

Abstract: Barriers to the identification and management of domestic violence in general practice. A qualitative study in Ile-de-France.

Background. Domestic violence is a public health problem: 1 in 10 women is a victim in a year (ENVEFF study). Various studies tracking the violence in general practice show a wide underestimation. This work aims to identify obstacles for the identification of domestic violence by general practitioners in their daily practice in order to improve screening and the care of victims.

Method. Qualitative Study from 28 semi-structured interviews with GPs, in the Ile-de-France.

Results. When violence is found, sexual and economic violence are underrepresented compared to physical and psychological abuse. GPs are aware of the importance of the prevalence of domestic violence in their female patients and they know the key symptoms. Routine screening is not common practice. The main obstacles they can find are: the negative representations of victims by doctors, the taboo subject related to the private sphere, the lack of time and availability, the inefficiency of the speaker network, a feeling of helplessness and failure, and the lack of medical training.

Conclusion. The difficulties for the GPs to track violence seem to be related to a lack of education and training, and the weakness of the partnership network. To systematically integrate testing into daily medical practice is the first step leading to the care of domestic violence. Favoring a partnership network approach will prevent professional isolation and promote the development of proposals for therapeutic assistance.

Key words: spousal abuse

Maria

Barroso-Debel¹

Gilles Lazimi²

Nadine Lazimi³

André Soares²

Antoine De Beco²

Julie Chastaing²

Anne-Marie

Magnier²

¹ DES en médecine générale

² Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie – Département de médecine générale – Paris

³ Faculté de Médecine Diderot – Département de médecine générale – Paris
marie.barroso@gmail.com

Mots clés : violence conjugale

Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale

Une étude qualitative en Île-de-France

La violence conjugale se définit comme un processus au cours duquel un individu utilise la force ou la contrainte pour promouvoir et/ou perpétuer des relations hiérarchisées et de domination sur son partenaire [1]. L'OMS, reprenant les termes adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » [2]. Présente dans tous les milieux, la violence est le fait

majoritairement de l'homme à plus de 90 à 95 % selon l'OMS [3].

L'enquête ENVEFF, en 2000, rapporte qu'une femme sur dix âgée de 20 à 59 ans a subi des violences conjugales de la part de son conjoint ou son ex-conjoint au cours des douze derniers mois [4]. Lors de l'enquête, la moitié des femmes ont parlé des violences subies pour la première fois et 24 % des femmes victimes ont consulté en premier lieu leur médecin avant d'avoir fait appel à la gendarmerie (13 %), justice ou associations. Les violences conjugales – psychologiques, verbales, physiques, sexuelles et économiques – qui touchent 30 % des femmes à l'échelle mondiale [5] ont toutes des répercussions sur l'état de santé des

DOI : 10.1684/med.2014.1160



femmes : elles perdent de une à quatre années de vie en bonne santé, leur prise en charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes [6]. L'ampleur du problème est révélée par de nombreuses publications : 3 à 6 % des femmes enceintes (4,1 % lors des 12 mois suivant la naissance) [7] ; 16 % des femmes interrogées dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France », victimes de tentatives de viol ou des viols [8] ; 369 femmes décédées suite à des violences conjugales chaque année en France (enquête Psytel) [9].

Des études de repérages lors des consultations de médecine générale ont montré en 2000 que chaque médecin répondeur avait été confronté en moyenne à deux femmes victimes de violences conjugales dans l'année [10], une en 2004 [11]. Dans une étude de dépistage systématique en 2005, auprès de 100 femmes interrogées à l'issue de consultations quel que soit le motif initial, 54 % des femmes interrogées avaient subi dans leur vie des violences quelle qu'en soit la forme [12]. En 2007, chez 557 patientes interrogées par 51 médecins et 2 sages-femmes, plus de 6 femmes sur dix déclaraient avoir été victimes de violences au cours de leur vie [13]. En comparant les études de prévalence et de dépistage, on observe un sous-repérage des violences.

L'objectif de cette étude était d'identifier les freins au repérage des violences conjugales que les médecins généralistes sous-estiment dans leur pratique quotidienne pour améliorer le dépistage puis la prise en charge des victimes.

