



HAL
open science

Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes

Claudie Roger

► **To cite this version:**

Claudie Roger. Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03185581

HAL Id: dumas-03185581

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03185581>

Submitted on 30 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les
médecins généralistes.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 26 Mars 2021

Par Madame Claudie ROGER

Née le 18 juillet 1987 à Saint-Priest (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Assesseur
Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) TUCHTAN Lucile	Assesseur
Monsieur le Docteur SOCRIER CHATHUANT Mehdi-Lionel	Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les
médecins généralistes.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 26 Mars 2021

Par Madame Claudie ROGER

Née le 18 juillet 1987 à Saint-Priest (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Assesseur
Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) TUCHTAN Lucile	Assesseur
Monsieur le Docteur SOCRIER CHATHUANT Mehdi-Lionel	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

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

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

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

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

Remerciements

En ce jour si particulier, aboutissement de nombreuses années d'apprentissage, de bonheur et parfois aussi de franches galères, je tiens à remercier ceux qui m'ont aidé et ont contribué à faire de moi celle que je suis aujourd'hui :

- Au Dr SOCRIER-CHATHUANT Mehdi Lionel, qui malgré les difficultés m'a apporté son soutien, son aide et son expertise
- Aux membres de mon jury, qui me font l'honneur d'être présents pour m'écouter, me juger et m'accueillir dans cette grande famille des médecins

A mes professeurs

- Au Dr ICARD Marie-Claude, la première chef de service de ma jeune carrière, qui m'a appris l'art de la relation médecin-patient, avec une grande humanité
- Au Pr BERBIS pour sa bienveillance lorsque j'ai été dans la tourmente
- Au Dr BEAUJARD pour sa disponibilité
- AU Dr MARTEL qui m'a fait découvrir et aimer la vraie médecine de famille

A mes proches

- A Noreyni, ma plus grande fierté et mon plus grand bonheur
- A mes parents, même si tous les mots de la langue française ne suffiraient pas à raconter tout ce qu'ils ont fait pour moi
- A Antoine mon frère, on va pouvoir les faire ces week-ends jeux maintenant
- A Mody pour ton sourire et nos pas de danses endiablés
- A Irene pour ton soutien et ton amitié

SOMMAIRE

l) Introduction	5
1) Définition des violences conjugales	5
2) Les différents types de violences conjugales	5
a) Les violences verbales et psychologiques	5
b) Les violences physiques	6
c) Les violences sexuelles	6
d) Les violences économiques et administratives	6
3) Les cycles de la violence conjugale	7
a) Phase 1 : le climat de tension	7
b) Phase 2 : l'explosion de la colère.....	7
c) Phase 3 : les justifications.....	7
d) Phase 4 : la lune de miel ou rémission	7
4) Les différents intervenants	8
a) La police/gendarmerie.....	8
b) Les associations d'aide aux victimes.....	8
c) Les services sociaux	9
d) Les psychologues/psychiatres	9
e) Les avocats.....	9
f) Le médecin de recours.....	10
5) La loi et l'action publique en matière de violences conjugales	10
a) Le Grenelle des violences conjugales	10
b) La loi du 30 juillet 2020 (14)	12
6) Le retentissement socio-économique des violences conjugales	12

a)	L'ENVEFF (15) : L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France	
	12	
b)	Le programme européen DAPHNE III	13
7)	Objectifs de l'étude	14
II)	Matériel et méthodes	16
1)	Le type d'étude et d'échantillonnage	16
2)	Le recueil des données	16
3)	L'analyse des données.....	17
a)	Les tris à plat.....	17
b)	Les tris croisés.....	17
c)	Le test du Chi 2	18
III)	Résultats	19
1)	Caractéristiques de l'échantillon.....	19
a)	Le sexe	19
b)	L'âge.....	19
c)	Le type d'exercice	19
d)	Le statut vis-à-vis de la thèse.....	20
e)	Formation reçue en matière de violences conjugales.....	20
2)	Le dépistage des victimes de violences conjugales.....	21
a)	Données épidémiologiques	21
b)	Le dépistage.....	21
c)	Les types de violences	22
d)	Les difficultés au dépistage.....	22
3)	Le médecin face aux victimes de violence conjugales	23
a)	Le déroulé de la consultation	23
b)	A qui adresser et quand ?.....	24

4)	La formation des médecins en matière de violences conjugales	26
a)	La perception de la formation en matière de violences conjugales	26
b)	Les manques exprimés en matière de violences conjugales.....	27
c)	La conduite à tenir en cas de danger imminent.....	29
d)	L'évaluation de l'ITT (incapacité temporaire totale).....	29
e)	L'influence de la formation complémentaire.....	29
f)	La volonté de formation complémentaire	31
IV)	Discussion.....	33
1)	Les limites de l'étude.....	33
a)	Biais de sélection	33
b)	Biais d'interprétation.....	34
2)	Les lacunes dans la formation actuelle	34
a)	Les obstacles au dépistage	34
b)	Les difficultés d'adressage.....	36
c)	Les aspects médico-légaux	38
3)	Les modalités d'hébergement.....	42
4)	Les modalités de formation actuelles et futures	42
a)	La formation initiale.....	42
b)	La formation continue	44
5)	Les solutions à proposer aux victimes.....	44
a)	Protocole de mise en sécurité	44
b)	La prise en charge du psychotraumatisme.....	47
	Conclusion	50
	Bibliographie	52
	Abréviations	56
	Annexes	57

Annexe 1 : Questionnaire	57
Annexe 2 : Questionnaire WAST.....	65
Annexe 3 : Modèle de document de signalement	66

I) Introduction

1) Définition des violences conjugales

Les violences intra familiales, dont celles conjugales, sont un réel fléau. Elles ont en effet un impact médico-socio-économique sur la vie des victimes d'un point de vue individuel, mais aussi socio-économique global.

Par définition, la violence conjugale est un processus au cours duquel un individu impose, par la force ou la contrainte, une relation de domination sur sa ou son partenaire. Celle-ci est majoritairement exercée par l'homme sur la femme dans 90 à 95% des cas. (1) (2)

L'OMS estime au niveau mondial, qu'au cours de sa vie, une femme sur trois sera victime de violences conjugales. (3) Ce même organisme définit alors les violences faites aux femmes comme « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » (1)

L'enquête « contexte de la sexualité en France » (4) nous apprend de fait qu'en 2008 seulement 8% des femmes victimes de violence sexuelle conjugale en ont parlé à leur médecin traitant. Sous couvert du « devoir conjugal », c'est ainsi le type de violence conjugale dont elles parlent le moins.

Néanmoins, il est important de préciser que même si les femmes en sont les principales victimes, nous n'oublions absolument pas que de nombreux hommes en sont également victimes, que ceux-ci soient dans des couples hétéro ou homosexuels. (5)

2) Les différents types de violences conjugales

Ils existent plusieurs types de violences imbriquées les unes aux autres.

a) Les violences verbales et psychologiques

Ce type de violence représente les violences les plus courantes. Elles installent la relation d'emprise(6). Elles sont autant voire plus destructrices que les violences physiques par un processus de destruction de l'estime de soi. Le « père de la victimologie française », Gérard

LOPEZ, décrit ce phénomène (7) comme du vampirisme, car les victimes qu'il reçoit se décrivent comme des coquilles totalement « vidées de leur substance ».

Elles sont constituées de plusieurs versants :

- Le contrôle de la vie de la victime : finances, sorties, loisirs, sentiments et opinions de la victime
- L'isolement de la victime, le conjoint violent limitant progressivement les contacts de la victime avec famille, ami et travail
- La jalousie pathologique
- Les humiliations
- La dévalorisation constante et le dénigrement permettant une destruction de l'estime de soi
- Le harcèlement qui ne laisse aucun répit à la victime pour prendre du recul sur la situation

b) Les violences physiques

Elles viennent généralement se surajouter aux violences verbales et psychologiques qui ont détruit l'estime de soi et les capacités de résistance de la victime. Ces violences vont de la claque jusqu'au décès de la victime. Ce sont les coups, les bousculades, les étranglements et les violences avec arme (blanche ou à feu).

Elles évoluent le plus souvent sur un mode d'escalade, notamment lorsque la victime résiste ou tente d'échapper au contrôle de son conjoint.

c) Les violences sexuelles

On retrouve également dans ce type de violence, les conduites sexuelles à risque, les positions sexuelles dégradantes, les insultes, les actes non désirés et le viol entre conjoints. Les avortements forcés sont également des violences sexuelles.

Le viol entre conjoints est reconnu depuis la loi du 4 avril 2006 et, déjà avant cela, la décision de la chambre criminelle de la cour de cassation du 5 septembre 1990 reconnaissait pour la première fois le crime de viol entre époux. (8)

d) Les violences économiques et administratives

Le fait de cacher ou d'empêcher l'accès à des documents administratifs fait partie de ce type de violence, notamment des papiers d'identité, des relevés bancaires, des avis d'imposition. De même, empêcher son conjoint d'avoir un compte bancaire, de travailler pour avoir une indépendance financière constitue une violence socio-administrative. Le but étant ici pour le conjoint violent d'accentuer son emprise et la dépendance de la victime afin d'empêcher la victime de quitter le domicile.

3) Les cycles de la violence conjugale

Il est admis, depuis la fin des années 70, d'après les travaux de Lenore WALKER (9), que les violences conjugales évoluent par cycle, en 4 phases :

a) Phase 1 : le climat de tension

Dans la première phase, l'agresseur fait monter la pression par des insultes, des regards et des menaces.

La victime, elle, marche sur des œufs et essaie de contenir les excès de son conjoint tandis que la domination s'installe.

b) Phase 2 : l'explosion de la colère

La violence explose, sous un ou plusieurs modes. C'est souvent à ce moment que les drames surviennent. Sous couvert de « perdre le contrôle de lui-même », le conjoint violent prend le contrôle de la situation.

La victime culpabilise, est humiliée et détruite intérieurement.

c) Phase 3 : les justifications

L'agresseur se justifie et renverse sa faute sur sa victime. Il minimise ses agissements.

De fait, la victime endosse la responsabilité de l'accès de violence et doute.

d) Phase 4 : la lune de miel ou rémission

C'est la phase de reconquête. Le conjoint violent demande pardon, promet des changements et peut parfois faire du chantage au suicide. Il offre des cadeaux et s'investit

dans la vie familiale. En somme, il devient le conjoint idéal pour que la victime retrouve la personne qu'elle a aimée.

La victime espère et pardonne.

Néanmoins, cela ne dure qu'un temps et bientôt la phase de tension revient. Cette lune de miel devient de plus en plus courte. Les violences sont alors de plus en plus importantes.

C'est une spirale infernale dans laquelle la victime se perd.

4) Les différents intervenants

a) La police/gendarmerie

Ce sont probablement les intervenants immédiats les plus connus. Ils ne peuvent théoriquement pas refuser le dépôt d'une plainte, même en l'absence de certificat médical initial (CMI). Ils doivent alors informer la présumée victime de violences conjugales qu'elle peut bénéficier d'une ordonnance de protection qui sera prononcée par le JAF (juge aux affaires familiales).

b) Les associations d'aide aux victimes

Elles accueillent à court et moyen terme les victimes de violences conjugales et pratiquent à une évaluation de leurs besoins. Elles accompagnent également les victimes dans leurs démarches sociales et judiciaires. Elles travaillent avec les services publics. En cas d'urgence, elles peuvent adresser vers un CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) pour un hébergement d'urgence, avec ou sans enfant.

Il en existe plusieurs types :

- Les associations généralistes, non spécialisées dans les violences familiales, telles que celles adhérant à l'INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation) (10). Un numéro d'aide aux victimes gratuit 7 jours sur 7 qui est le 116 006 y est par exemple associé.
- Les associations spécialisées dans les violences faites aux femmes et les associations féministes : la Fédération Nationale Solidarité Femmes, Violence femmes info service, dont le numéro anonyme et gratuit est désormais largement connu : le 3919 (11). C'est un regroupement de 77 associations (par exemple : SOS femmes 13 à

Marseille), incluant également le collectif féministe contre le viol (pour les viols intra ou extra familiaux), le CNIDFF (Centre national d'information des droits des femmes et de la famille).

c) Les services sociaux

Ils jouent un rôle fondamental dans la prise en charge des victimes de violences conjugales, notamment les assistants sociaux. Ils sont en théorie faciles d'accès et présents sur tout le territoire. Ils peuvent intervenir à tout moment ; c'est-à-dire aussi bien à court terme qu'à moyen ou long terme.

d) Les psychologues/psychiatres

Ce sont des intervenants très importants notamment dans le soutien et la reconstruction des victimes. Le psychologue est vu le plus souvent à court terme pour la victime dans un but d'évaluation, ainsi que pour le prévenu dans le cadre du début d'une procédure judiciaire, notamment pour évaluer une éventuelle dangerosité criminologique, autre que la dangerosité psychiatrique intéressant aussi le parquet judiciaire ; sans bien sûr oublier le débat sur la possible évaluation et ses moyens d'un risque de récidive, notamment par l'utilisation parfois d'échelles actuarielles dont l'utilisation demeure contestée dans le cadre immédiat de l'urgence.

Le psychiatre peut à son tour être sollicité à tout moment, pour une évaluation psychiatrique médicale ou expertale ; ou une prescription médicamenteuse faisant suite au psychotraumatisme. On notera que la victime se tourne parfois vers un psychiatre plutôt qu'un psychologue dans le cadre d'une facilité de remboursement par la sécurité sociale.

