il a un rôle clé dans le dépistage de ces violences. [...] Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances* » [1].

Le rôle du médecin est déterminant non seulement pour diagnostiquer les traumatismes majeurs liés aux violences conjugales mais surtout pour repérer les victimes et les mettre en relation avec le réseau d'écoute dont elles ont besoin [63].

B. REPERAGE SYSTEMATIQUE ET REPERAGE CIBLE

La question de l'intérêt du dépistage systématique a fait l'objet de nombreuses études.

Le dépistage systématique des violences conjugales chez les femmes est recommandé par le rapport Henrion, par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes (MIPROF), par le collège national des gynécologues et obstétriciens français et plus récemment, par la Haute Autorité de santé (HAS) [1, 64, 65].

En revanche, l'OMS ne préconise pas un repérage systématique mais un repérage effectué dans certaines situations cliniques considérées comme situations à risque : troubles de la santé mentale chez la femme, recherche ou diagnostic d'IST et soins prénataux. La grossesse est une période à risques de violences qui engagent la santé de la mère et de l'enfant [66].

Il ne s'agit pas simplement de savoir si un dépistage doit être mis en place. Il est important de connaître les questions les plus appropriées pour conduire ce dépistage et les démarches pour soutenir les femmes victimes de violences après leur révélation [18].

Plusieurs études se sont intéressées aux effets secondaires d'un dépistage systématique. Dans quelques cas, les femmes ont rapporté un impact négatif de cette démarche : une détresse émotionnelle, la crainte de subir de nouveaux abus et la perception d'une intrusion dans leur vie privée. La balance bénéfice-risque d'un tel dépistage apparaît néanmoins favorable [18].

C. OUTILS DE FORMATION ET D'AIDE AUX VICTIMES

FORMATION INITIALE UNIVERSITAIRE ET CONTINUE

Les plans d'action gouvernementaux ont mis l'accent sur la formation des professionnels de santé destinés à prendre en charge les victimes de violences, la formation initiale et continue étant d'ailleurs rendue obligatoire par la loi du 4 août 2014 [57]. Lors du deuxième cycle, la violence faite aux femmes est mentionnée, sans avoir néanmoins un item spécifique : item 55 « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile », item 10 « Violences sexuelles » et item 9 « Certificats médicaux ». Un certain nombre de formations ont été créées, destinées aux médecins remplaçants ou installés, dans le cadre de formation médicale continue (FMC), ou aux internes en médecine, dans le cadre de la formation initiale universitaire [67]. A la faculté de médecine d'Amiens, 1 heure de cours sur les violences faites aux femmes est dispensée aux étudiants en médecine en troisième cycle.

SITE « arretonslesviolences.gouv.fr »

Le site arretonslesviolences.gouv.fr est un outil de formation pour le médecin généraliste mais également un site d'aide aux victimes.

Il donne accès gratuitement à des modèles de certificats descriptifs, à des outils de communication et de formation, conçus par la MIPROF. Ils sont composés chacun d'un court métrage, d'un livret d'accompagnement pédagogique concret et de fiches réflexes [68].

Parmi ces outils, le kit de formation « Anna » porte spécifiquement sur les violences conjugales. Il illustre les mécanismes de la violence, les conséquences sur la santé, le dépistage par le médecin, la prise en charge et l'orientation de la victime. Le kit de formation « Tom et Lena » porte sur les conséquences des violences conjugales sur l'enfant, le repérage systématique et la prise en charge par le médecin [69].

Ce site arretonslesviolences.gouv.fr met à disposition des femmes victimes les contacts des associations nationales et locales ainsi que les instructions pour effacer toutes traces de passages sur ce site internet.

SITE « declicviolence.fr »

Ce site de formation est élaboré par et pour les médecins généralistes. Il propose des fiches pratiques mises à jour annuellement pour mieux comprendre ce problème de santé publique et mieux intervenir en tant qu'acteurs de soins de premier recours. Ce site est en constante évolution, un travail national est conduit afin de référencer et cartographier l'ensemble des structures d'accueil sur le territoire [70].

D. RECOMMANDATIONS ACTUELLES SUR LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES

La HAS a publié, en 2019, de nouvelles recommandations sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales [71].

COMPRENDRE LES MECANISMES DES VIOLENCES CONJUGALES

La formation permet au médecin généraliste de connaître et de comprendre les mécanismes des violences conjugales et leur caractère cyclique. Cet élément est essentiel pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aides et dans leurs démarches. Elle permet également d'adapter les propositions de prise en charge [18, 71].

MONTRER SON IMPLICATION

Il est recommandé de mettre en évidence, dans la salle d'attente, des affiches sur le thème des violences conjugales. Cela sensibilise les patient(e)s à cette problématique et témoigne de l'implication du médecin généraliste dans l'écoute et la prise en charge des violences conjugales. De ce fait, la victime se sent « autorisée » à parler [66, 71].

La configuration du lieu de consultation doit permettre de garantir la confidentialité des échanges, y compris lors d'une téléconsultation.

Il est recommandé que l'entretien se tienne avec la femme seule. Si le partenaire ou l'entourage insiste pour participer à l'entretien, des formulations telles que « *Monsieur, je conduis toujours mon examen en tête-à-tête avec la patiente* » ou « *Merci de bien vouloir attendre dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels* » peuvent être utilisées vis-à-vis de l'accompagnant [66, 71, 72].

Le médecin doit être disponible, savoir engager le dialogue, poser quelques questions simples qui mettent la femme en confiance et lui donnent l'opportunité de raconter son histoire. La femme victime de violences vit sous la contrainte, l'angoisse, la peur et a souvent développé un sentiment de culpabilité. Le médecin doit comprendre son sentiment de vulnérabilité, son désespoir, sa tendance à nier les faits et doit accepter que la femme soit confuse, effrayée, honteuse ou agressive [1].

Pour la plupart des femmes, le plus important est le besoin de parler de ces violences à un professionnel. À cet égard, le rôle du médecin en tant que confident est fréquemment mentionné comme essentiel : « *Le plus important était qu'il m'écoute, me prenne au sérieux et que je pouvais dire tout ce que je voulais...* » [73].

QUESTIONNER SYSTEMATIQUEMENT, SANS SIGNES D'ALERTE

La plupart des femmes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent. Le dépistage est facilité devant des lésions visibles dont la multiplicité et la topographie sont suggestives. Il est cependant beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour des troubles dus à une somatisation. Le médecin doit alors faire preuve de perspicacité [1, 71].

Le rapport Henrion en 2001 était formel [1] : « *En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique [...], la plupart des femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas parler de ce qu'elles subissent. [...] de nombreuses femmes ne sont pas repérées. Cela suppose donc de poser quelques questions simples.* »

Pour la publication des recommandations en 2019, le groupe de travail de la HAS s'accorde sur le fait que le questionnement systématique n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes. Cette démarche de repérage des violences constitue la première étape dans la prise en charge et contribue à rompre le silence et à protéger la victime a fortiori chez la femme enceinte [71].

La HAS recommande de débiter l'entretien par des questions de préférence ouvertes, avec lesquelles le médecin se sent à l'aise, et adaptées à la patiente. Bien que ces questions soient destinées à rechercher une situation de violences conjugales, elles peuvent initialement et de façon plus générale s'enquérir du sentiment de sécurité de la patiente [71].

Voici quelques exemples de question :

- « *Comment vous sentez-vous à la maison ?* » ;
- « *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* » ;
- « *En cas de dispute, cela se passe comment ?* » ;
- « *Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ?* » ;
- « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* » ;
- « *Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?* » ;
- « *Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?* » ;
- « *Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?* » ;
- « *Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?* » ;
- « *Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ?* » .

Il est recommandé de préciser à la patiente, que ces questions sont abordées avec toutes les patientes, et de lui expliquer pourquoi ces questions sont posées : « *La violence est très courante au sein des familles. Je questionne régulièrement mes patientes à ce sujet car les*

violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites par la loi. Personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire. » [71, 74].

Il est recommandé de prendre en considération les enfants du cercle familial. Ce type de question a une influence importante sur les révélations : « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* » [71, 75].

Les bénéfices du questionnement systématique sont nombreux. Les patientes peuvent parler, être écoutées et reconnues comme victimes et mises en relation avec le réseau de soutien dont elles ont besoin. Le médecin peut faire le lien avec les tableaux cliniques présents, passés et futurs. Prendre conscience et analyser le processus d'emprise mis en œuvre par l'agresseur devient possible et la victime peut se libérer peu à peu de son sentiment de culpabilité [73, 76].

QUESTIONNER DEVANT DES SIGNES D'ALERTE

Aucune symptomatologie n'est spécifique des violences conjugales. Il est recommandé d'y penser systématiquement face à des signes d'alerte qui peuvent être [66, 71] :

- des symptômes pouvant être la conséquence de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des victimes. Ces symptômes sont détaillés en page 18 mais rappelons quelques exemples : dépression, anxiété, plaintes fonctionnelles, etc ;
- l'identification de facteurs de risque d'être victime, détaillés en page 17;
- des comportements inhabituels ou inadaptés de la patiente, de son conjoint ou de ses enfants.

Les comportements de la patiente qui peuvent interpeler le médecin sont des comportements craintifs, un manque de confiance en soi, un manque d'autonomie discordant avec le niveau socio-éducatif, un isolement social, une explication confuse et fluctuante des blessures, une non-observance des traitements ou de la prise en charge, un refus d'être examinée, etc.

En ce qui concerne le comportement du conjoint, il peut s'agir d'un partenaire accompagnant trop impliqué qui répond à la place de sa partenaire, qui minimise les symptômes, ou contrôle sa partenaire par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes, etc.

Les enfants peuvent interpeler le médecin par des comportements à type de repli sur soi ou d'hyperactivité, une régression des acquisitions ou une maturité précoce, des troubles alimentaires ou du sommeil, des douleurs répétées ou encore une mise en péril de soi [1, 71].

La HAS rappelle que les facteurs de risque ne sont pas des facteurs prédictifs. Tous les milieux sont concernés. Le repérage peut être plus difficile dans les milieux favorisés.

En présence de signes d'alerte, il est recommandé de questionner la patiente - en l'absence de son partenaire - sur des violences subies, en s'appuyant alors sur ses symptômes pour ouvrir le dialogue : « *Il arrive que des patientes qui présentent les mêmes symptômes que vous soient victimes de violences. Est-ce votre cas ?* » ; « *Parfois, ces symptômes sont liés à du stress, des tensions ou de la violence à la maison. Est-ce votre cas ?* » [71].

ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES

Cette démarche de questionnement favorise la prise de conscience des violences par la femme, puis la révélation par étapes lors de consultations ultérieures. Dans le cas de violences essentiellement d'ordre psychologique, les victimes peuvent douter de leur caractère violent. Lorsque la femme ne souhaite pas se confier, le médecin peut l'aider en lui délivrant le message qu'il se montre disponible et réceptif. Il est important de lui préciser qu'elle pourra toujours revenir et il peut lui donner des adresses ou numéros de téléphone utiles [1, 71].

La révélation est avant tout un acte volontaire et un moment clé qui nécessite une écoute empathique et active, un soutien et une absence de jugement. Il est important que le médecin ne banalise pas les faits, reconnaisse la validité du récit de la femme et lui confirme qu'elle est dans son droit de demander de l'aide et l'y encourager [71].

EVALUER LA GRAVITE

Evaluer la gravité au moment de la révélation et lors de chaque visite est recommandé. Cette évaluation porte sur la fréquence, l'intensité, le contexte et les conséquences des violences. Elle peut s'appuyer sur les questions suivantes. Si la patiente répond « oui » à au moins 3 questions, le risque de gravité est élevé [71, 77]:

- « *Êtes-vous dans une période de séparation d'avec votre partenaire ?* » ;
- « *Les actes de violence physique ont-ils augmenté ces 6 derniers mois ?* » ;
- « *Votre conjoint a-t-il utilisé une arme ou vous a-t-il menacée avec une arme ?* » ;
- « *Pensez-vous que votre partenaire soit capable de vous tuer ?* » ;
- « *Avez-vous été frappée pendant votre grossesse ?* » ;
- « *A-t-il déjà essayé de vous étrangler ou menacé de vous défenestrer ?* » ;
- « *Votre partenaire est-il violent et constamment jaloux de vous ?* ».

Le violentomètre est également un outil permettant au médecin d'évaluer la gravité de la situation. Il peut également s'avérer être un allié dans l'accompagnement des victimes dans leur prise de conscience de la situation. Composé de 23 situations et présentant 3 couleurs, il permet de mesurer la tension et la violence au sein d'un couple.

VIII. OBJECTIFS DE LA THESE

Les violences faites aux femmes sont de plus en plus connues et davantage dénoncées, en particulier les violences conjugales [44]. Au cours de l'année écoulée, 10 % des femmes ont été victimes de violences conjugales. Une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son partenaire ou ex-partenaire. L'OMS a déclaré les violences conjugales comme un problème majeur de santé publique dans lequel le médecin généraliste a un rôle essentiel de dépistage et d'orientation des victimes [1, 2].

De nombreux travaux mettent en évidence un sous-dépistage des médecins. Il existe un fossé entre les chiffres officiels de prévalence et les chiffres réels de dépistage [1, 78-82]. Les études mettent en avant les difficultés rencontrées par le médecin généraliste. Peu de femmes parlent spontanément des violences qu'elles ont subies. L'enquête ENVEFF, au cours de laquelle 50% des femmes victimes de violences physiques et sexuelles abordent ce sujet pour la première fois, révèle que 73 % d'entre elles auraient aimé que leur médecin leur pose la question [2].

Le rôle du médecin généraliste est déterminant non seulement pour diagnostiquer les traumatismes majeurs liés aux violences et pour repérer les victimes, mais aussi afin de mettre ces dernières en relation avec le réseau d'écoute dont elles ont besoin [63]. Permettre à ces femmes d'exprimer leur souffrance est sans aucun doute le premier geste thérapeutique nécessaire.

Les Premiers ministres François Fillon et Edouard Philippe ont fait de la lutte contre les violences faites aux femmes « Grande cause nationale » en 2010 et 2018. A l'occasion du 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes, un Grenelle sur les violences conjugales a été mis en œuvre, accompagné d'une médiatisation importante, renforçant la sensibilisation de la société aux violences conjugales. Plusieurs études soulignent la nécessité d'une formation des professionnels de santé à grande échelle [78, 83, 84]. Aucun travail n'a, jusqu'alors, évalué l'efficacité d'une sensibilisation aux violences conjugales, comme par exemple à travers une médiatisation, sur les pratiques de dépistage du médecin généraliste. Je m'interroge sur les pratiques de dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste samarien dans le contexte actuel d'engagement gouvernemental.

Ainsi mon travail de thèse cherchera à établir un état des lieux des pratiques de dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste samarien et à estimer si cet engagement gouvernemental, relayé par les médias, tend à faire évoluer les pratiques de dépistage des violences conjugales de la part du médecin généraliste.

MATERIEL ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée du 8 octobre 2019 au 16 janvier 2020.

II. POPULATION DE L'ETUDE

La population de l'étude comporte les médecins généralistes libéraux samariens.

III. ENVOI ET RECEPTION DU QUESTIONNAIRE

Un mail, contenant un lien pour répondre au questionnaire en ligne, a été envoyé aux médecins généralistes samariens.

Le premier envoi de 383 mails a été organisé par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Somme le 8 octobre 2019. Une première relance 3 semaines plus tard et une deuxième relance début décembre ont été réalisées par le département de médecine générale et via mon réseau professionnel.

IV. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est présenté en annexe 1. Il est composé de 3 parties :

- La première partie cherchait à établir un état des lieux des pratiques de dépistage des violences conjugales de la part du médecin généraliste samarien;
- La deuxième partie débutait par une introduction rappelant que les instances gouvernementales poursuivaient leur action contre les violences faites aux femmes en organisant du 3 septembre au 25 novembre 2019 un Grenelle sur les violences conjugales et que ces débats avaient été précédés d'une campagne de sensibilisation par les médias. Cette partie cherchait à estimer si cet engagement gouvernemental contre les violences conjugales, relayé par les médias, tendait à faire évoluer les pratiques de dépistage des violences conjugales de la part du médecin généraliste.
- La troisième partie concernait les caractéristiques démographiques des médecins.

V. REPONSES

Les réponses au questionnaire ont été initialement codées dans un tableur LibreOffice Calc®. L'analyse a comporté une première partie descriptive où les variables ont été exprimées en nombres et pourcentages et une seconde partie analytique. Les analyses statistiques (test du Chi² et test de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5) ont été réalisées à partir du site internet BiostaTGV.

RESULTATS

I. PARTICIPATION

Nous avons reçu 138 questionnaires complétés, parmi lesquels 27 ont été exclus. Ils correspondaient à des médecins n'exerçant pas une activité de médecine générale libérale (gériatre, médecin scolaire,...) et à des médecins non samariens. Au total, 111 étaient exploitables.

L'analyse de ces résultats ne pourra montrer qu'une tendance plus ou moins marquée en fonction des questions et donc empreinte d'une valeur relative.

II. PROFIL DES MEDECINS REpondANTS

Dans notre échantillon, 59 % des médecins sont des femmes, ce qui les surreprésente par rapport à la proportion des femmes médecins généralistes dans la Somme (Tableau 1).

Tableau 1 : Parité hommes/femmes

| | Proportion observée | Proportion dans la Somme* |
|------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Médecins généralistes femmes | 59 % | 39 % |
| Médecins généralistes hommes | 41 % | 61 % |

*D'après cartosante.atlasante.fr - 2019

La répartition des secteurs d'activité est relativement homogène avec 29 % des médecins exerçant en milieu urbain, 29 % en milieu rural et 42 % en semi-rural. Les médecins remplaçants représentent 8 % des répondants.

En moyenne, l'année de thèse des médecins de l'échantillon est 2005, avec 55 % d'entre eux, thésés entre 2010 et 2019 (minimum 1965, maximum 2019, écart type 12.3) (Figure 1).

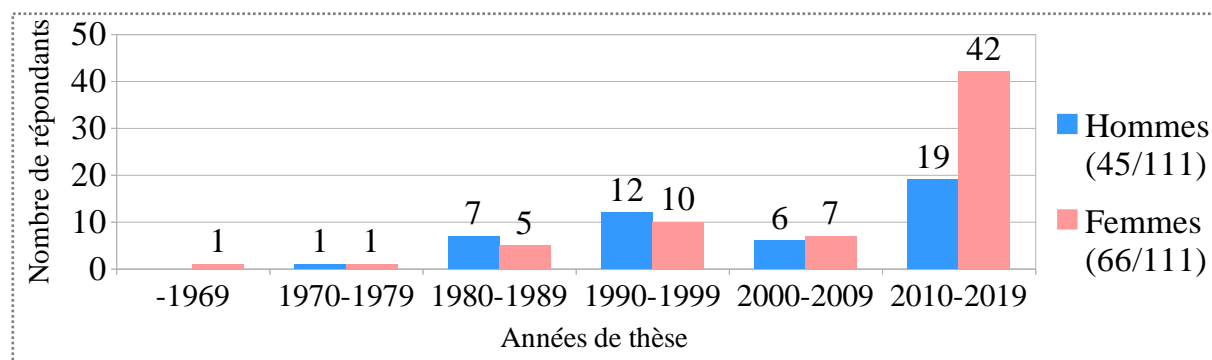


Figure 1 : Distribution des répondants par année de thèse et par sexe

III. SENSIBILISATION DU MEDECIN AUX VIOLENCES CONJUGALES

Dans notre échantillon, 49 % des médecins répondants déclarent n'avoir reçu aucune information ayant pu les sensibiliser sur ce sujet (soit 55 sur les 111 répondants).

