

Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie- Faculté de médecine

Thèse pour obtenir le titre de
Docteur en médecine générale

Par

Audrey CORNILLEAU

Née le 27-09-1984

Présentée et soutenue publiquement le : 22 mai 2012

N° : 2012PA06G018

Le médecin face aux violences conjugales :
évolution des pratiques en 10 ans.

Directeur de thèse :
Dr Gilles LAZIMI

Président du jury :
Pr Jean CABANE

Jury :
Pr Rita SAKR
Pr Philippe CORNET

Année 2011/2012

Table des matières

Introduction :	4
Justification et objectifs	6
Matériel et méthode :	10
I- Violences conjugales : étude de la situation en France	12
A – Généralités.....	12
Définitions.....	12
Les acteurs :.....	16
Les violences conjugales dans la société	19
Les violences conjugales dans le couple.....	22
B- Conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes.....	25
C- Chiffres	28
D- Loi.....	30
E- Techniques mises en œuvre pour lutter contre les violences conjugales.....	32
II – Pratiques des généralistes en 2011.....	35
A- Méthode de l'étude	35
B- Résultats du questionnaire :.....	36
C- Analyse des résultats	64
Profil des médecins	65
Repérage des violences	66
Prise en charge des victimes	69
Problèmes rencontrés	73
III- Comparaison des résultats de 2000 et de 2011	75
Profil des médecins :.....	76
Repérage des violences :.....	77
Prise en charge des victimes :.....	81
Problèmes rencontrés :.....	85
Discussion.....	87
A- Mon travail.....	88
B- Les femmes	93
C- Les généralistes.....	97
Conclusion.....	102
Bibliographie	105
Annexes.....	108

Bien-heureux es-tu lecteur, si tu n'es point de ce sexe, qu'on interdit de tous les biens, l'interdisant de la liberté : ouy qu'on interdit encore à peu près, de toutes les vertues, luy soustrayant le pouvoir, en la modération duquel la plupart d'elles se forment ; afin de luy constituer pour seule félicité, pour vertus souveraines et seules, ignorer, faire le sot et servir. Bien-heureux derechef, qui peult estre sage sans crime : ta qualité d'homme te concédant, autant qu'on les défend aux femmes, toute action, tout jugement, et toute parole juste, et le crédit d'en estre creu, ou pour le moins escouté.

Marie de Gournay – Grief des dames – 1626

La femme, telle que la nature l'a faite, et telle qu'elle attire l'homme de nos jours, est son ennemie et ne saurait être que son esclave ou bien son tyran, mais jamais sa compagne. Cela elle ne pourra l'être que lorsqu'elle sera son égale en droit, son égale aussi par son éducation et par son travail.

Léopold Von Sacher-Masoch – La vénus à la fourrure- 1870

Introduction

Les violences conjugales regroupent l'ensemble des violences (physiques, psychiques, sexuelles, économiques...) qu'exerce au sein du couple un partenaire sur l'autre afin d'établir un rapport de domination.

« La violence conjugale désigne des comportements agressifs et violents d'une personne à une autre, dans le cadre d'une relation de couple. Ces comportements menacent l'intégrité physique et psychique de la personne qui en est victime »¹. Il s'agit d'un « rapport de domination durable qui profite seulement au conjoint violent »¹ déclare Kathy Souffron dans son livre. Kathy Souffron est enseignante, diplômée de l'institut d'études politiques de Bordeaux et titulaire du DESS « Politiques sociales et rapports sociaux entre les hommes et les femmes ».

Ces violences représentent un problème de santé publique majeur par leur nombre, par leur gravité et par leur retentissement important sur la santé des femmes. Le problème est d'une telle ampleur que les violences conjugales ont été déclarées grande cause nationale pour l'année 2010.²

Les cas de violences conjugales sont très nombreux. En effet, les violences conjugales représentent plus du quart des violences enregistrées par la police selon les chiffres de l'observatoire national de la délinquance, rapporte Natacha Henry.² Natacha Henry est journaliste, écrivain et est l'auteur de « Les mecs lourds ou le paternalisme lubrique », « Les filles faciles n'existent pas », « Frapper n'est pas aimer ». "L'Observatoire National de la Délinquance enregistre chaque année plus de 50000 faits constatés (les faits sont avérés et l'enquête est close) de violences volontaires sur femme majeure par conjoint ou ex-conjoint en France"² écrit Natacha Henry. L'OND a constaté en 2008, 52439 cas de violences conjugales enregistrés par les services de police et de gendarmerie². Selon une étude récente, réalisée par le Dr PH Cronholm, une femme sur quatre serait à risque d'être victime de violences conjugales au cours de sa vie³.

Ces violences peuvent avoir des conséquences très lourdes, tant sur le plan humain que sur le plan financier. Ainsi, en 2007, l'étude de Mme Vautrin « les décès liés aux violences au sein du couple », estime qu'une femme meurt tous les 2,5 jours des suites de violences conjugales⁴. Une autre étude, citée par Natacha Henry² : Evaluation des répercussions économiques des violences conjugales en France, par Charly Chevalley et Jean Pierre Marissal, estime que le coût des violences conjugales en France en 2004 s'élève à un milliard d'euros. L'étude réalisée en 2006 par la société Psytel, sous la responsabilité de Marc Nectoux, estime même ce coût à 2,5 milliards d'euros.⁵

Il existe de nombreux types de violences conjugales : physiques, psychologiques, économiques, sexuelles... que nous détaillerons plus loin.

Bien qu'il existe des hommes victimes de violences conjugales, ce travail traitera uniquement des violences faites aux femmes, et ce pour deux raisons :

- Ce travail fait suite à la thèse du Dr Cécile Morvant⁶ qui n'étudiait que les violences conjugales dont sont victimes les femmes. Par souci de comparabilité, ce travail ne s'intéressera donc qu'aux femmes victimes.
- Les femmes sont le plus souvent les victimes des violences conjugales, « en 2007, en France, 127000 hommes (contre 410000 femmes) déclarent avoir été victimes de leur conjointe ou de leur ex ». ² Selon une enquête du ministère de l'intérieur citée par Kathy Souffron¹ sur les décès au sein du couple, 82 % des homicides au sein du couple sont commis par des hommes. Parmi les femmes ayant commis un homicide, une sur deux était victime de violences.

Durant mon cursus, j'ai effectué des stages en médecine légale durant lesquels j'ai rencontré de nombreuses femmes victimes de violences conjugales. Ces femmes avaient toutes porté plainte et avaient entamé de nombreuses démarches pour se sortir du cercle des violences conjugales. La plupart de ces femmes subissaient ces violences depuis plusieurs années et n'avaient osé en parler que très tardivement, parfois après des blessures très sévères. Je me suis demandé de quelle façon il serait possible de venir en aide plus précocement à ces femmes et ce que je pourrai faire pour elles en tant que médecin généraliste. Cet intérêt m'a amené à me demander comment mes collègues faisaient face à ces violences. En faisant des recherches, j'ai trouvé le travail du Dr Cécile Morvant qui s'était posé la même question dix ans plus tôt.

Sa thèse, réalisée en 2000, montrait que les médecins généralistes ayant répondu à son questionnaire étaient nombreux à prendre en charge des victimes de violences conjugales mais que le nombre de femmes vues restait très en dessous du nombre réel de victimes. Si les généralistes rédigeaient de façon quasi-systématique un certificat descriptif, ils savaient peu orienter les femmes vers des structures appropriées à leur prise en charge. Enfin, son travail mettait en avant les difficultés rencontrées par les généralistes et entre autres, le manque de formation. Je me suis donc intéressée à l'évolution des pratiques des généralistes.

Les pratiques des généralistes d'Ile-de-France face aux violences conjugales se sont-elles améliorées en dix ans ?

Justification et objectifs

Les violences conjugales sont un problème d'une ampleur considérable. Il ne s'agit pas d'un problème individuel mais d'un problème de société. De nombreux acteurs participent à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Parmi eux, le médecin a une place centrale dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.⁷ Il est un des interlocuteurs privilégiés.

"Les résultats des dernières enquêtes épidémiologiques sur les femmes victimes de violences conjugales ont confirmé sans ambiguïté la réalité du problème et la place prépondérante qu'occupent les médecins dans la chaîne de la prise en charge" selon la préface du rapport Henrion, rédigée par Bernard Kouchner.⁸ Ce rapport, présidé par le Pr Roger Henrion, est une étude de la situation des violences conjugales en France en 2001, et regroupe un ensemble de propositions susceptibles d'améliorer la prise en charge des victimes de violences conjugales. Dans ce même rapport, on lit : "Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé. "⁸

Le médecin généraliste a une place d'autant plus importante qu'il est souvent le mieux placé pour dépister ces violences. D'abord parce qu'il est le médecin de premier recours, c'est le premier acteur dans la prise en charge des violences. Ensuite, il est le « médecin de famille ». Il suit parfois la femme depuis son enfance. Cette position particulière peut favoriser l'admission des violences et les confidences de la patiente par la confiance que celle-ci porte à son médecin.

« Du fait que le patient partage une partie relativement intime de sa vie avec « son » médecin, il est possible qu'il se sente mieux compris de lui [...]. Cette ambiance sera alors plus propice aux confidences »⁹

La connaissance de ses patients permet également au médecin de voir une évolution, de détecter un changement de façon plus objective qu'un ami ou qu'un membre de la famille mais de façon plus efficace qu'un étranger.

P. Godeau cité par le Dr Florence Hervier dans sa thèse⁹ dit : « Le secret de la prévention ne passe pas par une médecine de masse mais par la meilleure connaissance de chaque individu. »

Le médecin est aussi souvent le mieux placé pour questionner l'origine des symptômes que la femme présente : ecchymoses, douleurs abdominales, dépression... Selon Natacha Henry, "Les médecins doivent interroger le quotidien de ces femmes. Évoquer la piste éventuelle des violences derrière une trace physique, ou un avortement non désiré, une grosse fatigue, des insomnies..."². Dans ce livre, l'auteur cite également le psychiatre et criminologue Roland Coutanceau :

"Nombre de femmes battues m'ont ainsi assuré que si quelqu'un - professionnel, ami, membre de la famille - avait deviné leur situation, elles en auraient parlé plus tôt."²

Selon l'enquête ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) reprise par de nombreux auteurs dans leurs ouvrages, "24% des femmes victimes de violences physiques consultent avant tout un médecin, contre 13% la police ou la gendarmerie"^{1,2 et 8}

Le médecin a un rôle de dépistage et de prévention de ces violences.

Il a également un rôle dans la prise en charge médicale des victimes : physique, et accompagnement psychologique. Mais son rôle ne s'arrête pas là, il a également une importance dans la prise en charge sociale et judiciaire en rédigeant les certificats initiaux, en adressant les victimes dans les réseaux leur permettant d'obtenir de l'aide : police, associations de victimes, assistantes sociales.

"Le médecin est le plus souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violences. Il a un rôle clef dans le dépistage de ces violences, dans le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors du dépôt de plainte. Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances"⁸ selon le rapport du Pr Henrion.

Bien sûr, le médecin n'est pas le seul acteur de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Il s'inscrit dans un réseau de prise en charge incluant les travailleurs sociaux, les associations spécialisées, les psychologues, les services de police et de gendarmerie, les foyers d'hébergement... le médecin n'est pas seul face aux victimes et il n'est pas le seul responsable du repérage et de la prise en charge de ces violences, mais il est un acteur important, un intervenant privilégié par son contact avec ses patientes.

Le médecin a donc un rôle très important à jouer mais de nombreux obstacles limitent la prise en charge des femmes victimes de violences par leur généraliste. Tout d'abord, le manque de formation des médecins est un problème souvent souligné. De nombreuses études montrent que les médecins, bien que conscients du problème, ne diagnostiquent pas toutes les formes de violences et se sentent souvent mal informés.¹⁰

"Face à ces situations, le médecin se sent isolé, mal formé pour assurer cette prise en charge" écrit Bernard Kouchner dans la préface du rapport Henrion.⁸

Pourtant, les médecins ne sont que peu formés. Les facultés de médecine ne proposent souvent que peu d'enseignement sur ce sujet.²

Peu de médecins connaissent les structures d'aide aux femmes victimes de violences conjugales. Orienter vers la police ou la gendarmerie et rédiger le certificat initial descriptif, beaucoup le font, mais peu savent orienter vers une assistante sociale, une association, un foyer...

La diversité des plaintes somatiques ou psychologiques qui doivent orienter vers un problème de violences conjugales rend le dépistage de ces violences compliqué. Il peut s'agir de traces physiques en rapport direct avec les coups : ecchymoses, cicatrices, fractures, brûlures... Mais il peut aussi s'agir de plaintes psychosomatiques : lombalgies, douleurs abdominales, douleurs chroniques... de plaintes psychologiques : insomnies, tristesse, angoisse, dépression... d'une demande de prescription de psychotropes, de plaintes gynécologiques : sécheresse vaginale, difficultés lors des rapports sexuels, infections sexuellement transmissibles, douleurs pelviennes, dyspareunies..., d'abus de substances psychoactives, d'aggravation d'une pathologie chronique. Les femmes peuvent aussi venir en consultation pour un motif sans rapport avec les violences : infection bénigne aiguë, vaccination des enfants... Cette diversité est un frein au repérage des violences conjugales mais ces symptômes font que les femmes consultent leur médecin. Les violences conjugales sont certes difficiles à repérer mais les victimes consultent en médecine générale, il est donc possible d'améliorer ce repérage.

Un autre facteur limitant dans la prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste est le fait qu'il suit aussi parfois le mari. Le mari violent est aussi un de ses patients et le médecin peut avoir l'impression de trahir sa confiance en prenant parti pour la femme victime de violences. « Il est complexe ensuite de recevoir le conjoint et ses proches et de garder leur confiance... » écrit le Dr Florence Hervier dans sa thèse.⁹

Malgré la confiance des femmes dans leur médecin, beaucoup sont réticentes à parler des violences conjugales. Même si beaucoup souhaiteraient être aidées, elles ne demandent pas cette aide. Dans le dépistage des violences conjugales, les femmes ont du mal à admettre leur statut de victime. Dans une étude de 2006 par MacMillan, concernant le dépistage des violences conjugales par les médecins, les femmes ont plus de mal à répondre au médecin lorsqu'il s'agit d'un entretien oral avec le médecin plutôt qu'un questionnaire écrit.¹¹ Dans une étude canadienne, le Dr Ahmad F a également montré que l'utilisation d'un dépistage assisté par ordinateur favorisait la mise en évidence des violences.¹² D'autres études montrent un résultat inverse avec une préférence des femmes pour l'entretien avec un médecin.¹³

Les études, comme celles du Dr Gilles Lazimi, montrent que pour mieux repérer les violences conjugales, le médecin doit poser systématiquement la question à ses patientes.^{14, 15, 16 et 17} C'est une des raisons pour lesquelles le médecin est un intervenant primordial dans la prise en charge des violences conjugales. En effet, peu d'autres acteurs sont en mesure de poser systématiquement la question à toutes les femmes qu'ils voient. C'est le privilège du médecin de pouvoir poser des questions concernant la vie privée des femmes sans que cela soit perçu comme une intrusion dans leurs vies. Pour son mémoire, le Dr Laure Gazonne a interrogé des femmes sur leur ressenti vis-à-vis du questionnement systématique : 90% des

femmes se disent favorables à ce dépistage.¹⁸ Pourtant beaucoup de médecins ne posent pas la question, écrit le Dr M Woimant dans sa thèse.¹⁹

D'autres éléments limitent la prise en charge des violences conjugales au cabinet du généraliste. Sont ainsi rapportées par le Dr C. Morvant⁶, le Dr Woimant¹⁹, le rapport du Pr Henrion⁸, les difficultés des généralistes liées au manque de temps, au déni des femmes, au sentiment d'impuissance du médecin, à l'absence de profil type des femmes victimes de violences ou d'hommes violents. La peur que tout questionnement soit vu comme une intrusion dans la vie privée, la peur des retombées judiciaires, le vécu personnel du médecin sont également cités.

Selon le rapport Henrion⁸ (rapport d'un groupe d'experts, sous la présidence du Pr Roger Henrion et remis en 2001) le rôle des médecins se définit par :

- accueillir et être à l'écoute
- dépister les violences
- évaluer la gravité
- assurer les soins et constituer un dossier
- rédiger un certificat
- Informer et orienter la patiente.

Ce même rapport conseillait des actions sur 5 axes pour améliorer la prise en charge des violences conjugales :

- Sensibilisation du public et des professionnels de la santé
- Actions de prévention (information dès la primaire et le collège, installer des points d'écoute, dépister les situations à risques)
- Formation des médecins et professionnels de la santé
- Modalités de prise en charge (politique coordonnée d'aide aux victimes, dépistage systématique, encourager la formation de réseaux, assurer un suivi, avoir un "réfèrent dans les maternités", avoir des protocoles dans les hôpitaux, organiser des rencontres entre les différents acteurs (police, médecins, travailleurs sociaux, associations...), assurer une mise à l'abri des femmes en danger)
- Études et recherches ("capitales pour perfectionner la connaissance du problème").⁸

Le rapport Henrion donnait ces conclusions et ces axes de travail en 2001. Depuis, des études ont été réalisées pour permettre une meilleure connaissance du sujet, permettre une meilleure prise en charge²⁰, certaines de ces études sont encore en cours²¹ et ²², de nombreux moyens ont été mis en place : lois, associations, campagnes de prévention, formations...

Ces moyens ont-ils porté leurs fruits ? L'objectif de ce travail est d'étudier les pratiques des généralistes concernant les femmes victimes de violences conjugales ainsi que l'évolution en dix ans de ces pratiques.

Matériel et méthode

En 2000, le Docteur Cécile Morvant soutenait sa thèse de médecine générale : « le médecin face aux violences conjugales : analyse effectuée auprès de médecins généralistes ». ⁶ Dans son travail, elle met en évidence les difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge des femmes victimes de violences : refus d'en parler, difficultés à cibler les femmes à risque, défaut d'informations...

Cette thèse, réalisée sous la direction du Dr Jacques Lebas, soutenue devant un jury présidé par le Pr Jean Cabane et ayant reçu le prix de thèse de 2001 de la faculté de médecine de St Antoine, est un « bilan de la pratique de médecins généralistes installés en Ile-de-France, par l'intermédiaire d'une enquête quantitative : état des lieux du repérage et de la prise en charge de patientes violentées ». Un questionnaire concernant la pratique des médecins vis-à-vis des femmes victimes de violences avait été envoyé à 1000 généralistes d'Ile-de-France. Ce questionnaire précisait le profil des médecins, identifiait le nombre de médecins ayant vu des femmes victimes de violences au cours de l'année précédente et quantifiait le nombre de femmes victimes suivies par le généraliste.

Ensuite, le questionnaire portait sur les 5 dernières femmes victimes de violences conjugales vues par le médecin et précisait, la durée de suivi de ces femmes, le motif de consultation, le mode de dépistage, le type de violences, les aides reçues par ces femmes, l'orientation de ces femmes, la rédaction du certificat.

Enfin, il portait également sur le suivi théorique des victimes de violences conjugales selon les généralistes et sur les problèmes rencontrés par les médecins pour repérer et suivre ces femmes.

Cécile Morvant avait obtenu 235 réponses à son questionnaire (sur 1000 médecins sollicités). 60% des médecins avaient vu des femmes victimes de violences conjugales dans l'année précédant le questionnaire. Les 140 médecins interrogés ayant vu des femmes victimes dans l'année avaient répondu à la deuxième partie du questionnaire en décrivant leur prise en charge de 470 femmes au total. Le questionnaire mettait en évidence les difficultés qu'avaient les médecins à dépister les violences conjugales. Ces difficultés étaient surtout liées à l'attitude des femmes, à l'absence de profil type des victimes et au manque de formation des médecins. 60% des médecins déclaraient être insuffisamment formés. Dans leur prise en charge, la rédaction du certificat descriptif était quasi systématique. Enfin, les médecins orientaient peu vers les structures appropriées.

Cette thèse mettait donc en avant la place des médecins dans la prise en charge de ces femmes. J'ai souhaité continuer ce travail en évaluant l'évolution en 10 ans des pratiques des généralistes.

Pour ce travail, une bibliographie a tout d'abord été réalisée pour permettre de mieux comprendre le problème et ses implications ainsi que pour évaluer l'évolution en dix ans du regard de la société sur les violences conjugales. L'évolution ces dix dernières années des lois concernant les violences conjugales, des associations s'occupant des victimes, des chiffres concernant ces violences a d'abord été étudiée pour comprendre le contexte dans lequel le médecin travaille sur ces femmes victimes de violences.

Pour compléter cette bibliographie, j'ai recueilli des propos de femmes victimes de violences conjugales. J'ai rencontré ces femmes dans le cadre des consultations des unités médico-judiciaires (UMJ) de l'Hôtel Dieu à Paris et de l'Hôpital Louise Michel à Evry lors de mes stages d'interne dans ces UMJ. Les propos recueillis sont extraits d'entretiens semi-directifs réalisés à l'occasion de la rédaction du certificat descriptif lors de la consultation de ces femmes aux UMJ.

Pour mon étude, j'ai ensuite envoyé un questionnaire (celui de Cécile Morvant) à des généralistes d'Ile-de-France. Les réponses à ce questionnaire ont été analysées et comparées avec les résultats d'il y a dix ans. C'est le sujet de ce travail.

Ce travail a été réalisé avec l'accord du Dr Cécile Morvant.

I- Violences conjugales : étude de la situation en France

A – Généralités

Définitions

Une victime de violences conjugales est tout d'abord une victime. Aux yeux de la loi, une victime est une « Personne qui subit personnellement et directement un préjudice physique, moral ou matériel, du fait d'une infraction pénale, par opposition à la personne qui le cause : l'auteur.»²³ peut-on lire dans un dictionnaire juridique.

Les violences conjugales regroupent l'ensemble des violences (physiques, psychiques, sexuelles, économiques...) qu'exerce au sein du couple un partenaire sur l'autre afin d'établir un rapport de domination.

Il s'agit d'un "rapport de force unilatéral, imposé par l'un en vue d'écraser l'autre"² constate Natacha Henry.

Il faut distinguer les violences conjugales des disputes au sein du couple. Dans le cas d'une dispute, il s'agit d'un affrontement de points de vue où chacun essaye d'imposer sa volonté, conduisant vers un compromis. Dans le cadre des violences conjugales, un partenaire impose son point de vue à l'autre par la force. Il n'y a pas de compromis.

« Généralement, la gestion des conflits passe par des négociations [...].Face à un conjoint violent, la négociation et les compromis n'ont pas leur place. [...] La violence est une emprise, un abus de pouvoir. » explique Kathy Souffron.¹

Il existe différents types de violences : verbales, psychologiques, économiques, physiques, sexuelles, sur les enfants, sur les animaux. Ces types de violences peuvent exister seuls ou associés entre eux.

Violences physiques :

C'est l'ensemble des atteintes au corps de l'autre.

C'est gifler, tirer les cheveux, frapper, brûler, étrangler, donner des coups de pied, donner un coup de couteau, pousser dans les escaliers, ébouillanter...

"Cette cicatrice là : c'est un coup de cutter (cicatrice de 10cm de l'avant bras), celle-là (2cm à la cuisse) c'est quand il m'a donné un coup de couteau".

"J'avais appelé la police et il voulait partir, j'étais assise devant la porte alors il m'a mis des coups de pied dans le ventre pour que je me pousse".

(Les citations en italique sont des propos de femmes victimes de violences conjugales que j'ai recueillies lors de consultations en unité médico-judiciaires).

Violences verbales :

"Il s'agit d'humilier l'autre par des messages de mépris, de le terroriser par intimidation, cris, hurlements, menaces..." écrivent Catherine Morbois et Marie-France Casalis.²⁴ C'est ne pas écouter l'autre, crier...

Violences psychologiques :

"Toute action visant à porter atteinte à l'intégrité physique de l'autre : son estime de soi, sa confiance en soi, son identité" écrit le Dr F Hervier dans sa thèse.⁹ C'est la critique permanente, les insultes, le dénigrement, la dévalorisation, le chantage, les menaces, les humiliations.

"Il me disait que j'étais moche. C'est lui qui choisissait comment je m'habillais (...) il a bon goût mais bon... Même comme ça, il critiquait".

" Il n'arrête pas... Il crache dans le lavabo, il urine par terre... "

Violences sexuelles :

C'est avoir des rapports forcés par la contrainte ou la menace, forcer l'autre à participer à des jeux sexuels, à regarder de la pornographie, à se prostituer.

Certaines n'osent pas dire non. C'est leur "devoir conjugal". Ou alors elles ont peur de recevoir des coups. Pour certaines, il peut s'agir d'une "sorte de négociation. Subir le sexe c'est un moyen de faire arrêter les gifles", écrit Natacha Henry.²

Ces violences sont très souvent associées aux autres types de violences conjugales et en particulier aux violences physiques. Devant une femme victime de violences physiques, le médecin doit penser systématiquement à rechercher des violences sexuelles. Ces violences, très fréquentes, sont souvent tuées par les patientes.

"C'était mon ex... il est venu chez moi, il m'a poussée sur le lit et il m'a violée. Quand je lui ai dit que je pourrai porter plainte, il m'a demandé "pourquoi c'est pas la première fois qu'on couche ensemble". Il ne savait même pas que ce qu'il avait fait était mal."

"Il m'a mordu les seins et après (il m'a mordue) en bas".

Violence économique :

C'est le contrôle économique et/ou professionnel de l'autre.

C'est refuser que sa femme travaille, lui faire arrêter ses études, faire virer son salaire sur le compte de son mari, lui interdire de dépenser de l'argent, ne pas lui donner accès à l'argent du couple...

"L'emprise économique rend la victime totalement dépendante du conjoint".²

"C'est lui qui garde tout l'argent, il ne m'en donne jamais. Il faut que je le supplie pour qu'il me donne assez pour que je fasse les courses pour acheter à manger pour les enfants. Il faut bien qu'ils mangent les enfants."

Violences sur les objets/les animaux :

"Faire violence à l'autre en détruisant ou en violentant des objets ou des animaux à qui l'autre attache une valeur affective" écrit encore le Dr F. Hervier.⁹

C'est détruire les objets auxquels l'autre tient, frapper le chien, tuer un poisson rouge...

Violences sur les enfants :

Tout enfant témoin de violences conjugales est victime de ces violences.

Ces violences sont de deux types :

- Les violences directes sur les enfants :

C'est-à-dire les coups, insultes... pour "les éduquer", parce qu'ils "n'ont pas été sages"... ou comme moyen de pression sur la mère (chantage).

- Les violences indirectes :

Tout enfant témoin des violences conjugales est victime de ces violences.

L'exposition aux violences conjugales "constitue pour l'enfant une forme de maltraitance psychologique dont les conséquences potentielles peuvent être très graves" dit Carina Ohlsson, citée par Natacha Henry.²

"L'enfant doit être reconnu comme victime des violences conjugales". D'ailleurs, la loi du 9 juillet 2010 est dite "relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants".²

"Il m'a frappée. Notre fille était dans la voiture. J'ai pas pu réagir, j'étais paralysée par les cris de ma fille. C'est affreux d'entendre son enfant crier et de ne pas savoir quoi faire".

"J'ai décidé de porter plainte parce que ma fille de dix ans m'a dit "si papa il continue, je me tue"".

"Mon fils de 13 ans m'a dit que je devrais divorcer mais que mettre papa en garde-à-vue, c'était un peu trop".