Nous observerons qu'une dépression réactionnelle est décrite au DSM-V comme une dépression consécutive à un psychotraumatisme pouvant être lié par exemple à un deuil, la maladie, une agression, un accident ou autre. Elle se dénote de la dépression non réactionnelle par ses troubles mnésiques portant notamment beaucoup, mais pas seulement, sur les noms propres et sur les difficultés de réalisation de plusieurs tâches de façon simultanée.

e) Les avocats

De nombreux barreaux établissent des listes d'avocats spécialisés dans les violences conjugales et pouvant intervenir à toute étape. Ces conseils juridiques peuvent aider les victimes dans leur parcours judiciaire et pour la demande d'ordonnances de protection. Ils peuvent également aiguiller vers la CIVI (commission d'indemnisation des victimes d'infraction), ne nécessitant pas le recours à une juridiction quelconque (12) (13).

f) Le médecin de recours

C'est un médecin formé spécifiquement à la réparation juridique du dommage corporel dont l'examen est sanctionné par la réussite au Diplôme Universitaire (DU) homonyme ; ou encore à un DU équivalent de type Psychiatrie Légale, Victimologie et/ou Criminologie. Ce médecin dit de recours intervient dans le cadre privé à la demande de la victime ou de son avocat aussi bien à court qu'à moyen terme. Il fait de la réévaluation clinique pour objectiver un éventuel état antérieur du patient, réviser l'ITT (incapacité temporaire totale, anciennement Incapacité Totale de Travail) si indiqué et évalue les préjudices déjà prévisibles selon la classification dite de Dintilhac. Il aide ainsi à déterminer si la CIVI peut être saisie à partir d'une ITT supérieure ou égale à 30 jours.

Il peut, pour ce faire, avoir à se déplacer au domicile de la victime car le principe voudrait que l'indemnisation retenue à terme par la justice serait supposée permettre à cette victime de vivre à nouveau dans son domicile en y apportant les modifications et adaptations nécessaires ; faisant pleinement partie des postes de préjudice indemnisables.

Ces médecins de recours sont ainsi très peu nombreux. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la justice préférerait que les médecins dits experts préservent leur indépendance vis-à-vis du privé ou des assurances et découragent alors ces médecins experts à travailler parallèlement à leur activité judiciaire dans le domaine privé comme médecin de recours.

5) La loi et l'action publique en matière de violences conjugales

a) Le Grenelle des violences conjugales

Le 03/09/19, comme un « hommage » au numéro de téléphone 3919, s'est ouverte une large concertation sur les violences conjugales, qui s'est terminée le 25 novembre 2019 qui représente la journée internationale des violences faites aux femmes. Les discussions se sont tenues entre les différents acteurs intervenant dans le domaine des violences

conjugales : membres du gouvernement et élus locaux, associations, victimes et leurs proches ainsi que les professionnels de santé.

Trois thématiques étaient abordées :

- Prévenir les violences
- Protéger les victimes
- Punir les auteurs

Le jour de l'ouverture des débats, le gouvernement annonçait 10 mesures (10) :

- 1 000 nouvelles places d'hébergement d'urgence et de logement
- Accès des femmes victimes de violences à la garantie Visale pour trouver un logement plus facilement
- Création d'une plateforme de géolocalisation des places d'hébergement disponibles
- Mise en place d'un bracelet anti-rapprochement pour les auteurs de violences
- Lancement d'un audit de 400 commissariats et gendarmeries pour détecter les dysfonctionnements et y remédier
- Mise en place d'une grille d'évaluation du danger dans tous les services de police
- Généralisation de la possibilité de déposer plainte dans les hôpitaux
- Suite à chaque féminicide, mise en place d'un retour d'expérience au niveau local avec les professionnels concernés (police, gendarmerie, justice, travailleurs sociaux, médecins, etc...)
- Possibilité de suspendre ou aménager l'autorité parentale directement par le juge pénal
- En cas de féminicide, suspension de l'autorité parentale de plein droit dès la phase d'enquête ou d'instruction

A la suite des débats de ce Grenelle, une trentaine de mesures ont été prises, dont certaines concernent directement notre sujet.

En premier lieu, l'une des mesures visait à assouplir le secret médical en cas de danger immédiat et nous y reviendrons plus en détail par la suite.

Une mission d'intérêt général, la MIPROF a mis à disposition des professionnels de santé, des outils permettant l'évaluation de la dangerosité et l'orientation. On remarquera néanmoins que ces « kits » sont à destination des gendarmes et policiers, magistrats, travailleurs sociaux, infirmières, chirurgiens-dentistes et urgentistes mais pas des médecins généralistes. Celui pour les violences au sein du couple est le kit dit « Anna », du nom de la victime mise en scène dans le clip vidéo dédié.

Des structures d'accueil pour la prise en charge sanitaire, psychologique et sociale des victimes de violences conjugales devaient être mises en place en 2020 mais cette mise en place a été retardée en raison de la crise sanitaire de Covid-19.

Une autre mesure est l'élargissement du centre d'appel 3919, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Sur le plan des forces de l'ordre, un module de formation de 8 heures a été mis en place dans la formation des jeunes gendarmes ; et un document d'aide doit désormais être remis à chaque victime venant déposer plainte pour violences conjugales.

b) La loi du 30 juillet 2020 (14)

Cette loi découle des dispositions prises lors du Grenelle des violences conjugales. En effet, elle permet la levée du secret médical en modifiant l'article 226-14 3° du code pénal :
« 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 relevant de l'article 132-80 du présent code, 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 ».

6) Le retentissement socio-économique des violences conjugales

a) L'ENVEFF (15) : L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

C'est la première étude statistique réalisée en France dans le domaine des violences faites aux femmes, quels qu'en soient l'auteur et le lieu. Elle a été réalisée en 2000 par appels téléphoniques sur un échantillon représentatif de 6970 femmes, âgées de 20 à 59 ans, ne vivant pas en institution. Le but de l'enquête était de faire un état des lieux des violences envers les femmes en analysant de nombreuses données socio-économiques : lieu de résidence, famille, classe socio-éducative, culture, etc... Pour le chapitre consacré aux violences conjugales, seules les femmes ayant été en couple au cours des 12 derniers mois ont été retenues, quelle que soit alors leur situation conjugale.

+

Cette étude a mis en évidence que le couple est le « lieu » où les femmes ont le plus de risque d'être victimes de violence, même en ne vivant pas sous le même toit.

Cette étude a défini un « indice global de violence conjugale » permettant de prendre en compte tous les types de violence. Il a été mesuré qu'une femme sur 10 est ou a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois ; de même que 3 femmes sur 10 chez les femmes récemment séparées ou divorcées.

L'enquête révélait que 37% des femmes interrogées ont été victimes de violences psychologiques et 24,2% de violences psychologiques répétées. Ce nombre atteignait 59% pour les femmes n'étant plus en couple. Les violences verbales étaient, elles, présentes chez 4,3% des femmes interrogées ; et 2.5% pour les violences physiques.

Les violences sexuelles étaient retrouvées chez 1% et on notait que deux tiers de ces femmes en parlaient pour la première fois.

b) Le programme européen DAPHNE III

C'est un projet européen, mené par des équipes de 4 pays (France, Espagne, Danemark et Hongrie) entre 2007 et 2013, dont l'objectif était d'évaluer le coût humain et économique des violences conjugales pour la société dans les 25 pays de l'Union Européenne.

Des données pour la France ont été publiées par l'équipe Psytel (16). Celle-ci a choisi de mesurer les coûts selon la méthode développée par Marcel BOITEUX, lors d'une étude sur les coûts indirects en matière de sécurité routière qui montrait qu'en moyenne la valeur de la vie humaine représentait 125 fois le produit intérieur brut (PIB) par habitant. Le

Commissariat général au Plan proposait sur ce modèle une valeur unique de la vie humaine à

1,125 millions d'euros en 2006 (1million d'euros en 2000) et ceci a été le montant retenu dans cette étude.

En France, le coût global des violences conjugales (en 2005 -2006) s'élevait à 2 472 millions d'euros par an.

Le plus important poste de dépense était la perte de production qui représentait près de la moitié des dépenses totales (1 099 millions soit 44.5%) due à l'absentéisme (778 millions soit 30% des dépenses) et les décès (221millions). Les coûts pour le système de soin s'élevaient à 483 millions, soit 19.5%. On notait 2 autres postes de dépense : le secteur médico-social et judiciaire (14%) ; ainsi que les pertes de qualité de vie (20%) (viols et blessures graves, y compris décès).

Ces deux études montraient bien à quel point les violences conjugales représentaient un problème de santé publique nous concernant tous, tout milieu confondu et à tout âge.

Nous, médecins généralistes, sommes des interlocuteurs privilégiés dans les problèmes médico-psychologiques de nos patients. Néanmoins, le thème des violences conjugales paraît a priori peu abordé lors de la formation initiale en médecine générale.

Il apparaissait dès lors important, par le biais de cette thèse, de pouvoir objectiver et comprendre les éventuelles limites des médecins généralistes en France dans le dépistage systématique lors des consultations de médecine générale en termes de violences conjugales, ainsi que dans l'orientation proposée aux sujets victimes présumées ; ainsi que de pouvoir évaluer comment le cas échéant nous améliorer.

7) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude, a été :

Evaluer le niveau de connaissances des médecins généralistes en France concernant la prise en charge et l'orientation des victimes de violences conjugales.

Notre étude a aussi présenté comme objectifs secondaires :

- Connaitre le type de violence le plus répandu
- Connaitre les pratiques en matière de dépistage et prise en charge des victimes de violences conjugales
- Recenser les freins au dépistage systématique
- Mesurer la perception du niveau de formation dans la prise en charge des victimes de violences conjugales et l'intérêt porté à une formation sur ce sujet.

II) Matériel et méthodes

1) Le type d'étude et d'échantillonnage

Le choix de ce type d'étude s'est imposé car nous avons cherché à mesurer les difficultés des médecins généralistes face aux violences conjugales, l'impact des formations sur leur prise en charge et quantifier les besoins de formation (17).

Nous avons ainsi réalisé **une étude statistique originale prospective qualitative et quantitative**.

Il existait pour nous, deux types de méthodes d'échantillonnage (18) : l'échantillonnage aléatoire (probabiliste) et l'échantillonnage non aléatoire (empirique). En théorie, en l'absence de biais, seul un échantillonnage aléatoire permettait d'obtenir des résultats représentatifs puisqu'il reposait sur la théorie des probabilités.

Dans notre cas, nous avons utilisé une **méthode d'échantillonnage empirique** car nous ne disposions pas d'une liste exhaustive des caractéristiques de tous les médecins de France.

2) Le recueil des données

Statistiquement, le nombre minimal de répondants a été calculé avec précision, sous contrôle d'un statisticien ayant vérifié le bon suivi du processus statistique tout au long de notre étude. Ce **statisticien contrôleur à chaque étape de notre étude statistique pour validation scientifique objective** de celle-ci a été Monsieur Florian CHAFFORT, titulaire d'un Master 2 de statistique et évoluant dans la société *FC Consulting*.

Au préalable, nous avons ainsi calculé le nombre minimal de répondants afin d'obtenir une **marge d'erreur de 5%**. Ce nombre minimal de répondants était de **384** afin que la puissance de notre étude eût été suffisante (capacité à montrer qu'une différence est statistiquement significative).

Dans un premier temps, le questionnaire a été déployé sur Google Form et a été testé auprès de 5 personnes afin de s'assurer que les questions étaient bien comprises et ceci a permis de tester le masque de saisie, notamment les renvois.

Nous avons diffusé ce questionnaire sur des supports numériques uniquement, notamment par mail via les URPS, les conseils départementaux de l'ordre, le syndicat ReAGJIR, Facebook, des groupes de médecins, d'internes et des groupes dédiés aux thèses.

Ce questionnaire était **anonyme** et prenait en moyenne **8 à 10 minutes**. Il était constitué de **2 parties** : une première partie comportait 18 questions, sur la pratique en matière de violences conjugales, le dépistage, l'orientation et l'accompagnement, sur les formations reçues et le besoin ressenti de formation complémentaire.

Une seconde partie comportait 4 questions concernant l'âge, le sexe, le type d'exercice et le statut des médecins : interne/remplaçant non thésé/Docteur.

Le questionnaire a été lancé pour la première fois le **09 août 2020**. En général, la majorité des réponses a été reçue dans les 24 à 72 heures. Une première relance a été effectuée 5 à 7 jours après le lancement de l'enquête et une deuxième 12 à 14 jours après. La population ciblée a été difficilement mobilisable (très occupée, sollicitée) et c'est la raison pour laquelle d'autres relances ont été effectuées par la suite. Nous avons clôturé le recueil des questionnaires le **09 novembre 2020**.

3) L'analyse des données

Notre analyse des données statistiques a aussi ensuite été vérifiée et contrôlée par le même statisticien cité précédemment.

Avant de commencer le traitement, la base de données a été nettoyée et la fiabilité des réponses a été testée (qualité des réponses données aux réponses ouvertes, cohérence des réponses, etc...).

Les réponses aux questions ouvertes ont parfois été regroupées (par exemple, les différents DIU, FMC et DPC ont été rassemblés en « formation complémentaire »), afin d'avoir des effectifs suffisants pour être pertinents sur le plan statistique.

Par la suite, les données collectées ont fait l'objet de **trois types de traitements statistiques différents** :

a) Les tris à plat

L'analyse brute des données du questionnaire a été réalisée par la méthode des **tris à plat**, représentant une approche unidimensionnelle. Ces tris à plat ont été exposés sous forme de graphiques avec la distribution des observations dans les différentes modalités de réponse à une question.

b) Les tris croisés

Les **tris croisés** ont consisté en une analyse plus poussée et ont permis d'affiner la recherche de relation de deux paramètres. C'est l'analyse dite des tris croisés qui, en mettant en relation les réponses à deux questions, a permis d'affiner l'analyse des résultats. Ils ont été présentés sous forme de tableaux et ont permis de chercher si l'un de ces paramètres avait influé sur un autre.

c) Le test du Chi 2

La significativité statistique des différences a été recherchée par le **test du Chi-deux** afin d'évaluer la dépendance ou l'indépendance entre deux critères.