Parmi les 51 % de médecins ainsi sensibilisés, 61 % (34 médecins) l'ont été par des lectures d'articles et 20 % (11 médecins) par des formations comme des congrès ou des FMC (figure 2).

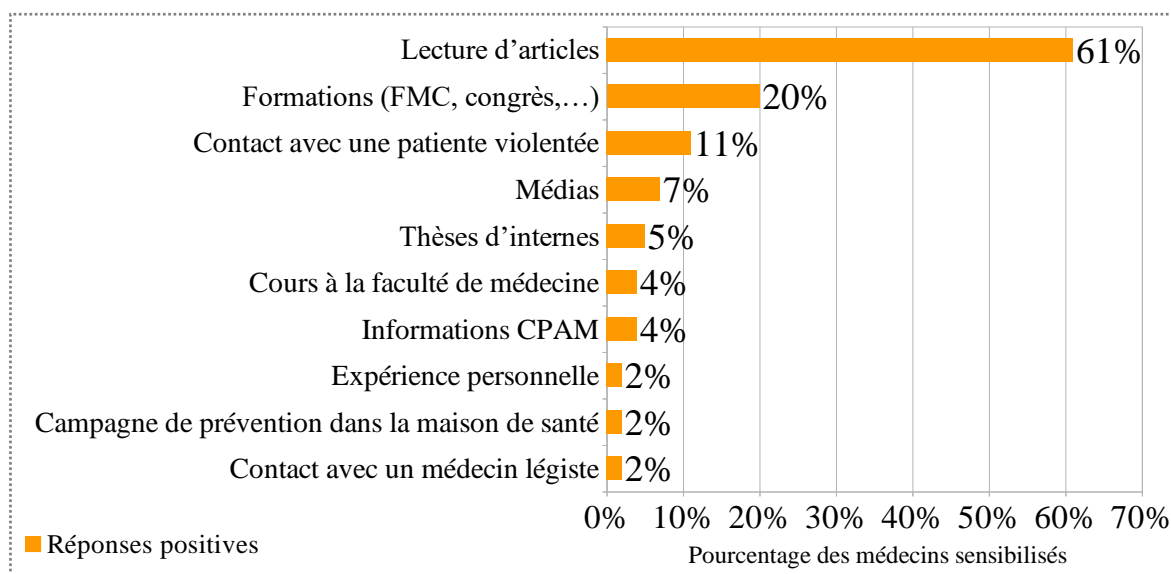


Figure 2 : Type de sensibilisation reçue par les médecins sensibilisés

IV. ABORDER LA QUESTION DES VIOLENCES CONJUGALES

A. LE MEDECIN GENERALISTE ABORDE-T-IL LA QUESTION DES VIOLENCES CONJUGALES AVEC SES PATIENTES ?

Nos résultats montrent que 87 % des médecins généralistes posent « parfois » la question des violences conjugales à leurs patientes (soit 97 médecins sur 111) (figure 3).

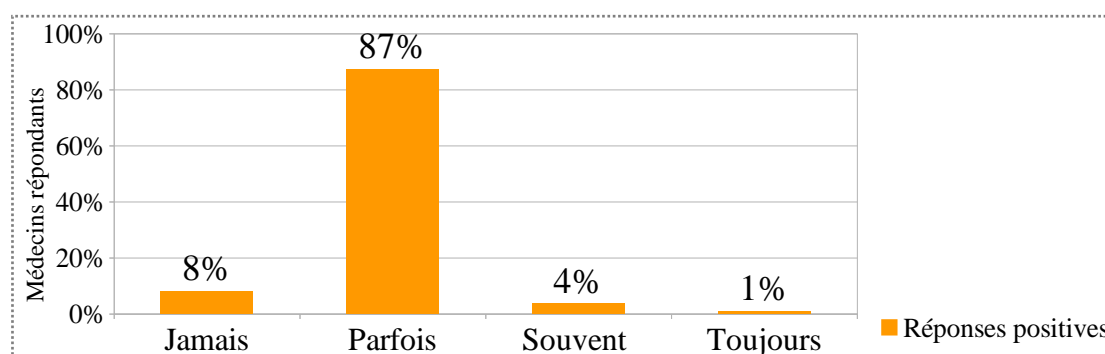


Figure 3: Fréquence de l'abord de la question des violences conjugales

Parmi les 102 médecins qui posent la question (soit 92 % des répondants), 89 la posent en cas de suspicion de violences conjugales (soit 87 % des médecins abordant le sujet) (figure 4).

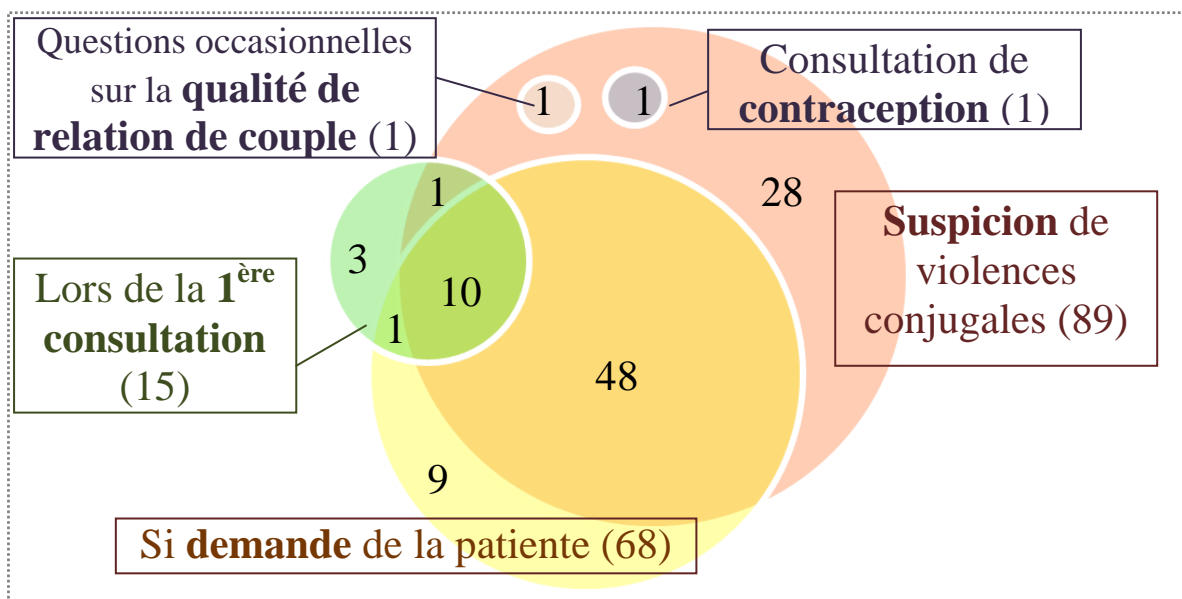


Figure 4: Occasions amenant le médecin généraliste à aborder les violences conjugales avec ses patientes

B. SIGNES FAISANT ABORDER LA QUESTION DES VIOLENCES CONJUGALES

Il était demandé aux médecins, de choisir parmi 11 propositions, les 5 signes devant lesquels ils abordaient la question des violences conjugales, en les classant par ordre d'importance. Les traumatismes divers sont, pour 90 % des médecins répondants, l'un des 5 premiers signes leur faisant aborder la question des violences conjugales, 67 % ont cité cette proposition en première place (figure 5).

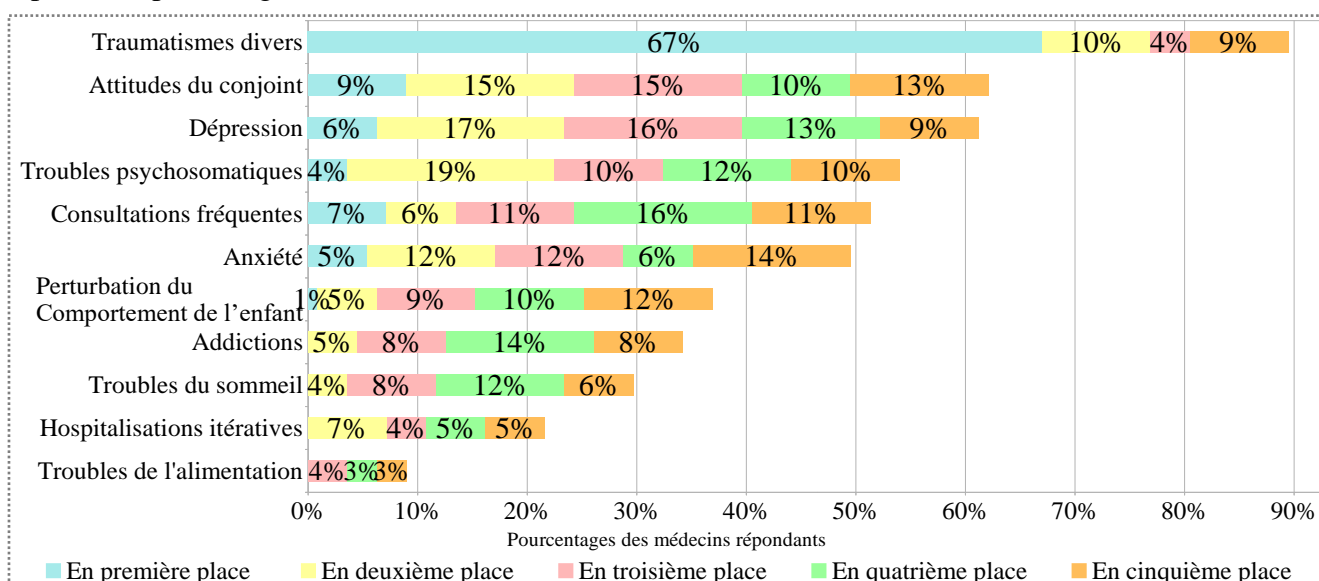


Figure 5 : Signes faisant aborder la question des violences conjugales

C. DIFFICULTES A ABORDER LA QUESTION DES VIOLENCES CONJUGALES

Il était demandé aux médecins, de choisir parmi 15 propositions, les 7 difficultés qu'ils rencontraient à aborder le sujet des violences conjugales, en les classant par ordre d'importance. Aucune difficulté n'est ressentie pour 27 % des médecins, 14 % ne se sont plus prononcés après avoir choisi un certain nombre de difficultés (figure 6).

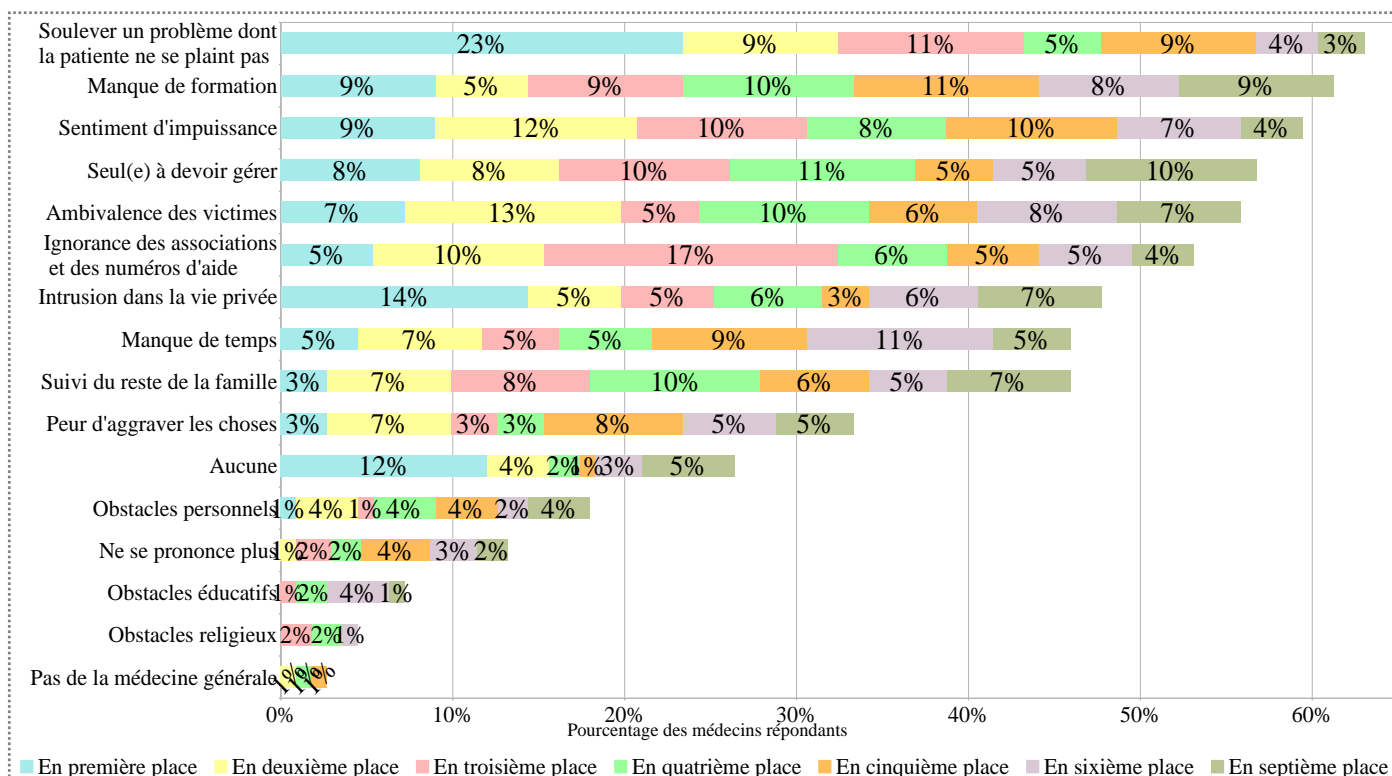


Figure 6 : Difficultés à aborder la question des violences conjugales

V. DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES

Il était demandé aux médecins d'estimer le nombre de femmes âgées de plus de 18 ans dans leur patientèle.

Ils devaient ensuite estimer, le nombre de femmes victimes de violences conjugales qu'ils avaient dépistées, d'une part, pendant les 5 années précédant le Grenelle sur les violences conjugales, et d'autre part, depuis ce Grenelle.

Ils devaient enfin estimer le nombre réel de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle féminine.

PATIENTELE DES MEDECINS REpondANTS

En moyenne, les médecins répondants ont une patientèle composée de 452 femmes majeures (minimum 50; maximum 2500). Pour cette question, 16 réponses ne sont pas exploitables.

DEPISTAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : DURANT LES 5 ANNEES PRECEDANT LE GRENELLE ET DEPUIS LE GRENELLE

Sur les 111 réponses obtenues, 88 étaient exploitables en ce qui concerne le dépistage avant le Grenelle et 90 depuis le Grenelle (figure 7).

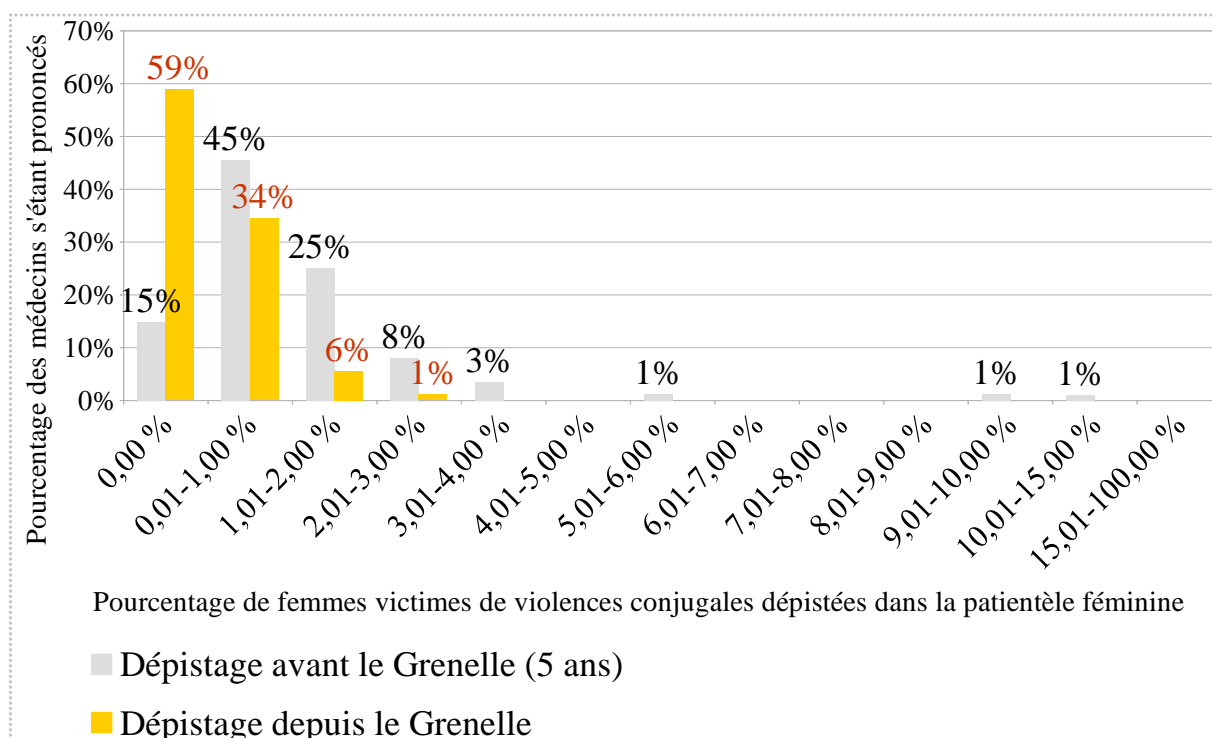


Figure 7 : Pourcentage de femmes victimes de violences conjugales dépistées avant et après le Grenelle sur les violences conjugales

Durant les 5 années précédant le Grenelle, les médecins s'étant prononcés sur cette question, ont dépisté en moyenne 1.34 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle féminine (minimum 0 %, maximum 15 %). Durant cette période, 15 % de ces médecins n'avaient dépisté aucune femme victime de violences conjugales.

Depuis le Grenelle, les médecins s'étant prononcés sur cette question, ont dépisté en moyenne 0.3 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle féminine (minimum 0 %, maximum 2.5 %), 6 % en ont dépistées entre 1.01 et 2.00 % (figure 7).

Comparer ces résultats nécessite de prendre en compte la différence de durée entre les 2 périodes étudiées. Durant les 10 semestres avant le Grenelle, 1.34 % de femmes victimes de violences conjugales ont été repérées, soit 0.134 % par semestre, face à 0.3 % durant le semestre sous l'influence du Grenelle et de sa médiatisation.