" Papa essayait d'étrangler maman, j'ai pris le téléphone et je lui ai dit que si il n'arrêtait pas j'allais appeler la police, alors, il m'a frappée" raconte une fille de 13 ans.

Les acteurs

Quels sont les hommes qui commettent ces violences conjugales ?

« Un homme qui bat sa femme, ce n'est ni pathologique ni accidentel, c'est Monsieur tout le monde »²⁵, dit Viviane Monnier, directrice du foyer parisien Louise Labé citée dans le Direct Matin du 14-04-2011.

"Les représentations communes des hommes violents [...] les caricaturent sous les traits de monstres, de salauds, de brutes, d'hommes alcooliques appartenant aux classes populaires ou d'hommes en colère qui sous l'effet du stress perdaient le contrôle d'eux-mêmes..." écrit le Dr F Hervier.⁹

Ces représentations sont l'image qui surgit lorsqu'on évoque les violences conjugales. Pourtant, cette image est loin de la réalité. Se limiter à cette caricature, c'est protéger les hommes violents en diminuant l'importance des violences conjugales : si un homme frappe sa femme, c'est forcément un problème psychiatrique, une dépendance à l'alcool, des conditions de vie difficile... Ce ne serait donc pas de la faute de l'homme. Et puis si seuls les hommes alcooliques, au chômage ou ayant subi des violences dans leur enfance sont des hommes violents, le problème n'est pas si important que ça, il ne doit pas y en avoir tant que ça des hommes dans ce cas-là. Se limiter à cette caricature, c'est permettre à la violence de continuer.

Il n'existe pas de profil type d'homme violent selon une étude réalisée à Montréal sur 1500 hommes par Gilles Rondeau, citée par un sociologue, "les hommes violents ne sont pas fous"²⁶. Aucun homme de l'étude n'a été reconnu comme irresponsable par les experts psychiatres. L'alcool n'est qu'inconstamment retrouvé dans les violences conjugales : "l'alcoolisme n'est pas une des causes principales de violence. L'alcool peut être le révélateur ou accentuer la violence, mais il n'en est pas à l'origine".²⁶ "La violence domestique est commune à l'ensemble des catégories sociales et culturelles".²⁶ "Le chômage [...] multiplie le nombre d'heures où l'homme et la femme vont se retrouver en situation de face à face, où la probabilité de contacts violents augmente. Cependant [...] on ne peut établir de corrélation directe entre chômage et violences".²⁶

En revanche il existe des traits psychologiques communs à ces hommes : Michela Marzano, chercheuse au CNRS, explique que ces hommes sont souvent des « individus qui n'acceptent pas la résistance du réel », ils présentent un besoin de dominer, de faire céder l'autre. « A la base de leur violence il y a une crise existentielle profonde », une incapacité à donner un sens à leur vie, la violence leur apparaissant comme « seul moyen pour s'imposer ».²⁷

S'il n'existe pas de profil type d'hommes violents, existe-t-il un profil de femme victime de violences conjugales ?

""Les violences conjugales s'exercent dans tous les milieux sociaux, prévient Dominique Poggi qui est sociologue."[...] En effet, peu importent les revenus, les diplômes ou les carrières : dans tous les milieux, l'usage veut que l'homme s'impose" explique Natacha Henry.²

"La violence peut s'exercer dans n'importe quel milieu sans égard à l'âge, la race, l'éducation, la religion, le statut marital, le niveau socio-économique" peut-on lire dans le rapport Henrion.⁸

Dans les milieux précaires, la femme a peur de ne pas s'en sortir seule : pas de travail, peu d'argent, pas de logement... Dans les milieux aisés, la femme n'a pas l'habitude de demander de l'aide. Elle ne sait pas ce qu'est une assistante sociale. Et puis il y a la crainte de ne pas pouvoir garder son train de vie, ses avantages. Enfin, parfois le mari est influent, connu et respecté, qui la croira ?

"A l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel Dieu à Paris, le docteur Philippe Vasseur a fait le calcul : 60% des femmes venues sur réquisition de la police après avoir porté plainte pour violences conjugales exerçaient une activité professionnelle. Parmi elles, 30% étaient cadres supérieures."²

Il n'y a pas de profil type de femme victime de violences mais il existe des facteurs de risque. Selon l'enquête ENVEFF publiée en 2001, citée par Natacha Henry², les femmes de "moins de 25 ans sont en première ligne", "l'écart d'âge entre conjoints est déterminant", "ne pas appartenir au monde du travail augmente le risque", "les femmes qui n'ont aucun compte bancaire ou postal déclarent un maximum de violences conjugales", "en cas de doute sur l'infidélité du conjoint, les taux de violences sont doublés et, en cas de certitude, ils sont plus que triplés". Toujours selon l'enquête ENVEFF²⁸ il existerait une relation entre les violences conjugales et l'autonomie économique des victimes : les chômeuses et les étudiantes sont les plus touchées.

Une des périodes les plus à risque est la grossesse. La femme est physiquement plus vulnérable et pourtant c'est souvent à ce moment que les violences débutent ou s'aggravent. "30 à 40 % des premières violences surviennent au cours d'une première grossesse" reprend dans son livre Natacha Henry.²

Parmi les plus les exposées sont les étrangères. Souvent en situation précaire, elles dépendent parfois de leur conjoint pour leur titre de séjour. La séparation semble alors encore plus compliquée. Beaucoup ne parlent pas le français, ne connaissent pas le système. Elles ignorent qu'il existe des aides pour leur permettre de s'en sortir. Souvent elles ne savent pas lire et écrire le français et n'ont donc que peu de moyens d'information. Elles sont isolées et n'osent pas demander de l'aide de peur

d'en subir les conséquences : renvoi au pays, se retrouver seules dans un pays qu'elles ne connaissent pas et dont elles ne parlent pas la langue, représailles du mari si on ne les croit pas... Parfois, selon le pays d'origine, elles ne savent même pas que les violences conjugales sont un délit. Dans sa thèse, « Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité en France face aux violences », le Dr Jeanine Estrada met en évidence que, parmi les femmes migrantes, 84% ont été victimes de violences dans leur vie.²⁹

Lors d'un examen de femme victime de violence conjugale d'origine turque venue aux urgences gynécologiques :

"Moi : Je vous ai fait un certificat descriptif si vous voulez aller porter plainte, j'en garde un double dans le dossier en cas de besoin.

Elle : Aller porter plainte. C'est quoi ? Pour quoi faire ?

Moi : C'est aller voir la police pour leur dire. Parce qu'il vous a frappée. Il n'a pas le droit, c'est illégal.

Elle : Ah bon, il n'a pas le droit.

Moi : Non

Elle : Et vous pensez qu'il le sait lui ?"

Les violences conjugales dans la société

Comment apparaissent ces violences dans un couple ? Les violences sont favorisées par notre culture, notre éducation. Les violences conjugales ne sont pas un problème individuel mais un problème de société.

Un peu d'histoire :

Si l'on regarde dans l'histoire, on s'aperçoit que les femmes ont pendant des siècles été considérées comme « inférieures » à l'homme.

En Grèce antique et en Rome antique, les femmes sont des éternelles mineures. Elles n'ont pas de pouvoir politique ou juridique et elles sont toujours soumises à un tuteur, leur père ou leur mari. En Egypte antique, de nombreuses professions et positions sont interdites aux femmes et tandis que les femmes étaient obligatoirement monogames, les hommes pouvaient posséder un harem.

Depuis le moyen âge et jusqu'à une époque récente, la culture française a été dominée par la religion catholique. Cette religion dit à propos des femmes : « tes désirs se porteront vers ton mari mais il dominera sur toi » Genèse 3-16.

Au moyen âge, la femme est sous l'emprise de son père puis de son mari, à moins qu'elle n'entre au couvent pour mener une vie spirituelle et religieuse. A la renaissance, le droit des femmes diminue encore et si elles sont nombreuses à travailler, toutes les professions ne leur sont pas accessibles et elles se cantonnent souvent aux travaux domestiques. Après la révolution, le droit des femmes est de nouveau limité : interdiction de se réunir dans la rue, rétablissement de l'autorité du père... Il faut attendre une époque bien plus récente pour que les femmes se libèrent de l'emprise masculine.

Selon les époques et les pays, la violence contre les femmes n'a souvent pas été punie par la loi et a même été autorisée. Ainsi, au XIX^{ème} siècle dans certains pays anglo-saxons, une loi permettait à l'homme de châtier sa femme à condition d'utiliser un fouet n'excédant pas la largeur du pouce.¹

De nombreuses formes de violences envers les femmes ont été tolérées, voire encouragées à travers les pays et les époques. Les mutilations sexuelles féminines sont un exemple de ces violences. Sous couvert de coutumes, d'hygiène, de psychologie ou toute autre excuse, on mutile les femmes pour mieux les asservir. En France, un autre genre de violence était le port du corset pour affiner la taille et rendre les femmes plus belles au détriment de leur bien-être, voire de leur santé : « il faut souffrir pour être belle », ça se passe de commentaire.

En France, l'égalité entre les hommes et les femmes est encore récente. En France, le droit de vote des femmes ne date que de 1944 et ce n'est par exemple que depuis 1965 qu'une femme peut gérer ses propres biens et exercer une activité professionnelle sans le consentement de son époux¹.

L'image que nous renvoie le passé est celle d'une femme soumise à l'homme, d'abord au père puis au mari. Elle doit obéissance quand elle n'est pas simplement considérée comme une possession de l'homme.

Pendant longtemps, le viol d'une femme n'a pas été considéré comme un crime contre la femme mais comme un crime contre le mari puisqu'il s'agissait d'un acte contre la propriété de l'homme.

Le viol entre époux n'a été que très récemment reconnu par la loi puisque de 1832 à 1980, la définition du viol était un « coït illicite avec une femme que l'on sait ne pas y consentir »¹, ce qui excluait les rapports sexuels entre époux, et ce n'est qu'en 1990 que le viol entre époux est condamné pour la première fois en France.

Même de nos jours, malgré les lois en vigueur permettant de protéger les femmes, la société ne punit que rarement les hommes violents. En 2004 selon l'OND, seulement 30% des plaintes pour violences conjugales ont entraîné des poursuites.¹ Si le conjoint violent n'a pas d'antécédents judiciaires, il risque souvent un simple rappel à la loi.

Représentations

Les représentations de l'homme fort, dominant et de la femme obéissante, protectrice du foyer et de l'amour sont à la base de l'apparition des violences conjugales.

Tout d'abord il y a l'Amour. Tous les stéréotypes le disent, l'amour est plus fort que tout, l'amour rend aveugle... Alors au début, la femme fait des concessions. Il ne veut pas qu'elle porte ce genre d'habits, il n'aime pas ses amis... Et la femme accepte, par amour. Et puis, s'il est jaloux, c'est probablement parce qu'il l'aime. Il vérifie ses courriers, son téléphone... par amour.

L'amour entraîne les femmes, même les plus sensibilisées aux questions des violences conjugales, à accepter de nombreux compromis.

Toutes les représentations de l'amour donnent à l'homme un rôle dominant.

« De nombreux couples fonctionnent encore sur l'idée qu'hommes et femmes assurent des rôles complémentaires où l'homme décide seul et la femme, dévouée, gère le quotidien »¹ écrit Kathy Souffron.

Quelques exemples tirés de films grand public :

- Dans le masque de Zorro, alors qu'elle se bat pour récupérer un objet qu'il vient de voler, il la déshabille et l'embrasse de force avant de partir.

- Dans Twilight : il la suit, la surveille la nuit par la fenêtre de sa chambre... Et elle trouve ça romantique. Puis il l'humilie et la quitte avant de revenir en s'excusant et elle lui pardonne, après tout, n'a-t-il pas fait ça par amour ?

- Dans Die Hard 4 : le père surveille sa fille et décide si sa fille peut voir tel ou tel homme...

Dans les médias, la notion de crime passionnel n'excuse-t-elle pas déjà en partie l'homme qui vient de commettre un crime ? "Amoureux éconduit, drame de la passion, drame de la rupture, différent conjugal, ou crime passionnel... : le vocabulaire utilisé dans la presse laisse à penser que le grand responsable des féminicides et autres catastrophes, c'est l'amour."² Ne faudrait-il pas dire plutôt « crime possessionnel » ?

Ces idées reçues sont le reflet des rapports hommes/femmes dans la société. Ces rapports sont en évolution mais la domination de l'homme est toujours présente dans les représentations. C'est pourquoi il ne faut pas voir les violences conjugales comme un problème individuel mais comme un problème de société : ce ne sont pas des cas isolés mais des conséquences des rapports entre les hommes et les femmes dans la société.

« La violence conjugale peut se lire comme la traduction, au niveau individuel du rapport de pouvoir entre les sexes existant dans la société au profit des hommes » selon Kathy Souffron.¹

Les violences conjugales dans le couple

Ces représentations justifient les premières violences : le contrôle. "Le premier barreau sur l'échelle de l'emprise, c'est le contrôle" explique Natacha Henry.²

Souvent la femme n'a même pas conscience de ce contrôle, elle pense que c'est normal. La défendre et la protéger c'est le rôle de l'homme, alors il est normal qu'il s'inquiète, qu'il cherche sans cesse à savoir où elle est. Il l'aime, il est jaloux, c'est bien une preuve de cet amour non ?

"Pour la femme, accepter qu'il soit jaloux et possessif lui montre en retour que l'on est digne de son amour".²

Ensuite viennent les critiques, les insultes. "Avec le contrôle des fréquentations et des messages, voici la dévalorisation physique".² La dévalorisation envahit tous les aspects de la vie de la femme : son apparence, son intelligence, sa capacité à avoir une carrière, sa capacité à s'occuper de la maison, des enfants...

"Tandis que l'homme critique l'apparence physique et les ambitions de sa conjointe, cette dernière se réfugie dans le domaine domestique qui lui a été attribué. Peut-être pourra-t-elle exceller, ne plus le décevoir."² Mais même là, c'est peine perdue, malgré tous ses efforts, elle ne reçoit que des critiques.

"L'épuisement vient de ces efforts constants. A essayer de contenter l'autre, on se perd "² "Et puis, on finit par intégrer qu'on est complètement nulle".²

« Voici les six éléments : choisir la victime, l'isoler, la dévaloriser et la chosifier, inverser la culpabilité, instaurer un climat de peur et d'insécurité, mettre en place son impunité » toujours selon Natacha Henry.²

« Au début c'est insidieux. Ca commence avec un désir de possession. »²⁵ (Viviane Monnier, directrice du Foyer Louise Labbé, le Direct Matin 14-04-2011). C'est cette possession qui va se transformer progressivement en emprise totale sur la femme la privant de liberté.

Quand le premier coup tombe, ce n'est pas le début des violences conjugales, elles ont déjà commencé bien avant et la femme est déjà sous l'emprise de son conjoint. Lorsque le premier coup est identifié par la femme, les violences sont déjà psychologiquement mises en place dans le couple. "Les violences physiques surviennent pour concrétiser physiquement ce qui a déjà été entrepris psychologiquement"². Ou encore, selon Micheline Ferret (écrivain et auteur de « Violences conjugales : une assistante sociale raconte. ») citée par Kathy Souffron¹ : « La première gifle n'existe pas : c'est d'abord tout un système d'emprise par le dénigrement et la culpabilisation de la femme qui se met en place. Et s'il y a une première gifle, il demande pardon, jure qu'il ne le fera plus... ». Et c'est encore au nom de l'Amour que la femme va lui pardonner. C'est l'entrée dans la spirale des violences conjugales.

Spirale :

Les violences conjugales sont comparables à une spirale. Elles peuvent être représentées comme un cycle alternant violences et accalmies ainsi que des phases intermédiaires permettant de passer d'une phase à l'autre ; ce cycle s'accélérait pour faire progressivement disparaître les périodes d'accalmies.

Selon C. Morbois et MF Casalis²⁴, le cycle de la violence se divise en 4 phases :

Le quotidien avec la montée de la violence, la tension, les critiques et les insultes, la peur de la personne dominée. Puis, c'est l'agression, l'expression de la violence, les coups. Ensuite vient la responsabilisation de la victime, l'inversion de la culpabilité. Enfin, c'est la rémission, la lune de miel : l'homme est gentil, attentionné, la femme a pardonné. Tout va bien. Mais la tension revient, les critiques recommencent et le cycle repart du début.

Pour Natacha Henry c'est : "Et puis ça repart : tensions, explosion de violence, lune de miel, calme quotidien, tensions..."²

Kathy Souffron, elle, divise le cycle des violences en : accumulation des tensions, recours à la violence, déresponsabilisation et justification, et « lune de miel »¹

Avec le temps, les périodes d'accalmies diminuent, les périodes de violences se font plus intenses et plus prolongées. C'est la spirale de la violence.

Kathy Souffron dit en parlant des violences conjugales : « Au fur et à mesure, ces actes se multiplient pour devenir habituels. La violence se banalise et s'intensifie, tandis que la femme perd en capacité d'opposition. C'est pourquoi on parle de cercle vicieux... ». ¹

Dans un dossier sur les violences conjugales, les Docteurs C. Morvant, J. Lebas, J. Cabane, V. Leclercq et P. Chauvin, précisent qu'il peut exister, en plus de ce cycle, « une violence perverse, quotidienne, plus insidieuse et subtile ». ³⁰

Rester :

Une fois dans la spirale, il est très difficile d'en sortir : sentiment de culpabilité. Tout le monde le trouve gentil, si la femme demande la séparation, elle a peur d'être vue comme coupable de l'échec du mariage alors que les stéréotypes veulent que la femme soit la protectrice du foyer.

Peur de se retrouver seule. Parfois, la femme n'a plus de soutien en dehors de son couple, son conjoint l'a coupée de ses amis, de sa famille ; quand l'entourage ne soutient pas carrément le conjoint.

"Ma mère m'a déconseillé de porter plainte. Elle m'a dit d'attendre, de lui laisser le temps, qu'il allait peut-être changer. Mais ça dure depuis 1997 (propos recueillis en 2011)".

En cas de violences économiques, la femme a peur de ne pas s'en sortir financièrement : elle n'a pas d'emploi, la maison est au nom du mari, elle a arrêté ses études avant la fin pour s'occuper de son mari...

Et puis il y a les enfants : "c'est leur père". Beaucoup de femmes restent pour maintenir l'unicité de la famille. Il faut qu'elles comprennent qu'elles doivent partir pour les enfants et non pas rester pour les enfants. Ou alors elles ont peur pour leurs enfants, victimes d'un chantage sur le bien-être des enfants, sur leur possibilité future de voir leurs enfants.

Pour le Dr Morvant : « il ne faut pas oublier que cela signifie un échec conjugal et familial en sus de toutes les difficultés matérielles qu'un départ entraîne ». ³⁰

Ou encore elles sont chez elles et ne veulent pas abandonner leur maison, leurs habitudes

"Je ne veux pas partir de chez moi. C'est hors de question, c'est ma maison. Pourquoi est-ce que c'est moi qui partirais alors que c'est lui le coupable ?"

Et puis toujours l'espoir que ça s'améliore. A chaque "lune de miel" la pensée que cette fois ci c'est la bonne, qu'il a compris et qu'il ne recommencera pas. Elle l'aime, elle sait qu'il l'aime alors forcément, il va s'apercevoir qu'il la fait souffrir et il va changer ? Pourtant "un auteur de violences ne change pas tout seul", explique Françoise Brié, directrice de l'association l'Escalier. "S'il n'est pas pris en charge psychologiquement, avec de sa part une véritable volonté, il recommencera". ²

B- Conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes

Les violences physiques et sexuelles tout comme les violences psychologiques ont de très lourdes conséquences sur la santé des femmes qui en sont victimes. Selon une étude d'AL. Coker, les violences psychologiques ont aussi des conséquences significatives sur la santé, au plan physique, des femmes.³¹

Les victimes de violences conjugales se déclarent en moins bonne santé que les femmes n'en étant pas victimes selon l'étude de T. Vos³². Elles souffrent tout d'abord des blessures résultant des violences physiques³². Les lésions physiques rencontrées chez ces femmes sont de tous types : ecchymoses, lacérations, brûlures, fractures⁴... Ces blessures peuvent occasionner une gêne pour marcher, une limitation des activités quotidiennes^{33, 34}...

De nombreuses études, comme celle de J. Campbell ou celle de C. Vives Cases montrent que ces femmes souffrent également plus souvent de douleurs chroniques : douleurs dorsales ou cervicales, céphalées, migraines, douleurs abdominales, douleurs pelviennes...^{35, 36} Ces douleurs peuvent être des troubles psychosomatiques, symptômes des violences conjugales ou résulter des blessures reçues par les victimes.

Le rapport Henrion indique que toutes les pathologies chroniques sont susceptibles d'être aggravées par les violences conjugales. « Il peut être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son asthénie, de son mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et l'en empêche ». ⁸

Le stress engendré par les violences a des conséquences physiques sur les victimes. Le stress a un impact sur le système neuroendocrinien, ainsi, les femmes victimes de violences présentent un taux plus élevé de cortisol³⁷ que les femmes ne rapportant pas de violences conjugales. Ces modifications peuvent avoir des conséquences lourdes comme un risque accru de développer une hypertension artérielle³², des problèmes coronariens^{32,36}, des ulcères gastriques³¹.

Sur le plan gynécologique, les violences conjugales et en particulier les violences sexuelles entraînent de nombreux troubles. Les victimes de violences présentent un risque accru de développer des infections sexuellement transmissibles, des infections vaginales et des infections urinaires. Elles présentent plus souvent des troubles du cycle menstruel et des douleurs pelviennes. Ces femmes ont également de nombreux troubles sexuels : perte du désir, douleurs lors des rapports...^{35, 38}

Les violences conjugales sont un facteur de risque obstétrical. Le risque de fausses couches et de grossesses non prévues est plus élevé chez les victimes de violences conjugales démontre l'étude de H. Stöckl.³⁹ Une autre étude, par E. Valadares montre que l'augmentation de la cortisolémie consécutive des violences entraîne une diminution du poids de naissance des enfants de ces femmes.³⁷ Il faut aussi prendre en compte le risque direct pour le fœtus en cas de violences physiques.³⁰

Les victimes de violences conjugales rapportent de nombreux troubles digestifs. Elles souffrent souvent de troubles de l'appétit, de douleurs digestives, de troubles du transit, de troubles fonctionnels intestinaux...^{35,38} Elles peuvent aussi présenter des troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie) rapporte le Dr G. Lazimi.¹⁷ Ces troubles sont en partie psychologiques, psychosomatiques mais également physiques. Les modifications neuroendocrines liées aux violences peuvent expliquer une partie de ces problèmes. Dans le cas de violences sexuelles, les lésions périnéales peuvent être à l'origine de difficultés à l'exonération ou d'une incontinence.

Les victimes de violences conjugales présentent souvent des troubles cognitifs tels que des troubles de la mémoire, de la concentration. Ces troubles peuvent empêcher la femme d'entreprendre les démarches nécessaires pour sortir du cycle des violences. Le dossier « violences conjugales », par le Dr C. Morvant, précise que certains de ces troubles peuvent être de « faux » troubles et résulter en réalité de la dissimulation par le conjoint violent des affaires de la victime pour lui faire perdre confiance en elle.³⁰

Les violences conjugales sont aussi très préjudiciables sur le plan psychologique. Les victimes de ces violences ont un risque accru de développer un syndrome anxieux ou un syndrome dépressif.^{33, 34, 38} Elles présentent très souvent des troubles du sommeil.^{30, 40} Le risque suicidaire est plus élevé chez les victimes de violences conjugales que dans la population générale.^{33, 34}

De nombreuses études, comme celle de L. Shannon, de M. Yoshihama ou encore celle de T. Vos prouvent que les victimes de violences conjugales présentent plus souvent des addictions au tabac, à l'alcool, à des médicaments psychotropes ou à des substances illicites.^{32, 41, 42}

Une des conséquences principales des violences conjugales est le stress post-traumatique. Le syndrome de stress post-traumatique est un état anxieux. Il s'agit d'une réaction psychologique à un événement stressant ou traumatisant. Initialement utilisé pour décrire les troubles dont souffraient les victimes d'accidents, de catastrophes naturelles ou les combattants revenant de la guerre, ce syndrome est caractérisé par une triade de symptômes persistants. Le syndrome de stress post-traumatique associe des symptômes d'intrusion (peurs, angoisses, reviviscences, cauchemars...), des attitudes d'évitement (le patient évite tout ce qui

le remet dans la situation, tout ce qui lui rappelle cette situation), et une hyperstimulation neurovégétative (insomnies, nervosité, tachycardie...). Ce syndrome peut amener à une dépression, des conduites addictives, une rupture sociale, le suicide. De nombreuses femmes victimes de violences conjugales développent ce syndrome.⁴³ Sur son site « la mémoire traumatique » le Dr Muriel Salmona explique comment le psychotraumatisme vécu par ces femmes entraîne, en présence de leur agresseur, une « anesthésie », une « dissociation ». Ce sont les conséquences de ce traumatisme qui expliquent les réactions des femmes victimes de violences vis-à-vis de leur agresseur. Elles restent car elles recherchent ce sentiment d'anesthésie, de dissociation. « Se remettre avec un agresseur, c'est échapper à sa mémoire traumatique par dissociation, tout en se mettant en danger. »⁴⁴

Enfin, les violences conjugales peuvent conduire au décès de la femme. Ces décès sont liés aux homicides de la femme par son conjoint, aux suicides des femmes victimes de violences conjugales ou aux conséquences sur la santé des violences conjugales (toxicomanies, problèmes coronariens...)⁸.

Ces lourdes conséquences sur la santé des femmes font des violences conjugales un problème de santé publique majeur mais également un réel problème médical que les généralistes doivent prendre en compte dans le suivi de leurs patientes.

Risques relatifs liés aux violences conjugales

<u>Etude réalisée par</u>	<u>Pathologie</u>	<u>Risque relatif</u>
Dr Vives Cases C ³⁶	Douleurs cervicales	2.01
	Douleurs lombaires	2.34
	Problèmes coronariens	5.28
Dr Coker AL ³¹	Ulcères gastriques	1.72
	Colopathie fonctionnelle	3.62
Dr Stöckl H ³⁹	Fausse couche	8.33
	Grossesse non prévue	5.03
Dr Ellsberg M ³³	Tentatives de suicide	3.8
Dr Yoshihama M ⁴¹	Initiation d'une consommation tabagique	Supérieur à 2

C- Chiffres

Les violences conjugales sont de plus en plus dépistées et de plus en plus médiatisées. La lutte contre ces violences est en croissance constante. Ceci a pour effet une augmentation du dépistage et des déclarations des cas de violences conjugales.

En 10 ans, entre 1989 et 1999, A. Thomas et ses collaborateurs montraient que le nombre de consultations de femmes victimes de violences conjugales dans le service de médecine légale de Rangueil à Toulouse avait triplé.²⁸
Qu'en est-il des 10 années suivantes ?

En 2000, selon l'enquête ENVEFF, une femme vivant en couple sur 10 aurait été victime de violences conjugales dans l'année.¹

L'Observatoire Nationale de la Délinquance publie chaque année des statistiques sur les faits de violences enregistrés par la gendarmerie et la police. Ces statistiques incluent le repérage des violences conjugales.

En 2004, 36231 faits de violences conjugales ont été enregistrés par les services de police et de gendarmerie. En 2007 ce sont 47573 faits qui sont enregistrés et en 2008 : 52439.² En 2009, 54927 faits ont été dénombrés⁴⁵, soit une augmentation de plus de 50% en 5 ans. En 2010, selon le rapport annuel de l'OND⁴⁶, on note une baisse non significative de ces chiffres avec 48411 faits dénombrés.