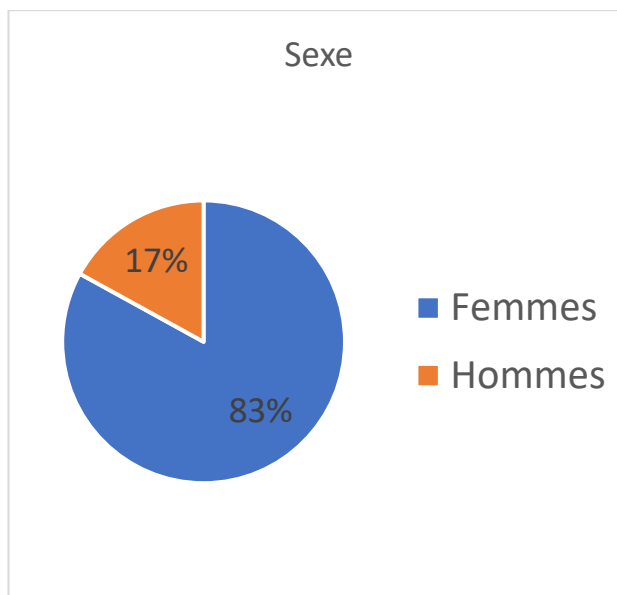
III) Résultats

1) Caractéristiques de l'échantillon

Après nettoyage de la base de données, nous avons obtenu **387 réponses** à notre questionnaire

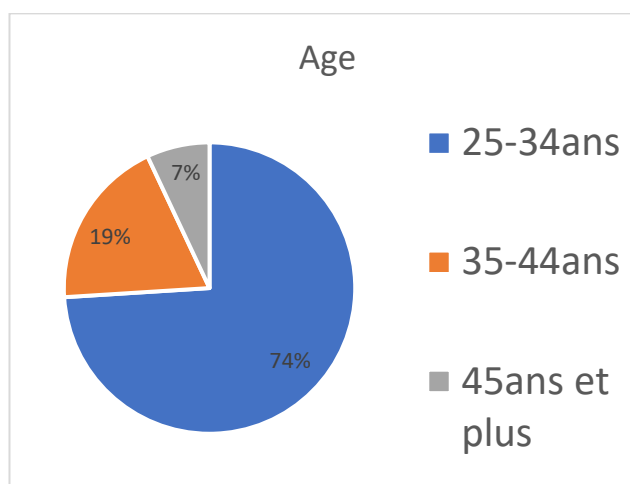
a) Le sexe

Les répondants à notre questionnaire ont été en grande majorité des **femmes : 83%**.



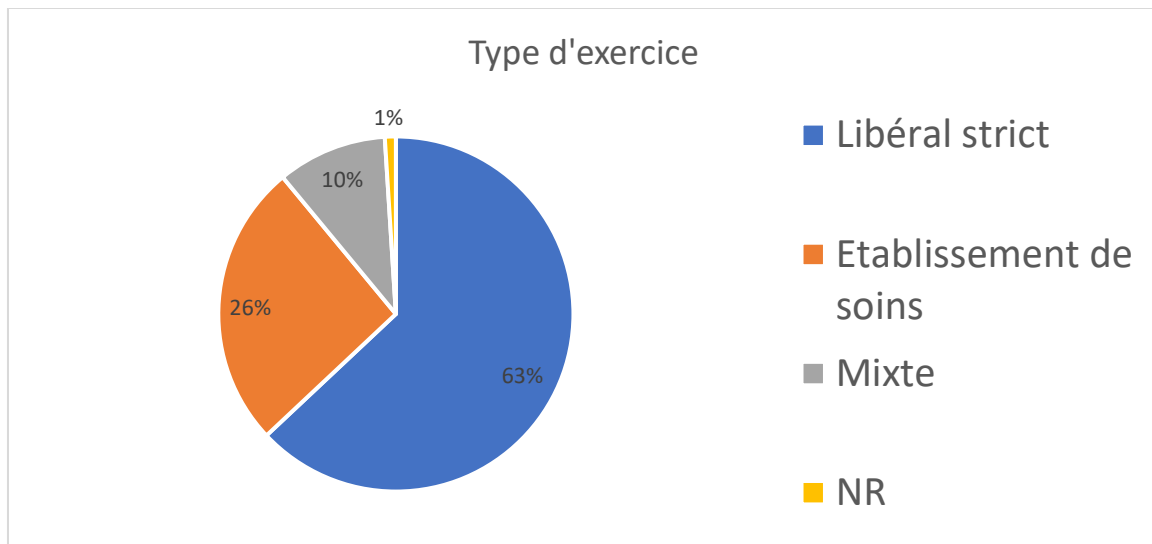
b) L'âge

La répartition de notre échantillon selon l'âge a été également peu égalitaire. Avec $\frac{3}{4}$ des répondants qui avaient entre **25 et 34 ans**, $\frac{1}{5}$ entre 35 et 44ans, et seulement 7% avaient plus de 45ans.



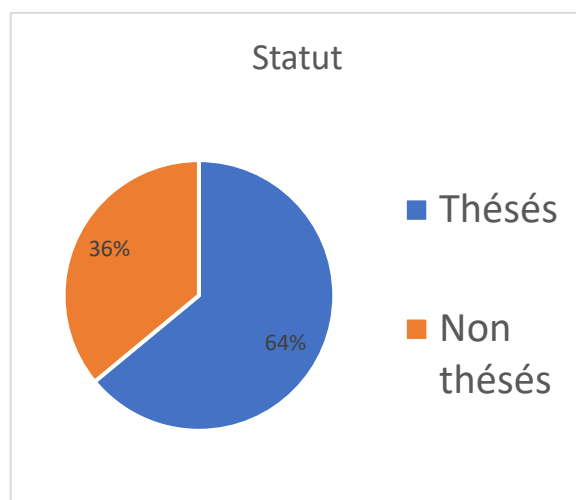
c) Le type d'exercice

La grande majorité des médecins répondants (63%) avait un exercice libéral exclusif comme chez les médecins généralistes de France. Nous avons retrouvé également 26% de médecins hospitaliers et 10% ayant un exercice mixte. Nous avons noté qu'1% n'a pas répondu.



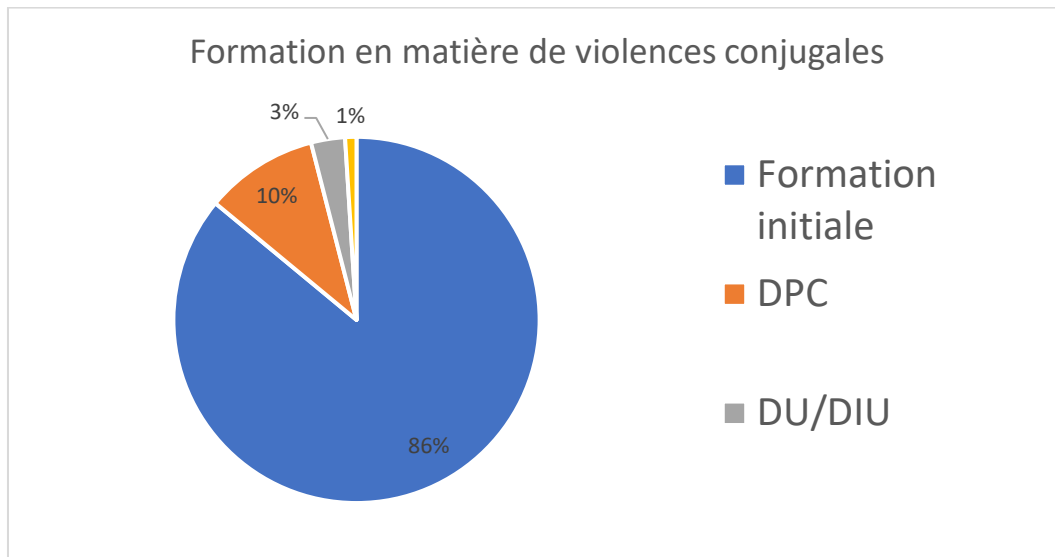
d) Le statut vis-à-vis de la thèse

Nous avons questionné les médecins pour savoir s'ils étaient Docteurs en médecine ou non thésés (regroupement des internes et des remplaçants non thésés), ainsi que l'association à l'âge, pour évaluer leur expérience. Nous avons retrouvé 2/3 de médecins thésés et 1/3 de médecins non thésés.



e) Formation reçue en matière de violences conjugales

Quatre-vingt-six pour cent des médecins ayant participé à notre étude n'avaient pour toute formation sur les violences conjugales que celle reçue lors de leur formation initiale. Quinze pour cent avaient reçu une formation complémentaire, avec la répartition suivante : 10 % de DPC (développement personnel continu), 3% de DU/DIU et 1% ayant validé une capacité de médecine légale.



2) Le dépistage des victimes de violences conjugales

a) Données épidémiologiques

Sur notre population de 387 médecins, 87% avaient déjà reçu une victime de violences conjugales. Nous avons remarqué que ce nombre variait en fonction de l'expérience. En effet, nous avons dénombré 84 % des 25 à 34 ans et 81% des internes ayant été confrontés à une victime de violences conjugales, alors que 96% des 35 à 44ans et 90% des médecins thésés y avaient été confrontés. ($\chi^2 = 7,40$, ddl = 1, 1-p = 99,35%). Il n'y avait en revanche pas eu de différence statistiquement significative en fonction du sexe ($\chi^2 = 0,33$, ddl = 1, 1-p = 43,57%) ou du type d'exercice ($\chi^2 = 0,92$, ddl = 2, 1-p = 36,97%).

b) Le dépistage

Dans deux tiers des cas (67%), le médecin avait su pour les violences du fait que la victime lui en avait parlé spontanément. Dans 27%, le médecin l'avait supposé et avait posé la question.

Le dépistage systématique a été le principal mode de dépistage pour seulement 4% des médecins. L'étude a révélé que 2% des médecins l'avaient découvert par une tierce personne (nous n'avons pas eu de données concernant la tierce personne : enfants, parents, amis ou autres).

Il n'y a pas eu de disparité en fonction du statut ($\chi^2 = 3,61$, ddl = 3, 1-p = 69,27%) ni du mode d'exercice du médecin ($\chi^2 = 5,64$, ddl = 6, 1-p = 53,47%).

Le dépistage systématique a toujours été réalisé dans seulement 6% des cas, souvent dans 24% des cas et jamais dans 17% des cas. Pour 1 médecin sur 2, le dépistage systématique était réalisé parfois ou rarement.

c) Les types de violences

Les violences les plus fréquentes ont été les violences physiques (87%) et les violences verbales (81%). Les violences psychologiques ont été retrouvées dans près d'un cas sur deux (47%). Les violences financières et sexuelles ont été les types de violence les moins fréquentes, respectivement 17% et 15%.

Il n'y a pas eu d'influence des autres paramètres tels que l'âge, le sexe ou le mode d'exercice concernant les types de violences dépistées.

d) Les difficultés au dépistage

Huit médecins sur 10 ont éprouvé des difficultés au dépistage systématique.

On notera que les plus de 45 ans n'éprouvent de difficultés que dans 45% des cas, contre 86% pour les 25 à 34ans. Nous notons que les internes étaient en difficulté dans 81% des cas, parallèlement à 90% chez les Docteurs.

L'obstacle principal était le manque de temps et de disponibilité (41%). Un tiers des médecins était mis en difficulté par le manque de connaissance et de sensibilisation au problème (33%) et par des problèmes logistiques et administratifs (à qui adresser ? manque de réactivité des services de police/justice, comment mettre à l'abri ? etc...).

Nous avons objectivé également dans 21% des cas la présence d'une barrière émotionnelle et personnelle (peur de la réponse). Seulement 8% des médecins interrogés ont dit éprouver des difficultés déontologiques et ou/médico-légales.

3) Le médecin face aux victimes de violence conjugales

a) Le déroulé de la consultation

Nous avons demandé aux médecins comment ils menaient une consultation auprès d'une victime de violences conjugales. Trois axes principaux se sont alors dégagés : Evaluer, Agir et Orienter.

(1) Evaluation

Un tiers des médecins commençait par écouter leur patiente et 9% évaluaient la situation dans sa globalité (contexte, type de violence, attente de la victime etc...). Les autres réponses données ont concerné l'instauration d'une bonne relation médecin-patient (liberté de parole, confiance...).

(2) Action

Le plus grand nombre de réponses à cette question ouverte sur l'intervention du médecin lors d'une consultation avec une victime de violences conjugales a concerné les actions.

En premier lieu, la rédaction du CMI a été citée par 32% des médecins.

De nombreux médecins (12%) présentaient à la patiente un certain nombre d'informations, concernant la loi, les droits des victimes, les cycles de la violence et enfin confirmaient que la situation n'était pas normale. Un médecin sur 6 encourageait également la présumée victime à porter plainte.

Un médecin sur 10 recherchait des solutions concernant notamment la mise en sécurité des patients.

Enfin, 12 % des médecins proposaient un accompagnement de la victime.

(3) Orientation

Près d'un médecin sur 2 (47%) orientait ses patients vers des structures adaptées (notamment associations et services sociaux) ; soit en les adressant directement (26%) soit en leur communiquant les coordonnées de ces structures.

Par ailleurs, lorsque l'on posait directement la question de savoir s'il fallait oui ou non orienter la victime vers un autre professionnel, 82 % des répondants estimaient que cela

était nécessaire. Ce résultat était peu ou prou influencé par la formation des médecins. En effet, 72% des médecins ayant reçu une formation complémentaire orientaient vers un autre professionnel, tandis que ceux n'ayant pas reçu de formation complémentaire orientaient encore plus souvent dans 82 % des cas ($\chi^2 = 3,22$, ddl = 1, 1-p = 92,72%) Les raisons évoquées par les médecins qui n'orientaient pas les victimes vers d'autres professionnels étaient pour un quart de ces médecins le manque de compétences nécessaires pour optimiser la gestion de cette situation médicale.

b) A qui adresser et quand ?

Nous avons recherché quels étaient les principaux professionnels à qui les médecins adressaient les victimes et dans quel délai.

(1) Les services de police/gendarmerie

Neuf médecins sur 10 estimaient qu'il fallait adresser leurs patients aux services de police et gendarmerie dans un délai court et 8% à moyen terme. Seulement 7 médecins sur 387 ont estimé qu'ils n'avaient pas à adresser leurs patients vers ces services ou alors dans un délai lointain.