EVOLUTION DU DEPISTAGE APRES LE GRENELLE POUR CHAQUE MEDECIN

Parmi les médecins s'étant prononcés sur cette question, 2 % ont dépisté des femmes victimes de violences conjugales après le Grenelle, alors qu'ils n'en avaient repérées aucune durant les 5 années précédant celui-ci, 39 % ont toujours un nombre de femmes dépistées positif après le Grenelle (figure 8).

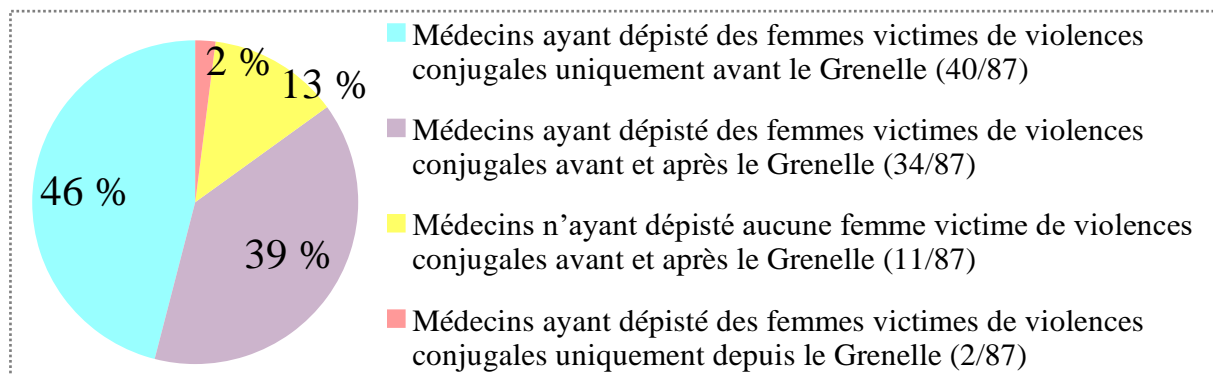


Figure 8 : Evolution du nombre de victimes repérées pour chaque médecin avant et après le Grenelle

Parmi les 40 médecins ayant dépisté des femmes victimes de violences conjugales avant le Grenelle sans en repérer après celui-ci :

- 25 (soit 63 %) avaient dépisté jusqu'à 1.00 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle ;
- 8 (soit 20 %) avaient dépisté entre 1.01 et 2.00 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle;
- 6 (soit 15 %) avaient dépisté entre 2.01 et 5.00 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle ;
- et 1 (soit 2 %) avait dépisté 9.5 % de femmes victimes de violences conjugales.

DEPISTAGE CUMULE ET ESTIMATION DU NOMBRE REEL DE FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LA PATIENTELE FEMININE

Dans cette partie, nous avons calculé le dépistage cumulé de chaque médecin. Il s'agit de la somme du nombre de femmes victimes de violences conjugales repérées pendant les 5 années précédant le Grenelle et du nombre de femmes victimes repérées depuis celui-ci.

Sur les 111 réponses obtenues, 87 étaient exploitables pour le dépistage cumulé et 66 pour l'estimation du nombre réel de femmes victimes de violences conjugales parmi la patientèle féminine. Les réponses non exploitables sont essentiellement représentées par des interrogations des médecins. L'un d'entre eux m'a précisé : « Je ne sais pas, elles ne parlent pas ».

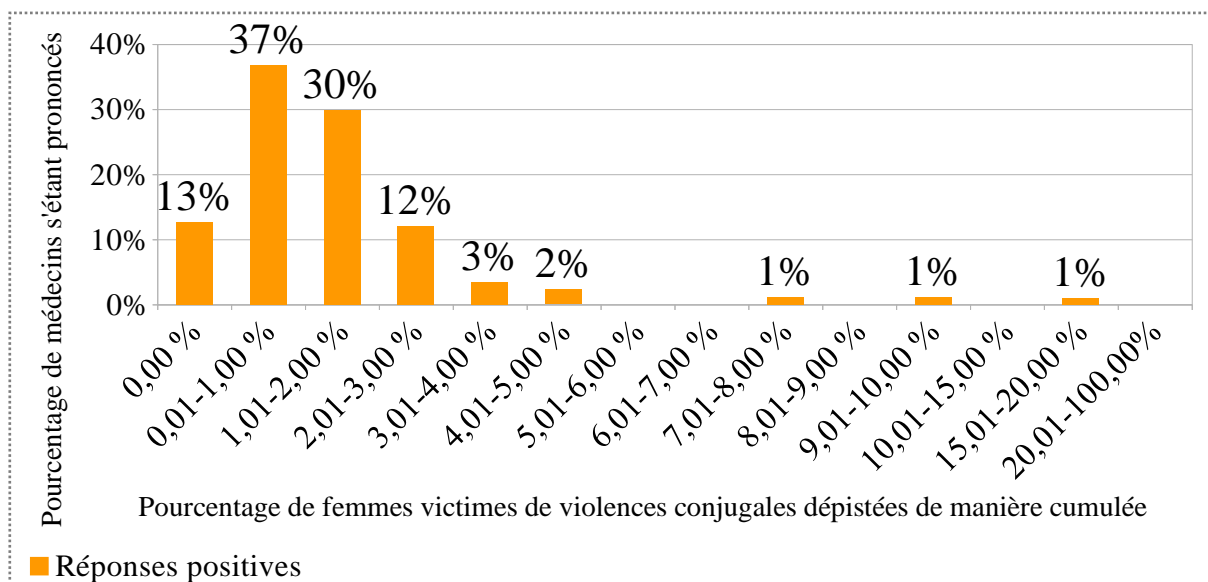


Figure 9 : Dépistage cumulé (avant et après le Grenelle)

De manière cumulée, les médecins s'étant prononcés sur cette question ont dépisté, en moyenne, 1.6 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle féminine (minimum 0 % et maximum 17 %). Parmi ceux-ci, 37 % ont dépisté entre 0.01 et 1.00 % de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle (figure 9).

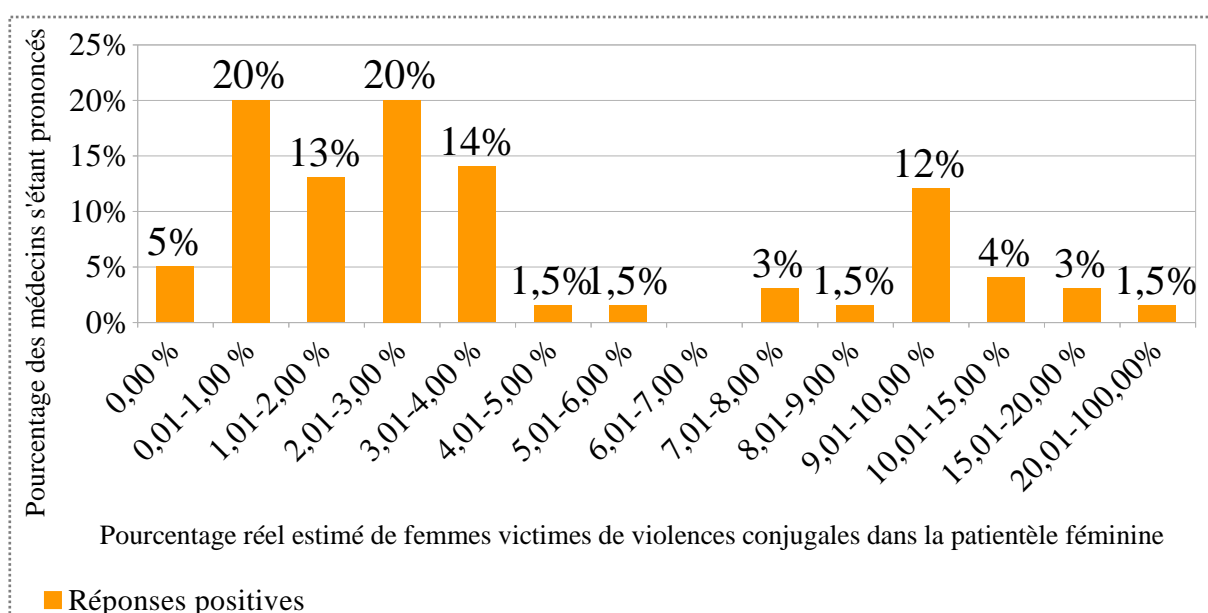


Figure 10 : Estimation par le médecin du pourcentage réel de femmes victimes de violences conjugales dans sa patientèle

En moyenne, les médecins s'étant prononcés sur cette question estiment qu'il y a 5.8 % de femmes réellement victimes de violences conjugales dans leur patientèle féminine (minimum 0 % et maximum 100 %), 12 % estiment qu'il y en a réellement entre 9.01 et 10.00 % (figure 10).

COMPARAISONS ENTRE LE NOMBRE DE FEMMES VICTIMES DEPISTÉES DE MANIÈRE CUMULÉE ET LE POURCENTAGE RÉEL ESTIMÉ DE PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES POUR CHAQUE MÉDECIN

Pour comparer ces 2 notions, 63 réponses étaient interprétables.

L'analyse montre que 5 % des médecins s'étant prononcés, estiment qu'ils ont effectivement dans leur patientèle des femmes victimes de violences conjugales, alors qu'ils n'en ont repérées aucune ; que ce soit durant les 5 années avant le Grenelle ou depuis celui-ci (dépistage cumulé) (figure 11).

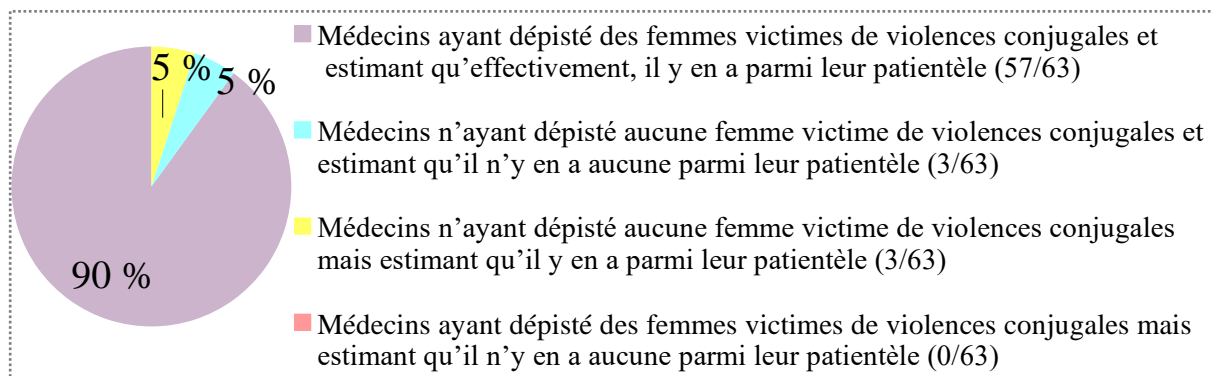


Figure 10 : Dépistage cumulé et pourcentage réel estimé de femmes victimes de violences conjugales dans la patientèle

De plus, 80 % des médecins s'étant prononcés, estiment qu'il y a, en réalité dans leur patientèle, plus de femmes victimes de violences conjugales qu'ils en ont dépistées de manière cumulée. Pour ces médecins, la différence entre leur pourcentage réel estimé et leur pourcentage de femmes victimes de violences conjugales dépistées de manière cumulée est en moyenne de 5.1 % (minimum 0.2 % et maximum 95.8 %) (figure 12).

Toutefois, 10 % estiment qu'il y a, en réalité dans leur patientèle, moins de femmes victimes de violences conjugales qu'ils en ont dépistées de manière cumulée. La différence entre leur pourcentage réel estimé et leur pourcentage de femmes victimes dépistées de manière cumulée est en moyenne de 1.1 % (minimum 0.2 % et maximum 3.2 %) (figure 12).

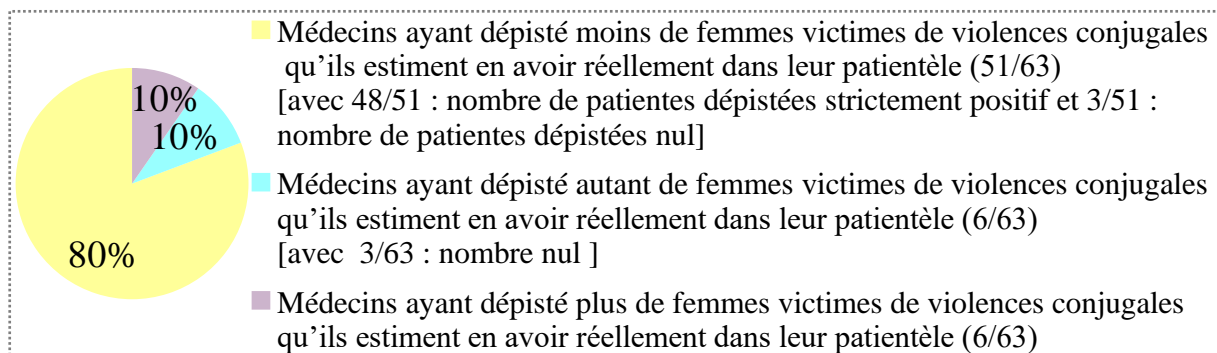


Figure 12 : Rapport entre dépistage cumulé et pourcentage réel estimé de femmes victimes de violences conjugales

INFLUENCE DU GRENELLE SUR LE MEDECIN GENERALISTE POUR ESTIMER LE POURCENTAGE REEL DE FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Sur les 66 médecins s'étant prononcés sur cette estimation, 54 (soit 82 %) déclarent ne pas avoir été influencés par le Grenelle pour estimer le nombre réel de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle.

Parmi ces 54 médecins se disant non influencés par le Grenelle, 3 estiment qu'il n'y aucune femme victime de violences conjugales dans leur patientèle contre aucun des 12 médecins se disant influencés par le Grenelle pour répondre à cette question (figure 13).

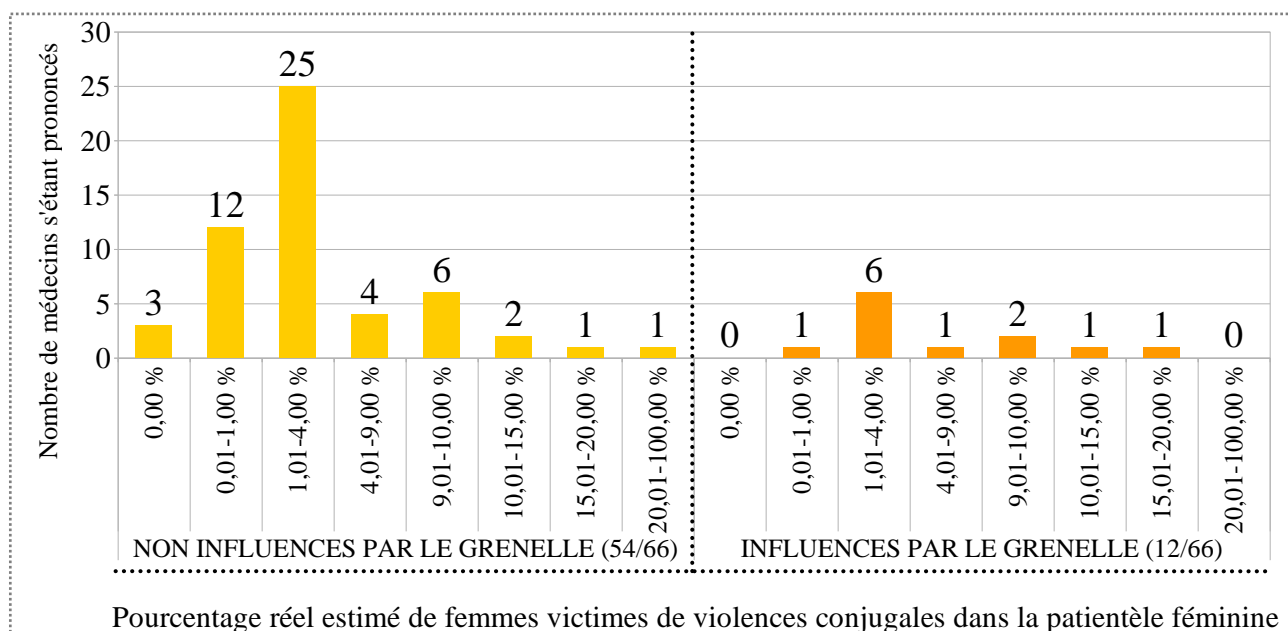


Figure 13 : Influence du Grenelle sur le médecin généraliste pour estimer le pourcentage réel de victimes de violences conjugales parmi sa patientèle féminine (p 0.65)

VI. NIVEAU D'ATTENTION DU MEDECIN GENERALISTE AUX SIGNES EVOCATEURS DE VIOLENCES CONJUGALES

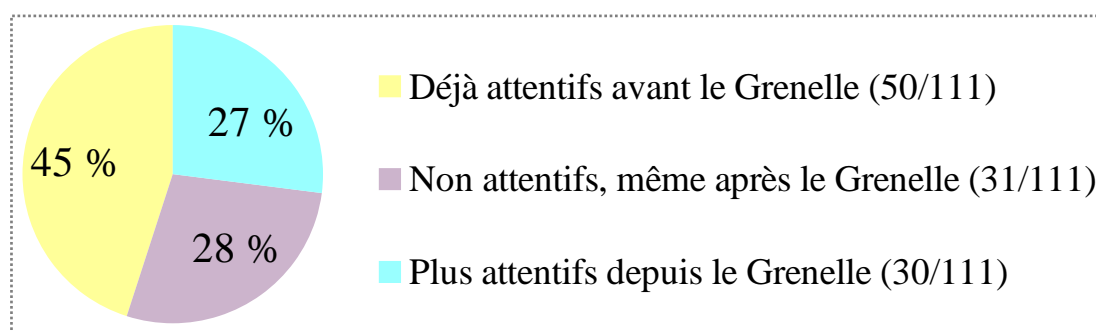


Figure 14 : Degrés d'attention des médecins aux signes évocateurs de violences conjugales

Les médecins s'étant déclarés attentifs aux signes évocateurs de violences conjugales avant le Grenelle, représentent 45 % des médecins répondants (50 sur les 111 répondants) (figure 14).

VII. PRESENCE D'UNE AFFICHE DANS LA SALLE D'ATTENTE

Aucune affiche évoquant les violences conjugales n'est proposée par 83 médecins sur les 111 répondants (75 %). Parmi eux, 69 (83 %) déclarent pouvoir y remédier (figure 15).