La progression des signalements des violences conjugales s'explique de plusieurs façons. Tout d'abord par l'augmentation du nombre de plaintes grâce aux différentes campagnes de sensibilisation. En 2010, le 17 (Police secours) a reçu 4049 appels dont le motif enregistré était « femme battue » soit une hausse de 18% en un an⁴⁶. Ensuite, depuis la loi de 2004, sont inclus dans les violences conjugales les faits perpétrés par le conjoint, le pacsé, l'ex-compagnon de la victime et plus seulement par le mari² et les victimes de violences conjugales portent plus facilement plainte si elles ne cohabitent plus avec l'homme violent. « Les victimes d'ex-conjoints représentent à la fois 15% des victimes et 46% des plaintes ».² Il s'agit bien d'une hausse des signalements et pas uniquement une augmentation du nombre de cas de violences conjugales ainsi, dans l'enquête CSVF de 2007 (enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles), 68% des jeunes filles ayant été victimes d'agression sexuelle en avaient déjà parlé autour d'elles. En 2000, lors de l'enquête ENVEFF, 68% des filles n'en n'avaient pas parlé.⁴⁷

Mais, ces chiffres sont encore loin de refléter la réalité. En effet, une enquête de l'observatoire national de la délinquance dite enquête de victimation (enquête cadre de vie et sécurité) estime que 405000 femmes ont été victimes de violences

physiques au sein de leur couple en 2009 (chiffre stable par rapport à 2008 (415000) et 2007 (408000)).⁴⁵

Les décès consécutifs aux violences conjugales sont également mieux repérés. Dans le communiqué de presse du 14 mars 2007 de Mme Catherine Vautrin du ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité concernant le numéro d'appel 3919 pour les femmes victimes de violences conjugales, Mme Vautrin rappelle les chiffres de l'enquête concernant les décès liés aux violences au sein du couple. En 2006, ce sont 137 femmes qui sont mortes sous les coups de leurs compagnons.⁴ En 2007, ce sont 166 femmes qui décèdent de cette façon, selon une enquête menée par la délégation aux victimes du ministère de l'intérieur, soit une femme tous les 2.5 jours.⁴⁸

Depuis 2007, ces chiffres sont en légère régression : selon le rapport de l'observatoire national de la délinquance, en 2008, 157 femmes sont décédées des suites de violences conjugales et en 2009, 140 femmes, en 2010 ce sont 146 femmes qui sont ainsi décédées (ce qui ne représente pas une évolution significative entre 2009 et 2010).

Ces chiffres sous-estiment également le nombre réel de victimes des violences conjugales. Une étude réalisée par Psytel, sous la responsabilité de Marc Nectoux⁴⁹ estime à 460 le nombre de décès causés par les violences conjugales en 2006 : 137 femmes victimes d'homicide par leur conjoint, 31 hommes victimes d'homicide par leur conjointe, 232 suicides de femmes victimes de violences conjugales, 46 suicides de l'agresseur et 14 homicides collatéraux. Donc, en 2006, entre les homicides et les suicides, 369 femmes sont décédées des suites de violences conjugales, soit environ une par jour.

D- Loi

Depuis 1992, les violences conjugales étaient incluses dans la loi concernant les atteintes volontaires à la personne, le lien (conjoint ou concubin) entre l'agresseur et la victime étant une circonstance aggravante et constituant donc un délit même si les violences avaient entraîné une ITT inférieure à 8 jours. (loi n°92-683 du 22 juillet 1992).¹

La loi du 26 mai 2004 permet l'éviction du conjoint violent du domicile mais n'est applicable qu'aux couples mariés.⁴

La loi du 4 avril 2006 renforce les dispositions précédentes tout d'abord en élargissant les violences conjugales aux violences commises par les pacsés et les anciens partenaires (conjoints, concubins ou pacsés). Cette loi ajoute la notion de respect aux obligations des époux (« les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance »).⁴

La loi la plus récente concernant les violences conjugales est la loi du 09 juillet 2010. Cette loi renforce encore la protection des victimes de violences conjugales. Cette loi prend en compte les violences psychologiques. « Le fait de harceler son conjoint ou ex par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale » est réprimé par cette loi du 09 juillet 2010.

Elle prévoit également la formation aux violences conjugales de 14 corps de métier, l'information dans les établissements scolaires.²

Un des points forts de cette loi est l'ordonnance de protection.²

Madame Guyot, vice-procureur au Parquet de Paris et chargée de mission au parquet de Paris dans la lutte contre les violences faites aux femmes, est venue présenter cette loi lors d'une réunion aux UMJ de l'Hôtel Dieu à Paris, le 05 mai 2010.

Cette ordonnance est applicable pour 4 mois si les violences sont « vraisemblables » et mettent en danger la victime. Elle est prononcée par le juge des affaires familiales. Elle peut permettre d'éloigner le conjoint violent du domicile, lui interdire de détenir une arme, assigner l'agresseur à résidence, permettre à la victime de disposer d'un dispositif de télé-protection, protéger la victime en interdisant à l'agresseur de connaître sa nouvelle adresse... Elle gère également de façon provisoire la garde des enfants, les aides financières entre les conjoints... Concernant l'expulsion du conjoint violent, la loi de 2010 élargit la loi de 2004 aux couples en concubinage ou pacsés. En cas de couple marié, les dispositions de cette ordonnance sont prolongeables jusqu'au divorce si une procédure est entamée. Le

délai moyen pour rendre la décision est de 34 jours selon Mme Guyot. L'application de la décision est immédiate même si l'agresseur fait appel.

Un premier bilan de l'application de cette ordonnance de protection a été réalisé en Seine-St-Denis entre le 01 octobre 2010 et le 30 septembre 2011. Les résultats sont disponibles sur le site du conseil général de Seine-St-Denis. 205 requêtes ont été déposées et 189 ont été traitées (pour les 16 restantes, la plaignante ne s'est pas présentée ou a retiré sa demande). 158 ordonnances de protection ont été rendues (soit 83.6%). 155 de ces ordonnances interdisant au conjoint violent d'entrer en contact avec la victime. 95 de ces ordonnances attribuent la jouissance exclusive du logement à la victime des violences. L'audience s'est tenue dans un délai moyen de 11 jours.⁵⁰

Enfin, que dit la loi en ce qui concerne le viol entre époux ? De 1832 à 1980, le viol était un « coït illicite avec une femme que l'on sait ne pas y consentir » et excluait donc la possibilité de viol entre époux. De 1980 à 2006, le terme « illicite » avait été supprimé de la loi rendant pénalisable le viol conjugal. La loi du 4 avril 2006 favorise la reconnaissance du viol entre époux en précisant que la « présomption de consentement entre époux ne vaut que jusqu'à preuve du contraire ». Cette phrase a été supprimée par la loi du 09 juillet 2010 et remplacée par « le viol et autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils sont imposés à la victime [...] quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et la victime y compris s'ils sont unis par les liens du mariage ». Il n'y a donc plus de présomption de consentement et le viol entre époux est régi par la même loi que les viols en dehors du couple (le lien entre les époux étant une circonstance aggravante depuis la loi de 2006).

E- Techniques mises en œuvre pour lutter contre les violences conjugales

En parallèle avec l'augmentation des signalements des cas de violences conjugales, on note une augmentation des moyens mis en œuvre pour lutter contre ces violences.

Citons en premier lieu le plan violence interministériel. Ce plan de lutte contre les violences conjugales explique les lignes de conduite envers les violences conjugales, il fixe les objectifs de la lutte contre les violences envers les femmes et présente les mesures prises pour y parvenir. Il existe trois plans triennaux de 2005, 2008 et 2011. Le plan de 2011⁵¹ fixe trois priorités : protection, prévention et solidarité. Il présente des mesures comme le développement d'accueil de jour, de « référents violences », une amélioration de la formation initiale et continue des professionnels et annonce de nouvelles campagnes d'information et de sensibilisation. J'ai joint en annexe la synthèse du plan violence de 2011.

La lutte contre les violences conjugales passe par l'amélioration de la formation médicale. En 1983, dans la thèse du Dr C. Relhinger, 82% des médecins se disaient mal formés à la prise en charge de ces victimes. Dans la thèse du Dr Cécile Morvant en 2000, « seulement » 60% se disent mal formés.⁶

Les facultés de médecine forment leurs étudiants à ce problème. Par exemple, dans le cadre du DES de médecine générale de Paris 6, 2 heures sont consacrées à ce sujet mais les violences conjugales sont également abordées dans les cours sur les certificats médicaux, les maltraitances à enfants, les mutilations sexuelles, le suivi de la grossesse, l'IVG...

Les médecins sont aussi formés aux violences conjugales dans le cadre de leur formation continue. Il existe des recommandations HAS de 2011 sur la rédaction du certificat médical descriptif⁵² (voir annexes). Il existe également une conférence de consensus sur la prise en charge de la maltraitance aux urgences. Les violences conjugales sont traitées dans cette conférence de consensus et de nombreux critères (repérage, signalement, rédaction du certificat, orientation des victimes) sont applicables à la médecine générale.⁵³

Une amélioration aussi de la formation des services de police et de gendarmerie est nécessaire. Depuis 1999, il existe un référent violences conjugales dans les commissariats. Depuis 2009, tous les ans est organisée à Paris une formation sur les violences conjugales. Un agent de chaque commissariat d'arrondissement est ainsi formé pendant trois jours à prendre en charge les violences conjugales. Les fonctionnaires de police souhaitant devenir brigadiers suivent également cette formation. Dans la gendarmerie, une formation spécifique de deux heures est

donnée aux sous-officiers et aux élèves officiers en plus des cours sur les violences intra familiales.²

La loi du 9 juillet 2010 prévoit ainsi la « mise en place d'une formation spécifique » pour 14 corps de métiers : personnels soignants, police, gendarmerie, magistrats, services pénitentiaires, agents de l'état civil, de l'éducation nationale, personnels d'animation sportive et culturelle.² La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France a publié en 2010 un document : « Mécanismes violence conjugale », dans le but d'être utilisé pour la formation des professionnels. Ce document reprend les définitions, les chiffres, les explications du cercle de la violence et les enjeux de la prise en charge.⁵⁴

Dans le cadre de la lutte contre les violences conjugales, on note également une simplification de l'accès au soutien par la mise en place en mars 2007 d'un numéro unique national pour les victimes et les proches de victimes de violences conjugales : le 3919. Ce numéro unique, financé par le ministère délégué à la cohésion sociale permet d'améliorer l'écoute, l'information et l'orientation des appelants. Ce numéro se rajoute aux numéros locaux qui ne disparaissent pas mais il se veut numéro de référence pour les femmes avec une simplicité (numéro à 4 chiffres), un faible coût, et des campagnes d'informations pour le faire connaître.⁴

En mars 2007, lors de la mise en service de ce numéro, des campagnes d'information pour le faire connaître ont été lancées, avec le slogan : « Violences conjugales. Parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire ». Il s'agissait de spots télévisés largement diffusés ainsi que d'affiches, de dépliants... disponibles dans les associations de lutte, les services administratifs, les services médicaux (cabinets, pharmacies, urgences, maternités...), les commissariats et gendarmeries, les mairies, les postes...

De nombreuses autres campagnes de sensibilisation ont été lancées ces dernières années. Ces campagnes ont pour but de choquer pour faire réagir, de faire prendre conscience aux victimes et aux témoins de l'ampleur du phénomène, de sa gravité et de l'importance de réagir. (cf. annexe)

Ces campagnes permettent aussi aux femmes de parler plus facilement des violences qu'elles subissent. Il peut s'agir de l'occasion d'en parler ou au moins de montrer aux femmes qu'il existe des aides. Dans son enquête, le Dr Gilles Lazimi montre que les femmes parlent plus facilement des violences subies après affichage de la campagne d'information, en particulier lorsque cet affichage est couplé avec un questionnement du médecin.¹⁵

Ces sensibilisations ont pour effet de mieux préparer les professionnels à prendre en charge les victimes de violences conjugales et d'aider les femmes victimes à se sentir moins isolées. Elles ont également un effet sur la population générale et permettent une meilleure prévention des violences. Selon l'enquête eurobaromètre 344 de 2010,⁵⁵ en Europe, 98% des personnes interrogées savent que la violence conjugale existe alors qu'en 1999, 94% des personnes déclaraient en avoir

conscience. Les femmes sont mieux repérées par leur entourage, 25% des sujets questionnés déclarent connaître dans leur entourage une femme victime de violences conjugales contre seulement 19% en 1999.

La prévention des violences passe aussi par la sensibilisation du public à la gravité du problème et de ses conséquences. Cette sensibilisation en 10 ans a été efficace puisque toujours selon l'enquête eurobaromètre 344 de 2010, 86% des personnes interrogées jugent inacceptables les violences conjugales contre 63 % en 1999.⁵⁵

Il y a également une mise en place de réseaux pour lutter contre ces violences. On note un développement des associations spécialisées dans la prise en charge des violences conjugales. Ces associations regroupent des psychologues, des centres d'hébergement, des aides juridiques. Elles proposent des écoutes, du soutien psychologique, des aides dans les démarches, des hébergements d'urgence, des conseils juridiques gratuits... Le site internet stop-violences-femmes.gouv.fr recense 41 associations de lutte contre les violences envers les femmes en Ile-de-France⁵⁶.

Il existe aussi un développement des cabinets d'avocats spécialisés dans les violences conjugales. Voilà ce que l'on peut lire sur le site de l'ordre des avocats au Barreau de St Nazaire : « Les Avocats membres du groupe de défense des victimes de violences conjugales reçoivent gratuitement à leur Cabinet et peuvent notamment fournir des informations sur les démarches à effectuer, les foyers d'hébergement, les procédures d'urgence. »⁵⁷

Les médecins ne travaillent donc plus seuls mais en réseau avec des psychologues, des associations, la police, des travailleurs sociaux, des avocats, d'autres médecins...

II – Pratiques des généralistes en 2011

A- Méthode de l'étude

Un questionnaire concernant les pratiques des généralistes face aux violences conjugales (celui utilisé en 2000 par le Dr Cécile Morvant) a été envoyé à une population d'étude comparable à celle de 2000 : 1000 mails ont été envoyés à des généralistes d'Ile-de-France tirés au hasard, contenant une lettre d'explication et un lien vers le questionnaire.

Cet envoi s'est effectué par voie électronique par une société privée de marketing Ideactif. Les adresses ont été prises dans une liste composée d'adresses de généralistes exerçant en libéral en Ile-de-France. Cette liste a été constituée à partir des inscriptions des généralistes à des sites ciblant les médecins : revues médicales, remplacements... Les généralistes à qui le questionnaire a été envoyé ont été sélectionnés au hasard. La réponse au questionnaire s'est effectuée de façon anonyme. Il n'a pas été effectué de relance car l'envoi initial a été réalisé par une société extérieure et ne m'a pas communiqué les adresses des généralistes auxquels le questionnaire avait été envoyé. Le questionnaire a été envoyé le 11-07-11.

Le questionnaire a aussi été envoyé aux médecins généralistes enseignants des facultés d'Ile-de-France figurant sur l'annuaire du collège des médecins généralistes enseignants, soit 561 questionnaires (sur 634 enseignants). Je n'ai pas fait de distinction entre les généralistes chargés d'enseignement dans les facultés et les maîtres de stage. La question : « Etes-vous enseignant dans une des facultés d'Ile-de-France ? » a permis de distinguer les réponses des médecins enseignants de celles des autres généralistes. Le questionnaire a été envoyé le 05-07-11. Une relance a été effectuée le 05-09-11.

Le questionnaire a été effectué par internet sur le site spécialisé sondageonline.com. Le questionnaire a été arrêté le 22-12-11.

Les résultats ont ensuite été traités par Excel.

Les résultats de ce questionnaire ont ensuite été analysés puis comparés aux résultats obtenus en 2000 par le Dr Cécile Morvant.

B- Résultats du questionnaire

Sur 1561 questionnaires envoyés j'ai reçu 227 réponses (soit 14.5 %). Ces réponses se répartissent ainsi :

- sur 1000 questionnaires envoyés à des médecins généralistes en Ile-de-France pris au hasard, j'ai reçu 132 réponses (soit 13.2 %).
- sur 561 questionnaires envoyés aux généralistes enseignants d'Ile-de-France, j'ai reçu 95 réponses (soit 16.9 %).

Profil des médecins :

Je me suis tout d'abord intéressée au profil des médecins ayant répondu au questionnaire.

Sexe :

Sur 219 médecins ayant répondu, 58 % sont des hommes (n=127) et 42 % sont des femmes (n=92).

Les non enseignants sont à 56.8 % des hommes (n=71 sur 125 réponses) et les enseignants sont à 59.6 % des hommes (n=56 sur 94 réponses).

Age :

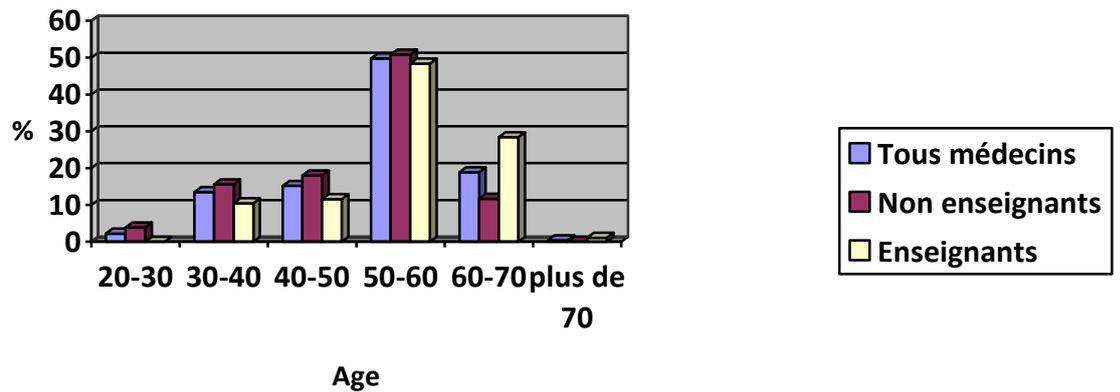
J'ai reçu 223 réponses à cette question.

L'âge des médecins ayant répondu varie de 28 à 71 ans avec une moyenne d'âge de 52 ans.

69.1 % des généralistes ayant répondu ont plus de 50 ans et 19.3 % ont plus de 60 ans.

Pour les enseignants (95 réponses), la moyenne d'âge est de 54.4 ans, les âges allant de 30 ans à 71 ans.

Age des médecins



Depuis quand exercez-vous ?

Il y a eu 221 réponses.

La durée d'exercice va de 1 an à 40 ans avec une moyenne de 22.6 ans.

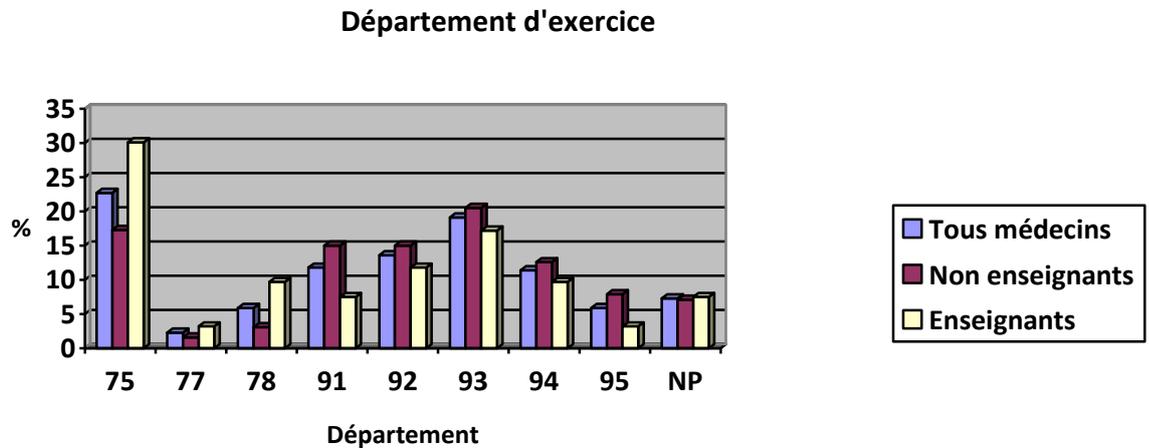
La majorité des médecins interrogés exercent depuis 19 à 31 ans.

Chez les généralistes enseignants, la durée d'exercice est comprise entre 3 ans et 40 ans avec une moyenne à 24.9 ans. La majorité exerce depuis 20 à 31 ans.

Où exercez vous ?

Les généralistes ayant répondu à cette question (220 médecins) exercent dans le :

- 75 : 22.7% (n=50)
- 77 : 2.3% (n=5)
- 78 : 5.9% (n=13)
- 91 : 11.8% (n=26)
- 92 : 13.6% (n=30)
- 93 : 19.1% (n=42)
- 94 : 11.4% (n=25)
- 95 : 5.9% (n=13)
- Non précisé (NP) : 7.3% (n=16)



Exercez-vous en secteur 1 ou 2 ?

J'ai reçu 208 réponses à cette question dont 92 réponses par des enseignants. 85.6 % (n=178) des généralistes exercent en secteur 1 et 14.4% (n=30) en secteur 2. Les enseignants sont à 82.6 % (n=76) en secteur 1.

Avez-vous un mode d'exercice particulier ?

Sur les 169 médecins ayant répondu à cette question, 76.9% (n=130) n'ont pas de mode d'exercice particulier.

Sur les 73 enseignants ayant répondu à cette question, 83.6% (n=61) n'ont pas de mode d'exercice particulier.

Les modes d'exercice cités par les médecins ayant répondu « oui » à cette question sont : médecine hospitalière, homéopathie, PMI, médecine du sport, gynécologie, gériatrie.

Etes-vous enseignant dans une des facultés d'Ile-de-France ?

219 médecins ont répondu à cette question. 56.6% (n=124) ne sont pas enseignants et 43.4% (n=95) enseignent dans une faculté d'Ile-de-France.

Pour réaliser les statistiques de ce questionnaire, les médecins n'ayant pas répondu à cette question ont été considérés comme non enseignants.

Question 1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu parmi vos patientes des femmes adultes (18 ans ou plus), battues, violées, ou victimes d'autres types de violences de la part de leur conjoint, partenaire ou ancien partenaire ?

214 médecins ont répondu à cette question, 67.29 % (n= 144) ont répondu affirmativement à la question.

Sur les 119 non enseignants ayant répondu à cette question, 68.1 % (n=81) ont répondu affirmativement.

66.32 % (n=63) des 95 enseignants ayant répondu ont répondu affirmativement.

Les médecins ayant répondu non à cette question ne devaient ensuite répondre qu'aux questions 12 à 14.

Question 2 : Au total, combien de femmes différentes ayant subi des violences par leur conjoint ou partenaire avez-vous eu en consultation à une ou plusieurs reprises le mois dernier ?

J'ai reçu 131 réponses à cette question.

La réponse varie de 0 à 40 femmes avec une moyenne de 1,5 femme par médecin (195 femmes victimes de violences conjugales vues par ces généralistes).

35.1% (n=46) n'ont vu aucune victime de violences conjugales.

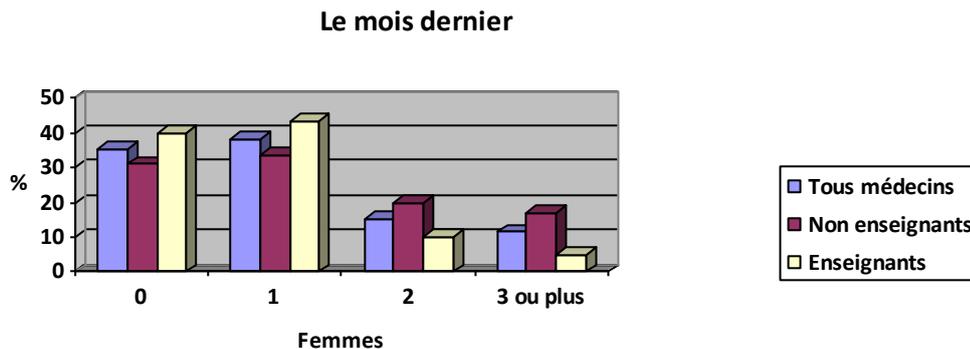
38.2% (n=50) en ont vu une.

15.3% (n=20) en ont vu deux

11.5% (n=15) en ont vu trois ou plus.

Pour les non enseignants (72 réponses) : 31 % (n=22) n'ont vu aucune femme victime de violences, 33.8% (n=24) en ont vu une, 19.7 % (n=14) deux et 16.9 % (n=12) trois ou plus.

Pour les enseignants (59 réponses) : 40 % (n=24) n'ont vu aucune femme victime de violences, 43.3% (n=26) en ont vu une, 10 % (n=6) deux et 5% (n=3) trois ou plus.



Au cours des 12 derniers mois ?

Il y a eu 129 réponses à cette question.

Environ 844 femmes ont été vues au cours de cette période par les médecins ayant répondu à la question.

Les réponses vont de 0 à 240 femmes avec une moyenne de 6.7 femmes par médecin.

0.8% (n=1) n'ont vu aucune femme victime de violences conjugales.

83.7% (n=108) ont vu entre 1 et 6 femmes.

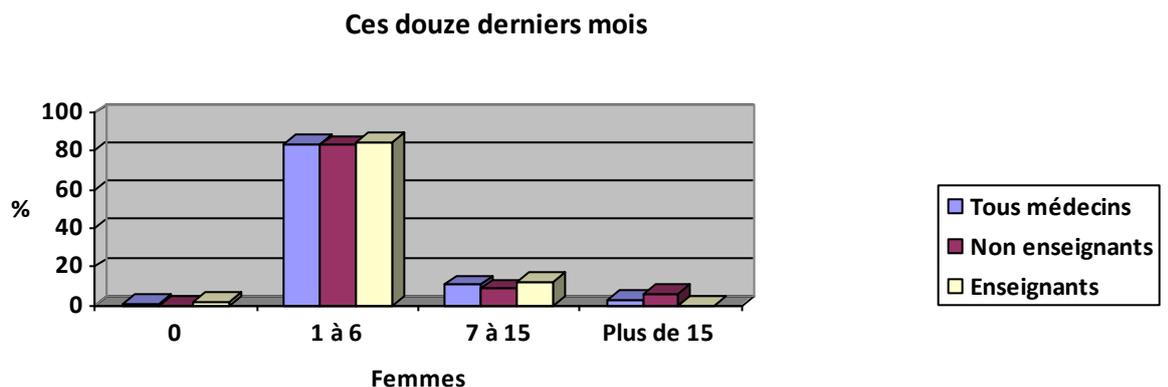
10.7% (n=13) ont vu entre 7 et 15 victimes de violences conjugales.

3.1% (n=4) ont vu plus de 15 victimes.

2.3% (n=3) ne savent pas combien ils ont vu de patientes victimes de violences conjugales.

Aucun non enseignant ayant répondu à cette question (71 enseignants ont répondu) n'a vu aucune victime, 83.1 % (n=59) ont vu entre 1 et 6 victimes, 8.5 % (n=6) ont vu entre 7 et 15 patientes, 5.6% (n=4) en ont vu plus de 15.

Un enseignant ayant répondu à cette question (58 non enseignants ont répondu) n'a vu aucune victime, 84.5 % (n=49) ont vu entre 1 et 6 victimes, 12.1 % (n=7) ont vu entre 7 et 15 patientes, 0% (n=0) en ont vu plus de 15.



Depuis que vous exercez ?

Il s'agit d'estimations de la part des 129 médecins ayant répondu.