(2) Les associations d'aide aux victimes

Deux médecins sur trois estimaient qu'il fallait adresser leurs patients victimes de violences conjugales vers les associations à court terme et un quart à moyen terme. Quatre pour cent estimaient qu'il fallait adresser à long terme et 1 % qu'ils n'avaient pas à le faire.

(3) Les UMJ (unités médico-judiciaires)

Un médecin sur deux adressait les victimes de violences conjugales à une UMJ à court terme. Parmi les autres médecins, les réponses étaient plus partagées. En effet, il y avait autant de médecins (15%) à estimer qu'il fallait adresser à moyen terme, ne pas adresser ou à ne pas savoir.

(4) Les psychologues

Presque tous les médecins estimaient que les psychologues étaient des intervenants à considérer dans les violences conjugales (99%) ; comme à court terme pour la moitié de nos répondants et à long terme pour 39% d'entre eux.

(5) Les travailleurs sociaux

La place des travailleurs sociaux a plus divisé nos médecins répondants : 38% estimaient qu'ils devaient orienter leurs patients vers les services sociaux à court terme et 30% à moyen terme. Six pour cent estimaient que la place des travailleurs sociaux intervenait à distance et orientaient à long terme. Enfin 14% des médecins estimaient qu'ils n'avaient pas à leur adresser leurs victimes et 15% ne savaient pas.

(6) Les médecins de recours

L'étude nous a montré que la place du médecin de recours demeurait mal définie. En effet, un tiers des médecins ne savait pas s'il fallait orienter vers un médecin de recours ou quand. Un deuxième tiers pensait qu'il ne fallait pas orienter vers ce médecin. Le dernier tiers pensait qu'il fallait orienter mais le moment d'intervention faisait débat. Dix-sept pour cent pensaient que c'était un intervenant à court terme, 16 % à moyen terme et 4 % à long terme.

(7) Autres intervenants

Nous avons laissé par cet item, une place à d'autres intervenants, comme notamment les avocats. Un médecin sur 2 ne savait que répondre et un tiers estimait ne pas avoir à faire intervenir un autre professionnel que ceux cités précédemment. Parmi les 22 % de médecins qui envisageaient le recours à un autre professionnel, 12 % le faisaient intervenir à moyen terme.

Par la suite, une question a été spécifiquement posée concernant les avocats. Les réponses montraient que les médecins étaient relativement partagés. En effet, 54 % estimaient pouvoir fournir une liste d'avocats. Un tri croisé a montré que le fait d'être favorable à la transmission d'une liste d'avocats n'était pas influencé par le fait d'être favorable à l'orientation vers un autre professionnel. Il existait une différence mais non statistiquement significative. $\chi^2 = 0,62$, ddl = 1, 1-p = 56,79%.

	Médecins favorables à la diffusion d'une liste d'avocats	Médecins défavorables à la diffusion d'une liste d'avocats
Médecins favorables à l'orientation des victimes vers un autre professionnel	53%	47%
Médecins défavorables à l'orientation des victimes vers un autre professionnel	58%	42%

La dépendance n'était pas significative. ($\chi^2 = 0,62$, ddl = 1, 1-p = 56,79%)

4) La formation des médecins en matière de violences conjugales

a) La perception de la formation en matière de violences conjugales

Trois quarts des médecins pensaient ne pas avoir reçu de formation suffisante. Ce résultat variait en fonction de plusieurs paramètres.

En effet, seulement 36% des médecins ayant reçu une formation complémentaire estimaient être toujours insuffisamment formés, tandis que 81% des médecins ne disposant que de la formation initiale ressentaient un manque de formation. ($\chi^2 = 52,24$, ddl = 3, 1-p = >99,99%)

Le sexe influait également sur la perception du niveau de formation, les femmes (79%) estimant davantage que les hommes (63%) que leur formation était insuffisante ($\chi^2 = 11,47$, ddl = 3, 1-p = 99,06%).

Nous avons également noté qu'il y avait une différence très significative entre les médecins ayant déjà reçu une victime de violences conjugales dont 75% pensaient ne pas être assez bien formés et les médecins n'en ayant jamais reçu dont 85% pensaient ne pas l'être. ($\chi^2 = 12,85$, ddl = 3, 1-p = >99,5%).

En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, le statut et le mode d'exercice.

b) Les manques exprimés en matière de violences conjugales

(1) L'interrogatoire

(a) L'entretien

Un médecin sur 2 (51%) estimait qu'il était suffisamment formé pour mener un entretien non directif avec une victime de violences conjugales. Neuf pour cent se disaient bien formés et 42 % plutôt bien formés. Nous avons également noté que 7 % des médecins n'étaient pas du tout formés pour mener ce type d'interrogatoire.

(b) Le retentissement psychologique

Deux tiers des médecins interrogés estimaient qu'ils avaient les compétences nécessaires pour évaluer le retentissement psychologique : Onze pour cent se disaient bien formés et 57% plutôt bien formés.

(2) L'examen clinique

L'examen clinique représentait le domaine où les médecins se sentaient le plus à l'aise. En effet, 80% des médecins se sentaient assez formés pour évaluer le retentissement somatique : 16 % tout à fait et 64 % plutôt bien formés. Soixante-et-onze pour cent s'estimaient capables de reconnaître les signes cliniques et fonctionnels pouvant faire soupçonner des violences conjugales : 12% s'estimaient tout-à-fait formés et 59% plutôt bien formés. Seulement 2% ne s'estimaient pas capables de réaliser cet examen.

(3) La rédaction du certificat médical initial

Deux tiers des médecins se sentaient suffisamment bien formés pour documenter les violences et rédiger le CMI avec ou sans ITT : 16% pensaient en être tout à fait capables et 49% pensaient être plutôt bien formés.

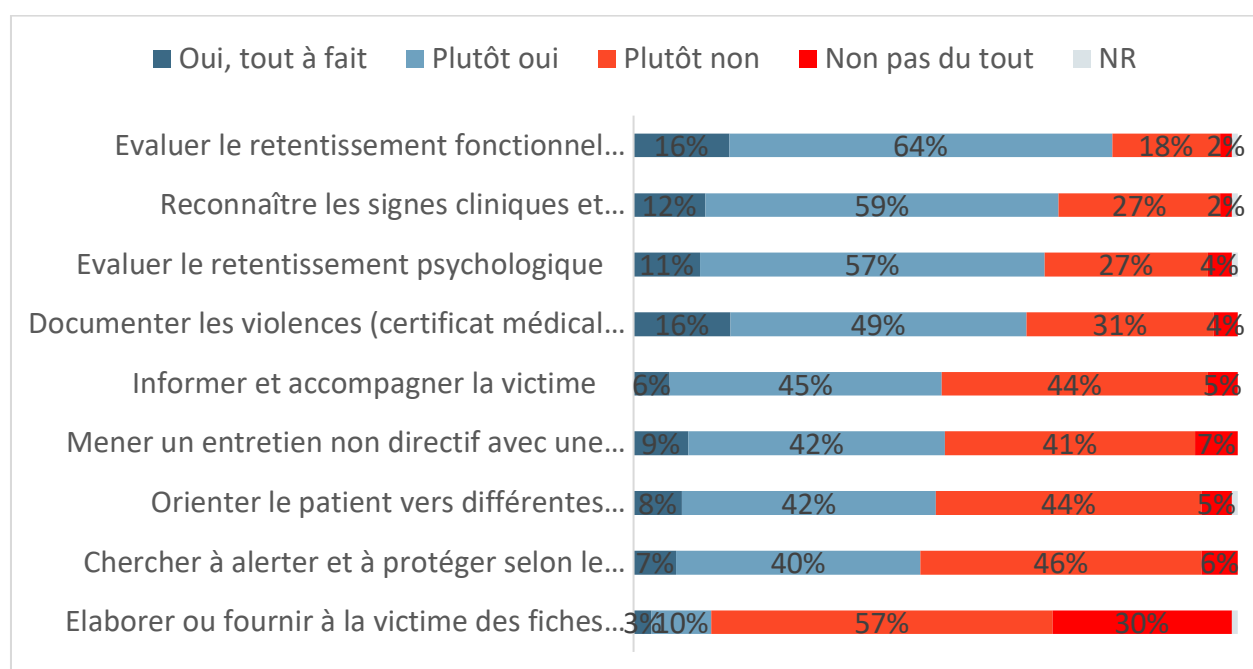
(4) L'information et orientation de la victime

Un médecin sur deux (51%) estimait être suffisamment formé pour informer la victime et l'accompagner. Néanmoins, seulement 6 % estimaient en être tout à fait capables.

Une même moitié de médecins (50 %) a estimé être capable d'orienter la victime de violences conjugales vers les structures pouvant les prendre en charge. Nous avons également noté que 42 % estimaient être plutôt formés en termes d'orientation des présumées victimes et 44 % pensaient plutôt l'inverse.

(5) Donner l'alerte et protéger

Moins de la moitié des médecins interrogés (47%) pensait être bien formée pour protéger les victimes et pouvoir donner l'alerte dans le respect du secret médical. Six pour cent estimaient n'être absolument pas formés pour cela et 46% estimaient parallèlement ne pas l'être assez.



Face à une victime de violences conjugales, jugeriez-vous votre niveau de formation suffisante

(6) Mise en sécurité des victimes

Seulement 13 % des médecins interrogés pensaient avoir une formation suffisante pour fournir aux victimes des fiches de plan de sécurité pour améliorer leur protection au foyer et seulement 3% pensaient être parfaitement formés sur ce sujet. Au contraire, 57 % des médecins estimaient ne pas l'être assez et 30 % ne pas l'être du tout.

c) La conduite à tenir en cas de danger imminent

Nous avons demandé aux médecins s'ils maîtrisaient les mesures à prendre en cas de danger imminent : ordonnance de protection, signalement et hébergement d'urgence.

Plus de la moitié (55 %) des médecins interrogés déclaraient ne maîtriser aucune de ces 3 modalités de protection des victimes de violences conjugales.

Un tiers des médecins (38 %) déclarait maîtriser la procédure de signalement.

Dix-neuf pour cent déclaraient maîtriser les procédures d'hébergement d'urgence.

Seulement 12 % déclaraient maîtriser la mise en place d'ordonnance de protection.

Ces résultats ne semblaient influencés que par la formation complémentaire : 58% des médecins n'ayant pas reçu de formation complémentaire ne connaissaient pas les modalités de mise en place de ces mesures d'urgence contre 35% seulement des médecins formés ($\chi^2 = 23,15$, ddl = 4, 1-p = 99,99%). Le sexe, l'âge ou le mode d'exercice n'avaient pas d'influence sur cette maîtrise de connaissances.

d) L'évaluation de l'ITT (incapacité temporaire totale)

Nous avons cherché à évaluer ce que connaissaient les médecins concernant l'ITT.

Soixante-dix-neuf pour cent des médecins savaient que le type de travail n'entrait pas en compte dans l'évaluation d'une ITT et presque autant (75 %) savaient que l'estimation de l'ITT était indépendante de la durée d'une éventuelle hospitalisation ou d'un arrêt de travail. Quatre-vingt-trois pour cent des médecins savaient que l'ITT pouvait n'être uniquement que psychologique.

Deux tiers (67 %) des médecins savaient qu'il était important de tenir compte de l'état antérieur de la victime.

Il n'y avait pas eu de réelle amélioration de ces réponses quand le médecin avait reçu une formation complémentaire : en moyenne 74.8% de bonnes réponses pour les personnes formées contre 71.8%. De plus, les personnes n'ayant pas reçu de formation complémentaire avaient de meilleurs résultats concernant la notion d'état antérieur.

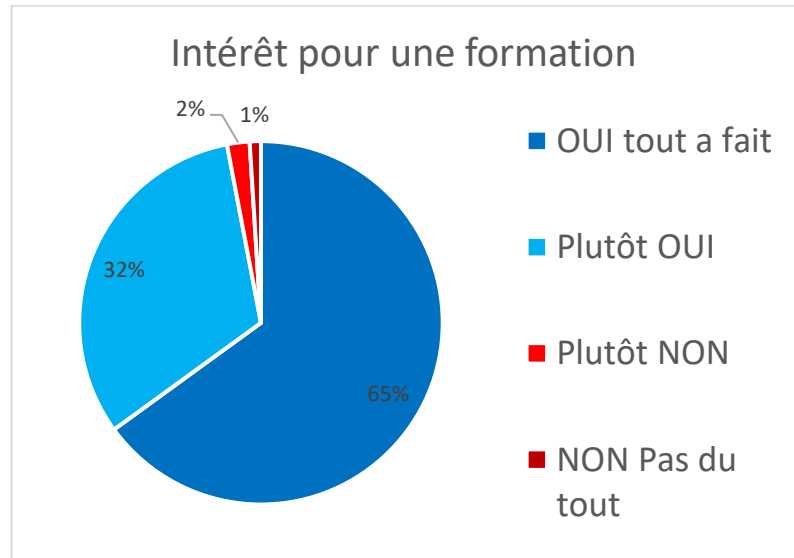
e) L'influence de la formation complémentaire

Pour tous ces aspects de la prise en charge des victimes de violences conjugales, on notait une différence entre les médecins ayant reçu une formation complémentaire et ceux n'en ayant pas reçu.

	Vous avez reçu une formation complémentaire	Vous n'avez pas reçu de formation complémentaire
Evaluer le retentissement fonctionnel physique (somatique)	91%	78%
Reconnaître les signes cliniques et fonctionnels qui peuvent faire soupçonner un cas de violences conjugales	96%	67%
Evaluer le retentissement psychologique	80%	67%
Documenter les violences (certificat médical initial descriptif des lésions et ITT pénale précise éventuelle)	80%	63%
Informer et accompagner la victime	78%	47%
Mener un entretien non directif avec une victime de violences conjugales	82%	47%
Orienter le patient vers différentes structures de prise en charge	58%	49%
Chercher à alerter et à protéger selon le contexte dans le respect du secret médical	67%	45%
Elaborer ou fournir à la victime des fiches de plan de sécurité pour améliorer sa protection au foyer	25%	11%

f) La volonté de formation complémentaire

L'intérêt des praticiens pour plus de formation était massif. En effet, 97% des médecins interrogés souhaitaient une formation sur les violences conjugales dont 65% étaient tout à fait pour.