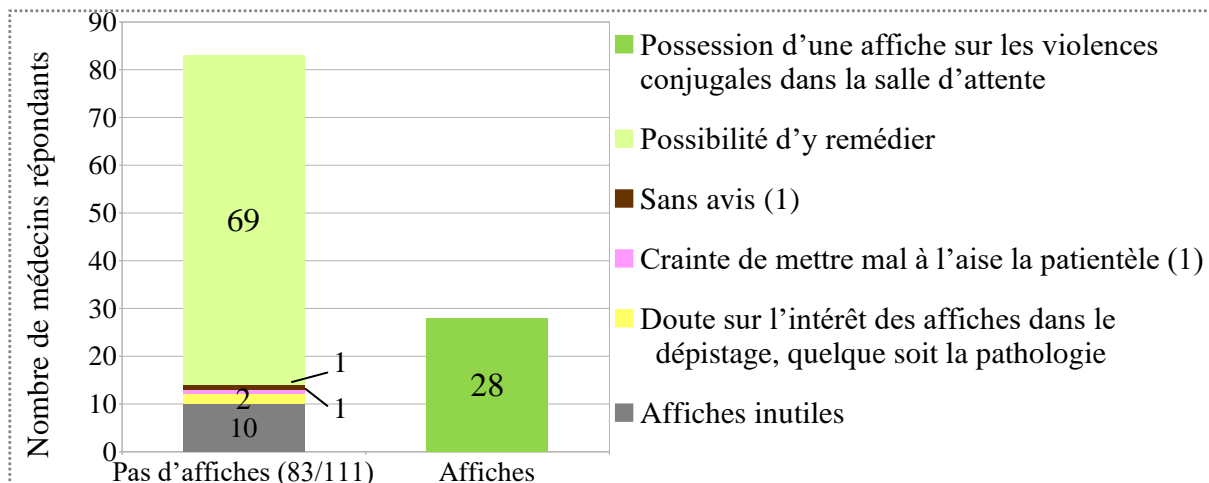


Figure 15 : Possession d'une affiche sur les violences conjugales dans la salle d'attente

VIII. LE « 3919 » : NUMERO NATIONAL D'ECOUTE

A. CONNAISSANCE DU « 3919 »

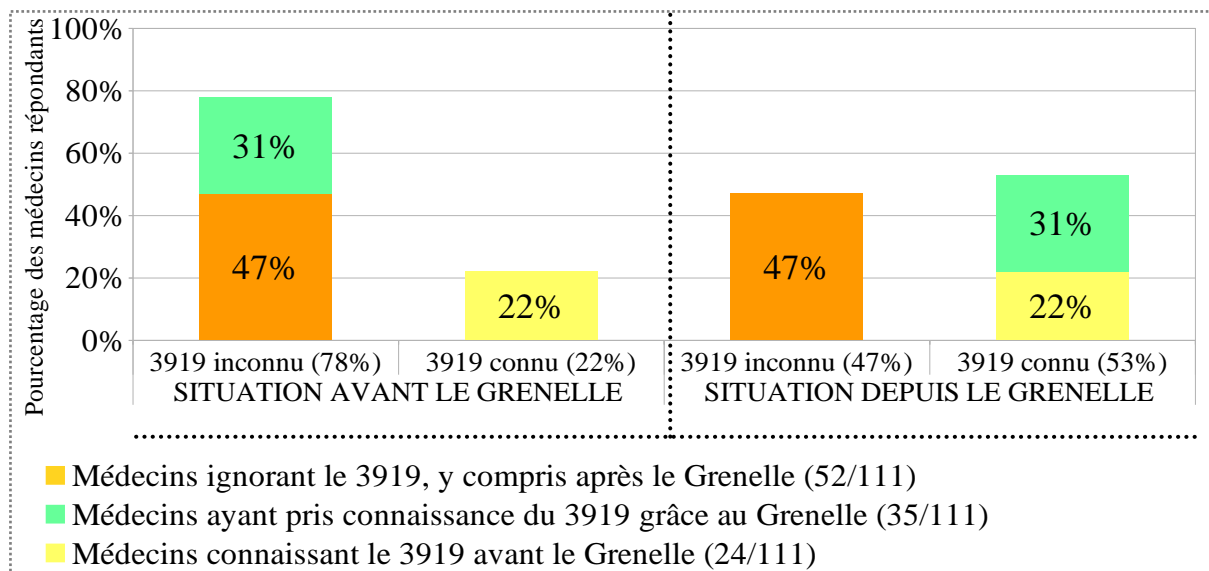


Figure 16: Connaissance du « 3919 » par les médecins généralistes (p = 1.2)

Au moment du questionnaire, 47 % des médecins ont déclaré ne pas connaître le « 3919 » (52 sur les 111). Le Grenelle sur les violences conjugales et la campagne de sensibilisation médiatique ont permis à 31% des médecins répondants d'en prendre connaissance (figure 16).

B. FACTEURS INFLUENÇANT LA CONNAISSANCE DU « 3919 »

L'AGE

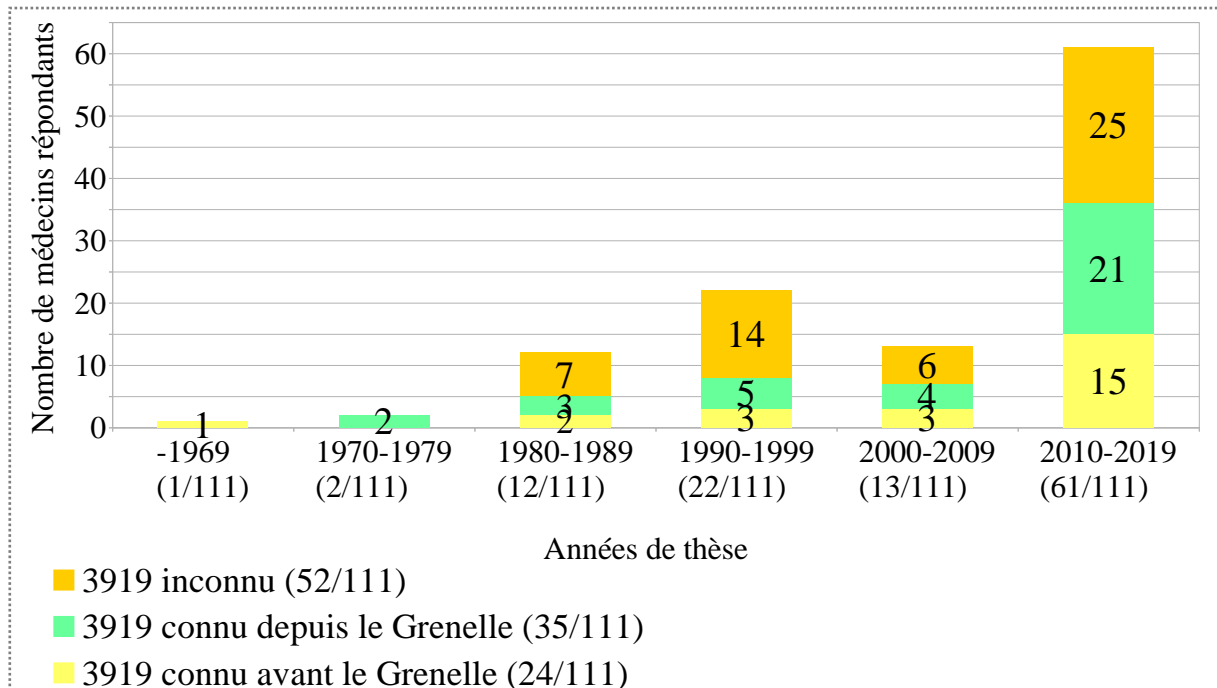


Figure 17 : Connaissance du « 3919 » et année de thèse (p = 0.43)

L'analyse montre que 21 des 61 médecins thésés entre 2010 et 2019 (34 %) ont pris connaissance du « 3919 » depuis le Grenelle, contre 5 des 22 thésés entre 1990 et 1999 (23 %) (figure 17).

LES INFORMATIONS REÇUES PAR LE MEDECIN POUVANT LE SENSIBILISER

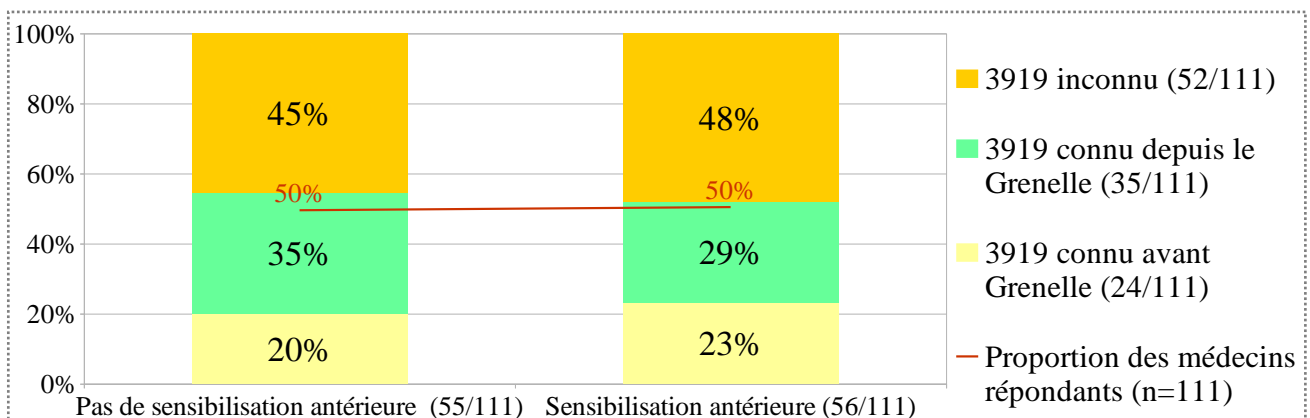


Figure 18 : Connaissance du « 3919 » et sensibilisation antérieure (p = 0.78)

Parmi les médecins sensibilisés aux violences conjugales par des informations reçues sur le sujet (articles, formations, etc), 23 % connaissaient le « 3919 » avant le Grenelle, contre 20 % des médecins n'ayant reçu aucune information (figure 18).

IX. IMPACT DU GRENELLE SUR L'IMPLICATION DU MEDECIN GENERALISTE

Il était demandé aux médecins s'ils pensaient que le Grenelle organisé par les instances gouvernementales sur les violences conjugales allait amener une augmentation de leur implication dans le dépistage et/ou la prise en charge des victimes de violences conjugales dans leur pratique future (figure 19).

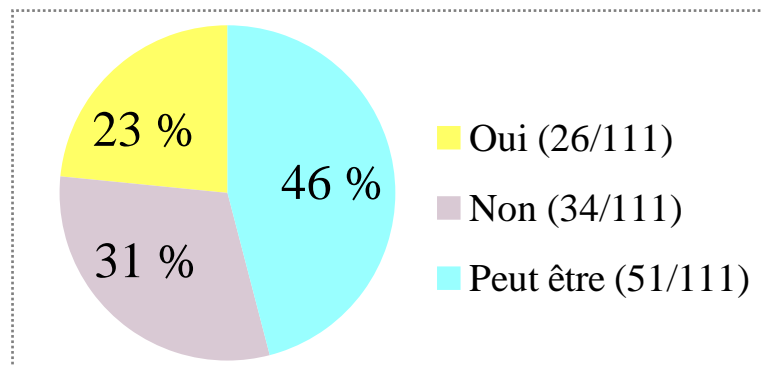


Figure 19 : Augmentation de l'implication du médecin généraliste après le Grenelle

X. BESOIN DE PLUS D'INFORMATIONS

Nos résultats soulèvent un besoin de plus d'informations sur les violences conjugales chez 86 % des médecins répondants (soit 96 médecins sur les 111) (figure 20).

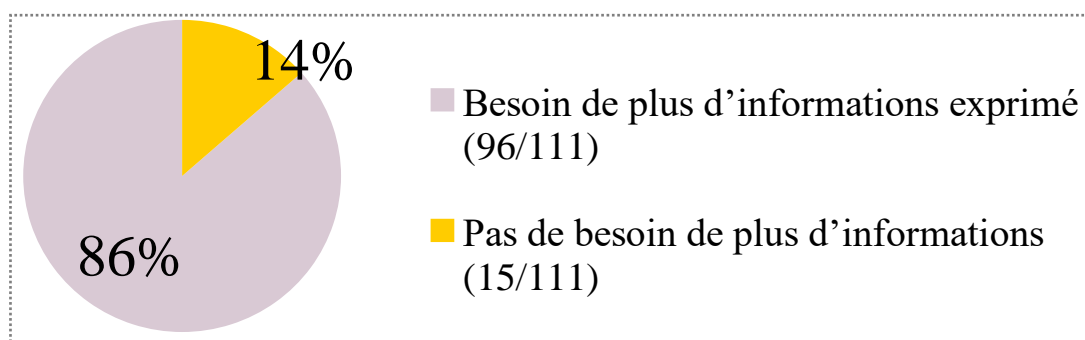


Figure 20 : Besoin de plus d'informations sur les violences conjugales

Parmi ces 96 médecins demandeurs de plus d'informations, 65 (soit 68 %) souhaiteraient des informations en provenance de FMC, 51 (soit 53 %) des informations en provenance d'associations venant en aide aux femmes victimes de violences conjugales et 2 (soit 2 %) des informations d'une autre provenance : 1 médecin souhaiterait des informations en provenance de la justice et 1 autre en provenance du Conseil de l'Ordre des médecins (figure 21).

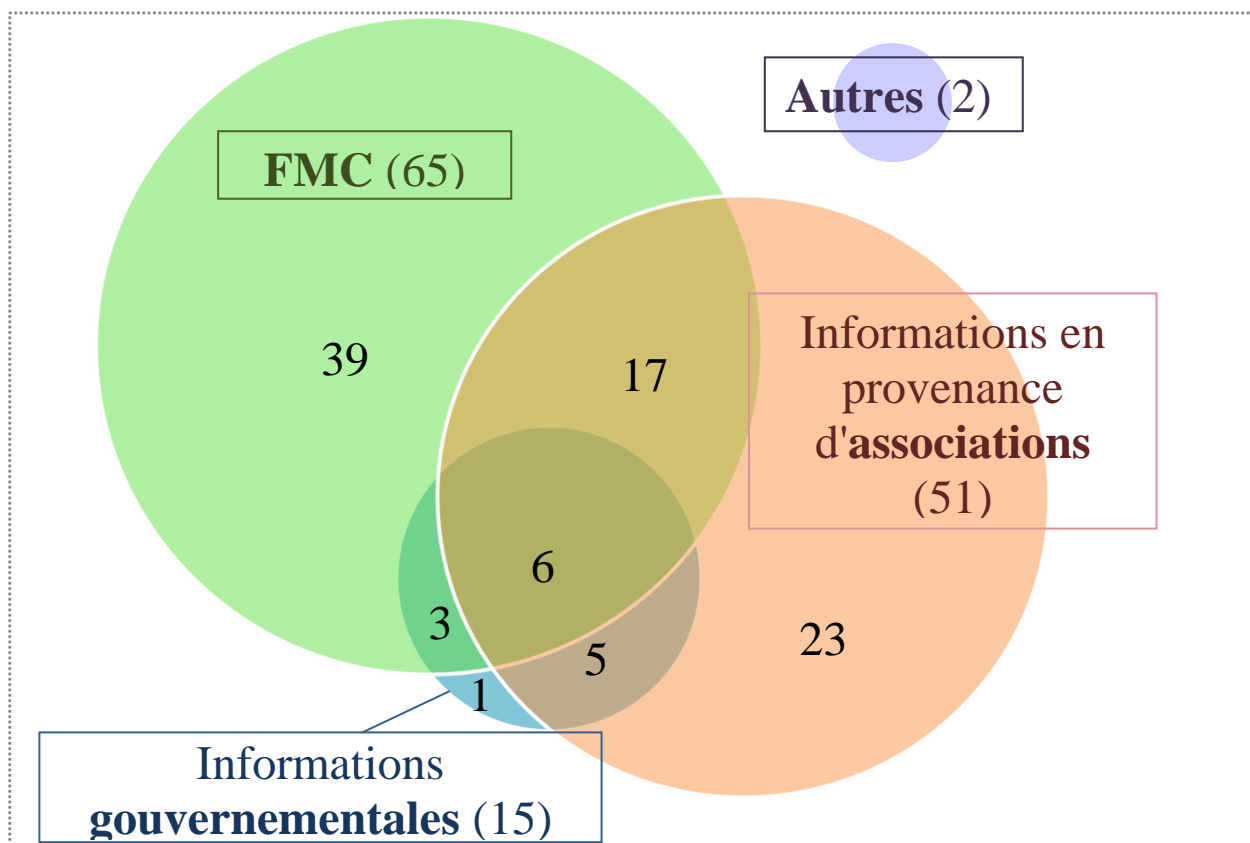


Figure 21 : Types d'informations souhaitées par les médecins sur les violences conjugales

XI. ANALYSE DES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LE MEDECIN GENERALISTE

A. DEPISTAGE DURANT LES 5 ANNEES PRECEDANT LE GRENELLE DES VIOLENCES CONJUGALES (ANNEXE 2)

Sur les 111 médecins, 88 se sont prononcés sur cette question. La distribution selon le sexe du médecin soulève une tendance des médecins femmes à repérer plus de victimes de violences conjugales : parmi elles, 43 % ont dépisté entre 0.01 et 1.0 % de femmes victimes de violences conjugales et 40 % entre 1.01 et 4.0 % contre respectivement 50 % et 31 % des médecins hommes (p 0.74).

La proportion de médecins généralistes n'ayant dépisté aucune femme victime de violences conjugales avant le Grenelle est identique, qu'ils aient ou non reçu des informations ayant pu les sensibiliser. En revanche, les médecins sensibilisés sont plus nombreux à avoir dépisté entre 1.01 et 4.0 % de femmes victimes de violences que les médecins non sensibilisés (45 % versus 27 %) (p 0.11).

L'analyse montre que 19 % des médecins ne possédant pas d'affiches dans leur cabinet n'ont repéré aucune femme victime de violences conjugales avant le Grenelle, contre 4 % des médecins en ayant une. D'autre part, 58 % des médecins ayant une affiche ont dépisté entre 1.01 à 4.0 % de femmes victimes de violences conjugales (contre 28 % n'en ayant pas) (p 0.10).

Sur les 111 médecins répondants, 102 ont déclaré aborder « parfois », « souvent » ou « toujours » la question des violences conjugales avec leurs patientes. Parmi ces médecins, 81 questionnaires étaient exploitables en ce qui concerne le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales dépistées durant les 5 années précédant le Grenelle (Tableau 2).