Le nombre de femmes victimes de violences conjugales vues va de 1 à environ 500 (« deux à trois par mois depuis 20 ans »).

45.7% des médecins ne savent pas combien ils ont vu de victimes.

Parmi ceux qui ont donné une estimation du nombre de femmes :

- 67% (n=47) en ont vu entre 1 et 20 ;
- 26% (n=18) en ont vu entre 20 et 100 ;
- 7% (n=5) en ont vu plus de 100.

71 non enseignants ont répondu à cette question. 43.7 % (n=31) ne savent pas combien de victimes ils ont vu. Parmi les autres, 80 % (n=32) en ont vu entre 1 et 20, 15 % (n=6) entre 20 et 100 et 5% (n=2) plus de 100.

58 enseignants ont répondu à cette question. 48.3 % (n=28) ne savent pas combien de victimes ils ont vu. Parmi les autres, 50 % (n=15) en ont vu entre 1 et 20, 40 % (n=12) entre 20 et 100 et 10% (n=3) plus de 100.

Pour les questions suivantes, il était demandé aux médecins de se souvenir des cinq dernières femmes qu'ils avaient vues et pour lesquelles ils savaient ou soupçonnaient fortement qu'elles soient victimes de violences conjugales. S'ils ne se rappelaient pas de cinq patientes, il leur était demandé de répondre pour les 4, 3, 2 ou 1 dont ils se souvenaient. Ces patientes étaient nommées Madame A, B, C, D et E.

90 médecins ont répondu à ces questions, soit un total de 277 femmes victimes de violences conjugales étudiées dans ces questions.

Question 3 : Depuis combien de temps suivez-vous ces 5 patientes en consultation (toutes raisons confondues) ?

J'ai reçu 90 réponses à cette question. Ces réponses portent sur 275 femmes.

La durée de suivi va de 0 (1^{ère} consultation) à 30 ans avec une moyenne de 6.9 ans.

Pour les enseignants (40 réponses, 120 femmes), la durée va de 0 (1^{ère} consultation) à 30 ans avec une moyenne de 8.5 ans par femme.

Question 4 : Savez-vous qu'il y a eu violence, parce que :

- Il s'agit d'un soupçon de votre part ?
- Ces femmes vous l'ont dit spontanément ?
- Vous avez abordé vous-même le sujet ?
- Vous le savez par une tierce personne ?

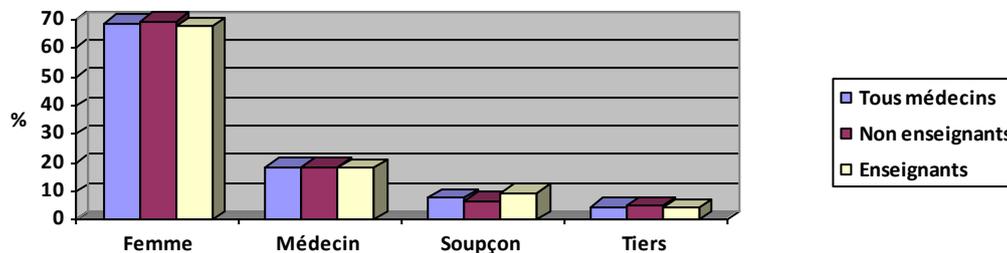
90 médecins ont répondu à cette question, les réponses intéressent 277 femmes.

Dans 69% (n=191) des cas, les femmes ont abordé spontanément le sujet, dans 18.4% (n=51) des cas c'est le médecin qui a posé la question, dans 7.9% (n=22) des cas, il s'agit d'un soupçon de la part du médecin et dans 4.7% (n=13) des cas, le médecin est au courant des violences par un tiers.

Pour les non enseignants (51 réponses, 162 femmes), la femme a abordé le sujet dans 69.6% (n=113) des cas, le médecin dans 18.5 % (n=30) des cas, il s'agit d'un soupçon pour 6.8 % (n=11) des cas et un tiers a rapporté les violences dans 4.9% (n=8) des cas.

Pour les enseignants (39 réponses, 115 femmes), la femme a abordé le sujet dans 67.8% (n=78) des cas, le médecin dans 18.3 % (n=21) des cas, il s'agit d'un soupçon pour 9.6 % (n=11) des cas et un tiers a rapporté les violences dans 4.3% (n=5) des cas.

Qui a abordé le sujet ?



Question 5 : Quel était le motif de consultation de votre patiente quand vous avez parlé avec elle pour la première fois de la violence qu'elle subit ? Le médecin avait le choix entre plusieurs propositions, plusieurs réponses étaient possibles.

83 médecins ont répondu à cette question, 247 femmes sont concernées par leurs réponses.

Les motifs de consultation étaient par ordre décroissant :

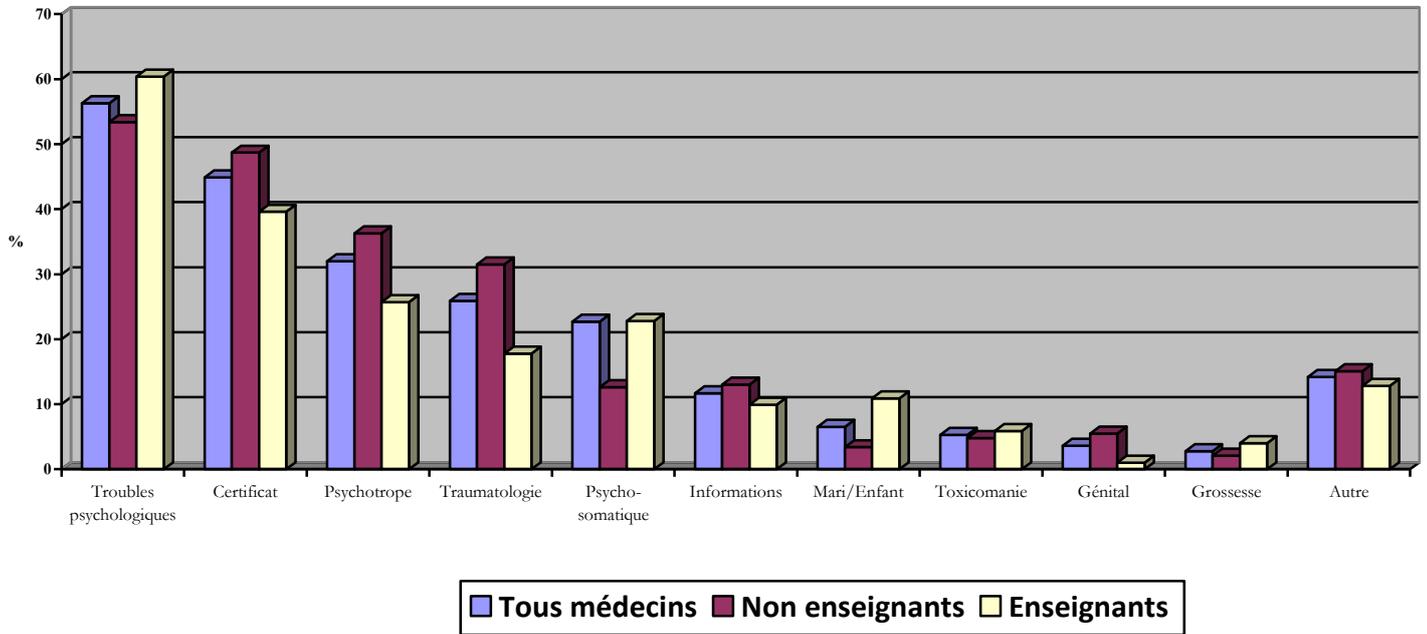
- Troubles psychologiques : 56.3% (n=139)
- Rédaction d'un certificat médical : 44.9% (n=111)
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique : 32% (n=79)
- Traumatologie : 25.9% (n=64)
- Troubles psychosomatiques : 22.7% (n=56)
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/aide dans les procédures administratives ou judiciaires : 11.7 % (n=29)
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant : 6.5 % (n=16)
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac) : 5.3% (n=13)
- Affection génitale : 3.6 % (n=9)
- Suivi de grossesse : 2.8 % (n=7)
- Autre : 14.2% (n=35)

Les autres motifs cités étaient : maladie chronique (n=4), femme amenée par sa mère pour protéger sa petite fille, prescription d'un antidépresseur, lombosciatique, infection ORL, plaintes algiques, souffrance psychologique, contraception, vaginisme, suivi de l'enfant, suivi gynécologique, toux, troubles sexuels (manque de désir, viols, IVG).

Si l'on sépare les non enseignants (48 réponses, 146 femmes) et les enseignants (35 réponses, 101 femmes), la répartition des motifs de consultation est :

- Troubles psychologiques :
 - Non enseignants : 53.4% (n=78)
 - Enseignants : 60.4% (n=61)
- Rédaction d'un certificat médical :
 - Non enseignants : 48.7% (n=71)
 - Enseignants : 39.6% (n=40)
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique :
 - Non enseignants : 36.3% (n=53)
 - Enseignants : 25.7 % (n=26)
- Traumatologie :
 - Non enseignants : 31.5% (n=46)
 - Enseignants : 17.8% (n=18)
- Troubles psychosomatiques :
 - Non enseignants : 12.6% (n=33)
 - Enseignants : 22.8% (n=23)
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/aide dans les procédures administratives ou judiciaires :
 - Non enseignants : 13 % (n=19)
 - Enseignants : 9.9% (n=10)
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant :
 - Non enseignants : 3.4 % (n=5)
 - Enseignants : 10.9% (n=11)
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac) :
 - Non enseignants : 4.8% (n=7)
 - Enseignants : 5.9% (n=6)
- Affection génitale :
 - Non enseignants : 5.5 % (n=8)
 - Enseignants : 1% (n=1)
- Suivi de grossesse :
 - Non enseignants : 2.1 % (n=3)
 - Enseignants : 4% (n=4)
- Autre :
 - Non enseignants : 15.1% (n=22)
 - Enseignants : 12.8% (n=13)

Motifs de consultation



Question 6 : Précisez pour ces 5 dernières patientes s'il s agit de violences :
-verbales (insultes, chantage, menaces)
-psychologiques (comportement ou propos méprisants dénigrant les opinions, les valeurs, les actions de la femme)
-physiques
-sexuelles
- économiques (privation de moyens ou de biens essentiels, contrôle).

Plusieurs réponses étaient possibles.

A cette question, j'ai reçu 81 réponses, rapportant la situation de 247 femmes victimes de violences conjugales.

Il s'agissait de violences :

- Physiques : 70.8% (n=170)
- Verbales : 66.7% (n=160)
- Psychologiques : 59.2% (n=142)
- Economiques : 20.8% (n=50)
- Sexuelles : 20.4% (n=49)
- Indéterminées par le médecin : 2.5 % (n=6)

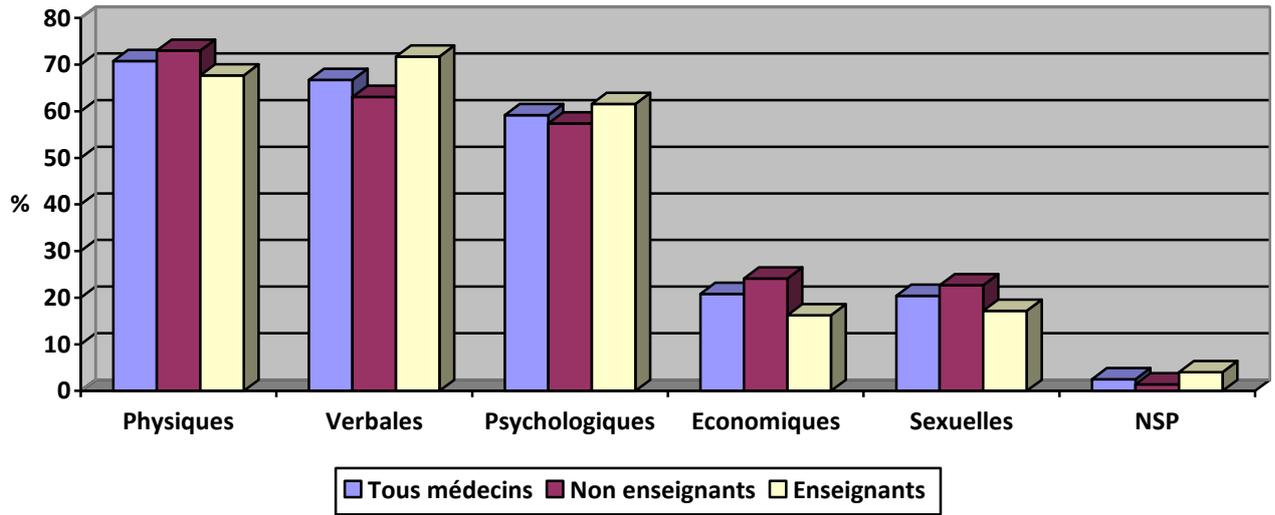
Pour les non enseignants (47 réponses, 141 femmes), les violences étaient :

- Physiques : 73% (n=107)
- Verbales : 63.1% (n=89)
- Psychologiques : 57.4% (n=81)
- Economiques : 24.1% (n=34)
- Sexuelles : 22.7% (n=32)
- Indéterminées par le médecin : 1.4 % (n=2)

Pour les enseignants (34 réponses, 95 femmes), les violences étaient :

- Physiques : 67.7% (n=67)
- Verbales : 71.7% (n=71)
- Psychologiques : 61.6% (n=61)
- Economiques : 16.2% (n=16)
- Sexuelles : 17.2% (n=17)
- Indéterminées par le médecin : 4 % (n=4)

Type de violence



Question 7: A votre connaissance, quels types d'aide reçoivent vos patientes qui subissent des violences ?

A cette question, les médecins devaient dire si les femmes recevaient ou non de l'aide de la part de leur entourage, de la police ou de la gendarmerie, d'associations spécialisées, d'autres travailleurs médicaux, de travailleurs sociaux ; ou si le médecin ne savait pas si la femme recevait de l'aide de ces personnes.

80 médecins ont répondu à cette question soit un panel de 238 femmes. Leurs réponses sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

	Oui	Non	Ne sait pas
Réseau familial/amical	55.5% (n=132)	27.3%(n=65)	10.9% (n=26)
Police/Gendarmerie	38.7% (n=92)	39.9% (n=95)	16% (n=38)
Autre travailleur médical	18.5% (n=44)	52.5% (n=125)	15.1% (n=36)
Travailleurs sociaux	21.4% (n=51)	47.1% (n=112)	18.1% (n=43)
Associations spécialisées	20.1% (n=49)	50% (n=119)	18.1% (n=43)

Les non enseignants sont 47 à avoir répondu à cette question (141 femmes recensées) et les enseignants sont 34 (99 femmes). Leurs réponses sont dans le tableau ci-dessous.

	Oui		Non		Ne sait pas	
	Non enseignants	Enseignants	Non Enseignants	Enseignants	Non enseignants	Enseignants
Réseau familial/amical	53.2% (n=75)	58.8% (n=57)	29.8% (n=42)	23.7% (n=23)	9.9% (n=14)	12.4% (n=12)
Police/Gendarmerie	39.7% (n=56)	37.1% (n=36)	41.1% (n=58)	38.1% (n=37)	15.6% (n=22)	16.5% (n=16)
Autre travailleur médical	16.3% (n=23)	21.6% (n=21)	53.9% (n=76)	50.5% (n=49)	16.3% (n=23)	13.4% (n=13)
Travailleurs sociaux	25.5% (n=36)	15.5% (n=15)	45.4% (n=64)	49.5% (n=48)	19.8% (n=28)	15.5% (n=15)
Associations spécialisées	22% (n=31)	18.6% (n=18)	48.9% (n=69)	51.5% (n=50)	20.6% (n=29)	14.4% (n=14)

Question 8 : Dans le cadre du suivi de ces 5 patientes violentées, avez-vous été en contact avec toute autre personne qui l'aide (famille, travailleur social, police, autre travailleur médical...) ?

80 médecins ont répondu à cette question (243 femmes concernées par ces réponses).

32.1% (n=78) ont répondu oui à la question.

67.9% (n=165) ont répondu non.

Les non enseignants (47 réponses, 142 femmes) ont répondu oui à 30.3 % (n=43) et non à 73.2% (n=104)

Les enseignants (33 réponses, 96 femmes) ont répondu oui à 36.5% (n=35) et non à 63.5% (n=61).

Question 9 : Avez-vous conseillé à vos patientes de s'adresser à un de ces professionnels ?

Les 80 médecins ayant répondu à cette question (concernant les 243 femmes victimes de violences conjugales qu'ils avaient vues en consultation) ont adressé ces femmes à :

- La police ou la gendarmerie dans 52.1 % des cas (n=124)
- Un psychologue dans 52.9% des cas (n=126)
- Une association de soutien dans 42% des cas (n=100)
- Un travailleur social dans 31.5% des cas (n=75)
- Une autre structure médicale dans 16.4% des cas (n=39)
- Aucun de ces acteurs dans 12.2% des cas (n=29)

Les non enseignants (47 réponses, 141 femmes) ont adressé les victimes à :

- La police ou la gendarmerie dans 51.8 % des cas (n=73)
- Un psychologue dans 54.6% des cas (n=77)
- Une association de soutien dans 39% des cas (n=55)
- Un travailleur social dans 31.9% des cas (n=45)
- Une autre structure médicale dans 14.2% des cas (n=20)
- Aucun de ces acteurs dans 12.1% des cas (n=17)

Les enseignants (33 réponses, 97 femmes) ont orienté leurs patientes vers :

- La police ou la gendarmerie dans 52.6 % des cas (n=51)
- Un psychologue dans 50.5% des cas (n=49)
- Une association de soutien dans 46.4% des cas (n=45)
- Un travailleur social dans 30.1% des cas (n=30)
- Une autre structure médicale dans 19.6% des cas (n=19)
- Aucun de ces acteurs dans 12.4% des cas (n=12)

Question 10 : Avez-vous proposé à votre patiente de lui rédiger un certificat médical lors de la découverte de la violence conjugale ?

Sur les 80 réponses de médecins concernant 239 femmes, 75.7% (n=181) sont affirmatives et 24.3% (n=58) négatives.

Les non enseignants (47 réponses, 143 femmes) ont répondu oui à 71.3% (n=102) et les enseignants (33 réponses, 96 femmes) ont répondu oui à 82.3% (n=64).

Question 11 : Selon la réponse à la question 10, répondez à la partie correspondante de cette question :

Si oui, l'avez-vous rédigé ?

67 médecins ont répondu à cette question, leurs réponses représentent un effectif de 201 femmes.

76.6% (n=154) ont rédigé le certificat.

24.3% (n=47) ne l'ont pas rédigé.

77.6% (n=90) des non enseignants ayant répondu à la question (40 réponses, 116 femmes) ont rédigé le certificat.

75.3% (n=64) des enseignants (27 réponses, 85 femmes) ont rédigé le certificat.

Si non, avez-vous décidé d'archiver les données cliniques et examens complémentaires en lien avec la violence que votre patiente présente tout en l'informant que vous les teniez à sa disposition pour rédiger le certificat médical plus tard si nécessaire ?

J'ai reçu 44 réponses à cette question, 113 femmes sont concernées.

Dans 61.1% des cas (n=69), le médecin a archivé les données concernant les violences conjugales et a informé la patiente de la possibilité de rédiger le certificat ultérieurement. Dans 38.9% des cas (n=44), le médecin ne l'a pas fait.

Pour les non enseignants (24 réponses, 56 femmes), les données ont été archivées dans 53.6% des cas.

Pour les enseignants (20 réponses, 57 femmes), les données ont été archivées dans 68.4% des cas.

Question 12 : D'après vous, quel suivi médical devez-vous proposer à des patientes victimes de violences (type d'aide, fréquence des consultations, prescriptions, orientation, suivi familial..) ?

116 médecins ont répondu à cette question. Cette question était une question ouverte.

Les réponses les plus fréquentes données par les médecins ont été :

- Suivi psychologique (par le médecin traitant ou par un psychologue) : 63.8% (n=74)
- Orienter les victimes (associations, assistantes sociales, structures d'aides) : 44% (n=51)
- Adresser au système judiciaire (police, avocat) : 24.7% (n=28)
- Prescription de psychotropes : 15.5% (n=18)
- Voir les enfants (conséquences, maltraitance) : 11.2% (n=13)
- Suivre le mari : 6% (n=7)
- Orienter vers un conseiller conjugal : 6% (n=7)
- Prise en charge au cas par cas : 9.5% (n=11)
- Orienter vers les UCMJ : 6.9% (n=8)
- Rédiger un certificat : 6% (n=7)

Les autres réponses citées ont été : orienter vers le médecin traitant si vous ne connaissez pas la femme, conseiller à la femme de revenir en cas de récurrence, prendre rendez-vous pour aborder ce sujet, prise en charge traumatologique, rompre l'isolement, suivi gynécologique, orienter vers un collègue féminin.

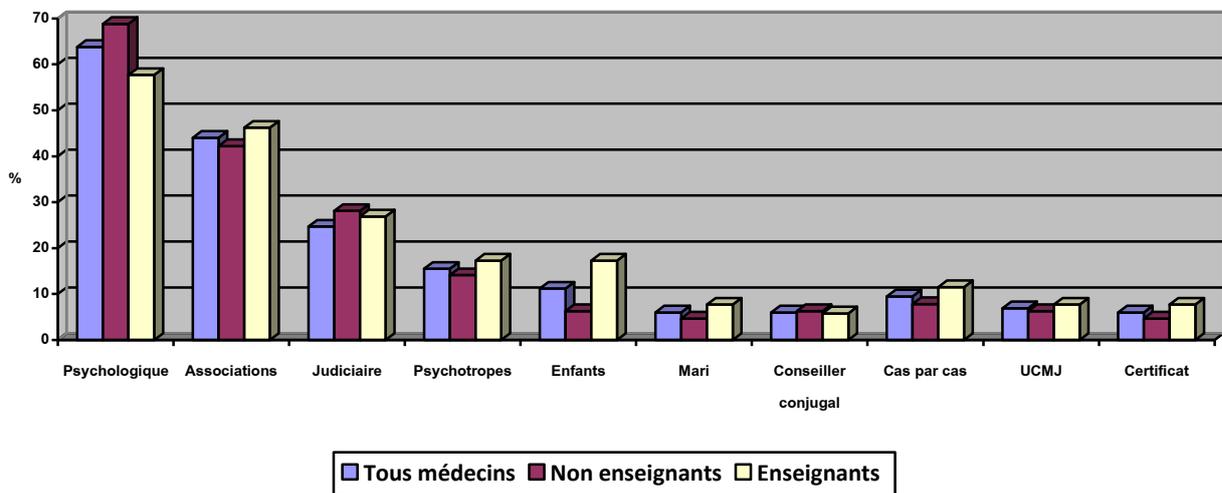
Les non enseignants (64 réponses) pensent que le suivi médical doit être :

- Suivi psychologique (par le médecin traitant ou par un psychologue) : 68.8% (n=44)
- Orienter les victimes (associations, assistantes sociales, structures d'aides) : 42.2% (n=27)
- Adresser au système judiciaire : 28.1% (n=18)
- Prescription de psychotropes : 14.1% (n=9)
- Voir les enfants (conséquences, maltraitance) : 6.3% (n=4)
- Suivre le mari : 4.7% (n=3)
- Orienter vers un conseiller conjugal : 6.3% (n=4)
- Prise en charge au cas par cas : 7.8% (n=5)
- Orienter vers les UCMJ : 6.3% (n=4)
- Rédiger un certificat : 4.7% (n=3)

Les enseignants (52 réponses) ont répondu à cette question :

- Suivi psychologique (par le médecin traitant ou par un psychologue) : 57.7% (n=30)
- Orienter les victimes (associations, assistantes sociales, structures d'aides) : 46.2% (n=24)
- Adresser au système judiciaire : 26.9% (n=14)
- Prescription de psychotropes : 17.3% (n=9)
- Voir les enfants (conséquences, maltraitance) : 17.3% (n=9)
- Suivre le mari : 7.7% (n=4)
- Orienter vers un conseiller conjugal : 5.8% (n=3)
- Prise en charge au cas par cas : 11.5% (n=6)
- Orienter vers les UCMJ : 7.7% (n=4)
- Rédiger un certificat : 7.7% (n=4)

Suivi médical



Que permet-il ?

Il s'agissait également d'une question ouverte.

97 médecins ont répondu à cette question.

Pour ces médecins, le suivi médical permet de :

- Aider la femme (soutien, prise de conscience, déculpabilisation, sortir de l'isolement, la laisser avancer à son rythme) : 58.8% (n=57)
- Arrêter les violences (éviter les récurrences, protéger la femme, quitter le conjoint) : 32% (n=31)
- Aider dans les démarches : 10.3% (n=10)
- Protéger les enfants : 5.2% (n=5)
- Prévenir le suicide : 3.1% (n=3)
- Prendre en charge le mari : 3.1% (n=3)
- « C'est la question » : 4.1% (n=4)

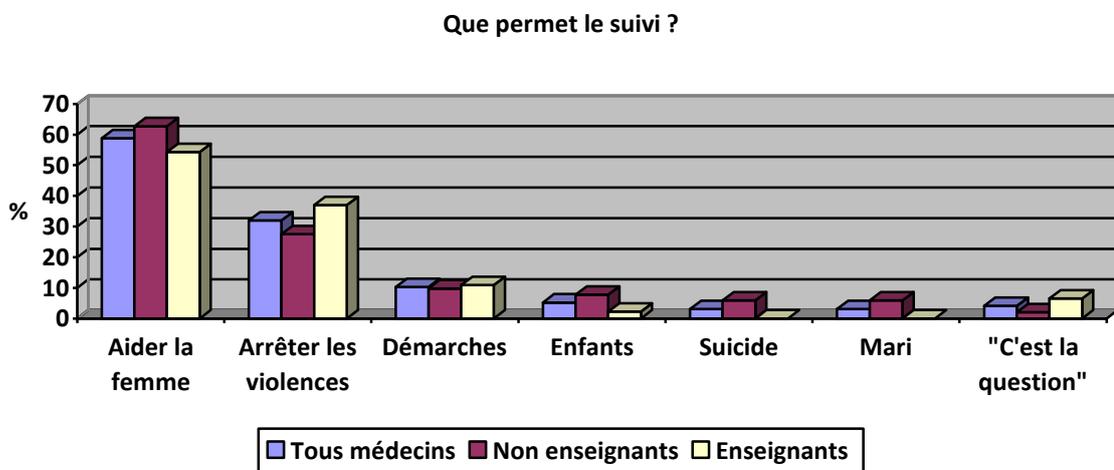
Les autres réponses citées ont été : évaluer les dégâts, guérir le syndrome post-traumatique, le généraliste n'est pas compétent, apprendre à la femme à vivre avec.

Pour les non enseignants (51 réponses), le suivi permet de :

- Aider la femme (soutien, prise de conscience, déculpabilisation, sortir de l'isolement, la laisser avancer à son rythme) : 62.7% (n=32)
- Arrêter les violences (éviter les récurrences, protéger la femme, quitter le conjoint) : 27.5% (n=14)
- Aider dans les démarches : 9.8% (n=5)
- Protéger les enfants : 7.8% (n=4)
- Prévenir le suicide : 5.9% (n=3)
- Prendre en charge le mari : 5.9% (n=3)
- « C'est la question » : 2% (n=1)

Pour les enseignants (46 réponses), le suivi permet de :

- Aider la femme (soutien, prise de conscience, déculpabilisation, sortir de l'isolement, la laisser avancer à son rythme) : 54.3% (n=25)
- Arrêter les violences (éviter les récives, protéger la femme, quitter le conjoint) : 37% (n=17)
- Aider dans les démarches : 10.9% (n=5)
- Protéger les enfants : 2.2% (n=1)
- Prévenir le suicide : 0% (n=0)
- Prendre en charge le mari : 0% (n=0)
- « C'est la question » : 6.5% (n=3)



Question 13 : Avez-vous à votre disposition suffisamment d'informations sur la violence conjugale pour vous permettre de bien repérer et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales ?