Nous avons également noté que ce désir de formation était influencé par de nombreux paramètres :

Le sexe : les femmes (99%) étaient plus intéressées que les hommes (89%) ($\chi^2 = 37,07$, ddl = 3, 1-p = >99,99%).

L'âge : 97% des 25-34 ans ; 97% des 35-44ans et 92% des plus de 45ans ($\chi^2 = 21,15$, ddl = 6, 1-p = 99,83%).

Le fait d'être titulaire de sa thèse ou non : les « non-thésés » étaient 98 % , donc plus enclins à recevoir une formation ; contre 96% des médecins « thésés » ($\chi^2 = 13,18$, ddl = 3, 1-p = 99,57%).

Le niveau de formation : 89% des médecins ayant déjà eu une formation complémentaire souhaitaient une nouvelle formation contre 98% des médecins n'en ayant pas eu ($\chi^2 = 11,74$, ddl = 3, 1-p = 99.17%).

En revanche, le type d'exercice n'influaient pas sur le désir de formation : 98% des médecins hospitaliers souhaitaient une formation supplémentaire, 95% des médecins exclusivement libéraux et 100% des médecins ayant un exercice mixte ($\chi^2 = 13,18$, ddl = 3, 1-p = 99,57%).

Concernant le type de formation sur les violences conjugales, 15% estimaient que la prise en charge et l'orientation des victimes de violences conjugales devraient plutôt être enseignées

en formation initiale contre 11 % le réclamant plutôt en formation continue. Les 73% restant, soit trois quarts des médecins, soutenaient que cette formation devrait être à la fois tout aussi bien initiale que continue.

IV) Discussion

1) Les limites de l'étude

a) Biais de sélection

(1) La méthode d'échantillonnage

Le manque de connaissance sur la cible nous a contraints à recourir à un échantillonnage de convenance avec une diffusion du questionnaire sur les plates-formes numériques.

Néanmoins, l'échantillon obtenu a présenté certains biais qui ont été pris en compte pour l'exploitation des résultats de l'enquête. Une erreur de couverture a concerné notamment les professionnels qui ne recouraient pas aux réseaux sociaux ; ainsi qu'une seconde liée à l'attrait qu'avaient les répondants pour le sujet. Pour pouvoir éviter ce biais, il aurait fallu disposer d'une liste exhaustive et à jour de l'ensemble de la population étudiée (base de sondage) à partir de laquelle on choisit au hasard n individus, « n » correspondant à la taille de l'échantillon.

Dans notre cas, la liste de l'ensemble des professionnels n'était pas accessible, nous n'avons donc pas pu utiliser cette méthode et voici pourquoi nous avons dû recourir à une méthode de sondage empirique.

La méthode des quotas était la plus courante permettant de constituer un échantillon de répondants qui respecte les caractéristiques de la population étudiée (sexe, âge, statut, lieu d'exercice, etc...). C'est la méthode que nous avons donc utilisée ; en la modifiant du fait de l'absence d'une liste exhaustive des caractéristiques des médecins en France.

(2) Les disparités de l'échantillon

Nous avons noté que la répartition n'était pas homogène et donc pas nécessairement représentative de la population cible des médecins généralistes et urgentistes.

En effet, les femmes étaient surreprésentées, avec 83% de répondants, contre 17% d'hommes. Les répondants étaient également principalement jeunes : 74% des 25 à 34 ans et seulement 7% de 45 ans et plus. Ces deux caractéristiques pouvaient ainsi être expliquées par plusieurs phénomènes.

En premier lieu, le type de diffusion du questionnaire, par voie électronique uniquement, a touché en majorité des jeunes, notamment sur les sites dédiés aux travaux de thèses, fréquentés principalement par de jeunes « thésards ».

Pour ce qui est du sexe, deux critères principaux étaient à prendre en compte :

- la féminisation de la médecine, notamment en médecine générale, d'autant plus que les répondants sont jeunes.
- par ailleurs et évidemment le cœur du sujet de cette thèse : les violences conjugales sont souvent évoquées dans le thème plus large de violences faites aux femmes, bien qu'il soit évident que les hommes puissent également en être victimes. Il s'agit donc d'un sujet de société et les femmes qu'elles soient médecins ou tout simplement citoyennes, se sentiraient plus concernées.

On notera également que les UMJ n'étaient pas, à la date de notre étude pour le moins, présentes sur tout le territoire ; ce qui a également pu altérer certaines réponses.

b) Biais d'interprétation

Certaines questions, notamment la question 4, étaient une question ouverte, pouvant être soumise à interprétation. On le voit notamment dans le fait que si 32% des répondants affirmaient rédiger le CMI, seulement 4% affirmaient réaliser un examen clinique, bien qu'on sache que l'un ne va pas sans l'autre. Il paraît probable que l'examen clinique étant indissociable d'une consultation médicale (15), il n'a pas été mentionné par nombre de répondants, car « allant de soi ».

2) Les lacunes dans la formation actuelle

a) Les obstacles au dépistage

On a donc vu que la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes n'était pas simple et qu'il existait de nombreuses lacunes. Hormis la partie somatique que tous ou presque semblaient maîtriser, on note qu'il existe des limites notamment au niveau du repérage, de la prise en charge et de l'orientation de ces victimes. La littérature retrouve plusieurs obstacles au repérage des violences conjugales notamment dans l'article de l'équipe du Dr CANUET ou encore dans la thèse du Dr. BARROSO-DEBEL (19,20). Les obstacles principalement retrouvés étaient le sentiment d'impuissance, la banalisation de la violence et comme nous l'avons montré également, la contrainte de

temps, l'impuissance, le manque d'intervenants et l'absence de formation médicale adéquate.

Notre étude a également montré que les médecins interrogés étaient moins à l'aise concernant le retentissement psychologique de ces violences. Cela est fortement préjudiciable à double titre. En effet, comme nous l'avons dit précédemment, les violences psychologiques sont souvent préexistantes par rapport aux violences physiques. Un dépistage précoce pourrait aider la victime à sortir de la spirale plus tôt. Par ailleurs, les victimes de violences conjugales peuvent présenter des troubles psychotraumatiques complexes, pouvant induire un état dépressif dont le risque suicidaire est majeur (12). Ces psychotraumatismes induisent également de nombreuses comorbidités, comme des addictions, des troubles du comportement alimentaire et des troubles somatoformes, qu'il conviendra de savoir repérer.

En effet, les victimes se présentent souvent notamment en cabinet de médecine générale, ou aux urgences avec des « symptômes-écrans » : troubles digestifs, douleurs chroniques, troubles musculosquelettiques, etc... Ces symptômes ne revêtent aucune organicité et il est souvent difficile pour le praticien de savoir comment réagir. Le victimologue Gérard LOPEZ, ancien Président de l'Institut de Victimologie de France, écrit ainsi dans le chapitre consacré aux violences de couple de son livre-atelier « Prendre en charge les victimes d'accident et d'agression » :

« La victime de violences répétées enclenche des contres-attitudes de rejet de la part de tous ses interlocuteurs et notamment des personnels de santé. C'est comme si elle cherchait inconsciemment à être maltraitée. C'est une manifestation de la littéralité qu'il faut apprendre à reconnaître et à dominer » (12). Il nous encourage à toujours garder à l'esprit que lorsqu'on ressent du rejet ou de l'agressivité à l'égard d'un patient, celui-ci est probablement un patient traumatisé. Nous en avons tous reçus mais... leur avons-nous posé la question ? »

Ce dépistage systématique nous permettrait d'aborder le problème de façon plus neutre, sans le contexte de stress que peut donner une situation de violence aiguë. Par ailleurs, le Dr LAZIMI a montré dans deux études, réalisées sur des femmes âgées de 18 à 92 ans en 2004 et 2007 (21,22), qu'entre 54 et 63 % de femmes étaient victimes de violence conjugale et surtout que 90% des victimes de violences sexuelles et 50% des victimes de violences physiques en parlaient pour la première fois. Il suivait pourtant certaines de ces femmes

depuis plus de 15ans, sans avoir rien soupçonné, jusqu'à ce qu'il commence à leur poser la question de façon systématique.

Un moyen efficace pour le praticien de réaliser ce dépistage au cabinet de médecine générale même est **le questionnaire WAST (woman abuse screening tool)**. Il est joint en annexe et consiste en 7 questions. Il existe aussi sa version courte qui est le questionnaire **WAST-short**, qui comprend uniquement les 2 premières questions : « Comment décririez-vous votre relation de couple ? » et « En cas de dispute, avec quelles difficultés solutionnez-vous les conflits ? ». Les 5 autres questions sont plus poussées et posent clairement la question de la violence physique, psychologique et sexuelle. Une équipe canadienne a notamment évalué ce questionnaire. La première (23) a montré que ce test était efficace et facilement reproductible, tout en étant bien vécu à la fois par le praticien et la patiente. Par la suite (24), ils ont étudié la version francophone de ce test, qui, si elle n'est pas tout à fait aussi efficace que la version anglophone, permettrait de dépister presque 8 femmes victimes sur 10, et elle écartait 100% des femmes n'ayant jamais subi de violences conjugales. Nous noterons néanmoins, une thèse marseillaise récente du Dr PICATTO (25) qui concluait que les médecins éprouvaient toujours des difficultés malgré l'utilisation de ce questionnaire. Nous n'avons pas choisi de poser de question sur ce test lors de notre questionnaire, car nous cherchions à voir si spontanément les médecins répondants le citerait, ce qu'absolument aucun n'a fait.

Notre étude a montré que seuls 6% des médecins interrogés réalisaient le dépistage de façon systématique et seulement 4% réalisaient une première découverte des violences, majoritairement car ils posaient systématiquement la question. Il nous apparaît donc primordial de former les médecins au dépistage systématique.

b) Les difficultés d'adressage

Le médecin est un maillon de la chaîne de la prise en charge d'une victime de violences conjugales. Et notre rôle est finalement similaire lorsqu'il s'agit de prendre en charge une pathologie et une victime de violence. En effet, notre rôle va être de diagnostiquer, réaliser les premiers soins et, le cas échéant, de passer la main à un confrère spécialiste. Ici, la mécanique est la même : dépister, traiter les conséquences somatiques et/ou

psychologiques et adresser la victime aux autres intervenants en fonction de la demande, mais aussi et surtout au rythme de cheminement de la patiente. En effet, si nous considérons une victime de violence physique, nous établirons un CMI que nous pourrions soit donner à la patiente, soit si elle n'est pas prête à porter plainte, le garder dans le dossier tout en lui signalant que si elle le désire, il sera possible de lui donner, quel que soit le délai, dans un mois ou dans un an.

Afin de pouvoir adresser une victime de violence conjugale, il convient donc de savoir à qui adresser, comment et dans quel délai.

Nous avons vu dans notre étude que seul un médecin sur deux se trouvait suffisamment formé pour adresser son patient. Nous avons également montré que si l'orientation vers les forces de l'ordre était quasiment acquise, le rôle des autres intervenants était moins bien compris. Nous en prendrons pour exemple, les associations d'aide aux victimes, qui sont un support indispensable pour l'évaluation des besoins de la victime, quels qu'ils soient : accompagnement psychologique, difficultés financières ou professionnelles, difficultés d'accès au logement, judiciaires, etc... Elles travaillent avec les pouvoirs publics et peuvent le cas échéant orienter vers des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Les associations évaluent les besoins et accompagnent les victimes mais ne prodiguent ni soins ni suivi judiciaire. Nous comprenons bien que leur rôle étant prépondérant, il est nécessaire de leur adresser au plus vite les victimes. Or, dans notre étude, si 95% des médecins adressaient aux associations, seulement deux tiers adressaient à court terme. Nous pouvons donc supposer que si le rôle des associations était mieux connu, l'orientation serait immédiate. Nous avons retrouvé également que la formation complémentaire améliorerait la capacité à l'orientation.

En ce qui concerne les services sociaux, ils travaillent avec les associations de victimes, et doivent également être introduits au plus vite dans le parcours de soin des victimes de violences conjugales. En effet, ces services peuvent accélérer l'obtention d'un nouveau logement via les offices « habitations à loyer modéré » (HLM) ou les CHRS, permettant à la victime de se soustraire à son agresseur dans les plus brefs délais. Or, si environ trois quarts des médecins adressaient aux services sociaux seulement 38 % adressaient à court terme. Nous pouvons donc aisément en tirer la conclusion que si les médecins connaissaient mieux le rôle propre de chacun des intervenants et surtout s'ils avaient des contacts, il leur serait plus facile d'orienter leurs patients. Cette théorie est étayée par l'étude du Dr. MORVANT

(26) qui montrait l'inadéquation des aides proposées par le médecin et celles que la patiente avait déjà reçues. Par ailleurs, trois quarts des médecins n'avaient aucun contact avec les autres professionnels susceptibles d'aider la patiente (services sociaux, forces de l'ordre, psychologues...). Près de la moitié des médecins ne savaient pas si les victimes avaient consulté d'autres structures sanitaires et trois quarts n'avaient pas de contact avec les autres professionnels de santé auxquels les victimes s'étaient déjà adressées.

Il semble donc qu'une meilleure formation des médecins, notamment dans leur bassin d'exercice, leur permettrait un exercice moins isolé et donc une meilleure prise en charge de ces victimes.

c) Les aspects médico-légaux

(1) La rédaction du certificat médical initial

Le CMI est un élément important de la prise en charge d'une victime de violences conjugales, notamment par l'évaluation de l'Incapacité Temporaire Totale. Cette ITT est supposée, en dehors du cadre de violences conjugales qui sont d'emblée un critère aggravant relevant du tribunal correctionnel, déterminer dans les autres cas de violences non aggravées le type de tribunal chargé de l'affaire. Dans le contexte qui nous intéresse, même si les violences conjugales constituent d'emblée un critère de gravité, l'ITT déterminée permet néanmoins à l'OPJ (Officier de Police Judiciaire) et au magistrat en charge de se faire une idée relativement objective de la gravité des violences ayant pu être endurées. On notera que, souvent, les forces de l'ordre peuvent l'exiger afin de prendre la plainte, ce qui est illégal et non absolument nécessaire au dépôt de plainte initial. Il est parfois utile que le médecin généraliste puisse le rappeler aux patients victimes, qui peuvent se retrouver en position de faiblesse et démunis, face à un policier ou un gendarme insistant.