Méthode

Nous avons utilisé la technique des entretiens individuels semi-dirigés s'appuyant sur un guide d'entretien associant 12 questions ouvertes et fermées. Au total 28 médecins généralistes, libéraux et salariés, exerçant à Paris ou en Île-de-France ont été interviewés entre octobre 2012 et avril 2013 : maîtres de stage, enquêtes téléphoniques aléatoires, médecins coordinateurs des centres de PMI et des centres municipaux de santé du secteur.

Les entretiens individuels, d'une durée moyenne de 20 minutes, ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité jusqu'à saturation des données. Les phrases ont été découpées en gardant les mots clés permettant de représenter

l'idée émise par le médecin interrogé (UMS : unité minimale de signification). Ces UMS ont été classées, regroupées et thématiques. Les résultats sont présentés avec des extraits des entretiens qui sont cités entre guillemets (verbatim).

Résultats

28 médecins généralistes ont participé à l'étude (tableau 1). Les entretiens ont été réalisés de octobre 2012 à mars 2013.

Prérequis des médecins interrogés

Les médecins de l'enquête ont défini le terme de violence conjugale surtout par le biais des différents types de violence. Certains avaient une idée claire sur le sujet : « à partir du moment où ça entrave la liberté de l'autre » ; « le fait qu'on essaie de prendre une supériorité par rapport à l'autre » ; « c'est unilatéral, c'est gratuit » ; « lorsque l'un des conjoints empêche l'autre de vivre et nuit physiquement, par la parole, par le comportement, par la présence, au bon état de santé physique et psychique de l'autre » ; « but de présence et de domination » ; « rapport de force » ; « déséquilibre ». Ils avaient plus conscience de l'importance des violences physiques et psychologiques que des violences sexuelles et économiques. Leur estimation de la fréquence des violences conjugales dans la population générale reflétait l'ampleur du phénomène ; 42,8 % des médecins de l'étude la surestimaient.

Repérage des violences conjugales

Les médecins généralistes interrogés ont, dans leur majorité, vu très peu de patientes victimes de violences conjugales. Ils se remémoraient les cas dans un second temps, reconnaissant en méconnaître sûrement. La moyenne était de 2,8 femmes suivies et repérées par médecin, sur les 12 derniers mois, majoritairement des violences mixtes : physiques et psychologiques. Les violences sexuelles et économiques ont été peu évoquées.

Une majorité des patientes ont fait part spontanément à leur médecin du fait qu'elles étaient victimes de violences conjugales. Les autres patientes ont été repérées à partir de signes évocateurs qui étaient : syndrome dépressif, syndrome anxieux, changements de comportement des victimes, signes traumatiques de violence physique, alcoolisation de la patiente ou de son conjoint, la femme consultant toujours avec son conjoint, troubles somatiques multiples et inexpliqués.

Prise en charge et orientation des victimes

Quelques médecins interrogés déclaraient ne pas avoir participé à la prise en charge des victimes et ne pas avoir de réseau d'aide. Les autres rapportaient le plus souvent trois modes de prise en charge :

- rédaction d'un certificat médical initial de coups et blessures ;
- prescription médicamenteuse : antalgiques, hypnotiques, anxiolytiques ;
- écoute et soutien de la patiente.

Tableau 1. Résultats de l'étude

	Sexe	Âge	Activité	Lieu	Mode d'exercice
MG1	F	49	PMI	Urbain	
MG2	H	57	CMS	Urbain	
MG3	H	61	Libéral	Urbain	Groupe
MG4	H	54	Libéral	Urbain	Groupe
MG5	F	50	Libéral	Semi-rural	Groupe
MG6	F	51	CMS	Urbain	
MG7	H	62	Libéral	Urbain	Groupe
MG8	F	49	Libéral	Urbain	Seul
MG9	F	36	Libéral	Urbain	Groupe
MG10	F	47	PMI	Urbain	
MG11	F	37	Libéral	Urbain	Groupe
MG12	H	64	Libéral	Urbain	Seul
MG13	H	51	Libéral	Semi-rural	Seul
MG14	H	40	Planning	Urbain	
MG15	F	56	Libéral	Urbain	Groupe
MG16	H	65	Libéral	Urbain	Groupe
MG17	H	54	Libéral	Urbain	Seul
MG18	H	34	CMS	Urbain	
MG19	F	41	Libéral	Urbain	Groupe
MG20	F	53	PMI	Urbain	
MG21	F	49	Libéral	Urbain	Seul
MG22	F	31	Libéral	Urbain	Groupe
MG23	H	58	Libéral	Urbain	Seul
MG24	F	54	PMI	Urbain	
MG25	H	50	Libéral	Semi-rural	Groupe
MG26	F	53	PMI	Urbain	
MG27	F	51	CMS	Urbain	
MG28	F	42	Libéral	Urbain	Groupe