130 médecins ont répondu à cette question.

33.1% (n=43) des médecins jugent qu'ils ont suffisamment d'informations.

66.9% (n=87) se jugent insuffisamment informés.

29.2% (n=21) des 72 médecins non enseignants ayant répondu à la question disposent de suffisamment d'informations sur les violences conjugales.

37.9% (n=22) des 58 médecins enseignants ayant répondu à la question disposent de suffisamment d'informations sur les violences conjugales.

Question 14 : A quels problèmes êtes-vous confronté(e) pour le repérage et/ou le suivi des femmes violentées ?

Cette question était une question à choix multiples. Plusieurs réponses étaient possibles.

Les problèmes rencontrés par les 127 médecins ayant répondu à la question sont :

- L'absence de symptôme spécifique et de profil typique de la femme violentée : 61.4% (n=78)
- La dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit : 86.7% (n=110)
- Le refus de la femme de toute aide : 52% (n=66)
- Les relations que vous avez avec votre patiente : 8.7% (n=11)
- Le fait de connaître et de suivre aussi son mari : 35.4% (n=45)
- Le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux : 16.5% (n=21)
- Un sentiment d'impuissance : 36.2% (n=46)
- Votre manque de temps et de disponibilité : 25.2% (n=32)
- Votre méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale : 13.4% (n=17)
- Autre problème : 10.2% (n=13)

Les autres problèmes cités ont été : le déni de la femme, le refus du médecin de prendre en charge les violences conjugales, la présence des enfants aux consultations, la méconnaissance des réseaux, l'ambivalence des patientes, la méconnaissance des recours sociaux, les mensonges de la femme, la coopération avec les autres intervenants, le manque d'aides et de structures d'accueil. Trois médecins ont répondu qu'ils ne rencontraient pas de problème particulier et un médecin a répondu qu'il posait la question systématiquement.

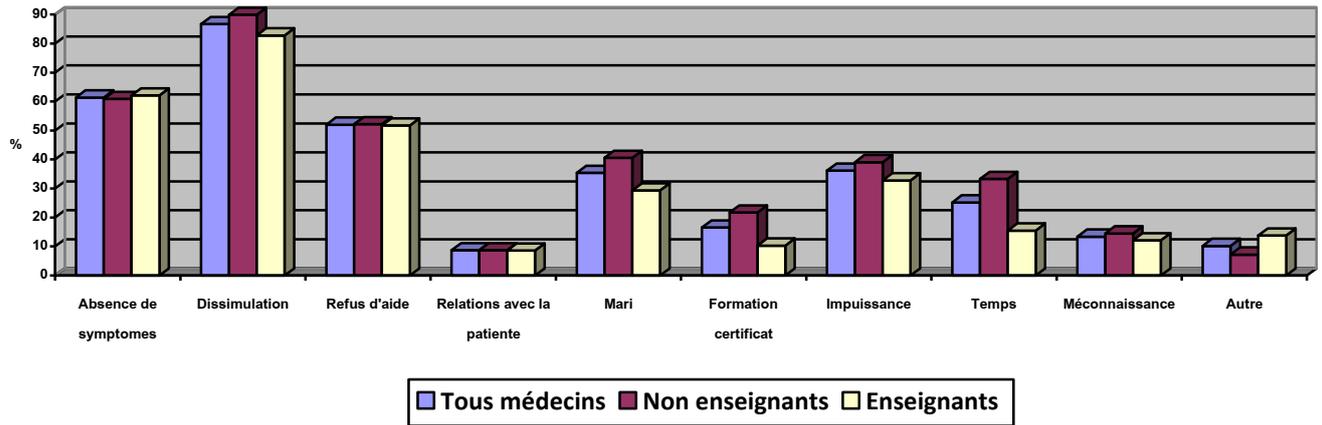
Pour les non enseignants (69 réponses), les problèmes rencontrés sont :

- L'absence de symptôme spécifique et de profil typique de la femme violentée : 60.9% (n=42)
- La dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit : 89.9% (n=62)
- Le refus de la femme de toute aide : 52.2 (n=36)
- Les relations que vous avez avec votre patiente : 8.7% (n=6)
- Le fait de connaître et de suivre aussi son mari : 40.6% (n=28)
- Le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux : 21.7% (n=15)
- Un sentiment d'impuissance : 39.1% (n=27)
- Votre manque de temps et de disponibilité : 33.3% (n=23)
- Votre méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale : 14.5% (n=10)
- Autre problème : 7.2% (n=5)

Pour les enseignants (58 réponses), les problèmes rencontrés sont :

- L'absence de symptôme spécifique et de profil typique de la femme violentée : 62.1% (n=36)
- La dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit : 82.8% (n=48)
- Le refus de la femme de toute aide : 51.7% (n=30)
- Les relations que vous avez avec votre patiente : 8.6% (n=5)
- Le fait de connaître et de suivre aussi son mari : 29.3% (n=17)
- Le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux : 10.3% (n=6)
- Un sentiment d'impuissance : 32.8% (n=19)
- Votre manque de temps et de disponibilité : 15.5% (n=9)
- Votre méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale : 12.1% (n=7)
- Autre problème : 13.8% (n=8)

Problèmes rencontrés



C- Analyse des résultats

Sur 1561 questionnaires envoyés, j'ai reçu 227 réponses (soit 14.5 %). Ces réponses se répartissent ainsi :

- sur 1000 questionnaires envoyés à des médecins généralistes en Ile-de-France pris au hasard, j'ai reçu 132 réponses (soit 13.2 %).
- sur 561 questionnaires envoyés aux généralistes enseignants d'Ile-de-France, j'ai reçu 95 réponses (soit 16.9 %).

Je me suis tout d'abord intéressée au profil des médecins ayant répondu au questionnaire.

Puis, je me suis intéressée au repérage des violences conjugales par le médecin généraliste (questions 1 à 6 du questionnaire) avec le nombre de femmes vues au cabinet par ces médecins, la durée de suivi de ces femmes, les motifs de consultation, la méthode de découverte des violences et le type de violence.

Ensuite, j'ai étudié la prise en charge de ces femmes victimes de violences (questions 7 à 12) avec les différents types d'aides que reçoivent les femmes, leur orientation par les généralistes, la rédaction du certificat descriptif et le suivi médical.

Enfin, j'ai abordé la question des problèmes rencontrés par les généralistes lors de la prise en charge de ces victimes (questions 13 et 14).

Profil des médecins

J'ai comparé mes résultats avec ceux d'une enquête de l'INSEE (chiffres de janvier 2008)⁵⁸ pour étudier le profil des généralistes ayant répondu au questionnaire.

43.4% des médecins ayant répondu à mon questionnaire sont des enseignants dans une des facultés de médecine d'Ile-de-France.

Sexe : Les médecins ayant répondu au questionnaire étaient à 42 % des femmes, pour une population médicale composée de 45 % de femmes selon l'INSEE. Pour les enseignants, 40.4 % des répondants étaient des femmes. Les hommes ont donc légèrement plus répondu que les femmes en particulier chez les enseignants.

Age : La moyenne d'âge des médecins ayant répondu est de 52 ans pour une moyenne dans la population médicale généraliste d'Ile-de-France de 50.8 ans. Les enseignants sont en moyenne légèrement plus âgés (moyenne de 54.4 ans). Ces médecins sont le plus souvent installés depuis plusieurs années, la majorité d'entre eux exerce depuis 20 à 31 ans.

Lieu d'exercice : Des médecins de tous les départements ont participé à l'étude. Le 75 et le 77 sont les départements les moins représentés. Les médecins du 91 et du 93 ont le plus participé à l'étude. Cette participation peut s'expliquer par la sensibilisation accrue des médecins dans certains départements. Le 93, par exemple, est un département très actif dans la lutte contre les violences conjugales. Pour les enseignants, cette répartition est similaire, sauf pour Paris où les enseignants ont été nombreux à répondre (les facultés de médecine sont essentiellement parisiennes).

Mode d'exercice : 85.6 % des médecins ayant répondu exercent en secteur 1, 76.9% n'ont pas de mode d'exercice particulier. Il n'y a pas de différence entre les enseignants et les non enseignants.

Les médecins ayant répondu à mon questionnaire sont un échantillon représentatif des médecins généralistes d'Ile-de-France.

Repérage des violences

Nombre de femmes vues : Les généralistes de mon étude ont vu pour 67.3% d'entre eux des femmes victimes de violences conjugales dans l'année précédant le questionnaire. En moyenne, les généralistes ont vu en consultation 1.5 femmes victimes de violences conjugales au cours du mois passé et ont vu 6.7 victimes au cours de l'année passée. La majorité des généralistes a vu entre 1 et 20 victimes de violence au cours de leur carrière et un quart des médecins ont vu entre 20 et 100 femmes. Les violences conjugales sont donc un problème fréquemment rencontré en médecine générale.

Il est impossible de connaître le nombre réel de femmes victimes de violences conjugales ayant consulté leur médecin et n'ayant pas évoqué ce problème mais, en se basant sur les données de la littérature et sur les enquêtes de repérage (une femme vivant en couple sur 10 aurait été victime de violences conjugales dans l'année selon l'enquête ENVEFF de 2000), il est probable que beaucoup de cas de violences conjugales n'aient pas été repérés par les médecins généralistes ayant répondu à notre enquête.

En comparaison avec les non enseignants, les enseignants ont vu moins de femmes victimes de violences le mois et l'année précédant le questionnaire mais en ont vu plus depuis le début de leur carrière.

Durée du suivi : Il n'y a pas de règle pour prédire quand la femme parlera des violences qu'elle subit. Certaines femmes étaient suivies depuis leur enfance tandis que d'autres ont parlé des violences lors d'une première consultation. Ceci est vrai quel que soit le statut du généraliste (enseignant ou non).

Mode de découverte des violences : Dans plus de deux tiers des cas, c'est la femme qui a parlé spontanément des violences conjugales à son médecin. Le médecin a posé la question des violences à la femme dans presque 20% des cas. Les autres cas de violences sont soit soupçonnés soit ont été rapportés par un tiers. Au vu du nombre de victimes de violences conjugales, le médecin pose trop peu souvent de questions aux femmes pour permettre de dépister les violences conjugales. Il n'y a pas de différence entre les enseignants et les autres généralistes concernant la façon dont ont été découvertes les violences conjugales.

Motif de consultation : Il n'y a pas de motif typique de consultation.

Le motif de consultation le plus fréquent est une demande pour un problème psychologique. Ce peut être une plainte psychologique, une demande de prescription de psychotropes, un trouble psychosomatique, une toxicomanie. 50.6% des femmes victimes de violences conjugales ont consulté pour un motif d'ordre psychologique. Ce motif de consultation est le plus fréquent mais il englobe de nombreuses plaintes telles que l'insomnie, les crises d'angoisse, des douleurs psychosomatiques, une dépression...

Certaines femmes viennent exprès pour parler des violences conjugales (recherche d'informations, demande d'un certificat), ce motif de consultation est assez fréquent ; 24.7 % des femmes recensées lors du questionnaire ont consulté directement pour les violences.

Parfois les femmes consultent pour un motif directement lié aux violences qui est pour elles une occasion de parler aux médecins des violences qu'elles subissent. Il s'agit de motifs de consultation tels que des blessures, un problème d'ordre génital, un viol, une IVG... 13.3% des femmes concernées par ce questionnaire ont consulté pour un tel motif.

Toutes les consultations, quel qu'en soit le motif, peuvent être l'occasion pour la femme de parler des violences. Ainsi, certaines le font au cours d'un suivi gynécologique, à l'occasion de blessures, lors d'une consultation pour ses enfants ou tout simplement lors d'une consultation pour une affection intercurrente et non liée aux violences telles qu'une infection ORL, une toux.

Peu de femmes parlent des violences conjugales lors du suivi de leur grossesse (2.8%) alors qu'il s'agit pourtant d'une période à risque concernant ces violences ("30 à 40 % des premières violences surviennent au cours d'une première grossesse").²

Les femmes ayant consulté un enseignant ont en général moins consulté pour les violences conjugales et plus pour un motif d'ordre psychologique (les enseignants ont possiblement mieux repéré les violences conjugales dans ce contexte de consultation).

Type de violences : La question visait à savoir quels types de violences étaient les plus repérés par les généralistes. Les violences étant souvent de plusieurs types pour une même victime, plusieurs réponses par femme vue étaient évidemment possibles.

Les violences les plus fréquemment repérées par les généralistes de cette étude sont les violences physiques (70.8% des violences). Les violences verbales et les violences psychologiques sont également bien repérées par les médecins (66.7% de violences verbales et 59.2 % de violences psychologiques).

Les violences sexuelles et économiques sont moins repérées. Sur l'échantillon de femmes victimes de violences conjugales concernées par ce questionnaire, des violences sexuelles ont été repérées dans 20.4 % des cas et des violences économiques dans 20.8% des cas. Les médecins sous-estiment le nombre de femmes victimes de violences sexuelles puisque ce type de violences est le plus souvent présent lorsqu'il existe une autre forme de violence conjugale.

Il est rare que le médecin ne sache pas de quel type de violence est victime sa patiente (2.5% des cas).

Les enseignants ont repéré moins de violences physiques, sexuelles et économiques et plus de violences verbales et psychologiques.

Prise en charge des victimes

Aides reçues par les victimes : Les médecins ont été interrogés sur les aides (police, psychologue, travailleurs sociaux, autres travailleurs médicaux, associations spécialisées) que recevaient à leur connaissance les femmes victimes de violences conjugales qu'ils suivaient et s'ils avaient ou non été en contact avec un de ces intervenants (questions 7 et 8).

Les femmes sont le plus souvent soutenues par leur entourage amical et familial, 55% des femmes reçoivent ce type d'aide.

38.7% des femmes vues par leur médecin bénéficient de l'aide de la police ou de la gendarmerie et 39.9% n'en bénéficient pas (pour les autres, le médecin ne savait pas si la femme recevait de l'aide de la police). Ces aides, par les services de police, vont du dépôt de plainte à la mise en place d'une ordonnance de protection. Parmi les femmes ayant parlé à leur médecin généraliste des violences conjugales qu'elles subissent, une sur deux en a donc déjà parlé à la police. Comme peu de femmes portent plainte, il est possible que les femmes qui parlent des violences à leur généraliste soient celles qui sont prêtes à en parler. Les femmes dépistées par le médecin sont celles qui ont déjà accepté l'anormalité de leur situation et qui cherchent de l'aide. Les femmes qui subissent des violences conjugales et qui ne cherchent pas d'aide, les plus isolées, sont moins représentées dans ce questionnaire puisque moins repérées par les médecins.

Environ 20 % des femmes bénéficient du soutien d'une association spécialisée ou de l'aide d'une assistante sociale.

18.5 % des femmes sont suivies par un autre travailleur médical.

Le soutien que reçoivent les femmes vues par les médecins enseignants et les non enseignants est comparable. Les généralistes n'enseignant pas dans une des facultés d'Ile-de-France sont un peu plus nombreux à savoir si les femmes qu'ils suivent sont aidées par leurs familles et amis.

Les enseignants savent en moyenne plus fréquemment si leurs patientes sont aidées par d'autres travailleurs médicaux, une association ou une assistante sociale.

Environ un tiers (32.1%) des médecins de l'étude a été en contact avec un des autres intervenants dans la prise en charge des violences conjugales. Les enseignants ont été un peu plus en contact avec ces intervenants que les non enseignants. Ce peu de contact s'explique en partie par l'interdiction du médecin de parler de ses patientes à certains intervenants en dehors d'un contexte spécifique (le

secret médical interdisant au médecin de parler de ses patients à la police en dehors du cadre d'une réquisition par exemple).

Orientation des victimes : J'ai cherché à savoir si les généralistes avaient orienté les victimes de violences conjugales qu'ils avaient vues vers d'autres intervenants (question 9).

Une femme sur deux a été orientée vers les services de police ou de gendarmerie (plus de 40% des femmes vues par ces généralistes recevaient déjà de l'aide de la police).

Dans notre travail, les généralistes ont conseillé à un peu plus de la moitié des femmes de consulter un psychologue.

42 % des femmes ont été dirigées vers des associations, un tiers des femmes vers un travailleur social et 16.4% vers une autre structure médicale.

Seuls 12% des femmes n'ont pas été orientées vers un autre acteur de la lutte contre les violences conjugales.

Les généralistes ont donc le plus souvent recours à un réseau pour prendre en charge les victimes de violences conjugales. Ils savent orienter la femme vers d'autres intervenants pour avoir une approche globale de la situation.

Il n'y a que peu de différences entre les généralistes enseignants et les non enseignants. Les non enseignants ont un peu plus orienté leur patiente vers un psychologue et les enseignants vers une association de soutien ou vers une autre structure médicale.

Certificat médical : Les questions 10 et 11 visaient à déterminer si les médecins avaient proposé à leurs patientes un certificat descriptif, s'ils avaient rédigé ce certificat ou si, dans le cas où ils ne l'avaient pas proposé, ils avaient consigné les données de l'examen dans le dossier médical en expliquant à la patiente la possibilité d'une rédaction ultérieure du certificat.

Les trois quarts des médecins interrogés ont proposé un certificat à leurs patientes. Les enseignants plus que les non enseignants (82% des enseignants l'ont proposé pour 71% des non enseignants).

Sur les généralistes ayant proposé un certificat à leurs patientes, 76.6% l'ont rédigé. Les autres ont probablement été refusés par les patientes. Il n'y a pas de différence entre les enseignants et les autres généralistes.

61% des généralistes n'ayant pas proposé de certificat médical à leur patiente ont consigné les données de l'examen dans le dossier médical. Les enseignants plus que les autres : 68% des enseignants l'ont fait pour 53% des non enseignants.

Le certificat médical est donc très souvent proposé et très souvent rédigé. En cas de non rédaction de ce certificat, la plupart des médecins généralistes ont le réflexe de noter les données de l'examen clinique de façon à pouvoir rédiger ce certificat plus tard en cas de besoin.

Suivi médical : J'ai ensuite demandé aux médecins de quel suivi médical les femmes victimes de violences conjugales devaient bénéficier et pourquoi (question 12).

La réponse la plus fréquemment donnée a été le suivi psychologique de la femme (environ 64%), voire une prescription de psychotropes (15%).

Les autres réponses fréquemment données ont été : l'orientation des femmes vers des associations, des travailleurs sociaux, les services de la police ou de la gendarmerie.

Les généralistes appliquent ce suivi puisque, ainsi qu'il a été montré par les questions précédentes, les généralistes orientent très souvent leurs patientes vers des psychologues, des associations, les services de police.

La protection des enfants est citée par plus de 10 % des médecins.

Les autres réponses, moins fréquemment données, sont : le suivi du mari, l'orientation vers un conseiller conjugal, l'orientation vers les UCMJ, une prise en charge au cas par cas, la rédaction d'un certificat.

Ce suivi doit permettre, pour plus de la moitié des médecins interrogés, d'aider la femme : la soutenir, la sortir de son isolement, la laisser avancer à son rythme... Le suivi médical doit aussi avoir pour objectif de conseiller la victime dans les démarches à suivre (pour 10 % des médecins). Le suivi médical doit permettre d'arrêter les violences pour 32% des généralistes. Les autres objectifs du suivi, moins fréquemment cités par les généralistes, sont le suivi du mari, la prévention du risque suicidaire, la protection des enfants. 4% des généralistes se demandent si le suivi médical a une utilité.

Certains médecins pensent que le suivi médical doit permettre d'arrêter les violences et d'améliorer la vie de couple. Il est intéressant de voir que même pour des médecins sensibilisés aux violences conjugales, la préservation du couple peut passer avant la protection de la victime.

Il n'y a pas de différence entre les enseignants et les non enseignants.

Les médecins interrogés n'ont pas évoqué dans leur réponse la prise en charge du psychotraumatisme ni la nécessité d'un traitement psychothérapeutique de ce psychotraumatisme. Ils n'ont pas non plus fait état du lien entre les symptômes somatiques et les violences conjugales. Ils n'ont pas évoqué la manière dont la prise en charge des violences conjugales peut améliorer les troubles pour lesquels la victime consultait.

Les généralistes n'ont pas non plus évoqué la prise en charge des difficultés sexuelles. Ceci est dû partiellement à un défaut de leur prise en charge, les médecins interrogés ne lient pas les symptômes que présentaient les victimes aux violences et ne pensent peut-être plus à prendre en charge ces symptômes une fois les violences conjugales repérées. De la même façon, les médecins ne pensent probablement pas assez à la prise en charge des difficultés sexuelles. En effet, les violences sexuelles sont les moins repérées et les moins prises en charge. Il s'agit encore d'un sujet que de nombreux médecins ont du mal à évoquer.

L'autre raison expliquant ces manques dans les réponses des médecins est la longueur du questionnaire. Il s'agit d'une des dernières questions de l'étude et il est probable que de nombreux médecins aient été pressés de finir le questionnaire et n'aient donc pas pris la peine de développer pleinement leur réponse. La majorité des réponses à cette question n'excédait pas quelques lignes et il est probable que les médecins n'aient pas pris le temps de répondre au mieux à cette question.

Problèmes rencontrés

Manque d'informations (question 13) : deux tiers (66.9%) des médecins jugent qu'ils ne disposent pas d'assez d'informations sur les violences conjugales pour leur permettre de prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales.

Les enseignants se jugent un peu mieux informés puisque 37.9% des enseignants contre 29.2% des non enseignants répondent qu'ils disposent de suffisamment d'informations.

Problèmes rencontrés : Les problèmes les plus fréquemment cités sont la dissimulation par la femme des violences subies (86% des médecins), l'absence de symptômes ou de profil spécifique (61% des médecins), le refus de la femme de toute aide (52% des médecins).

Ces problèmes liés au comportement de la femme sont certes des freins au repérage des violences mais ils reflètent aussi une part de préjugés de la part des médecins. Il est plus facile pour les médecins de rejeter la faute sur les victimes que de remettre leur pratique en question. Il est également plus facile de se dire que l'on ne repère que peu de femmes victimes de violences conjugales car elles les dissimulent plutôt que d'admettre que l'on ne pose pas assez la question ; de se dire qu'on ne les a pas aidées parce qu'elles auraient refusé l'aide et non pas parce que l'on ne l'a pas proposée. Ces préjugés représentent un obstacle à la prise en charge des femmes. En effet, l'amélioration des pratiques médicales passe par la remise en question de ces pratiques.

Les difficultés assez souvent rencontrées sont le fait de connaître le mari (35% des médecins), un sentiment d'impuissance (36% des médecins), le manque de temps (25% des médecins).

Les relations entre le médecin et la patiente ne semblent pas poser de réel problème dans la prise en charge des violences conjugales puisque seuls 8% des médecins citent cette relation comme un frein à leur prise en charge.

Le manque d'informations que les médecins mettent en avant dans la question précédente (deux tiers des médecins jugent ne pas bénéficier d'informations suffisantes) n'est que peu fréquemment cité comme problème lors de la prise en charge des violences conjugales : 16% des médecins sont gênés dans leurs pratiques par le manque de formation pour la rédaction des certificats et 13.4% par leur méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale.

Les autres difficultés mises en avant sont la méconnaissance des réseaux et des recours sociaux, le déni de la femme, la présence des enfants, le manque d'intérêt du médecin pour ces problèmes.

Trois médecins ont répondu ne pas rencontrer de problème, un médecin a répondu poser systématiquement la question.

Les difficultés de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales sont donc principalement des difficultés de dépistage des violences conjugales et d'acceptation par la femme de cette prise en charge. Une fois les violences dépistées et la prise en charge acceptée, les médecins ne rencontrent que peu de difficultés à s'occuper de ces patientes (suivi médical, orientation, certificat) au vu des réponses précédentes.

Les généralistes non enseignants sont plus gênés que les enseignants par le fait de suivre aussi le mari (40% des médecins), par le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux (20% des médecins, soit deux fois plus que pour les enseignants) et par le manque de temps (33% des médecins, soit deux fois plus que pour les enseignants).

III- Comparaison des résultats de 2000 et de 2011

Nous allons maintenant nous intéresser à l'évolution des pratiques des médecins généralistes face aux femmes victimes de violences conjugales. Pour ce faire, nous allons comparer les résultats de l'enquête entre 2000 et 2011. La comparaison statistique a été effectuée par Excel, en utilisant un test du χ^2 .

Nous allons étudier le profil des médecins ayant répondu au questionnaire puis nous nous intéresserons au repérage des femmes victimes de violences par ces médecins, leur prise en charge et enfin, les difficultés qu'ils rencontrent.

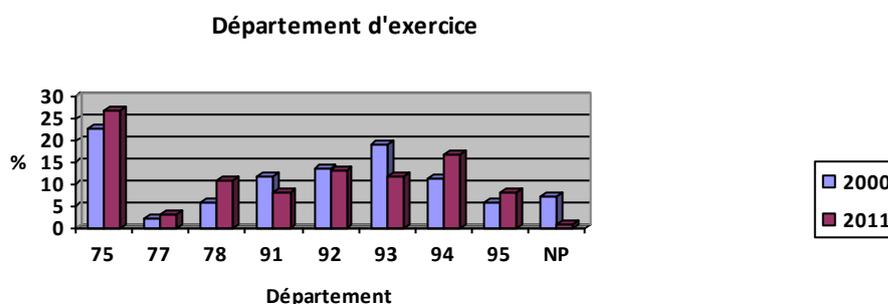
J'ai choisi de comparer toutes les réponses de mon questionnaire (généralistes enseignants et non enseignants) avec les résultats du questionnaire de 2000 en raison du peu de différences observées entre ces deux populations et pour avoir un échantillon suffisamment important pour obtenir une comparaison fiable.

Profil des médecins

Le taux de réponse a été plus faible en 2011 qu'en 2000 : 14.5% en 2011 contre 23.5% en 2000. Cette diminution de la participation peut être liée à la multiplication des enquêtes visant les médecins et donc une baisse de la participation en général aux enquêtes. Elle peut être due également au changement de support de réponse. En 2000, le questionnaire avait été envoyé au format papier par la poste, tandis que j'ai préféré envoyer mon questionnaire par voie électronique.

Les médecins ayant répondu en 2011 sont plus souvent des femmes (42% de femmes en 2011 pour 34.5% en 2000) et la population médicale ayant répondu en 2011 est plus âgée qu'en 2000 (âge moyen en 2011 de 52 ans et en 2000 de 45,4 ans). Les médecins en 2011 exercent depuis plus longtemps (19 à 31 ans d'exercice) que les médecins de 2000 en moyenne (10 à 25 ans d'ancienneté pour la plupart). Ces différences sont en partie expliquées par l'évolution de la population médicale.

Lors des deux questionnaires, tous les départements d'Ile-de-France ont été représentés.



En 2000, 59% des médecins ayant répondu travaillaient en secteur 1, 70% n'avaient pas de mode d'exercice particulier. En 2011, 85.6% exercent en secteur 1 et 77% n'ont pas de mode d'exercice particulier.

Malgré quelques différences entre les médecins ayant répondu en 2000 et 2011, les échantillons sont représentatifs de la population médicale et sont comparables.