Tableau 2 : Occasions amenant le médecin généraliste à aborder les violences conjugales avec ses patientes et dépistage pendant les 5 années précédant le Grenelle (p = 0.07)

| Pourcentage de femmes victimes repérées durant les 5 années avant le Grenelle | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 0.00 % | 0.01 à 1.00 % | 1.01 à 4.00 % | 4.01 à 9.00 % | 9.01 à 10.00 % | 10.01 à 15.00 % | 15.01 à 20.00% | 20.01 à 100.00 % |
| Lors de la première consultation uniquement (n = 3) | | | | | | | |
| 0 | 1 (33 %) | 2 (67 %) | | | | | 0 |
| Si demande de la patiente uniquement (n = 5) | | | | | | | |
| 1(20%) | 4 (80 %) | | | | | | 0 |
| Si suspicion de violences conjugales uniquement (n = 21) | | | | | | | |
| 2(10%) | 12 (57%) | 6 (29 %) | 1 (5 %) | | | | 0 |
| Lors de la première consultation ET si demande de la patiente (n = 1) | | | | | | | |
| | 0 | 1(100%) | | | | | 0 |
| Si suspicion de violences conjugales ET lors de la première consultation (n= 1) | | | | | | | |
| | | 0 | | 1 (100%) | | | 0 |
| Si suspicion de violences conjugales ET si demande de la patiente (n = 40) | | | | | | | |
| 2 (5 %) | 18 (38%) | 19 (40%) | | 0 | 1 (2 %) | | 0 |
| Si suspicion de violences ET à l'occasion de la 1^{ère} consultation ET si demande de la patiente (n =8) | | | | | | | |
| 2(25%) | 3 (30 %) | 3 (30 %) | | | | | 0 |
| Si suspicion de violences conjugales ET lors de consultations de contraception (n = 1) | | | | | | | |
| 1(100%) | | | | | | | 0 |
| Si suspicion de violences ET en questionnant occasionnellement sur la relation de couple (n = 1) | | | | | | | |
| 0 | 1 (100%) | | | | | | 0 |

n : nombre de médecins

B. DEPISTAGE DEPUIS LE GRENELLE DES VIOLENCES CONJUGALES (ANNEXE 3)

Sur les 111 médecins, 90 se sont prononcés sur cette question.

Parmi les médecins se déclarant davantage attentifs aux signes évocateurs de violences conjugales depuis le Grenelle, 52 % ont dépisté entre 0.01 et 4.0 % de femmes victimes depuis le Grenelle, contre 39 % des médecins se déclarant déjà attentifs avant et 35 % des médecins disant ne pas l'être y compris depuis le Grenelle (p 0.57).

Depuis le Grenelle, 44 % des médecins n'ayant jamais reçu d'informations ayant pu les sensibiliser jusqu'alors ont dépisté entre 0.01 et 1.0 % de femmes victimes de violences conjugales, contre 27 % des médecins sensibilisés (p 0.03).

C. DEPISTAGE CUMULE (ANNEXE 4)

Pour le calcul du pourcentage de femmes victimes de violences conjugales dépistées de manière cumulée, 87 réponses étaient exploitables. La distribution selon le sexe décèle une tendance des médecins femmes à repérer plus de victimes de violences conjugales : parmi elles, 51 % ont dépisté entre 1.01 et 9.0 % de femmes victimes de violences conjugales contre 42 % des médecins hommes. Il y a toutefois une même proportion de médecins hommes et femmes n'ayant dépisté aucune femme victime de violences conjugales (p 0.60).

Parmi les médecins ayant déclaré ne pas avoir de difficultés à aborder le sujet des violences conjugales avec leurs patientes, 50 % ont dépisté entre 0.01 et 1.0 % de femmes victimes de violences conjugales et 25 % entre 1.01 et 4.0 % contre respectivement 35 et 48 % des médecins ayant mentionné des obstacles à aborder ce sujet avec leurs patientes (p 0.11).

D. NOMBRE REEL DE FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES ESTIME PAR LE MEDECIN (ANNEXE 5)

Sur les 111 médecins, 66 se sont prononcés sur cette question.

Nos résultats montrent que 75 % des médecins qui n'abordent « jamais » la question des violences conjugales avec leurs patientes, estiment qu'il y a réellement dans leur patientèle moins d'1 % de femmes victimes de violences conjugales. 52 % des médecins qui abordent

« parfois » cette question estiment qu'il y a réellement dans leur patientèle entre 1.01 et 4.0 % de femmes victimes de violences conjugales. A noter toutefois, que 25 % des médecins n'abordant « jamais » la question des violences conjugales et 12 % des médecins l'abordant « parfois », estiment qu'il y a dans leur patientèle entre 9.01 et 10.0 % de femmes victimes de violences conjugales (p 0.004).

E. EVOLUTION DU DEPISTAGE APRES LE GRENELLE POUR CHAQUE MEDECIN (ANNEXE 6)

Sur les 111 questionnaires, 87 sont exploitables pour cette question.

Parmi les médecins ayant déclaré ne « jamais » poser la question des violences conjugales à leurs patientes, 71 % n'ont dépisté aucune femme victime de violences conjugales avant et après le Grenelle, 14 % ont dépisté des femmes victimes de violences conjugales uniquement avant le Grenelle et 14 % avant et après le Grenelle (p 0.01).

Concernant l'impact de l'âge des médecins, 4 % des médecins thésés entre 2010 et 2019 ont dépisté des femmes victimes de violences conjugales uniquement après le Grenelle (contre aucun médecin des autres catégories) (p 0.59).

F. DEPISTAGE CUMULE ET NOMBRE REEL ESTIME DE PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LA PATIENTELE (ANNEXE 7)

Sur les 111 questionnaires, 63 sont exploitables pour comparer ces 2 notions.

L'analyse montre que 8 % des médecins hommes et 3 % des médecins femmes n'ont dépisté aucune femme victime de violences conjugales et estiment qu'il n'y en a aucune dans leur patientèle (p 0.80).

Parmi les médecins n'ayant reçu aucune information au sujet des violences conjugales, 96 % ont dépisté des femmes victimes de violences conjugales en estimant qu'effectivement il y en a parmi leur patientèle, contre 86 % des médecins ayant eu ces informations. D'autre part, 6 % des médecins ainsi sensibilisés au sujet des violences conjugales n'ont dépisté aucune femme victime de violences conjugales et estiment qu'il n'y en a aucune parmi leur patientèle contre 4 % des médecins non sensibilisés (p 0.43).

DISCUSSION

I. ECHANTILLONNAGE

D'après le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Somme, 565 médecins généralistes exercent dans ce département. Au total, 111 questionnaires reçus étaient exploitables. Les répondants représentent ainsi 19.6 % des médecins généralistes samariens.

De part la méthodologie de l'enquête, un biais de sélection est présent. Les répondants peuvent être des médecins généralistes plus intéressés par le sujet et ont ainsi pris quelques minutes pour répondre au questionnaire. Toutefois, 49 % des médecins répondants déclarent n'avoir reçu aucune information antérieure ayant pu les sensibiliser à ce sujet.

Les médecins femmes ainsi que les médecins jeunes thésés sont surreprésentés dans notre échantillon. D'après l'Agence Régionale de Santé, 64 % des médecins généralistes âgés de moins de 40 ans sont des femmes. Ces résultats peuvent témoigner de l'intérêt certainement plus prononcé que cette catégorie de médecins porte à notre sujet d'étude.

II. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LE MEDECIN GENERALISTE SAMARIEN

A. ABORDER LE SUJET DES VIOLENCES CONJUGALES AVEC LES PATIENTES

Les médecins répondants abordent principalement le sujet avec leurs patientes en cas de demande de leur part et/ou en cas de signes de suspicion. Le dépistage des violences conjugales réalisé de manière systématique concerne 17 % des médecins. Ce chiffre s'approche de la proportion trouvée en Alsace en 2009 qui était de 23 % chez des maîtres de stage potentiellement plus sensibilisés [85]. D'autres études montrent des taux de dépistage systématique nettement inférieurs, comme le rapport Henrion en 2001, avec 8 % des médecins, et 2 études réalisées auprès des médecins généralistes du Nord en 2012 et auprès des médecins généralistes des Alpes de Haute Provence en 2018, avec chacune, aucun médecin ne pratiquant le dépistage systématique [86, 87]. Ces études sont difficilement

comparables, notamment le rapport Henrion datant d'une vingtaine d'années, mais révèlent une évolution des pratiques.

C'est la constatation de lésions traumatiques qui amène la majorité des médecins répondants à aborder la question des violences conjugales avec leurs patientes. Ces chiffres sont en accord avec d'autres études [78, 80, 88].

La dépression, les troubles psychosomatiques et l'anxiété sont des symptômes qui ont également une place importante pour les médecins interrogés. Cela laisse à penser que l'idée de réduire les violences conjugales à l'image de « femme battue » commence à s'estomper dans l'esprit du médecin généraliste, au profit d'une évaluation plus complexe du phénomène.

Pour 62 % des médecins, les attitudes du conjoint éveillent les soupçons et les amènent à aborder la question des violences conjugales avec leurs patientes. Cette proposition arrive au deuxième rang derrière les traumatismes divers, que ce soit pour être citée en premier choix des médecins ou pour le cumul des 5 places d'importance.

La connaissance d'une situation de violences conjugales chez une patiente permettrait de mieux appréhender sa santé dans sa globalité. Elle permettrait également une prise en charge plus adaptée des pathologies par le médecin généraliste, grâce à une meilleure compréhension par celui-ci des freins à l'observance de sa patiente, et des déséquilibres qui peuvent potentiellement survenir lors d'une situation de stress.

Il aurait été intéressant de proposer la grossesse comme occasion de dépistage dans mon questionnaire. Il s'agit d'une période propice au dépistage des violences conjugales : d'une part, grâce aux nombreuses consultations qui l'encadrent, d'autre part, tous les auteurs s'accordent pour la considérer comme un facteur déclenchant ou aggravant [71].

B. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN GENERALISTE SAMARIEN A ABORDER LA QUESTION DES VIOLENCES CONJUGALES

Les difficultés peuvent être réparties en 3 catégories.

LES DIFFICULTES LIEES AUX RESSOURCES

Sont largement cités le manque de temps, le manque de formation et le manque de connaissances des orientations à proposer aux victimes. Ces éléments concordent avec d'autres études [1, 87, 89-92]. Ils soulèvent ce sur quoi il serait intéressant d'intervenir pour faciliter le dépistage de la part du médecin généraliste.

Une intervention précoce ne serait-elle pas moins chronophage que la prise en charge de violences non reconnues, se manifestant par des symptômes flous et inexplicables ? Il est évident que tout ne peut pas se faire en une consultation. Reconvoyer la patiente et lui montrer sa disponibilité et sa réceptivité permettrait de contourner en partie le problème du temps.

Dans notre échantillon, 31 % des médecins ont été sensibilisés par des articles médicaux. Seuls 10 % des médecins ont été formés par des FMC ou des congrès, et 2 % par des cours à la faculté de médecine. Le besoin de recevoir plus d'informations sur le sujet, majoritairement par des FMC ou des informations en provenance d'associations, est exprimé par 86 % des médecins. Nos résultats soulignent le manque et le besoin de formation exprimés par les médecins et concordent avec les études réalisées auparavant sur le sujet [1, 86-88, 90, 93, 94].

Au moment du questionnaire, 49 % des médecins de notre échantillon n'avaient reçu aucune information jusqu'alors sur le sujet. Ce taux est en progression, une étude réalisée en Picardie en 2012 retrouvait 55 % de médecins n'ayant jamais été sensibilisés [93].

Les médecins généralistes de l'échantillon, qui avaient reçu une sensibilisation antérieure, ont dépisté plus de femmes victimes de violences conjugales que ceux n'en ayant pas eue. La sous-estimation de la prévalence des violences conjugales par les médecins répondants pourrait révéler un manque de sensibilisation du médecin généraliste samarien avec, par exemple, la confusion entre conflits de couple et violences conjugales et la méconnaissance de certains types de violences [91, 92].

Une étude réalisée chez les médecins généralistes ayant suivi une FMC conclut que cette formation a permis de lever les tabous. Les généralistes sont plus attentifs et se sentent plus à l'aise pour interroger les patientes [95]. Plus récemment, une étude a été réalisée auprès d'internes en médecine générale ayant participé à une formation d'une demi-journée. Celle-ci a permis une augmentation significative du dépistage systématique des violences et la levée d'un certain nombre de freins, en particulier ceux liés à la méconnaissance du réseau de prise en charge [67]. La formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites aux femmes a été rendue obligatoire par la loi du 4 août 2014 [57].

LES DIFFICULTÉS LIÉES AUX CARACTÉRISTIQUES PROPRES DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

Leurs difficultés à parler, leur ambivalence, leurs fréquents retraits de plaintes, peuvent engendrer des sentiments d'impuissance et de frustration chez le médecin généraliste. Ces ressentis peuvent être levés par une meilleure compréhension des mécanismes des violences

conjugales, par le biais notamment, des sensibilisations et des formations initiales et continues.

LES DIFFICULTES PROPRES AU MEDECIN

Peuvent être cités les obstacles éducatifs, personnels ou religieux, l'inquiétude quant à d'éventuelles représailles et la crainte de diagnostics erronés [89].

C. UNE AFFICHE DANS LA SALLE D'ATTENTE ?

L'absence d'affiches sur les violences conjugales concerne 75 % des médecins répondants. Parmi eux, 83 % ont déclaré pouvoir y remédier, d'autres n'en voient pas l'utilité, émettant des doutes quant à l'efficacité des affiches dans le dépistage des pathologies en général. Cependant, un travail réalisé en 2013 démontrait que les patients se préoccupaient des documents d'informations leur étant destinés en salle d'attente, puisque 94 % d'entre eux les lisaient [96]. Ces documents permettent d'améliorer leurs connaissances sur la santé et témoignent de l'implication du praticien dans l'écoute et la prise en charge. En utilisant ces moyens de communication visuelle, l'abord de sujets délicats est facilité [18, 44, 97]. De plus dans notre étude, les médecins ayant une affiche dans leur salle d'attente ont déclaré de meilleurs pourcentages de dépistage et une meilleure estimation de la prévalence des violences conjugales que ceux n'en ayant pas.

D. LE « 3919 VIOLENCES FEMMES INFO »

Ce service national d'écoute anonyme offre soutien et informations aux victimes et à leur entourage. L'appel est gratuit et ne figure pas sur les factures téléphoniques [7].

Au moment de notre étude, 53 % des médecins répondants ont déclaré connaître le « 3919 » alors qu'ils étaient 22 % avant le Grenelle. Ils sont ainsi 31 % à en avoir pris connaissance depuis celui-ci. Ce sont les médecins les plus jeunes qui, à la fois, le connaissent le plus avant le Grenelle, et qui, en ont le plus pris connaissance depuis celui-ci. Lors d'une étude réalisée en 2012, 34 % des médecins généralistes du Nord connaissaient le « 3919 » [86].

Etonnamment, les médecins ayant reçu antérieurement des informations sur les violences conjugales ne connaissent pas mieux le « 3919 » que les médecins n'en ayant reçues aucune.

Ils étaient en effet, faiblement plus nombreux à connaître le « 3919 » avant le Grenelle, et aussi, plus nombreux à ne pas le connaître au moment de l'étude. L'existence de ce numéro faisait-elle partie des informations communiquées aux médecins lors de leurs sensibilisations passées ?

Selon les informations enregistrées par le service « 3919 », les femmes victimes de violences conjugales prennent en premier lieu connaissance du service, grâce aux recherches effectuées par internet (37 %) ou par leurs proches (7 %). Les services de santé et de police (4 %) ont peu orienté les victimes vers le « 3919 » selon les chiffres de 2018 [7]. Il serait intéressant d'évaluer si ces chiffres ont évolué depuis le Grenelle, le « 3919 » étant l'un des messages clés véhiculés lors de la médiatisation de celui-ci.

E. DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES AVANT LE GRENELLE

Il existe ici un biais déclaratif et un biais de mémorisation car nous demandions aux médecins de revenir sur les 5 années précédentes.

En moyenne, les médecins répondants ont dépisté 1.34 % de femmes victimes de violences conjugales durant les 5 années précédant le Grenelle, soit 0.134 % par semestre. Leur patientèle moyenne étant de 452 femmes majeures, cela correspond à 6 femmes dépistées en 5 ans, soit 1.2 femme par an. En 2012, les médecins généralistes picards avaient déclaré 0.7 patiente dépistée par an [93], d'autres études réalisées sur le sujet avaient des taux allant de 1 à 2 femmes victimes de violences conjugales dépistées par an [78, 80, 87].

Nos résultats montrent une tendance des médecins femmes à dépister un nombre plus important de victimes de violences conjugales que les médecins hommes. Le biais de sélection n'est pas à négliger. En ce qui concerne l'âge, les médecins thésés entre 2010 et 2019 sont moins nombreux que les autres à avoir dépisté plus de 1.01 % de femmes victimes de violences conjugales. Il faut cependant tenir compte du fait que ces médecins sont en début d'exercice, et surtout, peu nombreux (15 %) à n'avoir dépisté aucune femme victime.

Les études montrent que les médecins plus jeunes et les médecins femmes sont plus sensibles aux problèmes des violences conjugales et repèrent plus de femmes victimes de violences [93, 98]. On peut donc imaginer une plus grande prise en compte des violences par le médecin généraliste dans les années à venir.

Parmi les médecins n'ayant dépisté aucune femme victime de violences conjugales, ceux ayant déclaré ressentir plusieurs difficultés au dépistage, sont plus nombreux, que ceux n'en ayant exprimées aucune ou seulement une. Ce résultat est cohérent. Toutefois, ces médecins rencontrant de nombreuses difficultés, sont également plus nombreux à avoir dépisté plus de 1.01 % de victimes (p 0.06). Cet exercice de dépistage est difficile pour les médecins, mais ils le pratiquent.

Les médecins qui ne connaissaient pas le « 3919 » avant le Grenelle, ont dépisté en moyenne 1.12 % de femmes victimes de violences conjugales et ceux le connaissant 2.29 %. En rapportant ce pourcentage à leur patientèle féminine moyenne, les médecins qui ne connaissaient pas le « 3919 » avant le Grenelle ont dépisté 9 femmes en 5 ans, soit 1.9 par an, et ceux le connaissant, 5 femmes en 5 ans, soit 1 par an. Ainsi, des médecins impliqués dans le dépistage des violences conjugales avant le Grenelle, ne pouvaient orienter les victimes vers ce numéro leur étant destiné. Le Grenelle aura aidé les médecins à prendre connaissance de ce service.

Nos résultats montrent que 47 % des médecins abordent le sujet des violences conjugales avec leurs patientes en cas de demande de leur part et en cas de soupçons. Parmi eux, 5 % n'ont dépisté aucune femme victime de violences conjugales pendant les 5 années précédant le Grenelle, contre 10 % de ceux abordant le sujet uniquement si soupçons et 20 % de ceux l'abordant uniquement en cas de demande de la patiente. Le fait de ne pas attendre la demande de la patiente, mais de dépister dès présence de soupçons, améliore ainsi le dépistage. D'autre part, tous les médecins abordant la question des violences conjugales lors de chaque première consultation, ont repéré des femmes victimes de violences avant le Grenelle. Ce constat concorde avec les dernières recommandations de la HAS : même si la patiente ne révèle pas d'éventuelles violences lors de la première rencontre, elle sait que son médecin généraliste y est réceptif et se sent ainsi autorisée à en parler au moment souhaité [71].

III. L'ENGAGEMENT GOUVERNEMENTAL REPRESENTE PAR LE GRENELLE ET RELAYE PAR LES MEDIAS, TEND-IL A FAIRE EVOLUER CES PRATIQUES ?