Les autres types de prise en charge étaient : un arrêt de travail, l'évaluation de la souffrance morale et du risque vital et aussi de « parler au conjoint agresseur ».

Les médecins orientaient les patientes vers : un psychologue ou un centre médico-psychologique, la gendarmerie ou la police, les associations spécialisées, une conseillère conjugale, une assistante sociale, une aide juridique, les unités médico-judiciaires, les urgences, une consultation de victimologie, le psychiatre. Certains pensaient à mettre les enfants à l'abri.

Ressenti des médecins généralistes

Une grande majorité des médecins généralistes disaient avoir trouvé la situation difficile.

Représentation des femmes victimes par les médecins de l'enquête

Les avis sur l'âge des femmes victimes à risque divergeaient (jeunes pour 4 médecins, la quarantaine pour 2 autres...). Les médecins déclaraient que les femmes victimes appartenaient à des milieux défavorisés avec des problèmes économiques, de chômage. Ils pensaient que les femmes qui dépendent financièrement de leur conjoint sont plus à risque. Un médecin précisait que ces femmes avaient un niveau culturel moins élevé.

Les médecins trouvaient que les femmes victimes étaient : – fragiles, vulnérables « *La femme qui a du caractère, elle ne se laissera pas battre* » ;

– pénibles « *Les victimes agacent leur entourage, elles sont pénibles, ce sont des victimes-nées quoi* » ;
– dépressives « *tendance dépression* » ;
– récidivaient avec le même type d'homme « *J'en ai vu qui ont été battues deux fois par des maris successifs* ».
Pour certains médecins l'alcool aurait une responsabilité.

Dépistage systématique

Un seul médecin était prêt à pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales dans le cadre de ses consultations.

Environ la moitié des médecins étaient contre le dépistage systématique : « *Irréaliste* » ; « *Pas une priorité* » ; « *Échantillon trop petit* » ; « *Violation de la vie privée et de l'intimité des gens si pas d'éléments de repérage* » ; « *Ça serait très mal vécu par les patientes* ».

L'autre moitié des médecins a donné une réponse mitigée : « *Éventuellement oui, mais est-ce qu'on a le droit de rentrer dans la vie des gens ? Qu'est-ce qu'on fait après ?* » ; « *Bonne idée sur le papier mais pas sur le terrain* » ; « *Alors si on met le doigt dessus : aïe, aïe, aïe, on va amputer notre temps* » ; « *Le but, c'est de les aider, mais qu'est-ce qu'on peut leur proposer ?* ».

Obstacles au repérage systématique

1. Obstacles inhérents au thème des violences conjugales

– Absence de reconnaissance du problème médical : ce n'est pas le rôle du médecin généraliste.
– Appartenance des violences conjugales à une « autre culture », « *la tradition* ».
– Appartenance des violences conjugales au domaine de la vie privée : « *Parce que c'est une violation de la vie des gens et de l'intimité des gens.* »
– Obstacle lié au faible nombre de patientes vues (échantillon trop petit) : « *ça ne sera pas, en tout cas pour moi, une priorité dans la mesure où on en voit très peu* ».