Repérage des violences :

Question 1 :

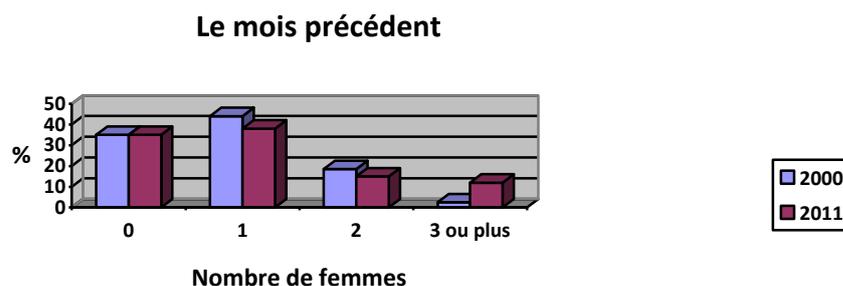
En 2000, 59.6 % des médecins avaient vu des femmes victimes de violences conjugales lors de l'année précédant le questionnaire.

En 2011, 67.3% des généralistes ont répondu avoir vu des victimes de violences conjugales l'année précédente.

Cette différence n'est pas significative ($p=0.09$). L'effectif des médecins ayant répondu au questionnaire est trop faible pour mettre en évidence une différence significative.

Question 2 :

Le nombre de médecins n'ayant pas vu de victime le mois précédant le questionnaire ne varie pas entre 2000 et 2011 : 35%. En 2011, les médecins ayant vu des femmes victimes de violences conjugales en ont vu plus qu'en 2000. En 2011, ils sont 38% à en avoir vu une, 15% à en avoir vu deux et 12% à en avoir vu trois ou plus ; en 2000, 44% des médecins déclaraient avoir vu une patiente victime de violences, 18.5 % deux femmes, 2.5 % trois femmes ou plus. La différence n'est pas significative ($p=0.0511$), probablement à cause d'un échantillon trop petit.



L'année précédant le questionnaire :

En 2000, 1.5% des médecins déclarent ne pas avoir reçu en consultation de femme victime de violences conjugales, 88.6 % en ont vu entre 1 et 6, 10 % entre 7 et 15, 1.6% déclare en avoir vu plus de 15 avec un maximum de 30 femmes vues.

En 2011, 1% des médecins interrogés n'a pas vu de victime, 83.5% en ont vu entre 1 et 6, 10% entre 7 et 15 et 3% en ont vu plus de 15 avec un maximum de 240 femmes et 2% ne savent pas combien ils en ont vu.

En 2011, les médecins ont vu un peu plus de femmes victimes de violences conjugales au cours de l'année passée qu'en 2000, mais la différence n'est pas significative ($p=0.71$).

Depuis le début de leur carrière :

Là encore, les médecins de 2011 ont vu plus de femmes victimes de violences conjugales qu'en 2000.

En 2000, le nombre de patientes vues allait de 1 à 100, et 84 % des médecins déclaraient avoir vu entre 1 et 20 femmes victimes de violences conjugales.

En 2011, 67 % des médecins disent avoir vu entre 1 et 20 victimes, 26% entre 20 et 100 victimes et 7% plus de 100 femmes.

La différence est significative ($p=0.009$).

Cette évolution peut être en partie expliquée par l'augmentation en dix ans de la durée moyenne d'exercice des médecins au moment du questionnaire.

Cette augmentation peut être partiellement liée à un biais de recrutement. En effet, le pourcentage de médecins ayant répondu au questionnaire en 2011 est plus faible qu'en 2000. Les médecins ayant répondu sont les médecins les plus sensibilisés aux violences conjugales. Ce biais peut expliquer en partie l'amélioration des pratiques des généralistes et s'applique à tout le questionnaire.

Cette augmentation est significative pour les consultations depuis le début de la carrière des médecins interrogés, mais pas pour les consultations durant l'année précédant le questionnaire ni le mois. Cela est dû à une différence trop petite sur un échantillon de médecin trop réduit.

Même si le nombre de femmes victimes de violences conjugales vues par les généralistes en 2011 reste très inférieur au nombre réel de ces femmes, les généralistes ont vu plus de victimes de violences conjugales qu'il y a dix ans.

Question 3 :

La durée de suivi des femmes avant la consultation durant laquelle elles ont parlé des violences conjugales ne change pas entre 2000 et 2011. Ce suivi est compris entre 0 et 30 ans avec une moyenne de quelques années (5.6 en 2000 et 6.9 en 2011 ce qui ne représente pas une différence significative $p=0.71$).

Question 4 :

Quel a été le mode de découverte de ces violences ?

La femme en a parlé spontanément dans 84.6 % des cas en 2000, et dans 69% des cas en 2011.

C'est le médecin qui a posé la question dans 7.7% des cas en 2000, et dans 18.4% des cas en 2011.

Il s'agit d'un soupçon pour 4.6% des médecins en 2000, et pour 7.9% des médecins en 2011.

Une tierce personne a rapporté les violences dans 2.1% des cas en 2000, et dans 4.9% des cas en 2011.

Entre 2000 et 2011, il y a eu une diminution du pourcentage de femmes ayant abordé le sujet spontanément. La proportion des médecins ayant posé la question a plus que doublé en 10 ans. Les médecins n'attendent plus que la femme parle des violences et pensent de plus en plus souvent à poser la question. La différence est significative ($p=1.68.10^{-6}$).

Question 5 :

En 2000 et en 2011, les motifs de consultation étaient variés. Certains motifs de consultation étaient plus fréquents en 2000 qu'en 2011 et certains motifs de consultation sont devenus plus fréquents en 2011.

Motifs dont la fréquence a diminué :

	2000	2011
Demande de certificat	50.1%	44.9%
Traumatologie	30.6%	25.9%

Motifs dont la fréquence est restée la même :

	2000	2011
Demande de soins pour le mari ou l'enfant	6.9%	6.5%
Toxicomanie	5.4%	5.3%

Motifs dont la fréquence a augmenté :

	2000	2011
Troubles psychologiques	40.1%	56.3%
Prescription d'un psychotrope	31%	32%
Troubles psychosomatiques	16%	22.7%
Recherche d'informations sur les violences conjugales	6.3%	11.7%
Affection génitale	2.5%	3.6%
Suivi de grossesse	1%	2.8%
Autre motif	10.9%	14.2%

En 2000 comme en 2011, les motifs sont variés et ne sont souvent pas en rapport direct avec les violences conjugales. Les motifs de consultation restent dominés par les demandes directement liées aux violences (certificats, traumatologie, recherches d'informations) et par les motifs d'ordre psychologiques. En 2011, les médecins pensent plus souvent à évoquer les violences conjugales devant des motifs de consultations variés et rapprochent plus souvent les violences conjugales des

manifestations psychologiques de leurs patientes. Ils attendent moins souvent qu'en 2000 que les femmes leur demandent un certificat ou viennent avec des marques de violences physiques pour leur parler des violences conjugales. En dix ans, il y a eu une évolution significative du mode de découverte des violences conjugales ($p=0.022$).

Question 6 :

En dix ans, les médecins ont appris à mieux repérer certains types de violences conjugales.

Les violences physiques sont toujours les plus repérées par les généralistes : 73% en 2000 et 71% en 2011 des violences conjugales dépistées étaient des violences physiques.

Les violences verbales déjà très repérées en 2000 (63.6% des violences vues) sont en légère augmentation en 2011 (66.7% des violences).

Les violences psychologiques sont mieux repérées en 2011 (59.2% des violences) qu'en 2000 (51.5% des violences).

Les violences économiques sont repérées dans 23% des cas de violences conjugales en 2000 et dans 21% des cas en 2011.

Les violences sexuelles restent en 2011 sous-estimées par les généralistes mais elles sont mieux repérées qu'en 2000. En 2000, les généralistes mettaient à jour des violences sexuelles pour 15.4% des patientes victimes de violences conjugales et en 2011, pour 20.4% de ces patientes.

En 2011, les violences physiques restent les violences les plus souvent repérées mais les autres types de violences sont de plus en plus souvent évoqués sans que cette enquête ne mette en évidence une différence significative ($p=0.497$).

En 2011, les généralistes voient un peu plus de femmes victimes de violences conjugales qu'il y a 10 ans. Ils posent plus fréquemment la question aux femmes sans attendre qu'elles évoquent elles-mêmes le sujet et ils savent évoquer le sujet devant des motifs de consultation plus variés. Enfin, ils savent un peu mieux repérer les diverses formes de violences conjugales.

Prise en charge des victimes

Question 7 :

Cette question s'intéressait aux aides déjà reçues par la femme lors de la consultation chez le médecin généraliste.

En 2000, les femmes recevaient de l'aide de leur entourage pour 64.2% d'entre elles, de la police pour 39.6% d'entre elles, d'un autre travailleur médical pour 20.9% d'entre elles, de travailleurs sociaux pour 18.6% d'entre elles et d'associations spécialisées pour 13% d'entre elles.

En 2011, l'entourage familial et amical est moins présent (55.5% des cas), la prise en charge par la police est identique à celle de 2000 (39% des cas), l'aide par les autres travailleurs médicaux ou par les travailleurs sociaux n'a pas non plus évolué (environ 20% des cas). Les femmes aidées par les associations spécialisées sont plus nombreuses en 2011 qu'en 2000 : en 2011, 21% des victimes de violences conjugales bénéficient de ce type d'aide, en 2000 elles étaient 13%. Les associations spécialisées dans la prise en charge de ces victimes seraient donc plus efficaces ou mieux utilisées par les femmes et la société qu'il y a dix ans.

Les médecins savent mieux qu'il y a dix ans quelles sont les aides dont leurs patientes bénéficient. En 2000, 19 % des médecins ne savaient pas si les patientes bénéficiaient du soutien de leur famille, un quart d'entre eux ne savait pas si la femme était aidée par un travailleur social, la police ou une association, 45% des médecins ignoraient si la femme avait déjà vu un autre travailleur médical concernant les violences dont elle était victime.

En 2011, seuls 11 à 18 % des médecins ignorent si la femme bénéficie des diverses aides.

Les différences observées sont significatives pour le soutien par l'entourage ($p=0.0006$), les autres travailleurs médicaux ($p=2.82.10^{-11}$), les associations spécialisées ($p=0.0038$). L'enquête n'a pas mis en évidence de différence significative concernant le soutien par la police ($p=0.116$) et par les travailleurs sociaux ($p=0.089$).

En dix ans, les aides reçues par les femmes sont restées assez stables (malgré une diminution des aides reçues par l'entourage et une amélioration des aides reçues par les associations) mais les médecins savent mieux de quels types d'aides bénéficient leurs patientes. Ces aides sont apportées par l'entourage, la police, les associations, les travailleurs sociaux, d'autres intervenants médicaux.

Question 8 :

En 2000, 24.3% des médecins avaient été en contact avec un des autres intervenants dans la prise en charge des violences conjugales. En 2011, ils sont 32.1%. En dix ans, les médecins ont donc appris à mieux utiliser le réseau de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et à communiquer avec les autres intervenants pour assurer une prise en charge globale des violences conjugales. Il s'agit d'une différence significative ($p=0.027$).

Question 9 :

Les médecins ont adressé leurs patientes à :

- La police pour 56.3% des cas en 2000 et 52.1% des cas en 2011 ;
- Un psychologue pour 51.7% des cas en 2000 et 52.9% des cas en 2011 ;
- Une association de soutien pour 22.7% des cas en 2000 et 42% des cas en 2011 ;
- Un travailleur social pour 21.5% des cas en 2000 et 31.5% des cas en 2011
- Une autre structure médicale pour 19.4% des cas en 2000 et 16.4% des cas en 2011.

Les médecins pensent très souvent à orienter leurs patientes vers la police ou vers un psychologue. Plus d'une femme sur deux est orientée ainsi. Il n'y a pas de réelle évolution en dix ans concernant ces aides.

En dix ans, l'orientation vers une autre structure médicale reste également stable.

En revanche, les médecins orientent de plus en plus vers un travailleur social (plus 10% en 10 ans) et de plus en plus vers une association de soutien (le pourcentage de femmes orientées vers une association de soutien a presque doublé en dix ans).

L'évolution est statistiquement significative ($p=0.000168$)

Cette question confirme les résultats de la question précédente concernant l'efficacité des associations spécialisées et concernant l'amélioration du recours des médecins généralistes à un réseau de prise en charge des violences conjugales.

Question 10 :

En 2000, le médecin proposait de façon presque systématique de rédiger un certificat descriptif à sa patiente. En effet, 71.3% des médecins le proposaient.

En 2011, la proportion des médecins proposant ce certificat a encore augmenté pour atteindre les 75.7% des cas. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative ($p=0.213$).

Question 11 :

Si le certificat avait été proposé, il avait été rédigé dans 83.3% des cas en 2000. En 2011, 76.6% des médecins l'ont rédigé. Les femmes victimes de violences conjugales vues par les généralistes en 2011 étant vues pour des motifs de consultation plus variés et moins en rapport avec les violences conjugales, elles ont probablement plus refusé le certificat qu'il y a dix ans. La différence n'est pas significative ($p=0.0549$)

En 2000, 50.8% des médecins n'ayant pas rédigé le certificat ont noté les données de l'examen clinique dans le dossier médical et ont expliqué à leur patiente qu'ils pourraient rédiger le certificat à une date ultérieure. En 2011, 61.1% des médecins ont fait de même (différence non significative $p=0.116$).

Les médecins ont donc plus proposé de certificat descriptif à leur patiente et, en cas de non rédaction de ce certificat, ils ont plus eu le réflexe de consigner leurs observations dans le dossier de la patiente de façon à pouvoir rédiger ce certificat ultérieurement.

Question 12 :

Selon les médecins interrogés, le suivi médical d'une femme victime de violences conjugales doit comporter plusieurs aspects :

- Suivi psychologique (74.7% des cas en 2000, 63.8% en 2011) ;
- Orientation des victimes : associations, police, travailleurs sociaux ... (39.2% des cas en 2000, 75% en 2011) ;
- Prescription de psychotropes (20.9% en 2000, 15.5% en 2011) ;
- Suivi du mari (5.1% en 2000, 6% en 2011) ;
- Suivi du couple (0.6% en 2000, 6% en 2011) ;
- Rédaction d'un certificat (4.4% en 2000, 6% en 2011) ;
- Suivi familial, des enfants (10.1% en 2000, 11.2% en 2011) ;

En dix ans, le suivi médical dont devraient bénéficier les patientes selon les médecins interrogés n'a que peu changé en dehors de l'orientation des victimes vers un réseau de prise en charge (associations, travailleurs sociaux, police...). En 2011, presque deux fois plus de médecins qu'en 2000 jugent que le suivi médical d'une femme victime de violences conjugales doit comporter une orientation vers un

autre intervenant dans la prise en charge de ces violences. Ce résultat confirme les résultats déjà obtenus aux questions 8 et 9. La différence est significative ($p=0.019$).

Pour les généralistes interrogés en 2000 comme en 2011, ce suivi doit permettre :

- d'aider la femme (prise de conscience, sortir de l'isolement, déculpabiliser...);
- d'arrêter les violences (éviter les récurrences, partir, améliorer la vie de couple);
- de préserver les enfants.

Problèmes rencontrés

Question 13 :

En 2000, 60.3% des médecins jugeaient qu'ils ne disposaient pas d'informations suffisantes pour prendre en charge les violences conjugales.

En 2011, 66.9% des médecins se jugent insuffisamment informés.

Cela ne représente pas une différence significative ($p=0.217$).

Les médecins sont plus performants qu'il y a dix ans. Ils repèrent mieux les victimes de violences et les prennent mieux en charge. De plus, ainsi que la question suivante le montre, ils sont moins gênés par le manque de formation. Plus de médecins se jugent insuffisamment informés mais est-ce dû à une carence de la formation ou une augmentation de la sensibilisation des médecins aux violences conjugales ? Les médecins non sensibilisés au problème des violences conjugales ne ressentaient pas leur manque de formation car ils ne repéraient pas les victimes et ne les prenaient pas en charge. Avec l'augmentation du nombre de victimes (sensibilisation des femmes, campagnes d'information, amélioration du repérage, sensibilisation des médecins) les médecins se trouvent confrontés à un problème d'importance majeure et doivent faire face à leur manque de formation. Ceci explique en partie l'aggravation du manque d'informations ressenti par les généralistes.

Question 14 :

Les difficultés rencontrées par les médecins sont :

- L'absence de symptôme et de profil typiques (72.8% en 2000, 61.4% en 2011) ;
- La dissimulation par la femme (82.6% en 2000, 86.7% en 2011) ;
- Le refus de la femme de toute aide (53.9% en 2000, 52% en 2011) ;
- Les relations avec la patiente (10% en 2000, 8.7% en 2011) ;
- Le fait de suivre le mari (40.6% en 2000, 35.4% en 2011) ;
- Le manque de formation pour rédiger les certificats (20.5% en 2000, 16.5% en 2011) ;
- Un sentiment d'impuissance (42% en 2000, 36.2% en 2011) ;
- Le manque de temps (21% en 2000, 25.2% en 2011) ;
- Une méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale (23.3% en 2000, 13.4% en 2011) ;
- Autre problème (15.5% en 2000, 10.2% en 2011).

Les difficultés rencontrées en 2000 et en 2011 sont dans plus de 80% des cas la dissimulation par la femme des violences qu'elle subit ou son refus d'aide selon les

médecins interrogés. Il n'y a pas de différence significative ($p=0.698$). Même si, ainsi que nous l'avons vu dans l'analyse, ce problème est lié partiellement à l'absence de remise en question par les médecins de leur pratique.

Les relations avec la patiente ou avec le mari sont des problèmes assez fréquemment évoqués en 2000 et en 2011 mais ne sont pas les problèmes principaux. Il n'y a pas de différence significative entre les résultats de 2000 et de 2011 ($p=0.653$ pour les relations avec la patiente et $p=0.339$ pour les relations avec le mari).

L'absence de symptôme ou de profil spécifiques reste en 2011 un problème majeur mais en nette régression ($p=0.028$). Les résultats de la question 5 confirment cette réponse, en 2011, les violences conjugales sont évoquées devant des problèmes plus variés.

Le manque de formation et la méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale sont également des problèmes moins fréquemment cités en 2011 malgré le résultat de la question précédente. Pour le manque de formation à la rédaction des certificats médicaux, la différence n'est pas significative ($p=0.359$) mais elle l'est concernant la méconnaissance de ce que sont les violences conjugales ($p=0.0254$).

Le sentiment d'impuissance des médecins généralistes a baissé en 10 ans sans que cette différence ne soit significative ($p=0.0575$). Lors des questions précédentes, nous avons vu que les médecins savaient mieux se servir des outils à leur disposition (réseaux de prise en charge, certificats, dossiers médicaux).

Le manque de temps et de disponibilité est un problème qui s'est majoré en 10 ans de façon non significative ($p=0.368$).

Discussion

Je vais tout d'abord m'intéresser au travail que j'ai réalisé en soulignant les points positifs ainsi que les points négatifs. Je vais discuter les atouts de mon travail. Je vais également mettre en évidence les limites de cette étude et ce qui aurait pu l'améliorer.

Ensuite, je m'intéresserai aux femmes victimes de violences conjugales, leur profil, les aides sollicitées et reçues, les motifs de consultation médicale, ce qu'elles espèrent de la consultation médicale. En effet, les pratiques des généralistes concernant les victimes de violences conjugales sont directement affectées par ces patientes. Le repérage et la prise en charge des violences ne peuvent s'effectuer qu'en prenant en compte les caractéristiques et les attentes des victimes.

Enfin, j'étudierai les médecins généralistes qui prennent en charge les victimes : leur prise en charge, les limites de cette prise en charge, les problèmes qu'ils rencontrent. J'essaierai d'expliquer les points forts et les points faibles de leur pratique et comment il serait possible d'améliorer la prise en charge des victimes de violences conjugales.

A- Mon travail

Ainsi que nous l'avons vu, les violences conjugales sont un problème majeur de santé publique. Le nombre de victimes prises en charge ne cesse de croître, grâce à une amélioration du repérage et de la prise en charge de ces victimes. Le rôle des médecins vis-à-vis des femmes victimes de violences conjugales est primordial tant pour le repérage des violences que pour la prise en charge de ces violences et l'accompagnement de ces patientes. Ce travail avait pour but d'étudier les pratiques des médecins généralistes face aux violences conjugales, et d'étudier l'évolution en dix ans de ces pratiques. Je me suis également intéressée aux différences entre les généralistes sélectionnés au hasard dans la population médicale d'Ile-de-France et les enseignants dans les facultés d'Ile-de-France.

Ce travail reposait sur l'envoi d'un questionnaire à des médecins généralistes, une revue de la littérature et sur des propos de femmes victimes de violences conjugales. Il a permis de répondre aux questions concernant ces pratiques et leurs évolutions.

Le questionnaire a été réalisé par le Dr Cécile Morvant pour sa thèse de doctorat en médecine. Ce questionnaire a été élaboré suite à des entretiens avec des femmes victimes de violences conjugales et des professionnels travaillant dans des associations spécialisées. Ce questionnaire a pour but d'étudier les pratiques des généralistes vis-à-vis des femmes victimes de violences conjugales. Elaborer le questionnaire à partir d'entretiens de femmes victimes de violences a permis de cibler les pratiques des médecins par rapport aux attentes des victimes de violences. Pour ma thèse, j'ai choisi de ne pas modifier le questionnaire de façon à pouvoir comparer mes résultats avec ceux du Dr Morvant de la manière la plus fiable possible. Une seule question du questionnaire original a été supprimée, à la question 1, les médecins déclarant qu'ils n'avaient pas vu en consultation de femme victime de violences conjugales dans l'année devaient dire s'ils en étaient certains ou non. J'ai jugé que cette question n'avait que peu d'intérêt puisque, quelle que soit leur réponse, les médecins ne peuvent pas être certains de ce que vivent leurs patientes. Le questionnaire que j'ai utilisé devait donc refléter au plus près les pratiques de médecins généralistes tout en s'intéressant également au point de vue des principales intéressées : les victimes.

Biais du questionnaire :

Ce questionnaire, dans sa formulation, induit plusieurs biais. La question deux demande au médecin combien de femmes victimes de violences conjugales il a reçu en consultation le mois précédent, l'année précédente ou depuis le début de sa carrière. Les chiffres donnés par les médecins sont une estimation et certains chiffres sont donc probablement faux. Un médecin fait état de 240 victimes de violences conjugales repérées l'année précédant le questionnaire. Ce chiffre est tellement supérieur au nombre cité par ses confrères qu'il pose question, même s'il est tout à fait possible qu'il puisse voir une à deux patientes par jour (il s'agissait d'un médecin travaillant dans un centre de planification familiale).

Pour les questions trois à onze, il était demandé aux médecins de se souvenir de consultations concernant les cinq dernières victimes de violences conjugales qu'ils avaient vues. Il est très difficile de se souvenir avec précision de consultations parfois anciennes. Les réponses au questionnaire ont donc pu être faussées par la mémoire imparfaite des médecins.

Pour la question concernant le type de violences conjugales dont les patientes étaient victimes, le médecin interrogé devait choisir une ou plusieurs réponses parmi une liste. La formulation de la question a forcément induit les réponses. Par exemple, concernant les violences psychologiques, les médecins ayant répondu n'avaient peut-être pas pris conscience des violences psychologiques associées aux violences physiques et en ont pris conscience en lisant la question.

Les réponses à la question concernant le suivi des victimes de violences conjugales ont certainement été influencées par les questions précédentes. Dans le questionnaire, les médecins devaient répondre à des questions concernant le type de violence, les aides déjà reçues par la femme, les autres acteurs de la prise en charge des violences, le certificat médical... Ces réponses ont indiqué aux médecins une partie de la réponse à la question concernant la prise en charge théorique des violences conjugales.

Pour les questions s'intéressant aux difficultés rencontrées, la question « avez-vous à votre disposition suffisamment d'informations sur la violence conjugale pour vous permettre de bien repérer et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales ? » a induit des réponses négatives. Les médecins disposent d'informations concernant les violences conjugales même si ces informations sont incomplètes. Poser la question de cette façon a amené les médecins à répondre

« non » car on peut toujours avoir plus d'informations ce qui aide dans la prise en charge. Les médecins ont répondu « non » car ils n'ont pas d'information complète mais cela ne les gêne pas dans leur prise en charge. Les réponses à la question suivante le confirment : deux tiers des médecins se jugent insuffisamment informés pour prendre en charge les victimes de violences conjugales mais moins d'un médecin sur cinq est gêné dans sa prise en charge par le manque de formation ou la méconnaissance de ce que sont les violences conjugales.

L'analyse des résultats est influencée par ces biais. Mon travail portait principalement sur la comparaison de ces résultats avec ceux obtenus il y a dix ans par le Dr Cécile Morvant. Les biais induits par la formulation du questionnaire ne sont pas des obstacles à cette comparaison puisque le questionnaire que j'ai utilisé est le même que celui utilisé il y a dix ans. Les biais s'appliquant de la même façon sur les deux études, ils ne modifient pas la comparaison des résultats.

L'échantillon de population à laquelle a été envoyé le questionnaire est important et représentatif de la population d'études : 1000 médecins généralistes d'Ile-de-France tirés au hasard parmi les généralistes d'Ile-de-France. Notre travail a également permis de comparer les généralistes sélectionnés au hasard avec les généralistes enseignant dans les facultés d'Ile-de-France. Malgré le nombre important de médecins ayant reçu le questionnaire, le nombre de réponses à certaines questions n'est pas suffisant pour réaliser une comparaison fiable des résultats entre les enseignants et les non enseignants. En effet, pour exemple, seuls 33 enseignants ont répondu aux questions huit, neuf et dix. Ce problème aurait difficilement pu être corrigé. En effet, pour les non enseignants, j'aurais pu choisir un échantillon plus important mais le questionnaire a été envoyé à tous les enseignants d'Ile-de-France pour lesquels je disposais d'une adresse mail (soit 561 sur 634 enseignants) et pour ces médecins, une relance a été effectuée. Il aurait donc été difficile d'obtenir plus de réponses à ce questionnaire.

Un autre problème lié au mode d'envoi du questionnaire est constitué par le risque que certains médecins enseignants aient reçu deux fois le questionnaire. Les 1000 généralistes sélectionnés au hasard en Ile-de-France pouvaient être des enseignants et donc recevoir le questionnaire deux fois. Cela a pu diminuer légèrement le nombre de médecins auquel est parvenu le questionnaire.

Le nombre de réponses que j'ai obtenu à mon questionnaire m'a permis de comparer mes résultats à ceux obtenus par le Dr Morvant : 235 réponses en 2000 et 227 réponses en 2011. Le nombre de médecins ayant répondu aux deux études n'est pas assez important pour que les différences observées dans les réponses à certaines questions soient significatives. Pour certaines questions, le nombre de réponses par catégories n'excédait pas quelques médecins, ce qui ne m'a pas permis de montrer une différence statistiquement significative.

Pour réaliser mes statistiques, je ne disposais pas des résultats complets du Dr Cécile Morvant. Les chiffres utilisés pour la comparaison des résultats sont les chiffres qu'elle reportait dans sa thèse. Je n'ai pas eu accès aux réponses complètes des généralistes ayant répondu à l'enquête il y a dix ans. Ceci peut avoir diminué la précision de mes comparaisons statistiques.