Un certificat médical initial doit comporter de nombreuses informations que l'on peut retrouver dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (27). Le conditionnel doit être utilisé pour toutes les informations déclaratives : identité de la victime (même dans le cas où elle ferait partie de la patientèle) et surtout les déclarations sur le contexte ainsi que les plaintes de la victime. L'examen physique est, lui, rédigé à l'indicatif et doit être

purement descriptif tout en étant précis : type, taille, localisation, sans aucune interprétation. Le cas échéant, le résultat des examens complémentaires peut être indiqué. Il convient ensuite de déterminer une ITT, incapacité temporaire totale (anciennement « incapacité totale de travail » mais dont le terme ne devrait plus être utilisé ni à l'écrit ni à l'oral), ne concernant que les gestes de la vie quotidienne et ne prenant pas en compte le travail du patient. La durée d'ITT peut donc être très différente de la durée d'arrêt de travail. Cet exercice d'évaluation de rédaction est extrêmement difficile : une étude réalisée en 2016 (28) montrait que même dans les services de référence, la qualité globale des certificats n'était pas parfaite. En effet, 30% des critères de bonnes pratiques n'étaient pas respectés en médecine légale ; contre 45% au pôle violence, ce qui donnait une qualité globale de la rédaction du certificat de 91/100 en médecine légale et 85/100 au pôle violence. Cela nous montre bien que même pour des experts du domaine, habitués à rédiger des CMI, cela est difficile. La formation est donc primordiale, ce document ayant ensuite une réelle valeur pénale médico-légale en cas de poursuites judiciaires ultérieures du supposé mis en cause.

Nous avons relevé dans notre étude que deux tiers des médecins interrogés se jugeaient suffisamment formés pour l'établissement du CMI, (avec une amélioration significative chez ceux ayant eu une formation complémentaire), alors qu'en moyenne, les bonnes réponses concernant l'ITT avoisinaient les 75%. Cela pourrait en partie s'expliquer par le fait que l'ITT n'a pas de véritable définition ni médicale ni juridique.

(2) Alerter et protéger

Notre étude nous a montré que plus de la moitié des médecins interrogés ne maîtrisaient aucun des trois piliers de la mise en sécurité des victimes de violences que sont : le signalement, l'ordonnance de protection et l'hébergement d'urgence. Si un médecin sur deux savait faire un signalement, le taux est encore plus bas pour les deux autres modalités.

(a) Le signalement

Le signalement se fait auprès du procureur de la République. Il concerne les situations graves nécessitant une protection judiciaire urgente. Il est toujours préférable de recueillir le consentement de la victime mais cela n'est désormais plus indispensable, bien qu'il soit obligatoire de la prévenir. En effet, la loi de juillet 2020 stipule qu'une victime de violence

conjugale fait partie de la catégorie des majeurs vulnérables, incapables de se protéger, en raison de la contrainte morale exercée par la relation d'emprise. Le signalement doit être envoyé par courrier électronique (courriel) à l'adresse « e-mail » structurelle de la permanence du parquet compétent. Cette boîte mail est relevée en temps réel par le magistrat du parquet de permanence. Un signalement ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin, sauf s'il est avéré qu'il n'a pas agi en toute bonne foi. Un vademecum (29) est paru concernant la réforme de l'article 226-14 du code pénal, à l'intention de professionnels de santé, contenant notamment un rappel des critères d'évaluation du danger immédiat ainsi que de la relation d'emprise. Il est possible de s'y référer en cas de doute. Il contient également un modèle du document pour réaliser un signalement, qui sera disponible en annexe de cette thèse.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit qu'un enfant éventuellement témoin de violences conjugales entre ses parents, est toujours une victime. Même en l'absence de critères de signalement pour le parent victime, il pourrait être parfois nécessaire de rédiger une information préoccupante qui sera recueillie par la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Le fait d'assister à des scènes de violence peut conduire à de véritables syndromes de stress post traumatiques (30). Par ailleurs, de nombreuses études (31–34) ont montré que les enfants issus de couples violents étaient plus sujets aux troubles du comportement, syndrome dépressif, anxiété, perte de confiance en soi, diminution de l'estime de soi ainsi qu'un risque accru de violence domestique à l'âge adulte et de comportements sexuels pathologiques. Or, il existe des mécanismes de modification épigénétique notamment par la méthylation de gènes codant pour des récepteurs aux glucocorticoïdes(35). Ces facteurs impliquent la diminution du taux de glucocorticoïdes. Il a été montré également que le stress ressenti par la mère lors de la gestation pouvait également induire une méthylation in utero sur les gènes de l'enfant (36). Cette caractéristique pourrait ensuite être transmise par l'enfant à ses descendants.

Or, tout médecin généraliste est souvent le « médecin de famille ». Aussi, si nous suspectons ou dépistons un cas de violence conjugale, il faut aussi garder à l'esprit que si l'un des parents est victime, le ou les enfants s'il y en a, sont également des victimes, à risques de troubles futurs. Il conviendra donc de dépister ; voire même de prévenir en conseillant un suivi psychologique adapté et spécialisé aux situations de vécu de psychotraumatismes ; le

plus précocement possible et ainsi d'agir dans tous les cas sur l'effet et le concept dit de « pénétrance des gènes » de la personne psychotraumatisée. Nous pouvons donc ici imaginer que le médecin généraliste peut ainsi contribuer par sa vigilance et sa surveillance médicale familiale accrue à juguler tout déterminisme radical par méthylation de gène en déterminisme probabiliste ; relançant l'éternel débat de l'inné et de l'acquis. Le praticien contribue ainsi à laisser les victimes de violences conjugales, aussi bien parent qu'éventuel enfant, libres de leurs futurs comportements, de leurs personnalités en diminuant le risque d'apparition de troubles de la personnalité et de leur santé.

(b) L'ordonnance de protection

Notre étude a montré que seulement un répondant sur dix savait comment fonctionnaient les ordonnances de protection. Le médecin n'y a pas véritablement de rôle à jouer, hormis d'informer la victime de la possibilité de la requérir, de l'adresser le cas échéant vers une association de victimes et/ou un avocat et de l'aider à prouver l'urgence de la situation, si nécessaire, par un certificat médical descriptif. La demande se fait auprès du juge aux affaires familiales (37). Elle est délivrée pour une durée maximale de 6 mois et renouvelable éventuellement si une requête de divorce ou de séparation de bien est en cours. Elle n'est pas subordonnée à l'existence d'une plainte pénale préalable.

Plusieurs mesures peuvent être prises, notamment l'éviction du conjoint violent du domicile, l'interdiction pour le conjoint violent de se rendre sur certains lieux ou d'entrer en contact avec sa victime. Le cas échéant, cette ordonnance de protection édictera les modalités de l'autorité parentale, les droits de visite, d'hébergement et d'une pension.

Dans les cas où la victime dispose d'une interdiction de contact, elle peut faire la demande d'un bracelet anti-rapprochement qui géolocalise le conjoint violent. Ceci déclenche une alarme s'il s'approche de la victime ; ou depuis plus récemment, il peut être judiciairement prêté à la victime un téléphone grave danger. Ce dernier n'est proposé par la justice que dans les cas les plus graves, si le conjoint a fait l'objet d'une mesure d'éloignement et qu'il n'a pas encore été arrêté ou jugé.

3) Les modalités d'hébergement

Toute victime de violences conjugales peut faire la demande d'un hébergement. Si le départ n'a pas pu être préparé et que la victime a dû quitter le domicile en urgence, il lui faudra composer le 115 (Samu social) afin de bénéficier d'un hébergement d'urgence.

En dehors de ce cas, soit en amont soit au décours d'un hébergement 115, la victime peut faire la demande d'un logement d'urgence, en étant accompagnée par les associations, notamment si une ordonnance de protection a été obtenue.

Dans tous les cas, le juge des affaires familiales doit attribuer la jouissance du domicile à la victime, que celle-ci y habite toujours ou qu'elle ait dans l'intervalle bénéficié d'un hébergement d'urgence.

Par ailleurs, la loi prévoit depuis 2010, que les victimes de violences conjugales sont prioritaires dans l'attribution d'un logement HLM. Elles peuvent désormais également bénéficier de la garantie Visale où l'Etat se porte garant en cas de loyers impayés.

4) Les modalités de formation actuelles et futures

a) La formation initiale

La formation initiale en termes de violences conjugales semblait, au début de la réflexion ayant mené à la réalisation de notre étude, absente ou presque, aussi bien dans le tronc commun qu'au niveau des items de l'Examen Classant National (ECN) ou dans le programme de spécialité du troisième cycle des études médicales.

Au cours du deuxième cycle des études médicales, ce sujet n'était abordé que dans l'item 183 : « Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles ». Il nous y était expliqué quoi faire lorsque nous recevions une victime de violences sexuelles, qu'il s'agisse d'une agression ou d'un viol : l'examen physique, les prélèvements éventuels, établir un CMI. Il n'est fait mention nulle part du terme de violences conjugales.

Nous noterons néanmoins, que depuis la réforme de 2015, le module 1 comprend deux items pouvant se référer à notre sujet : l'item 9 « Certificats médicaux », et l'item 10 « *Violences sexuelles* ». *Dans le premier, nous apprenons comment faire des certificats médicaux y compris le certificat de coups et blessures qui nous intéresse ici. L'item 10 dont*

voici le contenu selon la HAS (38) : connaître les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation et décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles. » Pour approfondir ses connaissances, la HAS propose notamment deux guides de bonnes pratiques : « *Repérage des femmes victimes de violences de couple* » et « *Repérage et accompagnement en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple* ». Si la HAS semble ne reconnaître que les femmes victimes de violence, qui bien qu'elles soient les plus nombreuses, ne sont pas les seules victimes comme nous l'avons précédemment rappelé, nous soulignerons néanmoins un souhait de mieux prendre en charge ces victimes.

Il nous semble de fait qu'une avancée ait été effectuée bien qu'elle ne prenne pas encore en compte l'immense réalité et l'importance de ces violences. En effet, il semblerait pertinent que ce sujet fasse l'objet d'un item indépendant plutôt que de n'être « perdu et noyé » dans le thème encore plus vaste que sont les violences sexuelles.

Par ailleurs, nous pensons qu'il est important que ce sujet soit intégré dans la formation initiale et plus particulièrement dans le tronc commun des ECN. En effet, chaque médecin recevra au moins une fois dans sa carrière une victime de violences conjugales. Si statistiquement une femme sur 10 en a été victime au cours des douze derniers mois, tout médecin généraliste a en général au moins 10 femmes dans sa patientèle hebdomadaire. Il apparaît donc important et patent que les médecins généralistes, urgentistes et légistes reçoivent ces victimes, parfois clairement pour ce motif même initialement exposé ; mais aussi, comme nous l'avons précédemment discuté, les conséquences des violences peuvent amener à consulter des médecins d'absolument toute spécialité : psychiatre pour des syndromes dépressifs ou syndrome de stress post-traumatique ; gastroentérologue pour des douleurs abdominales ou des troubles du transit persistants, gynécologue, orthopédiste, ORL, etc...

Pour ce qui est du troisième cycle, le contenu est dépendant de chaque faculté.

En effet, lors de la journée de médecine légale, ce sujet a pu être abordé et a notamment été moins développé que la façon de réaliser un certificat de décès par exemple.

Il existe parfois un cours intitulé « Santé de la femme ». Ainsi, bien que les femmes ne soient pas les uniques victimes, puisqu'elles représentent plus de 9 victimes sur 10, il aurait pu être judicieux de l'y évoquer. Il s'agirait pour le médecin généraliste en formation d'apprendre à mieux repérer les violences et d'évoquer plus concrètement les solutions que l'on peut apporter à la victime. Un cours en plus petit comité que les cours magistraux paraîtrait le lieu idéal par exemple avec des ateliers de jeux de rôle comme on pourrait le faire en psychodrame Balint ; avec une initiation/découverte concomitante à l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

b) La formation continue

La formation complémentaire sur les violences conjugales peut être réalisée de multiples manières. En effet, les plus complètes sont les DU, DIU et capacité, notamment en médecine légale. Néanmoins, des DU axés sur les violences conjugales sont proposés dans de nombreuses facultés.

Ces DU/DIU nécessitent un investissement pécuniaire et une disponibilité dont ne disposent pas tous les médecins. En revanche, le DPC est un devoir imposé à tout médecin, quel que soit son âge ou sa spécialité. C'est probablement le mode de diffusion de l'information qui pourrait toucher le plus grand nombre. En effet l'investissement en temps est bien plus faible et y est indemnisé. De plus, le format court est particulièrement indiqué pour approfondir un point en particulier, et ces sessions peuvent être répétées, permettant de pouvoir actualiser ou réactualiser ses connaissances à souhait. Les formations dites « Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale » (FAF-PM) ne sont pas obligatoires non plus mais présentent pour le praticien l'avantage d'être indemnisées également.

5) Les solutions à proposer aux victimes

a) Protocole de mise en sécurité

Ce type de protocole devrait être disponible et à portée de main de tout médecin généraliste.

Il convient dans un premier temps de repérer les signes d'alerte de violence grave/homicide. Le premier indicateur est évidemment le ressenti de la patiente et si elle pense que sa vie est

en danger. Il faut toutefois garder à l'esprit que ces victimes minimisent souvent la gravité de la situation.