A. EVOLUTION DU DEPISTAGE APRES LE GRENELLE

Parmi les médecins ayant répondu à cette question, 59 % n'ont dépisté aucune femme victime de violences conjugales depuis le Grenelle. Cette proportion est 4 fois plus élevée, mais surtout non comparable, à la situation avant le Grenelle. Comparer ces résultats nécessite de prendre en compte la différence de durée entre les 2 périodes étudiées. Durant les 10 semestres avant le Grenelle, 1.34 % de femmes victimes de violences conjugales ont été repérées, soit 0.134 % par semestre, face à 0.3 % durant le semestre sous l'influence du Grenelle et de sa médiatisation. Le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales repérées par le médecin généraliste a ainsi doublé pendant la période du Grenelle et de la sensibilisation médiatique l'encadrant.

Il est également intéressant de constater que 39 % des médecins ont continué de repérer des victimes de violences conjugales après le Grenelle. Ces médecins sont davantage représentés par les médecins femmes, ce qui peut témoigner de leur plus grande implication dans cette cause [93, 98].

De plus, 2.3 % des médecins qui avaient répondu à cette question ont repéré des femmes victimes de violences conjugales pour la première fois à l'issue du Grenelle. Il s'agit de jeunes médecins installés, hommes et femmes, n'ayant jamais reçu d'informations sur ce sujet avant le Grenelle. Ces médecins, dépistant nouvellement les victimes de violences conjugales, n'ont pas d'affiches dans leur salle d'attente mais sont prêts à y remédier.

Nos résultats montrent que les médecins n'ayant reçu aucune information sur le sujet avant le Grenelle, ont dépisté plus de femmes victimes de violences conjugales que les médecins sensibilisés auparavant. Le Grenelle aura ainsi permis une sensibilisation du médecin généraliste au sujet des violences conjugales.

B. DEPISTAGE CUMULE ET ESTIMATION DE LA PREVALENCE REELLE

Au moment où nous les interrogeons, les médecins avaient dépisté, en moyenne, 7 femmes, soit 1 femme de plus depuis le Grenelle. Selon le même raisonnement, ils estiment que 26 femmes de leur patientèle sont réellement victimes de violences conjugales.

Que ce soit avant ou après le Grenelle, 13 % des médecins n'ont dépisté aucune femme victime de violences conjugales, mais seulement 5 % estiment qu'il n'y en a réellement aucune dans leur patientèle. Avec 80 % des médecins concernés, nos résultats montrent que les médecins sont conscients qu'il existe un nombre supérieur de femmes victimes de violences conjugales qu'ils en ont dépistées. Pour la majorité d'entre eux, la prévalence réelle est sous-estimée.

Néanmoins, 10 % des médecins estiment qu'il y a moins de femmes réellement victimes de violences conjugales dans leur patientèle qu'ils en ont trouvées. Considèrent-ils que ces femmes sont des affabulatrices ? Ne sont-ils plus le médecin traitant de ces femmes ? Considèrent-ils qu'il s'agit de conflits de couple sans réelles violences conjugales ?

C. LE GRENELLE INFLUENCE-T-IL LE MEDECIN GENERALISTE ?

Seuls 18 % des médecins ont estimé la prévalence réelle de femmes victimes de violences conjugales dans leur patientèle en tenant compte des informations communiquées lors du Grenelle et de la médiatisation encadrant cet événement. Ces médecins ont une meilleure estimation que ceux n'ayant pas été influencés. Aucun d'entre eux ne pense que sa patientèle est indemne de ce problème de santé publique, leur estimation est meilleure, même si encore insuffisante. Il persiste une sous-estimation de la prévalence réelle.

Seuls 30 % des médecins ont déclaré qu'ils ne seront pas plus impliqués dans le dépistage et/ou la prise en charge des violences conjugales après le Grenelle. Ce pourcentage n'est pas élevé, d'autant plus qu'il peut s'agir de médecins déjà impliqués dans cette cause avant le Grenelle. Rappelons que 45 % des médecins étaient déjà attentifs aux signes évocateurs de violences conjugales avant le Grenelle. 27 % supplémentaires le sont devenus grâce au Grenelle et 31 % ont pris connaissance du « 3919 ».

Ces médecins, chez qui l'attention et l'implication sont grandissantes depuis le Grenelle, sont demandeurs de plus d'informations pour mieux dépister ces femmes et les prendre en charge.

IV. PERSPECTIVES ET OUVERTURES

A. VERS D'AVANTAGE DE SENSIBILISATION ET UNE LEVEE DES TABOUS ?

Jusqu'au Grenelle, 49 % des médecins n'avaient reçu aucune information sur le sujet et 86 % en font la demande. Les sensibilisations des médecins, comme le Grenelle et sa médiatisation, ou les formations initiales et continues, permettent une augmentation de leur implication, une amélioration du dépistage et une levée des tabous [18, 67, 71, 95]. Une étude réalisée en 2018 évaluait l'impact d'une sensibilisation aux violences conjugales auprès des professionnels de santé du réseau périnatal de Roubaix. Les médecins avaient ainsi pu améliorer leurs connaissances sur les mécanismes des violences. Le dépistage systématique avait doublé et l'utilisation d'affiches informatives et la connaissance du « 3919 » s'étaient accrues [99].

Les outils de formations à destination des médecins sont de plus en plus nombreux : *decliviolence.fr* ; *arretonslesviolences.gouv.fr* ; les recommandations de la HAS de 2019. En 2020, la HAS a participé au quatorzième Congrès de la Médecine Générale (CMGF) dans le but d'exposer l'ensemble des outils et de s'approprier les nouvelles recommandations [100].

Notre analyse montre que 53 % des médecins sont demandeurs d'informations en provenance d'associations venant en aide aux femmes victimes de violences conjugales. Ils étaient 57 % à se sentir seuls dans la prise en charge des victimes une fois le dépistage réalisé et 53 % à ignorer les numéros d'aide et les associations vers lesquelles orienter les victimes. Intégrer les associations dans leurs formations impliquerait une prudence vis à vis de leurs discours, leur vision de la situation pouvant être biaisée. Les sites *arretonslesviolences.gouv.fr* et *decliviolence.fr* mettent à disposition les contacts des associations nationales et locales à communiquer aux victimes [68, 70].

B. QU'EN EST-IL DE LA PLACE DU CONJOINT VIOLENT ?

Après les traumatismes divers, ce sont les attitudes du conjoint qui éveillent les soupçons du médecin généraliste et l'amènent à aborder la question des violences conjugales avec ses patientes. L'une des mesures du Grenelle est de mettre en place 2 centres de suivi et de prise en charge des auteurs de violences conjugales par région [45, 46]. Qu'en est-il de la prise en charge du conjoint violent ? Il n'y a actuellement pas de recommandations à ce sujet et peu d'études ont été réalisées en soins primaires.

CONCLUSION

C'est dans son intérieur, sa propre maison, qu'une femme est le plus en danger. Les violences conjugales sont d'autant plus destructrices, qu'elles ne se dévoilent pas et qu'elles ne se conçoivent pas pour l'entourage. Une femme sur 10 est concernée chaque année. Les conséquences sur la santé physique et psychique des femmes victimes sont considérables sans oublier les répercussions sur la santé des enfants [1, 27].

L'OMS a déclaré les violences conjugales comme un problème majeur de santé publique, le médecin généraliste a un rôle essentiel de dépistage et d'orientation des victimes.

Dans ce contexte de prise de conscience politique sur l'importance des violences conjugales, le gouvernement a organisé la tenue d'un Grenelle du 3 septembre au 25 novembre 2019.

Le but de cette thèse était d'étudier les pratiques de dépistage du médecin généraliste samarien et l'impact du Grenelle sur celles-ci.

Il en ressort une implication plus prononcée de la part des jeunes médecins généralistes, plus marquée chez les femmes. Le dépistage se fait majoritairement dès suspicion de violences et/ou demande de la patiente. Le dépistage systématique se développe néanmoins et la publication des nouvelles recommandations de la HAS pourrait renforcer cette pratique. La présence d'affiches dans la salle d'attente témoigne de l'implication du médecin dans cette cause et facilite le dépistage. Les médecins n'en ayant pas sont prêts à y remédier.

Le Grenelle a permis une nouvelle médiatisation du « 3919 », notre étude montre l'efficacité de cette démarche.

Le médecin généraliste samarien a conscience que de nombreuses victimes de violences conjugales ne sont pas encore repérées. A l'issue du Grenelle, il est davantage attentif aux signes évocateurs de violences conjugales et est prêt à augmenter son implication dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Il apparaît un besoin persistant de formation et de sensibilisation des médecins. Jusqu'alors, 49 % des médecins interrogés n'avaient reçu aucune information. Dans le dépistage des violences conjugales se pose également la question de la prise en charge du conjoint violent et de l'évolution de notre société envers le sexisme, source des violences envers les femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La Documentation Française; 2001.
2. Jaspard M, L'équipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et société. Janvier 2001;(364):1-4.
3. Organisation mondiale de la santé. La violence à l'encontre des femmes. 2017.
4. Hirigoyen M-F. Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. Pocket. 2006. 320 p. (Evolution).
5. Organisation mondiale de la santé. La violence exercée par un partenaire intime. 2012.
6. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
7. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au «3919-Violences Femmes Info» Année 2018. Novembre 2019.
8. Qu'est-ce que le sexisme ? [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/sexisme-pas-notre-genre/vos-droits/>
9. Violences sexistes [Internet]. Filactions | Prévention / violences conjugales. [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://www.filactions.org/les-violences-conjugales/>
10. Gresy B. France. Sexisme ordinaire et violence conjugale. In: Tu me fais peur quand tu cries ! ERES; 2010. p. 311-3.
11. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes. Rev Prat Med Gen. 2005;19(702/703):945-54.
12. Ordre National des Médecins. Le rôle du médecin dans le signalement des violences conjugales. Bulletin d'informations de l'Ordre National des Médecins. 2011;(17):16-7.
13. Mécanisme de la violence. Support pour sessions de formation, Délégation nationale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile de France. 2010.
14. Millet E. Pour en finir avec les violences conjugales. France: Marabout; 2005. 192 p.
15. Couturier M. Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. Dialogue. 2011;n° 191(1):67-78.
16. Durrieu Diebolt C. Etat du droit sur le viol au sein du couple ou « viol conjugal » depuis 2010 : de quoi parle-t-on ? Village de la Justice. 9 nov 2016;
17. Observatoire national de l'enfance en danger, Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques. Rapport d'étude. Paris: ONED; 2012. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/oned_eevc_1.pdf
18. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Argumentaire scientifique. 2019;164.
19. INSEE, SSMI, ONDRP. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2018. déc 2018;159-70.
20. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. 2016;4.
21. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. 2017.

22. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2019. 2020.
23. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2018 [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_etude_dav_morts_violentes_au_sein_du_couple_2018.pdf
24. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018 : Indicateurs nationaux annuels. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2019 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/ONVF%20n%C2%B014-Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf
25. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : Les principales données disponibles pour l'année 2016. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2017 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_observatoire_novembre_2017_-no12.pdf
26. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017 : Indicateurs annuels. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2018 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf
27. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. OMS; 2005.
28. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. 2017 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
29. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. sept 2011;9-18.
30. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2014 [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf
31. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Rev Epidémiologie Santé Publique - Vol 57 - N° 4 - P 267-27. 6 août 2009.

32. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Arch Intern Med.* 27 mai 2002;162(10):1157-63.
33. Stene LE, Dyb G, Jacobsen GW, Schei B. Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: A population-based study. *Scand J Public Health.* nov 2010;38(5_suppl):88-95.
34. Astin, Ogland-hand, Coleman. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women : comparisons with maritally distressed women. *Journal of consulting and clinical psychology.* 1995;63(2):308-12.
35. Heise L, Garcia Moreno C. La violence exercée par des partenaires intimes. Dans : Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, éd. *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, 87–121.
36. McCauley JM, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The « battering syndrome »: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med.* 15 nov 1995;123(10):737-46.
37. Organisation mondiale de la Santé. *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire.* 2013.
38. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc [Internet].* 2014 [cité 03 mars 2020];17(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3925800/>
39. Parker B, McFarlane J, Soeken K, Torres S, Campbell D. Physical and emotional abuse in pregnancy: A comparison of adult and teenage women. *Nursing Research.* 1993;42(3):173-8.
40. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. *Pensée Plurielle.* 2004;(8):103-18.
41. Le label Grande cause nationale 2010 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-grande-cause-nationale-2010>
42. Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011/2013, pp 16-22.
43. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Quatrième plan interministériel de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2014-2016. [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
44. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Cinquième plan interministériel de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019. [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
45. Gouvernement. Un grenelle et des mesures fortes pour lutter contre les violences conjugales [Internet]. Gouvernement.fr. 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales>

46. Clôture du grenelle contre les violences conjugales [Internet]. 2019 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf
47. Article 222-33-2-1. Code pénal.
48. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 modifiant notamment le code civil et le code pénal et visant à protéger les victimes de violences conjugales. JUSX1935275L juill 30, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2020/7/30/JUSX1935275L/jo/texte>
49. Bergoignan-Esper C. Vers une nouvelle dérogation au secret médical en cas de danger immédiat ? Rev Prat. juin 2020;70:605-8.
50. Larcher G. Proposition de loi n° 3072, modifiée par le Sénat, visant à protéger les victimes de violences conjugales [Internet]. Assemblée nationale. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3072_proposition-loi
51. De Beaumanoir P. Chapitre 1631. In: Les coutumes de Beauvaisis. Alphonse Picard et Fils. Chartres: Imprimerie Durand; 1899. p. 334-5.
52. Bruguier A. Histoire de la violence conjugale, Sociologie Santé, 24 (2006) 11-16.
53. Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. JUSX8900010L. Journal Officiel;23 juillet 1992:9857
54. Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 modifiant le code civil, relative au divorce. JUSX0300062L. Journal Officiel;27 mai 2004:9319. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/5/26/JUSX0300062L/jo/texte>
55. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 modifiant le code civil, le code pénal, le code de procédure pénale et renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. JUSX0508260L. Journal Officiel;5 avril 2006:5097. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2006/4/4/JUSX0508260L/jo/texte>
56. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 modifiant le code civil, le code pénal, le code de procédure pénale et le code de l'éducation, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JUSX1007012L. Journal Officiel;10 juillet 2010:12762.
57. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 modifiant notamment le code du travail et le code de la sécurité sociale, pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. FVJX1313602L. Journal Officiel;5 août 2014:12949. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/8/4/FVJX1313602L/jo/texte>
58. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 modifiant notamment le code de l'action sociale et des familles, relative à la protection de l'enfant. FDFX1507648L. Journal Officiel;15 mars 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/3/14/FDFX1507648L/jo/texte>
59. Loi n° 2017-242 du 27 février 2017 modifiant le code pénal et le code de procédure pénale et portant réforme de la prescription en matière pénale. JUSX1607683L. Journal Officiel;28 février 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/2/27/JUSX1607683L/jo/texte>
60. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 modifiant le code pénal et le code de procédure pénale renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. JUSD1805895L. Journal

- Officiel; 5 août 2018. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/8/3/JUSD1805895L/jo/texte>
61. Article 226-14. Code pénal.
 62. Conseil national de l'ordre des médecins, Kahn Bensaude I, Faroudja JM. Signalement et information préoccupante. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de février 2016. Disponible sur :
https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/signalement_et_information_preoccupante.pdf
 63. Sénat, Bouchoux C, Cohen L, Courteau R, Jouanno C, Kammermann C, et al. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'évaluation des dispositifs de lutte contre les violences au sein des couples. Paris: Sénat; 2016. Disponible sur :
<https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4251.pdf>
 64. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Arch Fam Med. 1 sept 1992;1(1):39-47.
 65. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Dépistage des violences faites aux femmes [Internet]. Paris; 2004 [cité 26 mars 2020] p. 21. Disponible sur:
<http://www.cngof.fr/recommandations-pour-la-pratiqueclinique/fichiers?folder=Journes%2Bnationales%252FMAJ%2Ben%2BGO%252F2004%252FGynecologie%2Bbobstetrique%2B-%2BTome%2BXXXVIII>
 66. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf
 67. Barenton V. Formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales : Impact sur la pratique des Internes de Médecine Générale [Thèse de med Gen]. Université de Strasbourg; 2019.
 68. Je suis professionnel [Internet]. Arrêtons les violences. [cité 6 août 2020]. Disponible sur:
<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>
 69. Outils de formation sur les violences au sein du couple [Internet]. Arrêtons les violences. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#les_violences_au_sein_du_couple0
 70. Déclic Violence [Internet]. 2018 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur:
<http://declicviolence.fr/>
 71. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Texte des recommandations. 2019.
 72. Dicola D, Spaar E. Intimate partner violence. Am Fam Physician 2016;94(8):646-51.
 73. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. Patient Educ Couns 2008;70(3):386-94.
 74. New Zealand Ministry of Health, Fanslow JL, Kelly P. Family violence assessment and intervention guideline: child abuse and intimate partner violence. 2 nd ed. Wellington: Ministry of Health; 2016. Disponible sur :
https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-assessment-interventionguideline-jun16_0.pdf

75. Toward Optimized Practice. Doctors opposing violence everywhere (DOVE). Clinical practice guideline. Edmonton: TOP; 2015. Disponible sur : http://www.topalbertadoctors.org/download/1583/DOVE_CPG.pdf?_20150527120452
76. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Cah Santé Publique Protection Sociale 2011;Septembre:9-18.
77. Organisation mondiale de la santé, ONU-femmes, Fonds des nations unies pour la population. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique. Genève: OMS; 2015. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf
78. Chambonet J-Y, Douillard V. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. La Revue Du Praticien Médecine Générale. 18 sept 2000;14(507):1481-5.
79. InVS, enquête BEH 2008 La santé mentale en France, surveillance et enjeux.
80. Woimant M. Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes [Thèse de med Gen]. Université Pierre et Marie Curie (Paris); 2011.
81. Lacroix H. Accompagnement des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes dans le Nord-Pas de Calais : enquête réalisée auprès des médecins généralistes de cinq villes de la région [Thèse de med Gen]. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2011.
82. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 10 août 2002;325(7359):314.
83. Canuet H, Belin I. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer. 2010;21(92).
84. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ. 20 sept 2003;327(7416):673-6.
85. Lauga Perrot A. Le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: enquête réalisée auprès de médecins généralistes en Alsace [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg ; 2009.
86. Chazerans L. La prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2012.
87. Janeiro O. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes. [Internet] [Thèse de med Gen]. [Marseille]: Faculté de médecine Marseille; 2818 [cité 14 août 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02615334/document>
88. Landes E, Dépistage et prise en charge de femmes victimes de violences conjugales [Thèse de med Gen]. Montpellier; 2009
89. 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
90. Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie (Paris); 2000.
91. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par

- entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2012.
92. Servier A. Dépistage des femmes victimes de violences conjugales : problèmes rencontrés par les médecins généralistes du Cantal. [Thèse d'exercice]. Université de Clermont I; 2004.
 93. Lugin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial. Intérêts et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale [Thèse de med Gen]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2012.
 94. Gauthier C. Les femmes victimes de violences conjugales à La Réunion et leur prise en charge par les médecins généralistes de l'île. [Thèse d'exercice]. Université de Rennes; 2013.
 95. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Thèse d'exercice de médecine]. [Nantes]; 2006.
 96. Moerenhout T, Borgermans L, Schol S, Vansintejan J, Van De Vijver E, Devroey D. Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? *Patient Preference and Adherence* 2013;7:489-97.
 97. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view. *BMC Research Notes* 2012;18;5:511
 98. Lebas Jacques, Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé : Commission « genre et violence »; mars 2005.
 99. Thieffry A. Violences conjugales et grossesse: étude d'impact d'une sensibilisation au sein du réseau périnatal de Roubaix. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2019.
 100. CMGF2020. Programme final [Internet]. [congresmg.fr](https://www.congresmg.fr). 2020 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.congresmg.fr/programme-2020>

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Bonjour, je suis interne de médecine générale à la faculté d'Amiens et réalise actuellement ma thèse sur les pratiques du dépistage des violences conjugales dans le contexte actuel d'engagement gouvernemental. Afin de m'aider dans ce travail, je vous remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Confraternellement, Marine LADON.