Un autre point diminuant la comparabilité des résultats est le support sur lequel a été envoyé le questionnaire. En effet, en 2000, le Dr Morvant avait envoyé son questionnaire au format papier, avec enveloppes de retour. J'ai choisi de réaliser le questionnaire sur internet et d'envoyer par mail le lien permettant de répondre au questionnaire. Ce changement de support a pu modifier légèrement le profil des médecins ayant répondu au questionnaire et a également peut-être participé à la diminution du taux de réponse au questionnaire. J'ai choisi d'envoyer le questionnaire par voie électronique pour diverses raisons. Tout d'abord pour des questions pratiques : ne pas avoir à imprimer le questionnaire, le mettre sous enveloppe et l'envoyer et pour des raisons financières. Ensuite, j'espérais que cette nouvelle technologie simplifierait et faciliterait la participation des généralistes : il suffisait pour la plupart des questions de cliquer sur les réponses. De plus, le support électronique simplifiait le traitement des données d'une part en facilitant la lecture des réponses (pas d'écriture manuscrite) et d'autre part en comptabilisant directement les réponses.

Ce travail est également biaisé par la « sélection » des médecins. Les généralistes ayant répondu au questionnaire sont les médecins les plus sensibilisés au problème des violences conjugales. Cette sélection des médecins les plus intéressés fausse mes résultats car les pratiques des généralistes ayant répondu au questionnaire sont plus performantes que celles des médecins moins impliqués dans la lutte contre les violences conjugales, médecins qui ont moins répondu à cette enquête. J'ai obtenu lors de cette enquête un pourcentage de participation plus faible que celui qu'avait

obtenu le Dr Cécile Morvant. J'ai donc analysé les réponses de médecins plus motivés par les violences conjugales que le Dr Morvant. Ceci explique une partie de l'amélioration des pratiques des généralistes en dix ans.

La bibliographie réalisée en complément de ce travail a été la plus complète possible, mais au vu du nombre d'articles, publications, livres... publiés sur le sujet, en particulier depuis 2000, cette bibliographie est loin d'être exhaustive. J'ai malgré tout essayé d'inclure le plus grand nombre de références possibles et de varier mes sources.

En complément de cette étude de la littérature, j'ai aussi utilisé des propos de femmes victimes de violences conjugales pour étayer mon travail et illustrer les définitions des violences (citations en italique dans mon travail). Ces propos ont été recueillis de façon anonyme, au fil de consultations avec des victimes dans des unités médico-judiciaires. Ce recueil de propos n'a pas été fait de façon systématique et organisée. J'aurais dû lors de ces consultations enregistrer et retranscrire les propos des femmes victimes, avec leur accord. Cela aurait permis d'avoir des références plus nombreuses et de meilleure qualité. Malgré cela, les citations que j'utilise sont des propos véritables, recueillis par moi en consultation et permettent de mieux appréhender le point de vue des femmes qui ont été victimes de violences conjugales. Il était important pour moi d'inclure dans ce travail s'intéressant aux pratiques des généralistes le point de vue des victimes.

B- Les femmes

Les femmes victimes de violences conjugales sont les premières intéressées par ce travail. Elles sont directement influencées par la prise en charge de leur médecin. J'ai donc choisi dans cette discussion de m'intéresser à ces femmes.

Nous l'avons vu à plusieurs reprises dans ce travail, ces femmes sont très nombreuses (une femme en couple sur dix a été victime de violences conjugales dans l'année selon l'enquête ENVEFF). Les victimes sont très différentes les unes des autres et il n'existe pas de profil type de victime de violences mais elles partagent certains points communs : souffrance psychologique, état de stress post-traumatique, isolement, pathologies somatiques, troubles psychosomatiques...

Notre travail permet une approche de ces femmes du point de vue du médecin généraliste.

En dix ans, le nombre de femmes vues par les médecins généralistes a légèrement augmenté et les violences conjugales dans toutes leurs formes sont mieux repérées par les médecins, sans que cette amélioration ne soit significative.

Le repérage des violences conjugales est un problème difficile. Il n'existe pas de profil type de femme victime, il n'existe pas de motif de consultation typique. Même si beaucoup de femmes consultent pour un problème directement en rapport avec les violences (recherche d'informations, traumatologie, demande de certificat), la plupart des femmes recensées dans ce travail avaient consulté leur médecin pour un motif psychologique, or ces motifs sont très variés : douleurs psychosomatiques, insomnies, dépression, angoisse... Certaines ne consultant pas pour un motif en lien avec les violences : pathologie chronique, infection aiguë, lors d'une consultation pour les enfants... Cette grande variété de motifs empêche le médecin d'avoir des signes d'appels efficaces devant lesquels se poser la question des violences conjugales. Le médecin devrait se poser la question devant tout motif de consultation et être particulièrement attentif devant les motifs permettant de mettre en évidence une souffrance de la femme : blessures physiques, souffrance psychologique. Devant toute demande d'une femme pour un motif psychologique, le médecin devrait penser aux violences conjugales. Certains motifs de consultation sont moins fréquents mais il est important d'évoquer les violences dans ces circonstances. Par exemple, les femmes de ce questionnaire n'étaient que 1% à avoir parlé des violences conjugales au cours d'une consultation lors de leur grossesse alors que la grossesse est une période à hauts risques, durant laquelle les

violences apparaissent souvent ou s'accroissent. Il est donc nécessaire, même si ce motif de consultation n'est pas fréquent, de penser à évoquer avec la patiente l'éventualité de violences conjugales.

En dix ans, les généralistes de cette enquête ont plus évoqué avec leurs patientes les problèmes de violences conjugales pour des motifs variés et non en rapport direct avec ces violences. Parmi les femmes vues par les médecins, plus de victimes étaient venues pour un motif psychologique, leur grossesse, une prescription de psychotrope... qu'il y a dix ans. Cette amélioration représente une évolution significative.

Ces dix dernières années, le médecin aborde, de plus en plus souvent, de lui-même le problème des violences conjugales. En dix ans, le pourcentage de femmes ayant parlé spontanément des violences subies est passé de 85% à 70% tandis que le nombre de femmes victimes pour lesquelles les médecins ayant répondu aux études ont posé en premier la question a plus que doublé (statistiquement, cette évolution est significative).

Les femmes vues en consultation sont souvent les femmes prêtes à parler de ce problème. En effet, moins de 10% des femmes victimes de violences conjugales portent plainte², or, près de 40% des femmes vues en consultation par les généralistes ayant répondu à cette enquête recevaient de l'aide des services de police et de gendarmerie. Ce sont donc des femmes qui avaient déjà accepté d'en parler et de se faire aider. Les femmes victimes de violences conjugales qui vivent trop dans la peur et l'isolement pour pouvoir en parler sont moins repérées par les généralistes.

L'idéal serait de poser systématiquement la question à la patiente en lui expliquant qu'elle peut venir en parler, bénéficier d'aides, que le médecin est là pour elle. Cela permettrait de sensibiliser les femmes au problème, de leur donner une aide, de les sortir de leur isolement.

Les différents types de violences dont sont victimes les femmes sont également mieux repérés qu'il y a dix ans sans que cette amélioration ne soit significative. Les violences physiques restent au premier plan mais tous les autres types de violences sont un peu mieux repérés par les médecins de cette étude. Certains types de violences restent très sous-estimés. Les violences sexuelles, pourtant associées presque systématiquement aux autres violences ne sont repérées que dans 1 cas sur 5 par les médecins. Ce problème est lié à la difficulté des femmes à en parler et à la difficulté du médecin à poser la question. Il est aussi probablement lié à l'ignorance

des généralistes de ces problèmes. En effet, les enseignements, les campagnes médiatiques... mettent en avant les violences physiques et de plus en plus les violences psychologiques mais ne parlent que très rarement des violences sexuelles. Ce type de violence a pourtant de très lourdes conséquences physiques et psychologiques. Il est donc nécessaire d'améliorer le repérage de ce type de violence.

Le médecin généraliste est un acteur important de la prise en charge des violences conjugales mais il n'est pas le seul. Le médecin fait partie d'un réseau de prise en charge. Les femmes ayant parlé à leur médecin de violences conjugales avaient parfois rencontré d'autres intervenants de ce réseau. En dix ans, les femmes ayant bénéficié de l'aide d'une association spécialisée ont été de plus en plus nombreuses. Cette amélioration significative montre la notoriété et l'efficacité de ces associations. Le nombre de femmes s'étant adressées à la police, aux travailleurs sociaux, à d'autres travailleurs médicaux avant la consultation médicale n'a pas progressé. Il ne s'agit peut-être pas d'un manque d'efficacité de ces systèmes mais d'un reflet de l'efficacité des médecins. En effet, les généralistes ayant mieux dépisté les violences conjugales, il est normal que les femmes soient vues plus tôt par le médecin généraliste. Si le médecin repère précocement les violences et que c'est lui qui permet à la femme d'aborder le problème des violences, il est logique que lors de cette consultation la femme ne reçoive pas encore d'aide d'un réseau de prise en charge.

Lorsque l'on demande aux médecins quels sont les problèmes qu'ils rencontrent dans la prise en charge des victimes, les problèmes les plus fréquemment cités sont liés à l'attitude de la femme : déni, dissimulation, refus de l'aide. Le frein principal à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales est, selon les médecins, les victimes. Ce problème est lié à l'isolement des victimes, à leurs peurs. Elles ne savent pas qu'elles peuvent recevoir de l'aide, elles n'imaginent pas pouvoir s'en sortir. Elles sont devenues tellement dépendantes de leur conjoint violent qu'elles ont peur d'imaginer qu'elles pourraient vivre autrement. C'est pour cela qu'elles refusent souvent d'en parler et d'être aidées. Le rôle du médecin est de les inciter à parler et de leur expliquer qu'il peut leur venir en aide.

Mais le problème vient-il réellement des victimes ? Un des problèmes principaux est probablement l'absence de remise en question des médecins. Ils ne critiquent pas leurs pratiques et préfèrent rejeter la faute sur les victimes. Il est plus simple pour les médecins de considérer que le manque de repérage des violences conjugales est lié à la dissimulation des violences par les victimes que d'admettre

qu'ils ne posent pas assez la question. Penser que la victime est en tort leur permet de ne pas se remettre en question.

Pour améliorer cette prise en charge, il est donc nécessaire que le médecin aborde le sujet avec ses patientes. Cela permettrait de mieux repérer les violences, de faire comprendre aux victimes qu'elles sont des victimes, que l'on peut faire quelque chose pour elles et permettrait de faire le lien entre les violences que ces femmes subissent et les pathologies médicales et psychologiques qu'elles présentent. De plus, parler systématiquement des violences conjugales avec les femmes, même celles qui ne sont pas victimes de violences augmenterait la sensibilisation des femmes à ce problème. En cas d'apparition ultérieure de violences, elles sauraient mieux les repérer. Cela permettrait aux femmes de chercher de l'aide plus tôt et leur éviterait de rentrer dans le cercle des violences conjugales. De plus en plus d'études montrent que poser systématiquement la question à la patiente permet de mieux repérer les violences conjugales comme, par exemple, les études du Dr Gilles Lazimi.^{14, 15,16 et 17}

C- Les généralistes

Les généralistes ayant répondu au questionnaire sont représentatifs de la population étudiée : les médecins généralistes d'Ile-de-France. Il faut noter la part importante des tranches d'âge élevées dans la population médicale ainsi qu'une répartition inégalitaire des médecins selon les départements.

Les médecins ayant répondu à cette étude sont des médecins sensibilisés au problème des violences conjugales et donc généralement plus motivés que d'autres par ce sujet.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, les généralistes de notre enquête repèrent mieux les violences conjugales qu'il y a dix ans. Ils voient plus de femmes victimes de violences conjugales, posent la question aux femmes, savent mieux évoquer les violences devant des symptômes variés et repèrent mieux les différents types de violences.

Les médecins généralistes interrogés n'ont été que peu en contact avec les autres acteurs de la prise en charge des victimes de violences conjugales. Il est important pour les victimes d'être prises en charge par un réseau de façon à optimiser cette prise en charge. La communication entre les différents acteurs est donc primordiale et reste un point à améliorer pour les médecins même si, en dix ans, cette communication s'est déjà significativement améliorée. Cette communication n'est pas forcément évidente. En effet, un médecin généraliste est tenu au secret médical et doit donc rester prudent lorsqu'il est en contact avec ces intervenants de façon à ne pas trahir la confiance de ses patientes.

Bien qu'ils soient peu en contact avec les différents intervenants, les généralistes orientent leurs patientes vers ceux-ci. Plus d'une femme recensée par cette étude sur deux est orientée vers la police et vers un psychologue. Près d'une femme sur deux est orientée vers une association de soutien et une femme sur trois vers un travailleur social. Depuis 10 ans, les médecins orientent plus souvent vers les travailleurs sociaux et vers les associations spécialisées. Les généralistes ont appris à travailler en réseau pour prendre en charge les femmes qu'ils voient en consultation et ne se contentent plus de les adresser à la police (bien que l'orientation vers la police reste bien évidemment primordiale). Selon notre travail, en dix ans on note donc une amélioration significative de l'utilisation du réseau de prise en charge mais cette utilisation reste insuffisante, en effet, seule une femme sur deux en bénéficie. Cette orientation et cette prise en charge multidisciplinaire devraient être

systématiques ou du moins systématiquement proposées à la patiente. Cet accompagnement permet de prendre en charge les différents aspects des violences : psychologiques, médicaux, judiciaires, sociaux. Elle permet également à la femme de se rendre compte qu'elle n'est plus seule, qu'elle peut être aidée, qu'il y a des personnes, des associations pour la défendre, la soutenir, l'accompagner, que la loi interdit et punit les violences, que d'autres femmes victimes sont sorties de la spirale des violences conjugales. Ce réseau est donc important pour la prise en charge directe de la patiente, pour que la victime reprenne confiance en elle et recouvre l'estime d'elle-même. C'est une étape essentielle dans la reconstruction de la femme victime de violences conjugales. Il s'agit d'un point sur lequel les généralistes doivent encore s'améliorer.

Un des points forts des médecins généralistes reste la fréquence de rédaction du certificat descriptif. Ce certificat est proposé presque systématiquement aux victimes de violences conjugales et s'il n'est pas rédigé, les données de l'examen sont très souvent consignées dans le dossier médical de la patiente. En dix ans, les généralistes se sont améliorés sur ces points mais cette amélioration n'est pas statistiquement significative. Si notre étude montre l'efficacité des généralistes à rédiger le certificat et l'amélioration en dix ans, elle ne s'est pas intéressée à la qualité de ce certificat. Les généralistes ne sont que peu formés à la rédaction des certificats descriptifs et de nombreux certificats sont incomplets, mal rédigés ou n'utilisent pas les bons termes.

Concernant le suivi des femmes victimes de violences conjugales, les généralistes interrogés savent ce qu'ils doivent faire. La plupart des généralistes répondent à la question du suivi en citant le soutien psychologique, l'aide aux victimes, la prescription de psychotropes, l'écoute, l'orientation vers d'autres acteurs du réseau de prise en charge. Ce dernier point est celui qui a le plus évolué en dix ans. Les généralistes sont de plus en plus nombreux à savoir qu'ils ne doivent pas prendre seuls en charge les victimes qu'ils voient en consultation mais qu'il est de l'intérêt de ces victimes d'être prises en charge par différents intervenants. Ce suivi théorique est plutôt bien reflété dans les pratiques des généralistes même si ce n'est pas systématique. Les connaissances de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales semblent donc plutôt bonnes malgré le ressenti des généralistes. Dans le suivi des victimes des violences conjugales, les généralistes sont également sensibilisés à la prise en charge du mari violent mais aussi, et c'est extrêmement important, à la protection des enfants victimes ou témoins des violences.

Les généralistes rencontrent de nombreux problèmes lors de la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Un des problèmes principaux est, ainsi que nous l'avons vu précédemment, directement lié à la femme, selon les médecins. Il s'agit du déni, de la dissimulation, du refus d'aide. Je ne reviendrai pas ici sur ce problème sauf pour rappeler l'importance de l'intervention du médecin dans ces cas-là, pour sensibiliser les femmes au problème, pour leur proposer de l'aide, pour les écouter. La femme cherche peut-être à nier ou à dissimuler son problème et il faut donc que le médecin pose la question pour lui permettre d'en parler si elle le souhaite. La dissimulation par la femme est surtout une absence de questionnement du médecin. Les médecins doivent remettre en question leurs pratiques et interroger leurs patientes. L'autre solution pour diminuer ce problème est les campagnes de prévention ciblant les victimes. Ces campagnes peuvent permettre aux femmes de prendre conscience que leur situation n'est pas normale, qu'elles peuvent recevoir de l'aide. En dix ans, ce problème est resté le problème le plus souvent évoqué (jusqu'à plus de 80% des cas).

Notre étude montre une diminution significative de la difficulté occasionnée par l'absence de symptôme spécifique ce qui est d'ailleurs bien reflété dans l'évolution du repérage des violences conjugales par les généralistes.

Un autre problème fréquemment cité est celui des relations avec le mari. En effet, il n'est pas rare que le médecin qui voit la femme victime de violences en consultation soit également le médecin du mari violent. Il est possible qu'il connaisse donc bien le mari voire qu'il l'apprécie. Il sera dans ce cas difficile pour le médecin d'imaginer qu'il soit capable de violences et également difficile d'aider la femme au détriment de son mari. En théorie, les relations avec le mari ne devraient pas entrer en compte dans la prise en charge de la femme mais les médecins restent des êtres humains et la prise en charge de leur patient est toujours influencée par leurs affects et leurs propres représentations. Même si pour la plupart ils sont probablement conscients de ce manque d'objectivité, il n'est pas facile de le corriger.

En revanche, peu de médecins sont gênés par les relations qu'ils entretiennent avec leurs patientes.

En dix ans, on note un recul non significatif de ces deux difficultés.

Le sentiment d'impuissance du médecin est un problème en léger recul ces dix dernières années mais reste un problème souvent (un tiers des cas) évoqué par les

généralistes ayant répondu à ce questionnaire. Ce problème ne peut être corrigé que par l'amélioration de la prise en charge des violences conjugales.

Un autre problème important est le manque de temps et de disponibilité des médecins. Ceux-ci sont souvent débordés et une consultation pour violences conjugales prend du temps. Les médecins doivent donc essayer de gérer un problème long sur une consultation pour laquelle il n'avait pas prévu le temps. Une des solutions est de donner un autre rendez-vous à la patiente pour parler spécifiquement de ce problème mais c'est prendre le risque que la patiente refuse par la suite d'évoquer les violences.

Le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux et la méconnaissance de ce que sont les violences conjugales ne sont cités comme difficultés lors de la prise en charge que dans 15% des cas dans cette enquête. Ce chiffre est en diminution depuis 10 ans. La diminution concernant la méconnaissance de ce que sont les violences conjugales est significative. La rédaction du certificat médical est presque systématique et lorsque l'on pose la question du suivi médical aux médecins, ils ont de bonnes connaissances de la prise en charge théorique. Pourtant, plus de deux tiers des médecins interrogés se jugent insuffisamment informés. Les informations dont manquent les médecins sont-elles des informations théoriques sur ce que sont les violences conjugales, la prise en charge théorique des victimes ou alors des informations pratiques sur les différents intervenants dans leurs secteurs, les procédures... ? Ou alors ce sentiment de manque d'information n'est-il pas en partie lié au sentiment d'impuissance du médecin vis-à-vis des violences conjugales ? Ce manque d'information ressenti peut être aussi lié à l'augmentation du nombre de victimes repérées et à la prise de conscience de l'ampleur du problème. Pour résoudre au moins partiellement ce problème, il est important que les facultés de médecine améliorent leur enseignement concernant les violences conjugales mais aussi que les médecins aient à leur disposition des informations claires sur les acteurs en présence dans la ville ou le département où ils exercent. Les associations d'aide aux victimes par exemple devraient être plus connues des médecins exerçant à proximité. Il existe toujours un manque de communication entre les différents intervenants du réseau de prise en charge. Mais il s'agit aussi en partie du travail du médecin de savoir quelles sont les possibilités qui s'offrent à lui selon l'endroit où il exerce. Se renseigner sur les associations, les travailleurs sociaux... de son secteur est le devoir du médecin de la même façon qu'il doit savoir vers quels spécialistes orienter en cas de pathologie qu'il ne peut gérer lui-même. Ainsi, il existe de nombreux outils à disposition des

médecins tels que des recommandations, des conférences de consensus... qui devraient être mieux consultés et pris en compte par les médecins.

Enfin, concernant les différences dans la prise en charge entre les médecins généralistes non enseignants et les enseignants, elles sont peu nombreuses. On remarque qu'il existe quelques différences dans le repérage des violences : les enseignants ont mieux repéré les violences lorsque le motif de consultation était d'ordre psychologique, mais les non-enseignants ont repéré plus de formes de violences conjugales.

Selon notre enquête, la prise en charge des victimes varie peu selon le statut du médecin qui a vu les patientes. Les enseignants ont été un peu plus en contact avec les autres intervenants de la prise en charge mais n'ont pas orienté leurs patientes différemment. Le suivi médical théorique ne change pas non plus selon si le médecin interrogé est enseignant ou non. Pour la rédaction du certificat médical, il n'y a pas non plus de différence mais les enseignants ont plus noté dans le dossier de la patiente leurs observations.

La différence principale entre les deux statuts se trouve dans les difficultés rencontrées par les médecins pour prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. Les enseignants ayant répondu à ce questionnaire se sentent un peu mieux informés que les autres généralistes mais surtout, deux fois plus de médecins non enseignants se disent gênés par le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux et par la méconnaissance des violences conjugales que de médecins enseignants.

Les médecins enseignants sont, de par leur statut, mieux formés que les autres généralistes. Cette formation est bien ressentie par ces médecins et ils sont moins gênés par le manque d'information que les autres médecins. Pourtant, cette meilleure formation ne se ressent que peu dans leur prise en charge.

Conclusion

L'étude des 227 questionnaires que nous avons recueillis nous permet d'analyser la pratique des médecins généralistes en 2011 face à la fréquence, l'accueil, le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

L'utilisation du questionnaire utilisé en 2000 par le Dr Cécile Morvant auprès de médecins généralistes nous permet d'évaluer l'évolution des pratiques des généralistes face aux violences conjugales en dix ans.

Pour ce travail, j'ai utilisé un recueil des réponses par un questionnaire internet. La participation des médecins à l'étude a été plus faible que celle de 2000 (14.5% des médecins interrogés ont répondu au questionnaire en 2011, alors qu'ils étaient 23.5% en 2000). J'ai réalisé, de plus, une distinction supplémentaire par rapport au travail du Dr Morvant : entre les généralistes enseignants et non enseignants questionnés. Compte tenu de ces différences, nous pouvons constater une évolution des pratiques des médecins généralistes face aux victimes de violences conjugales.

La comparaison des deux études nous permet plusieurs constats :

- Le repérage des violences est plus fréquent. Les motifs de consultation des femmes repérées victimes de violences conjugales sont significativement plus variés qu'il y a dix ans.
- En dix ans, les consultations pour rédaction d'un certificat médical ayant amené à la découverte des violences conjugales ont diminué (50% des motifs de consultation en 2000, pour 45% en 2011) et les consultations pour troubles psychologiques ont augmenté (40% en 2000, pour 56% en 2011).
- Les médecins abordent également de plus en plus souvent la question des violences conjugales avec leurs patientes. En 2000, le médecin avait abordé la question avec leurs patientes dans 7.7% des cas, en 2011, dans 18.4%.
- Les généralistes orientent plus souvent leurs patientes vers un réseau de prise en charge. Une femme sur deux est orientée vers la police et vers un psychologue. On note une orientation significative vers des associations spécialisées dans la prise en charge des violences conjugales. En 2000, 22.7% des femmes étaient orientées vers une association spécialisée, en 2011 elles sont 42%. Mais les médecins orientent encore insuffisamment les femmes vers d'autres intervenants de la prise en charge des violences (police, travailleurs sociaux, psychologues...). Un certain nombre de médecins ne sont que peu en contact avec les autres acteurs

de la prise en charge des victimes. Malgré une amélioration significative en dix ans (24.3% des médecins avaient été en contact avec un autre intervenant en 2000, ils sont 32.1% en 2011), il existe un manque de communication entre ces différents acteurs, une insuffisance du travail en réseau.

- Les médecins généralistes sont aussi performants dans la proposition de rédaction du certificat descriptif qu'il y a dix ans et consignent de façon plus systématique les données de l'examen clinique dans le dossier médical de leurs patientes. Le certificat médical est proposé dans 75.7% des cas en 2011 (71.3% en 2000).
- Les connaissances théoriques des généralistes concernant la prise en charge des violences conjugales sont satisfaisantes. Le suivi théorique des victimes de violences s'est amélioré en dix ans concernant la prise en charge par un réseau de professionnels. En 2000, 45% des médecins pensaient que l'orientation des victimes vers un réseau de prise en charge devait faire partie du suivi médical, ils sont 75% en 2011.
- Concernant la formation, le nombre de médecins se jugeant insuffisamment informés pour prendre en charge une victime de violences conjugales a augmenté de façon non significative (de 60% en 2000 à 66% en 2011). Pourtant, ils se sentent moins gênés dans leur pratique par le manque de formation à la rédaction des certificats médicaux (20.5% des médecins en 2000, 16.5% en 2011) et par la méconnaissance de ce que sont les violences conjugales (23.3% en 2000, 13.4% en 2011).
- Les pratiques des médecins se sont améliorées en dix ans, malgré ce manque d'informations ressenti.
- La formation des médecins est essentielle à un repérage efficace des violences conjugales et à une bonne prise en charge. Il n'existe que peu de différences de prise en charge entre les médecins enseignants dans une faculté d'Ile-de-France et les médecins non enseignants. Les enseignants se sentent mieux formés et se disent moins gênés dans leur pratique par le manque de formation. Leur connaissance théorique du suivi médical et leur prise en charge des victimes de violences conjugales ne sont que peu différentes. Les différences observées sont un meilleur repérage des violences pour des symptômes d'ordre psychologique et un travail en réseau et une utilisation du dossier médical plus systématiques, pour les généralistes enseignants.
- Le repérage des violences conjugales reste insuffisant. Près d'un tiers des médecins interrogés déclarent ne pas avoir vu de femme victime de violences conjugales en consultation l'année précédant l'enquête. Les violences sexuelles

sont en particulier mal repérées. Les médecins n'ont repéré des violences sexuelles que dans un cas de violences conjugales sur cinq. Les violences sexuelles restent un véritable tabou pour les médecins.

- Un des problèmes principaux rencontré par les médecins dans leur pratique est, selon eux, le déni de la femme et son refus de toute aide (pour 80% des médecins). Les médecins ne posent pas systématiquement la question des violences conjugales à leurs patientes et préfèrent reporter le problème du repérage et de la prise en charge des violences conjugales sur les victimes plutôt que de remettre en question leurs pratiques.

Les résultats de ce travail sont très encourageants concernant l'évolution des pratiques des médecins généralistes, leur repérage et leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Pour améliorer encore ces pratiques, il est nécessaire de développer le réseau d'aide aux victimes de violences conjugales. La prise en charge des victimes doit se faire au sein d'un réseau de professionnels dont le médecin généraliste doit être partie intégrante. La communication au sein de ce réseau doit permettre une réelle prise en charge multi-partenariale.

La formation des médecins à la prise en charge des victimes de violences conjugales permet également une amélioration de leur pratique. La mise en place d'enseignements sur les violences dans le cursus initial des médecins mais aussi dans leur formation continue, comme ceux réalisés à l'UPMC, permettrait d'améliorer les pratiques des médecins. La formation des médecins pourrait sensibiliser les médecins au problème majeur des violences conjugales, à sa prise en charge mais aussi aux difficultés rencontrées dans cette prise en charge. Cette formation pourrait permettre une remise en question des pratiques des généralistes et ainsi améliorer le repérage et l'accompagnement des victimes. La formation des médecins devrait entre autres s'intéresser à l'amélioration de la rédaction du certificat médical et au questionnement systématique des patientes.