2. Obstacles inhérents aux femmes victimes de violences conjugales

– Responsabilité de la patiente, co-responsable des violences qu'elle subissait, dégageant le médecin de sa responsabilité d'interroger mais aussi justifiant l'agresseur.
– Elle n'en parle pas. « *Le problème, c'est que c'est très rare qu'elles en parlent.* »
– Elles a une prédisposition, soit transgénérationnelle, soit parce qu'elle récidive dans le choix d'un conjoint-agresseur, les violences sont une fatalité. Elles font tout pour ne pas être aidées : « *Je trouve que c'est vrai qu'il m'est arrivé, d'autres fois, de voir des jeunes femmes tomber sur le même type d'homme à chaque fois, très possessif.* »
– Peur des représailles du conjoint : « *... elle avait peur qu'il la retrouve* ».
– Obstacle lié au fait que les patientes ne viennent pas seules en consultation : « *Elles viennent toujours accompagnées. Et ça, c'est presque limite de l'ingérable. Parce qu'il faut quand même qu'elles puissent nous parler.* »
– Barrière de la langue : « *Beaucoup de gens ne parlent pas le français ou ne maîtrisent pas forcément la langue* » ;

« *Quand vous avez des personnes étrangères et que c'est le mari qui est là pour traduire [...] on ne peut pas dire systématiquement qu'on va exclure le mari et qu'on va faire appel à un interprète.* »

3. Obstacles inhérents au médecin

– Représentation des victimes par les médecins : « *le problème, c'est que beaucoup de femmes ne sont pas posées, s'excitent, sont agressives, un peu hystériques, ça perturbe énormément le fonctionnement masculin et ça peut les rendre violents* ». « *Moi je les vois comme des femmes fragiles* » ; « *Bien sûr quand il y a une différence socioculturelle dans le couple, ça pose beaucoup de problèmes* ».
– Méconnaissance des problématiques des violences conjugales : « *Parfois elles disent et après elles reviennent en arrière mais ça, on ne peut pas non plus obliger les gens à dire.* »
– Manque de temps et de disponibilité.
– Peur de la réaction de la patiente.
– Peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes.
– Peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas : « *on va chercher des violences qui ne sont pas forcément vécues comme telles... sur des violences disons violentes* ».
– Inefficacité du réseau d'intervenants : « *Le temps que la justice fasse son travail, elles ont deux cent cinquante fois le temps de se faire défoncer* » ; « *En sachant que les foyers maternels, tout ça, c'est saturé* » ; « *Je ne sais pas où m'adresser* ».
– Sentiment d'impuissance et d'échec : « *Il n'y a pas de solution.* »
– Connaissance du conjoint ou du reste de la famille ou médecin de famille : « *Ce n'était pas très simple de m'en parler, je connaissais beaucoup trop l'entourage.* »
– Absence de formation du médecin généraliste : « *Quand est-ce qu'on nous a appris ça ? Quel cours on a eu là-dessus ?* »
– Sexe du médecin : « *Peut-être que certaines patientes hésiteront plus à en parler à un mec qu'à une autre femme.* »
– Relation médecin-malade : « *Des patientes à moi depuis longtemps, chez qui je n'ai absolument rien vu mais qui un jour se sont senties assez en confiance pour en parler.* »
– La patiente est connue depuis longtemps : « *Je trouve que c'est plus difficile, surtout quand vous connaissez les gens depuis longtemps.* »
– Crédibilité de la patiente mise en doute : « *Enfin qui est-ce qui a raison, qui a tort ?* »
– Divulgarité du secret professionnel : « *on a l'impression d'être là, simplement là, comme des simples observateurs d'une violence et un peu démunis parce qu'on est tenu au secret professionnel, parce qu'on ne peut pas faire bouger les choses* ».
– Sujet tabou pour le médecin : « *J'ai une certaine pudeur vis-à-vis de ça.* »
– Histoire personnelle du médecin faisant surface : « *Moi, ça me ramène à des choses personnelles. C'est ça qui est dur.* »
– Minimisation et banalisation du problème : « *On préfère ne pas trop entendre ce genre de choses et de se dire on banalise* » ; « *On peut écouter les gens et faire autre chose en même temps* ».

- Refus d'entendre ou feindre d'entendre : « *Il faut être beaucoup plus attentif parce qu'il ne faut pas non plus faire semblant de...* »
- Peur des représailles du conjoint envers le médecin : « *Quand la femme est venue se plaindre et que son mari est venu me mettre le poing sous le menton, à moi...* »
- Confusion des conflits : « *Il y a des conjugopathies qui font que le couple survit, il y a des vraies relations sadomasochistes.* »
- Manque de moyens des pouvoirs publics.
- Différences de pratique au sein d'un même cabinet médical.
- Méconnaissance de l'ampleur du problème...