On notera comme principaux indicateurs de risque (39) :

- L'escalade de la violence pouvant se traduire par une intensification de la gravité des violences mais aussi par l'augmentation de la fréquence. Il ne faut pas négliger également le fait que les violences arrivent hors du domicile, en présence d'un tiers, ou contre d'autres personnes (enfants compris).
- Le fait que la victime ressente que sa vie est en danger.
- Les menaces de la part de l'auteur ainsi que le chantage au suicide.
- Projet/menace de séparation ou si l'auteur a appris que sa victime avait tenté de demander une aide extérieure.
- Les antécédents de violences graves, de tentatives de suicides.
- Facteurs de risque de gravité : possession d'armes, addiction à des substances telles que l'alcool ou celles connues en addictologie pour accentuer l'agressivité (à type de stupéfiants comme la cocaïne ou les amphétamines).

L'aide du médecin généraliste à la mise en sécurité des victimes de violences conjugales dépendra du moment où est vue cette victime.

En effet, les actes réalisés en médecine générale seront différents si la victime s'apprête au départ du domicile pour se protéger de ceux réalisés si cette victime est reçue au moment même de l'explosion physique et verbale de la violence.

(1) Avant un épisode de violence

Préparer le terrain en cas de violences (ou de récurrence) peut sauver des vies.

Nous proposerons à la victime de réaliser plusieurs actions permettant une meilleure réactivité :

- Identifier une ou plusieurs personnes susceptibles d'aider en cas de besoin (amis, famille, voisins) ; et éventuellement convenir avec eux d'un code en cas de danger imminent.
- Préparer une liste de numéros de téléphone à mémoriser en cas d'urgence (par exemple si fuite sans son téléphone).
- Identifier un lieu sûr où se rendre en cas de besoin.

- Aider les enfants à s'enfuir et leur indiquer un point de rendez-vous. Leur apprendre les numéros d'urgence.
- S'assurer d'avoir toujours de l'argent disponible : ouvrir un compte en banque à son nom et faire envoyer les relevés à une autre adresse. Vérifier le contenu du compte joint afin de pouvoir rapidement en retirer la moitié.
- Trouver un endroit sûr pour stocker :
 - Tous les documents administratifs, si possible les originaux mais à défaut, des photocopies : documents d'identité, livret de famille, avis d'imposition, documents d'immigration si la victime n'est pas française, permis de conduire et carte grise du véhicule ; les documents du domicile type bail, certificat de propriété ; numéros de carte bancaires, documents de prêts bancaires. La victime pourra également y stocker des photos du conjoint violent en cas de nécessité ultérieure de l'identifier.
 - Un double des clés du domicile et de la voiture.
 - De l'argent en espèces.
 - Un sac avec des vêtements de rechange.

Si la victime prévoit une séparation, en plus des dispositions citées précédemment, il lui est conseillé de prévenir son entourage (de confiance) de sa décision de quitter le conjoint violent. Il lui sera conseillé également de décider à l'avance de l'endroit où se rendre et par quel moyen.

Si cela est possible, la victime peut également quitter le domicile avant d'en informer son conjoint.

(2) Pendant un épisode violent

Les choses sont tellement rapides et confuses qu'il faut que la victime réfléchisse à ce qu'elle fera avant que cela n'arrive et ce, afin d'assurer sa sécurité ainsi que celle des enfants, si elle en a. Plusieurs choses peuvent l'aider.

La victime pourra utiliser le code qu'elle a instauré avec un proche.

Elle pourra préparer un sac avec des vêtements et des documents importants s'ils ne sont pas encore en sécurité.

Par ailleurs, la victime pourra prêter attention aux sorties et éviter de se retrouver dans une pièce dont la seule porte de sortie serait bloquée par le conjoint violent.

(3) Après la séparation

Désormais il s'agit pour la victime de recréer un cocon familial sécurisant.

Il pourrait lui être conseillé de changer de numéro de téléphone ; même si, dans le cas où la victime et son agresseur ont des enfants en commun, seul le juge peut autoriser la victime à cacher sa nouvelle adresse et son nouveau numéro de téléphone.

Il sera bon également de conseiller à la victime de préparer une nouvelle confrontation afin de ne pas être prise au dépourvu si cela devait se présenter, en cas de harcèlement du conjoint, ou pour la garde des enfants le cas échéant. Dans cette dernière situation, on pourra recommander à la victime de se faire accompagner par une personne de confiance et sinon, de prévenir qu'elle va voir son ex-conjoint.

Il conviendra également que la victime explique s'il y a lieu à ses enfants et au personnel de l'école, la conduite à tenir en cas de contact avec le conjoint violent.

b) La prise en charge du psychotraumatisme

Comme on l'a vu précédemment, la principale conséquence des violences conjugales, surtout si elles sont répétées, est le **psychotraumatisme**. De nombreuses comorbidités peuvent en découler telles que le syndrome dépressif, les troubles anxieux généralisés, les addictions, les troubles somatoformes.

Le syndrome dépressif et l'anxiété généralisée peuvent ainsi faire partie des comorbidités post-traumatiques.

Pour rappel, le diagnostic d'état de stress post-traumatique repose sur 6 critères :

Critère A : la personne doit avoir été victime ou témoin d'un événement potentiellement traumatisant pendant lequel elle a été sujette à une peur intense.

Critère B : c'est le syndrome intrusif, ou syndrome de répétition, d'une ou plusieurs des 5 façons décrites au DSM-V (images, pensées, cauchemars, sensations corporelles).

Critère C : c'est le syndrome d'évitement ; avec persistance d'au moins 3 des 7 manifestations proposées au DSM-V.

Critère D : présence de syndromes neurovégétatifs avec au moins deux des cinq symptômes proposés au DSM-V.

Critère E : les critères B, C et D durent depuis au moins un mois.

Critère F : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative.

Le traitement du psychotraumatisme repose sur **deux principes** :

(1) Le traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux se décline sous plusieurs modes selon le délai de prise en charge après le psychotraumatisme.

En effet, très rapidement après le traumatisme, un anxiolytique de type benzodiazépine pourrait être donné en cure unitaire, en dose de charge, mais ne doit de préférence surtout pas être poursuivi en raison de son action sur la mémoire, et du risque paradoxal de fixation du souvenir traumatique.

A moyen et long terme, dans le cas où la victime aurait développé des comorbidités psychiatriques, à type d'anxiété généralisée ou de syndrome dépressif réactionnel, devraient être privilégiés les traitements anti-dépresseurs comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Le traitement de référence du psychotraumatisme en lui-même est le Propranolol 20 mg en comprimé sécable ; à la posologie de 10 à 20mg (soit un demi à un comprimé), de préférence le matin afin d'éviter les insomnies en cas de prise nocturne ainsi déconseillée mais non proscrite. Le propranolol ne devrait bien sûr être prescrit qu'après réalisation d'un électrocardiogramme (ECG); et sous suivi ECG ultérieur ; à la recherche de contre-indications cardiologiques de ce bêta-bloquant (surveillance des marqueurs cardiologiques de risque de mort subite, intervalle QT prolongé, freinage de conduction, bradycardie sévère, bloc, dysfonction sinusale, etc...).

(2) Le traitement non médicamenteux

Sur le plan psychothérapeutique, le médecin généraliste aguerri devrait proposer quasi-systématiquement contre le psychotraumatisme une thérapie dite « EMDR » (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Ceci équivaut à dire en français « une désensibilisation et un retraitement par les mouvements oculaires ». Cette méthode repose sur la stimulation sensorielle bi-alternée ; qu'elle soit réalisée par des mouvements oculaires ou par l'audition à l'aide de sons itératifs venant de gauche et de droite de façon alternée ou par des tapotements de localisation alternée réalisés par le psychothérapeute régulièrement

et officiellement formé, diplômé ou certifié (professionnels agréés par l'association EMDR France). Cette stimulation sensorielle alternée est réalisée tandis que le patient se concentre sur son souvenir traumatique. Cela permet alors au fur et à mesure des séances de retraiter l'information du souvenir traumatique au niveau cérébral ; en maintenant le souvenir traumatique présent ; sans lui associer la décharge émotionnelle négative qui y était initialement attachée (tachycardie, poussée hypertensive, pleurs, sueurs ; et secondairement insomnie et cauchemars, etc...).

On peut également proposer des TCC, des thérapies psychodynamiques, des thérapies de groupe. En revanche, le médecin généraliste prescripteur et référent devrait garder en mémoire que dans le cas qui nous intéresse précisément, les thérapies familiales sont contre-indiquées, de même que l'hypnothérapie (ou hypnose médicale) surtout en contexte le cas échéant d'agression sexuelle ou de viol (13).

Conclusion

Les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique. Si l'OMS estime qu'une femme sur 3 en sera victime au cours de sa vie, l'ENVEFF a retrouvé qu'en France, une femme sur 10 en était victime au cours de l'année écoulée.

Notre étude a objectivé dans ce cadre que les médecins généralistes et urgentistes ne sont pas assez formés pour repérer et ainsi informer puis orienter ces présumées victimes. Une meilleure formation pourrait probablement permettre d'analyser ces attitudes ainsi que les symptômes-écrans et alors permettre d'aborder la thématique des violences conjugales de façon bien plus systématique.

En effet, le fait notamment d'en parler avec leur médecin traitant permet aux victimes d'aider à leur entière prise de conscience et de cheminer de façon capitale sur la voie permettant de s'extirper de la relation d'emprise.

L'isolement, visé initialement à dessein, de ces victimes est très souvent un frein à leur fuite. Aussi, le fait pour tout médecin généraliste de les orienter auprès de professionnels formés et de les informer aussi bien sur leurs droits que sur les possibilités qui leur sont offertes et que souvent elles ignorent, peut les aider à sortir de cette relation délétère et mutilante.

Ces victimes, qui de plus ne sont pas que des femmes, présentent souvent des comorbidités post-traumatiques les motivant alors à se rendre en consultation de médecine générale. Or, celles-ci inspirent à leur vis-à-vis, y compris même de la part de professionnels de santé que nous sommes en notre fonction de médecins généralistes, premiers récepteurs de leurs doléances, parfois une véritable contre-attitude de rejet.

Notre étude a ainsi, par ailleurs, permis d'objectiver et de souligner clairement et précisément les principaux freins au dépistage, d'une façon relativement exhaustive, qu'étaient la barrière émotionnelle, l'indisponibilité, les manques de temps, d'interlocuteur, de connaissances et de formation aussi bien initiale que continue.

L'amélioration de la formation médicale contribuerait donc aussi bien à optimiser la systématisation de ce dépistage en consultation de médecine générale qu'à permettre une meilleure gestion bilatérale des émotions et un meilleur accompagnement somatique, psychologique, psychiatrique, psycho-traumatique et pluriprofessionnel dans le cadre du dépistage et de la prise en charge globale des violences conjugales.

La formation initiale manifestement plébiscitée dans notre étude est bien évidemment capitale afin de toucher toutes les spécialités médicales dans leur socle même. Néanmoins, nous pouvons souligner, de par nos résultats, l'importance du plébiscite d'un même rappel de ces notions fondamentales au moment de la réalisation du troisième cycle des études médicales ; ainsi que lors de formations complémentaires en post-internat, incluant le DPC. En effet, une formation courte réitérable en petits groupes par un travail à type de jeux de rôle permettrait une actualisation régulière des connaissances.

En somme, les médecins généralistes consultent très régulièrement des victimes de violences conjugales qui, directement ou non, expriment leur mal-être secondaire. Le praticien se doit donc de savoir repérer précisément ces signes et d'en maîtriser les outils de repérage. Son rôle de soignant inclut en termes de santé publique et individuelle de pouvoir protéger et mettre à l'abri si besoin ; ou même d'aider en proposant des protocoles de mise en sécurité et le cas échéant réaliser un signalement, voire une information préoccupante pouvant concerner d'éventuels enfants du couple, possibles victimes secondaires de cette violence.

Bibliographie

1. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
2. Violences conjugales [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/violences-conjugales>
3. OMS | Violence à l'encontre des femmes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/NMH_VIP_PVL_13_1/fr/
4. Enquête sur la sexualité en France [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
5. Brown TNT, Herman JL. INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND SEXUAL ABUSE AMONG LGBT PEOPLE. :32.
6. Dorey R. La relation d'emprise. [Possessiveness.]. Nouv Rev Psychanal. 1981;24:117-39.
7. Le vampirisme au quotidien - Gérard Lopez [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/le-vampirisme-au-quotidien-9782913062702.html>
8. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs (1). 2006-399 avr 4, 2006.
9. Walker LE. The battered woman. 1979;
10. Focus sur les femmes victimes - France Victimes [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.france-victimes.fr/index.php/nos-engagements/focus-sur-les-femmes-victimes>
11. 3919 : le numéro de téléphone pour les femmes victimes de violence [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13048>
12. Lopez G. Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents: Accueillir, orienter, traiter. Dunod; 2014. 238 p.
13. Lopez G. La victimologie. 2019.
14. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/

15. SPF. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: /notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000
16. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique*. 2010;22(4):405-16.
17. Ringsted C, Hodges B, Scherpbier A. « La boussole de la recherche » : Une introduction à la recherche en éducation médicale : Guide AMEE n° 56. *Pédagogie Médicale*. févr 2013;14(1):49-72.
18. Desabie J. Méthodes empiriques d'échantillonnage. *Rev Stat Appliquée*. 1963;11(1):5-24.
19. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes: une étude qualitative. *Exercer*. 2010;92:75-81.
20. Maria Barroso-Debel, Gilles Lazimi, Nadine Lazimi, André Soares, Antoine De Beco, Julie Chastaing, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
21. Lazimi G. Violences faites aux femmes. *Rev Prat Générale*. 2005;
22. LAZIMI G, PIET E, CASALIS M-F. Violences faites au x femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études d e repérage systématique. *Cah Santé Publique Prot Soc*. 2011;9-18.
23. Brown J, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the family practice setting. *J Fam Pract*. 1 nov 2000;49:896-903.
24. Brown J, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Determination of violence against women - Validity and reliability testing of a french language assessment instrument. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 1 mai 2001;47:988-95.
25. Claire PICATTO. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage des violences conjugales faites aux Femmes [Thèse de médecine générale]. Aix-Marseille Université; 2020.
26. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. *Rev Prat MG*. 2005;(702/703):945-54.
27. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences

28. Guérant M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F, Lemery D, Boyer B. Les certificats médicaux de victimes de violence: conformité aux recommandations. *Rev Médecine Légale*. 1 févr 2017;8(1):16-25.
29. Soignants et victimes de violences conjugales [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/haute-fonctionnaire-a-legalite-femmes-hommes-12939/missions-12942/soignants-et-victimes-de-violences-conjugales-33564.html>
30. Levendosky AA, Huth-Bocks AC, Semel MA, Shapiro DL. Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *J Interpers Violence*. 2002;17(2):150-64.
31. Mwandu M, Thankian K, Menon GB, Mwaba SOC, Menon JA. Family Domestic Violence: Impact on Children in Lusaka, Zambia. *Arch Curr Res Int*. 1 sept 2020;50-60.
32. Martin SG. Children Exposed to Domestic Violence: Psychological Considerations for Health Care Practitioners. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2002;16(3). Disponible sur: https://journals.lww.com/hnpjournal/Fulltext/2002/04000/Children_Exposed_to_Domestic_Violence_.5.aspx
33. Øverlien C. Children Exposed to Domestic Violence: Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *J Soc Work*. 8 déc 2009;10(1):80-97.
34. Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan*. 2009;73(1):119-27.
35. Yehuda R, Bierer LM. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. In: De Kloet ER, Oitzl MS, Vermetten E, éditeurs. *Progress in Brain Research* [Internet]. Elsevier; 2007. p. 121-35. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0079612307670095>
36. Radtke KM, Ruf M, Gunter HM, Dohrmann K, Schauer M, Meyer A, et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Transl Psychiatry*. 19 juill 2011;1(7):e21-e21.
37. L'ordonnance de protection | Justice.fr [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/themes/ordonnance-protection>
38. UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_2608424/fr/ue-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-et-de-la-cooperation-interprofessionnelle

39. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health.* juill 2003;93(7):1089-97.