1) Avez-vous déjà été sensibilisé(e) au sujet des violences conjugales (violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles par partenaire ou ex-partenaire) ?

- Non
- Formation (congrès, FMC,..)
- Lecture d'articles
- Autrement :

2-a) Abordez-vous la question des violences conjugales avec vos patientes ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

2-b) Si vous avez répondu Parfois/Souvent/Toujours : A quelle occasion ?

- A l'occasion de la 1ère consultation à l'évocation des antécédents
- En cas de demande de la patiente
- En cas de suspicion de violences conjugales
- Autres :

3) Devant quels signes abordez-vous la question des violences ? (choisissez les 5 réponses les plus importantes pour vous et numérotez-les de 1 (le plus important) à 5 (le moins important) avec le chiffre en face de la lettre choisie)

- ... A. Traumatismes divers
- ... B. Troubles psychosomatiques
- ... C. Troubles du sommeil
- ... D. Troubles de l'alimentation
- ... E. Anxiété
- ... F. Dépression
- ... G. Addictions
- ... H. Consultations fréquentes
- ... I. Hospitalisations itératives
- ... J. Attitudes du conjoint
- ... K. Perturbation du comportement des enfants

4) Quelles difficultés rencontrez-vous à aborder le problème des violences ? (choisissez les 7 réponses les plus importantes pour vous et numérotez-les de 1 (le plus important) à 7 (le moins important)).

- ... A. Aucune
- ... B. Seul(e) à devoir gérer
- ... C. Ignorance des associations, numéro d'aides,...
- ... D. Sentiment d'intrusion dans la vie privée
- ... E. Suivi du reste de la famille
- ... F. Manque de formation
- ... G. Manque de temps
- ... H. Sentiment d'impuissance
- ... I. Peur d'aggraver les choses
- ... J. Soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas
- ... K. Ambivalence des femmes victimes
- ... L. Obstacles personnels (pudeur, sujet tabou...)
- ... M. Obstacles religieux
- ... N. Obstacles éducatifs
- ... O. N'a pas sa place en consultation de médecine générale

5-a) Avez-vous dans votre salle d'attente, une affiche ou des documents évoquant les violences conjugales ?

Oui Non

5-b) Si non :

- Je pourrais envisager d'y remédier
- Je n'en vois pas l'utilité
- Autre :

Les instances gouvernementales poursuivent leur action contre les violences faites aux femmes en organisant du 3 septembre au 25 novembre 2019 un Grenelle sur les violences conjugales. Ces débats ont été précédés d'une campagne de sensibilisation par les médias qui s'intensifie depuis plusieurs mois.

6) Concernant le 3919, numéro national d'écoute :

- Je ne connais pas ce numéro
- Je connais ce numéro depuis la campagne gouvernementale en cours
- Je connaissais déjà ce numéro auparavant

7) Pensez-vous que le grenelle organisé par les instances gouvernementales sur les violences conjugales va amener une augmentation de votre implication dans le dépistage et/ou la prise en charge des victimes de violences conjugales dans votre pratique future ?

Oui Non Peut être

8-a) Pensez-vous avoir besoin de plus d'informations sur ce sujet ? Oui Non

8-b) Si oui, sous quelle forme ?

- Formation médicale continue Gouvernement
- Informations en provenance des associations Autres :

9) Combien de femmes victimes de violences conjugales (violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles par partenaire ou ex-partenaire) avez-vous dépistées ?

- **9-a)** Dans les 5 années précédant la campagne gouvernementale 2019 ?
- **9-b)** Depuis la campagne gouvernementale en cours ?

10) Par rapport à ces chiffres, quel est selon vous, dans votre patientèle, le nombre réel de femmes que vous considérez être victimes de violences conjugales?

11) Pensez-vous que les actions gouvernementales actuelles vous ont influencé(e) pour établir cette dernière réponse ? Oui Non

12) Etes vous plus attentif(ve) aux signes évocateurs de violences conjugales depuis la campagne gouvernementale en cours ?

J'étais déjà attentif Je ne suis pas plus attentif Je suis plus attentif

13) Êtes-vous ? Un homme Une femme

14) Dans quel département exercez-vous ? La Somme Autre département :

15) Quelle est votre année de thèse ? **16) Etes-vous ?** Installé(e) Remplaçant(e)

17) Vous exercez en milieu : urbain rural semi-rural

18) A combien estimez-vous le nombre de femmes âgées de plus de 18 ans dans votre patientèle ?

ANNEXE 2 : DEPISTAGE DURANT LES 5 ANNEES AVANT LE GRENELLE

| | Pourcentage de femmes victimes repérées (5 années avant Grenelle) | | | | | | | | P |
|--|---|-----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|------|
| | 0.00% | 0.01 à 1.0 % | 1.01 à 4.0 % | 4.01 à 9.0% | 9.01 à 10% | 10.01 à 15% | 15.01 à 20% | 20.01 à 100% | |
| – Femme (n=56) | 8 (14%) | 24 (43%) | 22(40%) | 1 (2%) | 0 | 1 (2%) | 0 | | 0.74 |
| – Homme (n=32) | 5 (16%) | 16 (50%) | 10 (31%) | 0 | 1 (3%) | 0 | | | |
| <u>Année de thèse</u> | | | | | | | | | |
| – <1969(n=1) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1(100%) | | | 0.65 |
| – 1970-1979(n=2) | 1 (50%) | 1 (50%) | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| – 1980-1989(n=8) | 2 (25%) | 2 (25%) | 4 (50%) | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| – 1990-1999(n=16) | 1 (6.3%) | 7 (44 %) | 8 (50%) | 0 | 0 | 0 | | | |
| – 2000-2009(n=9) | 1 (11%) | 3 (33%) | 5 (56%) | 0 | 0 | 0 | | | |
| – 2010-2019(n=52) | 8 (15 %) | 27 (52%) | 15 (29%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 0 | | | |
| <u>Secteur d'activité</u> | | | | | | | | | |
| – Rural (n=26) | 4 (15%) | 11 (42%) | 11 (42%) | 0 | 0 | 0 | | | 0.15 |
| – Semi-rural(n40) | 9 (23%) | 18 (45%) | 11 (28%) | 0 | 1 (3%) | 1 (3%) | 0 | | |
| – Urbain (n=22) | 0 | 11 (50%) | 10 (45%) | 1 (5%) | 0 | 0 | | | |
| – Installé (n=82) | 11 (13%) | 38(46%) | 30 (37%) | 1 (1%) | 1 (1%) | 1 (1%) | 0 | | 0.55 |
| – Remplaçant (n=6) | 2 (33 %) | 2 (33%) | 2 (33%) | 0 | 0 | 0 | | | |
| <u>Sensibilisation ant.</u> | | | | | | | | | |
| – Oui (n=47) | 7 (15%) | 16 (34%) | 21 (45%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 0 | | 0.11 |
| – Non (n=41) | 6 (15%) | 24 (59%) | 11 (27%) | 0 | 0 | 0 | | | |
| <u>Aborder la question</u> | | | | | | | | | |
| – Jamais (n=7) | 5 (71%) | 1(14%) | 1 (14%) | 0 | 0 | 0 | | | 4.59 |
| – Parfois (n=76) | 8 (11%) | 39 (51%) | 28 (37%) | 1 (1%) | 0 | 0 | 0 | | |
| – Souvent (n=4) | 0 | 0 | 2 (50%) | 0 | 1(25%) | 1(25%) | | | |
| – Toujours (n=1) | 0 | 0 | 1 (100%) | 0 | 0 | 0 | | | |
| – Obstacles à aborder le sujet (n=74) | 12 (16%) | 32(43%) | 29 (39%) | 0 | 1 (1%) | 0 | | | 0.06 |
| – Aucun obstacle mentionné dès le 1er et 2nd choix (n= 14) | 1 (7%) | 8 (57%) | 3 (21%) | 1 (7%) | 0 | 1 (7%) | 0 | | |
| <u>Affiche</u> | | | | | | | | | |
| – oui (n=24) | 1 (4%) | 9 (38%) | 14 (58%) | 0 | 0 | 0 | | | 0.10 |
| – non (n=64) | 12(19 %) | 31 (48%) | 18 (28%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 0 | | |
| <u>3919</u> | | | | | | | | | |
| – Connu avant le Grenelle (n=17) | 2 (12%) | 7 (41%) | 6 (35%) | 1 (6%) | 0 | 1 (6%) | | | 0.67 |
| – Connu depuis le Grenelle (n=27) | 5 (19%) | 13 (48%) | 9 (33%) | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| – Pas connu (n=44) | 6 (14%) | 20 (45%) | 17 (39%) | 0 | 1 (2%) | 0 | | | |
| <u>Attentif aux signes</u> | | | | | | | | | |
| – Avant le Grenelle | 4 (10%) | 15 (38%) | 18 (45%) | 1 (3%) | 1 (3%) | 1 (3%) | | | 0.54 |
| – Depuis le grenelle | 3 (13%) | 12 (52%) | 8 (35%) | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| – Pas plus attentif | 6 (24%) | 13 (52%) | 6 (24%) | 0 | 0 | 0 | | | |

ANNEXE 3 : DEPISTAGE DEPUIS LE GRENELLE

| | Pourcentage de femmes victimes repérées depuis le Grenelle | | | | | | | | P |
|--|--|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|---|
| | 0.00% | 0.01 à 1.0 % | 1.01 à 4.0 % | 4.01 à 9.0 % | 9.01 à 10% | 10.01 à 15% | 15.01 à 20% | 20.01 à 100% | |
| – Femme (n=56) | 32 (57%) | 19 (34%) | 5 (9 %) | 0 | | | | 0.65 | |
| – Homme (n=34) | 21 (62%) | 12 (36%) | 1 (3%) | | | | | | |
| <u>Année de thèse</u> | | | | | | | | 0.24 | |
| – <1969(n=1) | 0 | 0 | 1 (100%) | | | | | | |
| – 1970-1979(n=2) | 2 (100%) | 0 | 0 | | | | | | |
| – 1980-1989(n=8) | 6 (75 %) | 1 (13%) | 1 (13%) | 0 | | | | | |
| – 1990-1999(n=15) | 8 (53%) | 6 (40 %) | 1 (6.7%) | | | | | | |
| – 2000-2009(n=11) | 5 (45%) | 6 (54%) | 0 | | | | | | |
| – 2010-2019(n=53) | 32 (60 %) | 18 (34%) | 3 (6%) | | | | | | |
| <u>Secteur d'activité</u> | | | | | | | | 0.92 | |
| – Rural (n=27) | 16 (59%) | 9 (33%) | 2 (7%) | 0 | | | | | |
| – Semi-rural(n39) | 24 (62%) | 12 (31%) | 3 (8%) | | | | | | |
| – Urbain (n=24) | 13 (54%) | 10 (42%) | 1 (4%) | | | | | | |
| – Installé (n=84) | 47 (56%) | 31(37%) | 6 (7%) | 0 | | | | 0.15 | |
| – Remplaçant (n=6) | 6 (100 %) | 0 | 0 | | | | | | |
| <u>Sensibilisation ant.</u> | | | | | | | | 0.03 | |
| – Oui (n=49) | 30 (61%) | 13 (27%) | 6 (12%) | 0 | | | | | |
| – Non (n=41) | 23 (56%) | 18 (44%) | 0 | | | | | | |
| <u>Aborder la question</u> | | | | | | | | 0.04 | |
| – Jamais (n=7) | 6 (86%) | 1 (14%) | 0 | 0 | | | | | |
| – Parfois (n=78) | 45 (58%) | 29 (37%) | 4 (5%) | | | | | | |
| – Souvent (n=4) | 2 (50%) | 0 | 2 (50%) | | | | | | |
| – Toujours (n=1) | 0 | 1 (100%) | 0 | | | | | | |
| – Obstacles à aborder le sujet (n=77) | 46 (60%) | 27(35%) | 4 (5%) | 0 | | | | 0.37 | |
| – Aucun obstacle mentionné dès 1 ^{er} et 2nd choix (n=13) | 7 (54%) | 4 (31%) | 2 (15%) | | | | | | |
| <u>Affiche</u> | | | | | | | | 0.47 | |
| – oui (n=24) | 12 (50%) | 11 (46%) | 1 (4%) | 0 | | | | | |
| – non (n=66) | 41(62 %) | 20 (30%) | 5 (8%) | | | | | | |
| <u>3919</u> | | | | | | | | 0.29 | |
| – Connu avant le Grenelle (n=16) | 7 (44%) | 7 (44%) | 2 (13%) | 0 | | | | | |
| – Connu depuis le Grenelle (n=29) | 15 (52%) | 12 (41%) | 2 (7%) | | | | | | |
| – Pas connu (n=45) | 31 (69%) | 12 (27%) | 2 (4%) | | | | | | |
| <u>Attentif aux signes</u> | | | | | | | | 0.57 | |
| – Avant le Grenelle | 25 (61%) | 12 (29%) | 4 (10%) | 0 | | | | | |
| – Depuis le grenelle | 11 (48%) | 11 (48%) | 1 (4%) | | | | | | |
| – Pas plus attentif | 17 (65%) | 8 (31%) | 1 (4%) | | | | | | |

ANNEXE 4 : DEPISTAGE CUMULE

| | Pourcentage de femmes victimes repérées de manière cumulée | | | | | | | | P |
|--|--|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|--------|
| | 0.00% | 0.01 à 1.0 % | 1.01 à 4.0 % | 4.01 à 9.0 % | 9.01 à 10% | 10.01 à 15% | 15.01 à 20% | 20.01 à 100% | |
| – Femme (n=56) | 7 (13%) | 19 (34%) | 26 (46 %) | 3 (5%) | 0 | 0 | 1 (2%) | 0 | 0.60 |
| – Homme (n=31) | 4 (13%) | 13 (42%) | 13 (42%) | 0 | 1 (3 %) | 0 | 0 | 0 | |
| <u>Année de thèse</u> | | | | | | | | | |
| – <1969(n=1) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1(100%) | | 0.16 |
| – 1970-1979(n=2) | 1 (50%) | 1 (50%) | 0 | 0 | 0 | | 0 | | |
| – 1980-1989(n=8) | 2 (25 %) | 2 (25%) | 3 (38%) | 1 (13%) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – 1990-1999(n=15) | 1 (7%) | 5 (33 %) | 9 (60%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – 2000-2009(n=9) | 1 (11%) | 3 (33%) | 5 (56 %) | 0 | 0 | | 0 | | |
| – 2010-2019(n=52) | 6 (12 %) | 21 (40%) | 22 (42%) | 2 (4%) | 1 (2%) | | 0 | | |
| <u>Secteur d'activité</u> | | | | | | | | | |
| – Rural (n=26) | 3 (12%) | 10 (38%) | 12 (46%) | 1 (4%) | 0 | | 0 | | 0.45 |
| – Semi-rural(n39) | 8 (21%) | 13 (33%) | 15 (38%) | 1 (3%) | 1 (3%) | 0 | 1 (3%) | 0 | |
| – Urbain (n=22) | 0 (0%) | 9 (41%) | 12 (55%) | 1 (5%) | 0 | | 0 | | |
| – Installé (n=81) | 9 (11%) | 30(37%) | 37 (46%) | 3 (4%) | 1 (1%) | 0 | 1 (1%) | 0 | 0.54 |
| – Remplaçant (n=6) | 2 (33 %) | 2 (33 %) | 2 (33%) | 0 | 0 | | 0 | | |
| <u>Sensibilisation ant.</u> | | | | | | | | | |
| – Oui (n=47) | 7 (15%) | 13 (28%) | 22 (47%) | 3 (6%) | 1 (2%) | 0 | 1 (2%) | 0 | 0.19 |
| – Non (n=40) | 4 (10%) | 19 (48%) | 17 (43%) | 0 | 0 | | 0 | | |
| <u>Aborder la question</u> | | | | | | | | | |
| – Jamais (n=7) | 5 (71%) | 1 (14%) | 1 (14%) | 0 (0%) | 0 | | 0 | | 0.0001 |
| – Parfois (n=75) | 6 (8%) | 31 (41%) | 35 (47%) | 3 (4%) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – Souvent (n=4) | 0 | 0 | 2 (50%) | 0 (0%) | 1(25%) | 0 | 1 (25%) | | |
| – Toujours (n=1) | 0 | 0 | 1 (100%) | 0 (0%) | 0 | | 0 | | |
| – Obstacles à aborder le sujet (n=75) | 10 (13%) | 26(35%) | 36 (48%) | 2 (3%) | 1 (1%) | | 0 | | 0.11 |
| – Aucun obstacle mentionné dès 1er et 2nd choix (n=12) | 1 (8%) | 6 (50%) | 3 (25%) | 1 (8%) | 0 | 0 | 1 (8%) | 0 | |
| <u>Affiche</u> | | | | | | | | | |
| – oui (n=24) | 1 (4%) | 8 (33%) | 14 (58%) | 1 (4%) | 0 | | 0 | | 0.50 |
| – non (n=63) | 10(16 %) | 24 (38%) | 25 (40%) | 2 (3%) | 1 (2%) | 0 | 1 (2%) | 0 | |
| <u>3919</u> | | | | | | | | | |
| – Connu avant le Grenelle (n=16) | 1 (6%) | 6 (38%) | 6 (38%) | 2 (13%) | 0 | | 1 (6%) | | 0.36 |
| – Connu depuis le Grenelle (n=27) | 5 (19%) | 8 (30%) | 14 (52%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – Pas connu (n=44) | 5 (11%) | 18 (41%) | 19 (43%) | 1 (2%) | 1 (2%) | | 0 | | |
| <u>Attentif aux signes</u> | | | | | | | | | |
| – Avant le Grenelle | 4 (10%) | 12 (30%) | 20 (50%) | 2 (5%) | 1 (3%) | | 1 (3%) | | 0.76 |
| – Depuis le grenelle | 2 (9%) | 9 (41%) | 11 (50%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – Pas plus attentif | 5 (20%) | 11 (44%) | 8 (32%) | 1 (4%) | 0 | | 0 | | |