Discussion

Les médecins de l'enquête ont conscience de l'importance des violences conjugales en terme de fréquence, mais les repèrent peu en pratique (2,8 femmes par médecin et par an) et évoquent principalement les violences physiques et psychologiques. C'est le plus souvent la femme qui révèle les violences au médecin. Les médecins posent la question des violences conjugales devant certains signes évocateurs : il n'y a pas eu notion de troubles gynéco-obstétriques, de troubles psychiatriques comme le syndrome de stress post-traumatique. Surtout, la notion de dépistage systématique n'a pas été bien accueillie par les médecins interrogés alors qu'il s'agit d'une stratégie efficace et bien acceptée par les patientes [12-15].

Les médecins ont des représentations réductrices des violences conjugales (victimes appartenant à une classe sociale défavorisée avec un niveau économique faible, dépendant financièrement de leur conjoint, de niveau culturel peu élevé, au profil psychologique particulier...) : cette image négative de la femme participe au processus de banalisation et de culpabilisation des femmes victimes. Elle constitue un frein à l'accompagnement adapté de la femme.

L'essentiel de la prise en charge des médecins de notre enquête repose sur la rédaction du certificat descriptif initial de coups et blessures volontaires, la prescription de médicaments psychoactifs et le soutien de la patiente. Le réseau est connu mais peu exploité. Les médecins généralistes restent assez isolés et solitaires dans le suivi et la prise en charge.

Pour la majorité des médecins, les consultations liées au thème des violences conjugales sont difficiles. Ce malaise face aux violences conjugales est à considérer selon deux angles, celui du médecin et celui de la victime :

- Celui du médecin : il est lié à un thème rapporté à la sphère privée, ou au caractère tabou du sujet. Un ressenti d'impuissance est largement exprimé, ainsi que le manque de temps, de disponibilité, de formation, l'absence ou méconnaissance du réseau. Le rôle clé du médecin de famille peut être également un frein en mettant en porte-à-faux le médecin vis-à-vis de la famille ou en engendrant une peur des représailles.
- Celui des victimes : elles semblent ambivalentes avec une remise en cause de leur crédibilité associée à une représentation négative d'elles-mêmes.

Ce qui était connu
– Les conséquences physiques et psychologiques des violences conjugales sur la santé des femmes, allant jusqu'à mettre en jeu leur pronostic vital : une femme meurt tous les deux jours et demi en France.
Ce que cette étude apporte
– L'idée du repérage systématique n'est pas encore adoptée par la plupart des médecins généralistes qui expriment des difficultés tenant au sujet même des violences conjugales relevant de la sphère privée.
Les zones d'incertitude
– Comment obtenir des pouvoirs publics qu'ils favorisent et financent la création de réseaux de prise en charge des femmes victimes de violences pour soutenir l'action des médecins ?

Conclusion

Les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique en raison de leurs conséquences physiques et psychologiques sur la santé des femmes, allant jusqu'à mettre en jeu leur pronostic vital. Une femme meurt tous les deux jours et demi en France [16].

L'enquête a mis en évidence que les médecins généralistes interrogés ont conscience de l'importance de la fréquence des violences conjugales et de leurs conséquences en matière de santé. Les violences conjugales sont peu repérées par notre échantillon de médecins, les violences sexuelles et

les violences économiques encore moins. Les médecins connaissent les facteurs de vulnérabilité et les « symptômes-écrans » évocateurs des violences.

Les médecins interrogés ont exprimé des difficultés qui viennent du sujet même des violences conjugales qui feraient, pour un certain nombre, partie de la sphère privée. Les médecins véhiculent les préjugés persistants de la société à propos des violences conjugales qui restent souvent mises en doute, déniées ou tolérées. Leur statut de « médecin de famille » rend leur charge difficile du fait de la connaissance du conjoint et de la famille. Ils décrivent les femmes victimes comme difficiles à cerner, ambivalentes, soulevant leur incompréhension. Le secret médical et la « non-assistance à personne en danger » seraient, d'après eux, un frein. La

plupart n'ont pas encore adopté l'idée du repérage systématique des violences conjugales. Une sensibilisation à ce sujet paraît nécessaire par une meilleure formation initiale et continue et une connaissance des réseaux pour accompagner et soutenir les femmes victimes de violences conjugales.