Abréviations

BAV : Bureau d'aide aux victimes

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CIVI : Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction

CMI : Certificat médical initial

CNIDFF : Centre national d'information des droits des femmes et de la famille

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DIU : Diplôme inter universitaire

DPC : Développement professionnel continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme universitaire

ECG : électrocardiogramme

ECN : examen classant national

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FAF-PM : Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale

HAS : Haute autorité de santé

INAVEM : Institut national d'aide aux victimes et de médiation

IP : information préoccupante

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

ITT : Incapacité temporaire totale

JAF : Juge aux affaires familiales

OPJ : Officier de police judiciaire

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

WAST : Woman abuse screening tool

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Evaluation des connaissances initiales et continues des médecins généralistes dans la prise en charge et l'orientation des victimes de violences conjugales

Bonjour,

Bonjour, je suis interne en médecine générale et, dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête pour évaluer vos connaissances théoriques et pratiques, professionnelles et médico-légales, dans la prise en charge et l'orientation des victimes de violences conjugales.

Merci de m'accorder quelques minutes pour répondre à un court questionnaire. Toutes vos réponses seront traitées de manière anonyme et resteront strictement confidentielles.

1. Avez-vous déjà reçu en consultation des adultes (18 ans et plus) victimes de violences conjugales de la part de leur conjoint(e), partenaire ou ancien partenaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 8*

Professionnels ayant déjà reçu en consultation des victimes de violences conjugales

2. Dans la majorité des cas, vous l'avez su parce que

Une seule réponse possible.

- La victime vous l'a dit spontanément
- Vous le supposiez et vous avez posé la question
- Une tierce personne vous l'a dit
- Autre : _____

3. Quelles sont les formes de violences que vous rencontrez le plus souvent ?(3 réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

Violences physiques

Violences sexuelles

Violences verbales

Violences psychologiques non verbales (terreur, vampirisme)

Violences financières (privation de moyens financiers ou de biens essentiels)_____

Autre :

4. Comment intervenez-vous en consultation dans le cas de violences conjugales ?

5. Selon vous, faut-il orienter un patient victime de violences conjugales vers un autre professionnel ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non *Passer à la question 7*

Professionnels pensant qu'il faudrait orienter les victimes de violences conjugales vers un professionnel

6. Vers quel(s) professionnel(s) orienter ces patients victimes de violences conjugales et dans quel délai ?

Une seule réponse possible par ligne.

Réponse possible: Court terme, moyen terme, long terme, Je n'ai pas à orienter vers ce professionnel;

- Police/Gendarmerie
- Psychologue
- Travailleurs sociaux

- Unité-médico judiciaire (UMJ)
- Association
- Médecin dit de recours
- Autre professionnel

Professionnels pensant qu'il ne faudrait pas orienter les victimes de violences conjugales vers un professionnel

7. Pourquoi ne faudrait-il pas orienter les victimes de violences conjugales vers un professionnel ?

Perception des professionnels quant aux violences conjugales

8. Pensez-vous qu'un médecin généraliste puisse proposer au patient victime de violence de fournir une liste de plusieurs avocats validée par le parquet spécialiste en droit du dommage corporel ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. En l'absence de signe, appliquez-vous le dépistage systématique d'éventuelles violences conjugales avec des questions adaptées au contexte ?

Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

10. Quelles difficultés éprouvez-vous à aborder la question des violences conjugales ?
(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Manque de connaissances et de sensibilisation au problème
- Des considérations éthiques, déontologiques et médico-légales
- Manque de temps et de disponibilité
- Barrières personnelles et émotionnelles
- Des problèmes logistiques pour la prise en charge des victimes et les barrières institutionnelles
- Autre :

11. Souhaitez-vous porter des précisions sur les difficultés rencontrées ?

12. Quel type de formation avez-vous reçu pour la prise en charge de victimes de violences conjugales ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Formation initiale de médecine générale
- Capacité de médecine légale
- DU/DIU de réparation juridique du dommage corporel
- DU/DIU de victimologie
- DU/DIU de criminologie
- DU/DIU de psychiatrie légale, psychiatrie médico-légale ou psychiatrie criminel
- DU/DIU de psychotraumatismes
- DU/DIU Droit, santé mentale et psychiatrie
- DPC (Développement Professionnel Continu)

Autre : _____

13. Globalement, pensez-vous avoir eu une formation suffisante pour bien repérer et prendre en charge les victimes de violences conjugales ?

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
-

Non pas du tout

14. Face à un patient victime de violences conjugales, jugeriez-vous votre niveau de formation suffisant pour

Une seule réponse possible par ligne.

Les réponses possibles sont : Oui, tout à fait ; Plutôt oui ; Plutôt non ; Non pas du tout

- Reconnaître les signes cliniques et fonctionnels qui peuvent faire soupçonner un cas de violences conjugales
- Mener un entretien non directif avec une victime de violences conjugales
- Informer et accompagner la victime
- Elaborer ou fournir à la victime des fiches de plan de sécurité pour améliorer sa protection au foyer
- Documenter les violences (CMI descriptif des lésions et ITT pénales précise éventuelle)
- Chercher à alerter et à protéger selon le contexte dans le respect du secret médical
- Orienter le patient vers différentes structures de prise en charge
- Evaluer le retentissement fonctionnel physique (somatique)
- Evaluer le retentissement psychologique

15. En cas de danger imminent, maîtrisez-vous les modalités de mesures de possibilité de :

Plusieurs réponses possibles.

	Oui	Non
Hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordonnance de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Les affirmations suivantes, concernant l'ITT, sont-elles vraies ou fausses

Vrai ou faux

- L'activité professionnelle entre en compte dans l'évaluation de l'ITT
- L'estimation de l'ITT n'a pas de lien avec la durée d'un éventuel arrêt de travail ou d'une hospitalisation
- L'ITT ne correspond pas à une incapacité absolue pour la totalité des items de sa définition
- L'ITT peut n'être que psychologique et non somatique
- Il est important de tenir compte de l'état antérieur de la victime

17. Seriez-vous intéressé(e)s par une formation sur les violences conjugales ?

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

18. A l'avenir, jugez-vous que les médecins généralistes devraient avoir une meilleure maîtrise sur la prise en charge et l'orientation des victimes de violences conjugales :

Une seule réponse possible.

- En formation initiale
- En formation continue
- Les deux

Le questionnaire est maintenant terminé. Pour mieux nous aider à analyser les résultats de l'enquête, pourriez-vous préciser

Identification

Sexe

- Femme
- Homme

Age

Une seule réponse possible.

- moins de 25ans
- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55 ans et plus

Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Interne en médecine générale (Médecin généraliste)
- Interne en médecine générale (Médecin urgentiste)
- Docteur en médecine générale (Médecin généraliste)
- Docteur en médecine générale (Médecin urgentiste)
- Remplaçant non thésé généraliste
- Remplaçante non thésé urgentiste

Pour les Docteurs en médecine générale

Type d'exercice

Une seule réponse possible.

- Strictement libéral

- Exclusivement en clinique privée
- Strictement hospitalier
- Mixte : clinico-libéral
- Mixte : libéro-hospitalier
- Mixte : clinico -hospitalier

Annexe 2 : Questionnaire WAST

**INSTRUMENT DE MESURE
POUR LES CAS D'ABUS CONJUGAUX
ENVERS LA FEMME**

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

- très tendue quelque peu tendue aucune tension

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

- beaucoup de difficulté une certaine difficulté aucune difficulté

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

- souvent quelquefois jamais

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

- souvent quelquefois jamais

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

- souvent quelquefois jamais

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

- souvent quelquefois jamais

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

- souvent quelquefois jamais

Annexe 3 : Modèle de document de signalement

SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable 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 relevant de l'article 132-80 du présent code, 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 »

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E.mail	

2. PERSONNE CONCERNÉE

NOM et Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Adresse			
Téléphone		E-mail	
Présence d'enfants à charge	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nombre :	Agés	

3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

a) **Faits ou commémoratifs :**

La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps) _____ à (lieu) _____

de :
«

b) Doléances exprimées par la personne :

Elle dit se plaindre de :

« -

»

»

c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques)

- Sur le plan physique

- sur le plan psychique

Accord donné au signalement par la personne

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

Oui

Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

Date et signature

- Signalement à transmettre au Procureur de la République selon circuit joint à la présente.

Care and referral of victims of conjugal violence by general practitioners

Abstract

Background :

Conjugal violence is a public health issue affecting at least one in ten women who has been a victim in the last twelve months. The level of knowledge and therefore the ease with which general practitioners and emergency physicians, who are the first receptors of their complaints, take overall care of these victims has so far been little assessed.

Objective :

To evaluate the knowledge of general practitioners and emergency physicians and their training needs in screening, somatic, psychological and psychiatric clinical examination, psychotrauma risk assessment and orientation.

Materials and Methods :

From August 9, 2020 to November 9, 2020 inclusive, i.e. over a period of three months, we conducted a prospective quantitative and qualitative controlled statistical study based on a questionnaire for general practitioners and emergency physicians in France.

Results :

There were 387 responses of general practitioners and emergency physicians, a large majority of whom were women and young physicians. They described an objective ease of orientation towards the most traditional partners, i.e. law enforcement agencies and associations. Nevertheless, they objectified obvious difficulties, particularly in terms of screening, which is very unsystematic, and victim protection. Ninety-seven percent of the doctors wanted better training, both initial and complementary.

Conclusion :

Our study found that due to some of their shortcomings, the majority of general practitioners and emergency physicians were in favour of better training to improve their care of victims of domestic violence. Mastery of this cross-cutting subject could be achieved through better initial training, particularly through ECN or postgraduate training, or through joint reflection work in small groups, the development of protection protocols, role-playing and more systematic use of specific tools for practice in the office. This would also improve forensic practice in all its aspects and issues.

Keywords :

Conjugal and domestic violence, victims, general medicine, training, screening, clinical examination, psychotrauma, orientation

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes

Résumé

Contexte :

Les violences conjugales sont un enjeu de santé publique concernant au moins une femme sur dix ayant été victime au cours des douze derniers mois. Le niveau de connaissances et donc d'aisance de prise en charge globale de ces victimes par les médecins généralistes et urgentistes, premiers récepteurs de leurs doléances, n'a jusqu'ici que peu été évalué.

Objectif :

Evaluer les connaissances des médecins généralistes et urgentistes ainsi que leur besoin en formation sur le dépistage, l'examen clinique somatique, psychologique et psychiatrique, l'évaluation du risque de psychotraumatisme et l'orientation.

Matériel et Méthodes :

Nous avons réalisé du 9 août 2020 au 9 novembre 2020 inclus, soit sur une période de trois mois, une étude statistique contrôlée prospective quantitative et qualitative, basée sur un questionnaire à l'intention des médecins généralistes et urgentistes en France.

Résultats :

Ont répondu 387 médecins généralistes et urgentistes dont une grande majorité de femmes et de jeunes médecins. Ils ont décrit une aisance objective dans l'orientation vers les partenaires les plus classiques que sont les forces de l'ordre et les associations. Néanmoins, ont été objectivées des difficultés patentes, notamment en termes de dépistage, très peu systématique, et de protection des victimes. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des médecins désiraient une meilleure formation tant initiale que complémentaire.

Conclusion :

Notre étude a objectivé, de par certaines de leurs lacunes, que les médecins généralistes et urgentistes plébiscitaient majoritairement d'être mieux formés pour améliorer leur prise en charge des victimes de violences conjugales. La maîtrise de ce sujet transverse pourrait relever d'une meilleure formation initiale, notamment via l'ECN ou le troisième cycle, ou de travaux de réflexion commune en petits groupes, de l'élaboration de protocoles de protection, de jeux de rôles ainsi que de l'usage effectif plus systématique d'outils spécifiques pour la pratique en cabinet. La pratique médico-légale s'en trouverait ainsi, sous tous ses aspects et enjeux, aussi améliorée.

Mots clés :

Violences conjugales, victimes, médecine générale, formation, dépistage, examen clinique, psychotraumatisme, orientation