ANNEXE 5 : PREVALENCE ESTIMEE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

| Pourcentage réel estimé de femmes victimes de violences dans la patientèle féminine | | | | | | | | | P |
|--|---------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|----------|
| | 0.00% | 0.01 à 1.0 % | 1.01 à 4.0 % | 4.01 à 9.0 % | 9.01 à 10% | 10.01 à 15% | 15.01 à 20% | 20.01 à 100% | |
| – Femme (n=38) | 1 (3%) | 9 (24%) | 17 (45 %) | 3 (8%) | 4 (11%) | 2 (5%) | 1 (3%) | 1 (3%) | 0.95 |
| – Homme (n=28) | 2 (7%) | 4 (14%) | 14 (50%) | 2 (7%) | 4 (14%) | 1 (4%) | 1 (4%) | 0 | |
| <u>Année de thèse</u> | | | | | | | | | 0.45 |
| – <1969 (n=1) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1(100%) | 0 | |
| – 1970-1979 (n=0) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – 1980-1989 (n=3) | 0 | 0 | 2 (66%) | 1 (33%) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – 1990-1999 (n=13) | 1 (8%) | 3 (23 %) | 6 (46%) | 1 (8%) | 2 (15%) | 0 | 0 | 0 | |
| – 2000-2009 (n=8) | 0 | 0 | 5 (63 %) | 1 (13%) | 1 (13%) | 0 | 1 (13%) | 0 | |
| – 2010-2019 (n=41) | 2 (5 %) | 10 (24%) | 18 (44%) | 2 (5%) | 5 (12%) | 3 (7%) | 0 | 1 (2%) | |
| <u>Secteur d'activité</u> | | | | | | | | | 0.82 |
| – Rural (n=20) | 0 | 3 (15%) | 11 (55%) | 2 (10%) | 3 (15%) | 1 (5%) | 0 | 0 | |
| – Semi-rural (n=30) | 3 (10%) | 5 (17%) | 13 (43%) | 2 (7%) | 2 (7%) | 2 (7%) | 2 (7%) | 1 (3%) | |
| – Urbain (n=16) | 0 | 5 (31%) | 7 (44%) | 1 (6%) | 3 (19%) | 0 | 0 | 0 | |
| – Installé (n=62) | 3 (5%) | 11(18%) | 31 (50%) | 5 (8%) | 6(10%) | 3 (5%) | 2 (3%) | 1 (2%) | 0.11 |
| – Remplaçant (n=4) | 0 | 2 (50 %) | 0 | 0 | 2 (50%) | 0 | 0 | 0 | |
| <u>Sensibilisation ant.</u> | | | | | | | | | 0.93 |
| – Oui (n=37) | 2 (5%) | 7 (19%) | 16 (43%) | 3 (8%) | 6 (16%) | 1 (3%) | 1 (3%) | 1 (3%) | |
| – Non (n=29) | 1 (3%) | 6 (21%) | 15 (52%) | 2 (7%) | 2 (7%) | 2 (7%) | 1 (3%) | 0 | |
| <u>Aborder la question</u> | | | | | | | | | 0.0044 |
| – Jamais (n=4) | 2 (50%) | 1(25%) | 0 | 0 | 1 (25%) | 0 | 0 | 0 | |
| – Parfois (n=58) | 1 (2%) | 12 (21%) | 30 (52%) | 4 (7%) | 7 (12%) | 2 (3%) | 1 (2%) | 1 (2%) | |
| – Souvent (n=3) | 0 | 0 | 1 (33%) | 0 | 0 | 1(33%) | 1 (33%) | 0 | |
| – Toujours (n=1) | 0 | 0 | 0 | 1(100%) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – Obstacles à aborder le sujet (n=54) | 3 (6%) | 10(19%) | 24 (44%) | 5 (9%) | 8 (15%) | 3 (6%) | 0 | 1 (2%) | 0.13 |
| – Aucun obstacle mentionné dès le 1er et 2nd choix (n=12) | 0 | 3 (25%) | 7 (58%) | 0 | 0 | 0 | 2 (17%) | 0 | |
| <u>Affiche</u> | | | | | | | | | 0.16 |
| – oui (n=18) | 1 (6%) | 0 | 10 (56%) | 2 (11%) | 3 (17%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 0 | |
| – non (n=48) | 2 (4 %) | 13 (27%) | 21 (44%) | 3 (6%) | 5 (10%) | 2 (4%) | 1 (2%) | 1 (2%) | |
| <u>3919</u> | | | | | | | | | 0.70 |
| – Connue avant le Grenelle (n=15) | 1 (7%) | 2 (13%) | 8 (53%) | 1 (7%) | 1 (7%) | 0 | 1 (7%) | 1 (7%) | |
| – Connue depuis le Grenelle (n=21) | 1 (5%) | 5 (24%) | 11 (52%) | 0 | 2 (10%) | 1 (5%) | 1 (5%) | 0 | |
| – Pas connue (n=30) | 1 (3%) | 6 (20%) | 12 (40%) | 4 (13%) | 5 (17%) | 2 (7%) | 0 | 0 | |
| <u>Attentif aux signes</u> | | | | | | | | | 0.23 |
| – Avant le Grenelle | 1 (3%) | 5 (15%) | 19 (56%) | 0 | 5 (15%) | 2 (6%) | 1 (3%) | 1 (3%) | |
| – Depuis le grenelle | 1 (6%) | 4 (25%) | 6 (38%) | 2 (12%) | 3 (19%) | 0 | 0 | 0 | |
| – Pas plus attentif | 1 (6%) | 4 (25%) | 6 (38%) | 3 (19%) | 0 | 1 (6%) | 1 (3%) | 0 | |

ANNEXE 6 : EVOLUTION DU DEPISTAGE APRES LE GRENELLE

| | Médecins n'ayant dépisté aucune femme victime avant et après le Grenelle | Médecins ayant dépisté des femmes victimes uniquement depuis Grenelle | Médecins ayant dépisté des femmes victimes uniquement avant Grenelle | Médecins ayant dépisté des femmes victimes avant et après Grenelle | p |
|---|--|--|---|---|------|
| – Femme (n=56) | 7 (13%) | 1 (2%) | 25 (45 %) | 23 (41%) | 0.94 |
| – Homme (n=31) | 4 (13%) | 1 (3%) | 15 (48%) | 11 (35%) | |
| <u>Année de thèse</u> | | | | | |
| – < 1969(n=1) | 0 | 0 | 0 | 1 (100%) | 0.59 |
| – 1970-1979(n=2) | 1 (50%) | 0 | 1 (50%) | 0 | |
| – 1980-1989(n=8) | 2 (25 %) | 0 | 4 (50%) | 2 (25%) | |
| – 1990-1999(n=15) | 1 (7%) | 0 | 7 (47%) | 7 (47%) | |
| – 2000-2009(n=9) | 1 (11%) | 0 | 2 (22 %) | 6 (67%) | |
| – 2010-2019(n=52) | 6 (12 %) | 2 (4%) | 26 (50%) | 18 (35%) | |
| <u>Secteur d'activité</u> | | | | | |
| – Rural (n=26) | 3 (12%) | 1 (4%) | 12 (46%) | 10 (38%) | 0.29 |
| – Semi-rural(n39) | 8 (21%) | 1 (3%) | 16 (41%) | 14 (36%) | |
| – Urbain (n=22) | 0 | 0 | 12 (55%) | 10 (45%) | |
| – Installé (n=81) | 9 (11%) | 2(2%) | 36 (44%) | 34 (42%) | 0.09 |
| – Remplaçant (n=6) | 2 (33 %) | 0 | 4 (67%) | 0 | |
| <u>Sensibilisation ant.</u> | | | | | |
| – Oui (n=47) | 7 (15%) | 0 | 22 (47%) | 18 (38%) | 0.54 |
| – Non (n=40) | 4 (10%) | 2 (5%) | 18 (45%) | 16 (40%) | |
| <u>Aborder la question</u> | | | | | |
| – Jamais (n=7) | 5 (71%) | 0 | 1 (14%) | 1 (14%) | 0.01 |
| – Parfois (n=75) | 6 (8%) | 2 (3%) | 37 (49%) | 30 (40%) | |
| – Souvent (n=4) | 0 | 0 | 2 (50%) | 2 (50%) | |
| – Toujours (n=1) | 0 | 0 | 0 | 1(100%) | |
| – Obstacles à aborder le sujet (n=74) | 10 (14%) | 2(3%) | 34 (46%) | 28 (38%) | 0.88 |
| – Aucun obstacle mentionné dès le 1er et 2nd choix (n=13) | 1 (8%) | 0 | 6 (46%) | 6 (46%) | |
| <u>Affiche</u> | | | | | |
| – oui (n=24) | 1 (4%) | 0 | 11 (46%) | 12 (50%) | 0.36 |
| – non (n=63) | 10(16 %) | 2 (3%) | 29 (46%) | 22 (35%) | |
| <u>3919</u> | | | | | |
| – Connu avant le Grenelle (n=16) | 1 (6%) | 1 (6%) | 6 (38%) | 8 (50%) | 0.23 |
| – Connu depuis le Grenelle (n=27) | 5 (19%) | 0 | 9 (33%) | 13 (48%) | |
| – Pas connu (n=44) | 5 (11%) | 1 (2%) | 25 (57%) | 13 (30%) | |
| <u>Attentif aux signes</u> | | | | | |
| – Avant le Grenelle | 4 (10%) | 0 | 20 (50%) | 16 (40%) | 0.62 |
| – Depuis le grenelle | 2 (9%) | 1 (5%) | 9 (41%) | 10 (45%) | |
| – Pas plus attentif | 5 (20%) | 1 (4%) | 11 (44%) | 8 (32%) | |

ANNEXE 7 : DEPISTAGE CUMULE ET PREVALENCE ESTIMEE

| | Médecins n'ayant dépisté aucune femme victime et estimant qu'il n'y en a aucune parmi leur patientèle | Médecins n'ayant dépisté aucune femme victime mais estimant qu'il y en a parmi leur patientèle | Médecins ayant dépisté des femmes victimes mais estimant qu'il n'y en a aucune parmi leur patientèle | Médecins ayant dépisté des femmes victimes et estimant effectivement qu'il y en a parmi leur patientèle | p |
|--|---|--|--|---|-------|
| - Femme (n=38) | 1 (3%) | 2 (5%) | 0 | 35 (92%) | 0.80 |
| - Homme (n=25) | 2 (8%) | 1 (4%) | | 22 (88%) | |
| <u>Année de thèse</u> | | | | | |
| - < 1969(n=1) | 0 | 0 | | 1 (100%) | 0.53 |
| - 1970-1979(n=0) | 0 | 0 | | 0 | |
| - 1980-1989(n=3) | 0 | 0 | | 3 (100%) | |
| - 1990-1999(n=12) | 1 (8%) | 0 | 0 | 11 (92%) | |
| - 2000-2009(n=7) | 0 | 1 (14%) | | 6 (86%) | |
| - 2010-2019(n=40) | 2 (5 %) | 2 (5%) | | 36 (90%) | |
| <u>Secteur d'activité</u> | | | | | |
| - Rural (n=19) | 0 | 1 (5%) | 0 | 18 (95%) | 0.49 |
| - Semi-rural(n=30) | 3 (10%) | 2 (7%) | | 25 (83%) | |
| - Urbain (n=14) | 0 | 0 | | 14 (100%) | |
| - Installé (n=59) | 3 (5%) | 2(3%) | 0 | 54 (92%) | 0.34 |
| - Remplaçant (n=4) | 0 | 1 (25 %) | | 3 (75%) | |
| <u>Sensibilisation ant.</u> | | | | | |
| - Oui (n=35) | 2 (6%) | 3 (9%) | 0 | 30 (86%) | 0.43 |
| - Non (n=28) | 1 (4%) | 0 (0%) | | 27 (96%) | |
| <u>Aborder la question</u> | | | | | |
| - Jamais (n=4) | 2 (50%) | 1 (25%) | | 1 (25%) | 0.014 |
| - Parfois (n=55) | 1 (2%) | 2 (4%) | 0 | 52 (95%) | |
| - Souvent (n=3) | 0 | 0 | | 3 (100%) | |
| - Toujours (n=1) | 0 | 0 | | 1(100%) | |
| - Obstacles à aborder le sujet (n=51) | 3 (6%) | 2(4%) | 0 | 46 (90%) | 0.73 |
| - Aucun obstacle mentionné dès 1er et 2nd choix (n=12) | 0 | 1 (8%) | | 11 (92%) | |
| <u>Affiche</u> | | | | | |
| - oui (n=18) | 1 (6%) | 0 | 0 | 17 (94%) | 0.80 |
| - non (n=45) | 2(4 %) | 3 (7%) | | 40 (89%) | |
| <u>3919</u> | | | | | |
| - Connu avant le Grenelle (n=15) | 1 (7%) | 0 | | 14 (93%) | 0.68 |
| - Connu depuis le Grenelle (n=18) | 1 (6%) | 2 (11%) | 0 | 15 (83%) | |
| - Pas connu (n=30) | 1 (3%) | 1 (3%) | | 28 (93%) | |
| <u>Attentif aux signes</u> | | | | | |
| - Avant le Grenelle | 1 (3%) | 1 (3%) | 0 | 30 (94%) | 0.48 |
| - Depuis le grenelle | 1 (7%) | 0 | | 14 (93%) | |
| - Pas plus attentif | 1 (6%) | 2 (13%) | | 13 (81%) | |

RESUME

Introduction :

Les violences conjugales constituent un problème majeur de santé publique. Chaque année, 10 % des femmes en sont victimes, une femme en décède tous les 3 jours. Le médecin généraliste a un rôle essentiel de dépistage. Le gouvernement a organisé un Grenelle contre les violences conjugales. L'objectif de cette thèse était d'étudier les pratiques de dépistage du médecin généraliste samarien et l'impact du Grenelle sur celles-ci.

Méthode :

Une enquête quantitative, descriptive a été réalisée du 8 octobre 2019 au 16 janvier 2020 auprès des médecins généralistes samariens questionnés par mail, via le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, le département de médecine générale et mon réseau professionnel.

Résultats :

111 réponses étaient exploitables. Les médecins abordent principalement le sujet avec leurs patientes si demande de leur part et/ou signes de suspicion. Le dépistage systématique se développe. Une affiche informative chez 25 % des médecins facilite le dépistage. Ceux n'en ayant pas sont prêts à y remédier. Le Grenelle a permis à 31 % des médecins de connaître le « 3919 » et à 27 % de devenir attentifs aux signes évocateurs de violences conjugales. Jusqu'alors, 49 % des médecins n'avaient reçu aucune information sur le sujet et 86 % en sont demandeurs.

Conclusion :

Le médecin généraliste samarien est davantage attentif aux signes évocateurs de violences conjugales à l'issue du Grenelle. Il apparaît un besoin persistant de formation et de sensibilisation des médecins. Le dépistage systématique se développe et la publication des nouvelles recommandations 2019 de la HAS pourrait renforcer cette pratique.

Mots clés : violence conjugale, médecine générale, médecine--pratique--évaluation, politique sanitaire, relations médecin patient.

ABSTRACT

Introduction :

Domestic violence is recognized as a priority public health problem. Each year, 10% of women are victims and every 3 days, a woman dies. The general practitioner (GP) has an essential screening role. The government has organized a Grenelle against domestic violence. This survey aims to study the screening practices of the Somme's GPs and the effect of the Grenelle on them.

Methods :

A quantitative, descriptive survey was carried out from 8th October 2019 to 16th January 2020. An email containing an online questionnaire was sent to the Somme's GPs by the Departmental Council of the Physicians' Association, then by the Department of GP and my professional relations.

Results :

111 answers were obtained. The majority of respondents ask women if doubts or request but systematic screening is developing. The use of poster in waiting room for 25% of the respondents make easier screening. Those who do not are ready to remedy it. 31% of GPs know the “3919” thanks to the Grenelle and 27% became attentive to the suggestive signs of domestic violence. Until then, 49% of GPs had not received any information about domestic violence and 86% ask for it.

Conclusion :

The Somme's GPs are more attentive to the domestic violence signs after the Grenelle. The GPs still need training and awareness. Systematic screening is developing and the publication of the new French National Authority for Health recommendations could improve this trend.

Keywords : domestic violence, general practice, medicine--practice--evaluation, health policy, physician-patient relations

RESUME DE LA THESE :

Titre : Le médecin généraliste samarien et les violences conjugales : étude des pratiques de dépistage et influence du Grenelle.

Introduction : Les violences conjugales constituent un problème majeur de santé publique. Chaque année, 10 % des femmes en sont victimes, une femme en décède tous les 3 jours. Le médecin généraliste a un rôle essentiel de dépistage. Le gouvernement a organisé un Grenelle contre les violences conjugales. L'objectif de cette thèse était d'étudier les pratiques de dépistage du médecin généraliste samarien et l'impact du Grenelle sur celles-ci.

Méthode : Une enquête quantitative, descriptive a été réalisée du 8 octobre 2019 au 16 janvier 2020 auprès des médecins généralistes samariens questionnés par mail, via le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, le département de médecine générale et mon réseau professionnel.

Résultats : 111 réponses étaient exploitables. Les médecins abordent principalement le sujet avec leurs patientes si demande de leur part et/ou signes de suspicion. Le dépistage systématique se développe. Une affiche informative chez 25 % des médecins facilite le dépistage. Ceux n'en ayant pas sont prêts à y remédier. Le Grenelle a permis à 31 % des médecins de connaître le « 3919 » et à 27 % de devenir attentifs aux signes évocateurs de violences conjugales. Jusqu'alors, 49 % des médecins n'avaient reçu aucune information sur le sujet et 86 % en sont demandeurs.

Conclusion : Le médecin généraliste samarien est davantage attentif aux signes évocateurs de violences conjugales à l'issue du Grenelle. Il apparaît un besoin persistant de formation et de sensibilisation des médecins. Le dépistage systématique se développe et la publication des nouvelles recommandations 2019 de la HAS pourrait renforcer cette pratique.

Mots clés : violence conjugale, médecine générale, médecine--pratique--évaluation, politique sanitaire, relations médecin patient

ABSTRACT :

Title : The Somme's general practitioner and domestic violence: a study of screening practices and the effect of the Grenelle.

Introduction : Domestic violence is recognized as a priority public health problem. Each year, 10% of women are victims and every 3 days, a woman dies. The general practitioner (GP) has an essential screening role. The government has organized a Grenelle against domestic violence. This survey aims to study the screening practices of the Somme's GPs and the effect of the Grenelle on them.

Methods : A quantitative, descriptive survey was carried out from 8th October 2019 to 16th January 2020. An email containing an online questionnaire was sent to the Somme's GPs by the Departmental Council of the Physicians' Association, then by the Department of GP and my professional relations.

Results : 111 answers were obtained. The majority of respondents ask women if doubts or request but systematic screening is developing. The use of poster in waiting room for 25% of the respondents make easier screening. Those who do not are ready to remedy it. 31% of GPs know the "3919" thanks to the Grenelle and 27% became attentive to the suggestive signs of domestic violence. Until then, 49% of GPs had not received any information about domestic violence and 86% ask for it.

Conclusion : The Somme's GPs are more attentive to the domestic violence signs after the Grenelle. The GPs still need training and awareness. Systematic screening is developing and the publication of the new French National Authority for Health recommendations could improve this trend.

Keywords: domestic violence, general practice, medicine--practice--evaluation, health policy, physician-patient relations