Il est enfin important d'obtenir des pouvoirs publics de favoriser et de financer la création de réseaux de prise en charge

des femmes victimes de violences pour soutenir l'action des médecins, les former, lever l'isolement des professionnels, réseaux dans lesquels le médecin généraliste serait un des acteurs principaux.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, et al. Violences conjugales. Rev Prat MG. 2005;19(702-703):945-53.
2. OMS. La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire n° 239. Novembre 2013.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. La violence exercée par des partenaires intimes. OMS Genève. 2002:97-136.
4. Jaspard M, Saurel-Cubizolles, Brown E et l'équipe Enveff. Violences envers mes femmes et effets sur la santé. Présentation de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (ENVEFF). http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com_JaspardSaurel.PDF
5. OMS. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève, juin 2013.
6. OMS Europe. Santé publique et violences : faits et chiffres pour l'Europe. Aide-mémoire 10/02. Copenhague. Octobre 2002.
7. Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B, Lelong N, Romito P. Violence conjugale après une naissance. Contracept Fertil Sex. 1997;25(2):159-64.
8. Bajos N., Bojon M. Enquête Contexte de la sexualité en France. 2008.
9. Nectoux M, de Suremain MD, Darlot JP, Elgard MC, Gerday Y, Mugnier C, et al. Étude Psytel : Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe. Étude Psytel. Programme Daphné III. 2007:1-6.
10. Chambonnet JY, Douillard V, Urion J, et al. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. Rev Prat MG. 2000;14(107):1481-5.
11. François I, Moutel G., Plu I, Fauriel I, Hervé C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? Press Med. 2004;33(22):1561-5.
12. Lazimi G. Violences faites aux femmes. Rev Prat MG. 2005;19(706-707):1180.
13. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant. Étude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes, 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire de DU stress, traumatisme et pathologies. Paris 6 Pitié-Salpêtrière, année 2006-2007.
14. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Cahiers de santé publique et de protection sociale. Septembre 2011:9-18.
15. Coy-Gachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs. Thèse d'exercice de médecine. Paris 6 Saint-Antoine, 2006PA062021
16. Ministère de l'intérieur. Valls M, Vallaud-Belkacem N. Lutte contre les violences intrafamiliales. Communiqué de presse du 8 juin 2013. <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-Manuel-Valls-mai-2012-avril-2014/Communiqués-du-ministre/Lutte-contre-les-violences-intrafamiliales>

Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale

- ▶ **Contexte :** Les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique : 1 femme sur 10 en est victime dans l'année (étude ENVEFF). Différentes études de repérage de ces violences en médecine générale font état d'une large sous-estimation. Ce travail a pour objectif d'identifier les freins au repérage des violences conjugales par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, afin d'améliorer le dépistage puis la prise en charge des victimes.
- ▶ **Méthode :** Étude qualitative à partir de 28 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes, en Île-de-France.
- ▶ **Résultats :** Lorsque des violences sont retrouvées, les violences sexuelles et économiques sont peu représentées par rapport aux violences physiques et psychologiques. Les médecins généralistes ont conscience de l'importance de la prévalence des violences conjugales dans leur patientèle féminine et connaissent les symptômes évocateurs. Le dépistage systématique n'est pas de pratique courante. Les principaux freins retrouvés sont : les représentations négatives des victimes par les médecins, le sujet tabou rapporté à la sphère privée, le manque de temps et de disponibilité, l'inefficacité du réseau d'intervenants, le sentiment d'impuissance et d'échec, et l'absence de formation médicale.
- ▶ **Conclusion :** Les difficultés du repérage par les médecins généralistes des violences semblent être liées à un manque de formation initiale et continue et à la faiblesse du travail partenarial en réseau. Intégrer de façon systématique dans la pratique médicale quotidienne le dépistage est le temps premier de la prise en soins des violences conjugales. Privilégier une approche partenariale en réseau évite l'isolement professionnel et favorise la mise en place de propositions d'accompagnement.