La mise en place de formations permettrait de mettre à jour l'ensemble des pathologies et tableaux cliniques conséquences des violences faites aux femmes et les stratégies de prise en charge des victimes. Dans l'attente d'une généralisation de l'enseignement des violences dans nos facultés, la création d'un Diplôme Universitaire permettrait à de nombreux médecins, généralistes et spécialistes, de mieux aborder les violences conjugales.

Bibliographie

- 1 : Souffron K. Les violences conjugales. Editions Milan. 2007
- 2 : Henry N. Frapper n'est pas aimer. Editions Denoël. 2010
- 3 : Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrisson SL. Intimate partner violence. *Am Fam Physician*. 2011 May 15;83(10):1165-72.
- 4 : Vautrin C. Communiqué de presse du 14-03-2007. (solidarite.gouv.fr)
- 5 : Nectoux M. Etude psytel "Estimation du coût des violences conjugales en France" 2006 (psytel.eu)
- 6 : Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine, faculté de médecine Saint Antoine, Université Paris 6, 2000.
- 7 : Breart G, Saurel-Cubizolles MJ. Domestic violence. *Epidemiologic data. Bull Acad Natl Med* 2002;186(6):939-48
- 8 : Henrion R. Rapport Henrion 2001
- 9 : Hervier F. Prévention des violences conjugales : place du généraliste : moyens et limites. Thèse de médecine. 1998
- 10 : Francois I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Herve C. Domestic violence : what are the difficulties for practitioners ? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients. *Presse Med* 2004 Dec 18;33(22):1561-5
- 11 : MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt La, Worster A, Lent B, Webb M, McMaster. Violences against women research group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings : a randomized trial. *JAMA* 2006 Aug 2;296(5):530-6
- 12 : Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control : a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009 Jul 21;151(2):93-102.
- 13 : Svavarsdottir EK. Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self-report or an interview. *Scand J Caring Sci*. 2010 Jun;24(2):224-32. Epub 2010 Mar 7.
- 14 : Naudin-Rousselle P, Lazimi G. Etude de 2007 Violences envers les femmes : les sortir du silence. *Le Généraliste* 2008 mars;2442
- 15 : Lazimi G. Violences faites aux femmes. *La revue du praticien –Médecine générale*. 2005 oct;19(706/707)
- 16 : Freydt C, Lazimi G. Repérer les violences faites aux femmes. *Le généraliste*. 2011 mai;2564
- 17 : Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*. 2011
- 18 : Gazonne L. Violences faites aux femmes, poser la question est-il possible ? Mémoire de médecine générale. 2008
- 19 : Woimant M. Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes. Thèse de médecine. 2011
- 20 : Furlow B. Domestic violence. *Radiol Technol*. 2010 Nov-Dec;82(2):133-53
- 21 : Gregory A, Ramsay J, Agnew-Davies R, Baird K, Devine A, Dunne D, Eldridge S, Howell A, Johnson M, Rutterford C, Sharp D, Feder G. Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence : protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010 Feb 2;10:54
- 22 : Hegarty KL, Gunn JM, O'doherty LJ, Taft A, Chondros P, Feder G, Astbury J, Brown S. Women's evaluation of abuse and violence in general practice : a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010 Jan 2;10:2
- 23 : Dictionnaire juridique Le cours Hébert. (<http://www.lecourshebert.com/dictionary>)

- 24 : Morbois C, Casalis MF. Face à la violence d'un conjoint, renforcer les capacités des femmes à y mettre fin. Délégation régionale aux Droits des femmes d'Ile de France. 1999 jan. (avecegalite.com)
- 25 : Monnier V. Direct Matin 14-04-2011
- 26 : Welzer Lang D. Les hommes violents. 1991. Editions Payot (édition de 2005)
- 27 : Marzano M. Violences conjugales : soigner l'homme violent. Lien Social. 2004 mars ;700. (lien-social.com)
- 28 : Allaire H. Les violences conjugales en basse Normandie. Mémoire de médecine légale. 2010
- 29 : Estrada J. Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité en France face aux violences. Thèse de médecine. 2011
- 30 : Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Dossier violences conjugales. La revue du praticien. 2005 sep;19(702/703):945-54
- 31 : Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, Mckeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. 2000 May;9(5)/451-7
- 32 : Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, Walker L, Webster K. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bull World Health Organ. 2006 Sep;84(9):739-44
- 33 : Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts Ch, Garcia-Moreno C ; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence : an observational study. Lancet. 2008 Apr 5;371(9619):1165-72
- 34 : Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health : depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. J Womens Health (Larchmt). 2006 Jun;15(5):599-611.
- 35 : Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'campo P, Gielen Ac, Wynne C. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 2002 May 27;162(10):1157-63
- 36 : Vives Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escriba-Aguir V, Miralles JJ. The effects of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. J Public Health (Oxf). 2011 Mar;33(1):15-21
- 37 : Valladares E, Pena R, Ellsberg M, Persson La, Högberg U. Neuroendocrine response to violence during pregnancy – impact on duration of pregnancy and fetal growth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(7):818-23
- 38 : Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002 Apr 13;359(9314):1331-6
- 39 : Stockl H, Hertlein L, Himsl I, Hasbargen U, Friese K, Stockl D. Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Jan;91(1):128-33.
- 40 : Astbury J, Bruck D, Loxton D. Forced sex : a critical factor in the sleep difficulties of young Australian women. Violence vict. 2011;26(1):53-72
- 41 : Yoshihama M, Horrocks J, Bybee D. Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking : a population-based study of women in Yokohama, Japan. Soc Sci Med. 2010 sep;71(6):1199-207

- 42 : Shannon L, Logan T, Cole J, Walker R. An examination of women's alcohol use and partner victimization experiences among women with protective orders. *Subst Use Misuse*. 2008 Jul;43(8-9):1110-28
- 43 : Coker Al, Weston R, Creson Dl, Justice B, Blakeney P. PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. *Violence Vict*. 2005 Dec;20(6):625-43.
- 44 : memoiretraumatique.org (site de l'association dont le Dr Muriel Salmona est la présidente)
- 45 : rapport 2010 OND (inhesj.fr)
- 46 : Rapport annuel de l'OND 2011 (inhesj.fr)
- 47 : Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles par l'observatoire départemental des violences envers les femmes de Seine St Denis. (Seine-St-Denis.fr)
- 48 : Etude nationale des décès au sein du couple année 2007 (solidarite.gouv.fr)
- 49 : Nectoux M. Etude psytel "Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en France « IPV EU_Mortality »" 2006 (psytel.eu)
- 50 : Ordonnance de protection : une première évaluation. Seine-St-Denis.fr
- 51 : 3ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 «Protection, Prévention, Solidarité» (http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_violences_2011_2013_synthese-2.pdf)
- 52 : Recommandations HAS 2011 « certificat médical initial concernant une personne victime de violences » (HAS.fr)
- 53 : Conférence de consensus de la SFMU 2004 « Maltraitance : dépistage-conduite à tenir aux urgences » (SFMU.org)
- 54 : Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France « Mécanismes violence conjugale » 2010.
- 55 : enquête eurobarometre 344 « domestic violence against women »
- 56 : Site internet stop-violences-femmes.gouv.fr (ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf)
- 57 : Site des avocats du Barreau de St Nazaire <http://www.barreau-saintnazaire.fr/partviolencesfemmes.php>
- 58 : Druelle S. Un plus grand nombre de médecins en Ile-de-France. Insee.fr. Juin 2010
- 59 : Site internet SOSfemmes.com
- 60 : Campagnes et dépliants pour la lute contre les violences faites aux femmes. Sites internet ile-de-France.gouv.fr et interieur.gouv.fr

Annexes

Annexe 1 : Mail envoyé aux généralistes.....	109
Annexe 2 : Lettre explicative en pièce jointe.....	110
Annexe 3 : Questionnaire	111
Annexe 4 : Résumé de la thèse du Dr Cécile MORVANT	126
Annexe 5 : Synthèse des recommandations HAS : certificat médical initial concernant une personne victimes de violences	127
Annexe 6 : Plan violence.....	131
Annexe 7 : Coordonnées d'associations en Ile-de-France.....	134
Annexe 8 : Campagnes contre les violences conjugales.....	139
Annexe 9 : Spirale de la violence.....	142
Annexe 10 : Roue de l'égalité	143
Annexe 11 : Remerciements	144
Annexe 12 : Résumé	145

Annexe 1 : Mail envoyé aux généralistes

Bonjour

Je suis interne en médecine générale et je prépare ma thèse sur les "violences conjugales : évolution des pratiques des généralistes en 10 ans".

La réalisation de cette thèse nécessite l'envoi à des généralistes d'Ile-de-France d'un questionnaire concernant leur pratique vis à vis des femmes victimes de violences.

Pourriez vous m'aider dans cette entreprise en répondant à cette enquête :
<http://www.sondageonline.com/live.php?code=947e596> ?

Vous trouverez en pièce jointe une lettre avec de plus amples informations sur la thèse que je prépare.

Je vous remercie du temps que vous voudrez bien me consacrer.

Audrey CORNILLEAU

Annexe 2 : Lettre explicative en pièce jointe

Chèr(e) confrère,

Je suis interne en médecine générale et je prépare actuellement ma thèse sur l'évolution des pratiques des médecins généralistes vis à vis des violences conjugales.

Les violences conjugales, qu'elles soient physiques ou psychologiques sont un problème de santé publique majeur. En effet, les violences conjugales représentent plus du quart des violences enregistrées par la police. Ces violences peuvent avoir des conséquences très lourdes, ainsi, en 2007, une étude estime qu'une femme meurt tous les 2,5 jours des suites de violences conjugales.

Les médecins généralistes sont au premier plan de la prévention contre ces violences. Ils doivent être en effet un interlocuteur privilégié des femmes concernant les violences subies au sein du couple, tant par leur accessibilité (médecin de premier recours) que par la confiance dont leur témoignent leurs patientes.

En 2000, le docteur Cécile MORVANT soutenait sa thèse de médecine générale : le médecin face aux violences conjugales : analyse effectuée auprès de médecins généralistes. Dans son travail, elle met en évidence les difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge des femmes battues : refus d'en parler, difficultés à cibler les femmes à risque, défaut d'informations...

En 10 ans, on note une augmentation des déclarations des violences conjugales mais aussi une augmentation des moyens mis en œuvre pour lutter contre ces violences. Qu'en est il des pratiques des généralistes ?

L'enquête à laquelle je vous invite à participer reprend le questionnaire utilisé par le Dr MORVANT en 2000. Ce questionnaire, me permettra de faire le point sur les pratiques des généralistes et les difficultés rencontrées en 2011 et de les comparer avec les résultats obtenus en 2000.

Cette étude, réalisée sur 1500 généralistes d'Ile-de-France, sera bien sur complètement anonyme. Les résultats de mon enquête vous seront communiqués dès que possible sur simple demande par mail.

Je vous remercie d'accorder à ce questionnaire quelques minutes de votre temps (je sais combien il est précieux). Vous trouverez le questionnaire sur : <http://www.sondageonline.com/live.php?code=947e596> (lien contenu dans le mail que je vous ai envoyé).

Je me tiens à votre disposition si vous aviez des questions concernant mon projet. Mon adresse mail est : These-violences.conjugales@sfr.fr

Audrey CORNILLEAU

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire : Violences conjugales

Thèse de Audrey CORNILLEAU
Directeur de thèse : Gilles LAZIMI



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Qui êtes vous ?

1. Vous êtes ?

Un homme

Une femme

2. Quel est votre âge ?

3. Depuis quand exercez-vous ?

4. Où exercez vous principalement (localité ou arrondissement parisien)?

5. Vous travaillez en secteur ?

1

2

6. Avez vous un mode d'exercice particulier ? Lequel ?

7. Êtes vous enseignant dans une des facultés d'Île de France ?

oui

non



Question 1/14

8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu parmi vos patientes des femmes adultes (18 ans ou plus), battues, violées, ou victimes d'autres types de violences de la part de leur conjoint, partenaire ou ancien partenaire ?

Oui

Non (répondre uniquement aux questions 12 à 14)



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Question 2/14

9. Au total, combien de femmes différentes ayant subi des violences par leur conjoint ou partenaire, avez vous eu en consultation à une ou plusieurs reprises le mois dernier ?

10. Les 12 derniers mois ?

11. Depuis que vous exercez ?



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Question 3/14

Choisissez les 5 dernières patientes que vous avez vues et dont vous savez ou soupçonnez fortement qu'elles sont victimes de violences de la part de leur conjoint. Nous les appelleront Madame A, B, C, D et E. Si vous n'en avez pas vu 5, remplissez pour les 4, 3, 2 ou 1 que vous avez vues.

Depuis combien de temps suivez-vous ces 5 patientes en consultation (toutes raisons confondues) ?

12. Madame A

13. Madame B

14. Madame C

15. Madame D

16. Madame E



Question 4/14

17. Savez-vous qu'il y a eu violence, parce que ?

	Il s'agit d'un soupçon de votre part	Ces femmes vous l'ont dit spontanément	Vous avez abordé vous même le sujet	Vous le savez par une tierce personne
Madame A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Question 5/14

Quel était le motif de consultation de votre patiente quand vous avez parlé avec elle pour la première fois de la violence qu'elle subit ?

18. Madame A

Plusieurs réponses sont possibles.

- Rédaction d'un certificat médical
- Traumatologie
- Troubles psychologiques
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac)
- Troubles psycho-somatiques
- Affection génitale
- Suivi de grossesse
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/ aide dans les procédures administratives ou judiciaires
- Autre motif de consultation

19. Madame B

Plusieurs réponses sont possibles.

- Rédaction d'un certificat médical
- Traumatologie
- Troubles psychologiques
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac)
- Troubles psycho-somatiques
- Affection génitale
- Suivi de grossesse
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/ aide dans les procédures administratives ou judiciaires
- Autre motif de consultation

20. Madame C

Plusieurs réponses sont possibles.

- Rédaction d'un certificat médical
- Traumatologie
- Troubles psychologiques
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac)
- Troubles psycho-somatiques
- Affection génitale
- Suivi de grossesse
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/ aide dans les procédures administratives ou judiciaires
- Autre motif de consultation

21. Madame D

Plusieurs réponses sont possibles.

- Rédaction d'un certificat médical
- Traumatologie
- Troubles psychologiques
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac)
- Troubles psycho-somatiques
- Affection génitale
- Suivi de grossesse
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/ aide dans les procédures administratives ou judiciaires
- Autre motif de consultation

22. Madame E

Plusieurs réponses sont possibles.

- Rédaction d'un certificat médical
- Traumatologie
- Troubles psychologiques
- Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique
- Toxicomanie (drogue, alcool, tabac)
- Troubles psycho-somatiques
- Affection génitale
- Suivi de grossesse
- Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant
- Recherche d'informations sur les violences conjugales/coordonnées d'associations spécialisées/ aide dans les procédures administratives ou judiciaires
- Autre motif de consultation

23. Si "autre motif de consultation", lequel ?



Question 6/14

Précisez pour ces 5 dernières patientes s'il s agit de violences :

- verbales (insultes, chantage, menaces)
- psychologiques (comportement ou propos méprisants dénigrant les opinions, les valeurs, les actions de la femme)
- physiques
- sexuelles
- économiques (privation de moyens ou de biens essentiels, contrôle).

24. Madame A

Plusieurs réponses sont possibles.

 Verbales Psychologiques Physiques Sexuelles Economiques Ne sait pas

25. Madame B

Plusieurs réponses sont possibles.

 Verbales Psychologiques Physiques Sexuelles Economiques Ne sait pas

26. Madame C

Plusieurs réponses sont possibles.

 Verbales Psychologiques Physiques Sexuelles Economiques Ne sait pas

27. Madame D

Plusieurs réponses sont possibles.

 Verbales Psychologiques Physiques Sexuelles Economiques Ne sait pas

28. Madame E

Plusieurs réponses sont possibles.

 Verbales Psychologiques Physiques Sexuelles Economiques Ne sait pas

Question 7/14

A votre connaissance, quels types d'aide reçoivent vos patientes qui subissent des violences ?

29. Madame A

	Oui	Non	Ne sait pas
Réseau familial et amical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres travailleurs médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associations spécialisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailleurs sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Police, gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Madame B

	Oui	Non	Ne sait pas
Réseau familial et amical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres travailleurs médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associations spécialisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailleurs sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Police, gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Madame C

	Oui	Non	Ne sait pas
Réseau familial et amical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres travailleurs médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associations spécialisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailleurs sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Police, gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Madame D

	Oui	Non	Ne sait pas
Réseau familial et amical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres travailleurs médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associations spécialisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailleurs sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Police, gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Madame E

	Oui	Non	Ne sait pas
Réseau familial et amical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres travailleurs médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associations spécialisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailleurs sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Police, gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Question 8/14

34. Dans le cadre du suivi de ces 5 patientes violentées, avez vous été en contact avec toute autre personne qui l'aide (famille, travailleur social, police, autre travailleur médical...)?

	Oui	Non
Madame A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Question 9/14

Avez vous conseillé à vos patientes de s'adresser à un de ces professionnels ?

35. Madame A

Plusieurs réponses sont possibles.

- Travailleur social
- Autre structure médicale
- Psychologue
- Police/gendarmerie
- Association de soutien
- Aucun

36. Madame B

Plusieurs réponses sont possibles.

- Travailleur social
- Autre structure médicale
- Psychologue
- Police/gendarmerie
- Association de soutien
- Aucun

37. Madame C

Plusieurs réponses sont possibles.

- Travailleur social
- Autre structure médicale
- Psychologue
- Police/gendarmerie
- Association de soutien
- Aucun

38. Madame D

Plusieurs réponses sont possibles.

- Travailleur social
- Autre structure médicale
- Psychologue
- Police/gendarmerie
- Association de soutien
- Aucun

39. Madame E

Plusieurs réponses sont possibles.

- Travailleur social
- Autre structure médicale
- Psychologue
- Police/gendarmerie
- Association de soutien
- Aucun



Question 10/14

40. Avez vous proposé à votre patiente de lui rédiger un certificat médical lors de la découverte de la violence conjugale ?

	Oui	Non
Madame A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Question 11/14

Selon la réponse à la question 10, répondez à la partie correspondante de cette question :

41. Si oui, l'avez vous rédigé ?

	Oui	Non
Madame A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Si non, avez vous décidé d'archiver les données cliniques et examens complémentaires en lien avec la violence que votre patiente présente tout en l'informant que vous les teniez à sa disposition pour rédiger le certificat médical plus tard si nécessaire ?

	Oui	Non
Madame A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madame E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Question 12/14

43. D'après vous, quel suivi médical devez-vous proposer à des patientes victimes de violences (type d'aide, fréquence des consultations, prescriptions, orientation, suivi familial...)?

44. Que permet-il ?



Question 13/14

45. Avez-vous à votre disposition suffisamment d'informations sur la violence conjugale pour vous permettre de bien repérer et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales ?

- oui
- non



Question 14/14

46. A quels problèmes êtes-vous confronté(e) pour le repérage et/ou le suivi des femmes violentées ?

L'absence de symptôme spécifique et de profil typique de la femme violentée

La dissimulation par la femme de la violence qu'elle subit

Le refus de la femme de toute aide

Les relations que vous avez avec votre patiente

Le fait de connaître et de suivre aussi son mari

Le manque de formation pour la rédaction des certificats médicaux

Un sentiment d'impuissance

Votre manque de temps et de disponibilité

Votre méconnaissance de ce qu'est la violence conjugale



Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Questionnaire : Violences conjugales

Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire.

Auteur de ce sondage : Audrey CORNILLEAU, Audrey1649@aol.com

Annexe 4 : Résumé de la thèse du Dr Cécile MORVANT

RÉSUMÉ :

La violence conjugale ou violence domestique est un processus au cours duquel un partenaire utilise la force pour perpétuer des relations de domination.

Il s'agit de violences physiques, morales, psychologiques, sexuelles ou économiques qui sont presque toujours le fait de l'homme et s'exercent dans le cadre d'une relation privilégiée.

Ce phénomène concerne une femme sur cinq et a de nombreuses conséquences médicales.

Les médecins ont le rôle de repérer et traiter les victimes, d'organiser leur suivi et leur orientation vers d'autres professionnels.

Une enquête menée auprès de 1000 médecins généralistes d'Ile-de-France (235 réponses) a permis d'évaluer leurs pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes violentées.

- 60 % ont reçu en consultation des patientes violentées, dans 85 % des cas c'est la femme qui signale elle-même la violence.
- Demande de certificat médical, lésions traumatiques, troubles psychologiques et prescriptions de médicaments à visée antalgique ou psychique sont les principaux motifs de consultation amenant patientes et médecins à parler de la violence.
- Les médecins ont peu de contact avec d'autres professionnels intervenants auprès des patientes et orientent celles-ci principalement vers la police et les psychologues.
- Dans 3/4 des cas un certificat médical a été rédigé.
- Les médecins se disent souvent gênés par certains comportements des patientes (dissimulation, ambivalence).
- S'ils n'estiment pas méconnaître le phénomène de la violence conjugale, ils ne se sentent pas suffisamment formés pour la prendre en charge.

Suite à l'enquête, nous avons analysé les différents facteurs entrant en jeu dans le dépistage de la violence conjugale puis abordé les principaux aspects de l'intervention médicale (évaluation de la situation, orientation, certificat médical).

Ce travail souligne l'intérêt de sensibiliser et former les médecins afin d'améliorer les réponses apportées aux femmes victimes de violence conjugale.

MOTS-CLÉS : violence conjugale, violence domestique, santé, femmes, maltraitance, troubles psychologiques, lésions traumatiques, certificat médical, médecin généraliste, femmes battues.

DISCIPLINE : médecine

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : Faculté de Médecine Saint-Antoine, 27 Rue Chaligny 75012 PARIS

Annexe 5 : Synthèse des recommandations HAS : certificat médical initial concernant une personne victimes de violences

Certificat médical initial concernant une personne victime de violences

1. Modalités de saisine du médecin, signalement, contenu et remise du certificat médical initial

Octobre 2011

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Messages clés

- _ Toujours répondre à une demande spontanée d'établissement de certificat médical initial ou une réquisition judiciaire.
- _ En cas de réquisition judiciaire, exiger une réquisition écrite et répondre uniquement aux questions posées.
- _ Ne jamais se prononcer sur la réalité des faits, ni affirmer la responsabilité d'un tiers, et ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences ou blessures subies.
- _ Déterminer la durée de l'incapacité totale de travail (ITT) et l'indiquer dans le certificat (si elle ne peut-être déterminée, se limiter à la rédaction du certificat médical descriptif sans préciser la durée de l'ITT, et en cas de réquisition judiciaire, prendre contact avec l'autorité requérante et lui indiquer l'impossibilité de répondre à la question posée).

MODALITÉS DE SAISINE DU MÉDECIN

Demande spontanée de la victime

- _ Tout médecin doit répondre à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical initial attestant des violences volontaires ou des blessures involontaires subies.
- _ Il est recommandé de recueillir auprès de la victime le contexte de la commission des violences volontaires ou des blessures involontaires en faisant preuve d'empathie, mais en s'abstenant de toute interprétation ou supposition rapide, et de se faire préciser les motivations de cette demande, ainsi que la destination du certificat.
- _ Il est recommandé de déterminer la durée de l'ITT et de l'indiquer dans le certificat. En cas d'impossibilité à la déterminer, se limiter à la rédaction du certificat médical descriptif.
- _ Si la victime exerce une activité professionnelle, il est recommandé de lui remettre un certificat avec mention de la durée de l'arrêt de travail consécutif aux blessures occasionnées. Cette durée peut être différente de celle de l'ITT.

Réquisition judiciaire

- _ Dans le cadre de l'examen d'une victime sur réquisition, le médecin doit toujours exiger une réquisition écrite et répondre uniquement aux questions posées. Il est recommandé de conserver l'exemplaire original de la réquisition et une copie du certificat établi.
- _ Le médecin requis en tant que « personne qualifiée » doit préalablement à sa mission prêter serment par écrit « d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience », sauf s'il est inscrit sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale. Il se doit de répondre à toutes les réquisitions. S'il s'estime insuffisamment compétent pour répondre à la mission,

y compris pour déterminer la durée de l'ITT, ou s'il considère avoir un conflit d'intérêts, le médecin requis doit prendre contact avec son requérant pour s'en expliquer et demander à ne pas être saisi ou à être dessaisi.

_ En cas de réquisition à distance de la réalisation des faits, il est recommandé de mentionner uniquement les constatations faites à la date et à l'heure de son examen et les éventuelles allégations de la victime.

_ Le médecin requis doit informer la victime du cadre dans lequel il va être amené à l'examiner.

CONTENU DU CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

_ Le certificat médical initial est rédigé en français, sur papier libre, et de préférence dactylographié. Les constatations faites et certaines sont exprimées au présent de l'indicatif, en évitant les omissions et la surdescription dénaturant les faits, en proscrivant l'emploi du conditionnel et des mots connotés, et en n'interprétant pas les faits. En cas de réquisition judiciaire, ce certificat doit répondre uniquement aux questions posées.

SIGNALEMENT PAR LE MÉDECIN*

_ La rédaction du certificat attestant des lésions physiques ou des troubles psychiques ne se substitue pas au signalement.

_ Le médecin doit être attentif aux facteurs de risque et signes évocateurs de maltraitance. Il est recommandé de fonder son appréciation sur des éléments objectifs et de ne pas faire de supposition.

_ Le signalement au procureur de la République ne peut être réalisé qu'avec l'accord de la victime, sauf s'il s'agit d'un mineur* ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

_ En cas de constatation de violences ou de blessures sur des mineurs ou des personnes vulnérables, le médecin doit agir dans l'intérêt de la victime et peut faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. C'est une dérogation légale au secret professionnel et une obligation déontologique. En cas de « danger avéré », il convient de saisir le procureur de la République. En cas d'« information préoccupante », il faut s'adresser au conseil général, et plus spécifiquement à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP).

* Concernant le mineur, se référer à la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur » Mai 2011.

Informations socioadministratives

_ Nom, prénom, adresse du médecin.

_ Numéro d'inscription à l'ordre des médecins.

_ Nom, prénom, date de naissance de la victime (en cas de doute sur son identité, indiquer l'identité alléguée, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »).

_ Nom, prénom du représentant légal le cas échéant (en cas de doute sur son identité, indiquer l'identité alléguée, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »).

_ Nom, prénom de l'interprète ou de l'assistant de communication le cas échéant (en cas de doute sur son identité, indiquer l'identité alléguée, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »).

Prestation de serment

_ Si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et s'il ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

_ Prestation de serment du médecin par écrit selon la formulation

indiquée dans la réquisition (apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience).

Dires et doléances de la victime

- _ Dires spontanés de la victime (contexte et nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits, etc. sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... »).
- _ Doléances de la victime sans interprétation, ni tri.
- _ En cas de recours à un interprète ou un assistant de communication, indiquer dans le certificat que les propos de la victime ont été traduits par l'interprète ou l'assistant de communication précédemment identifié.

Constatations médicales

- _ Description précise et sans ambiguïté des signes cliniques positifs de toutes les lésions (nature, dimensions, forme, couleur, siège anatomique précis, etc.).
- _ Photographies contributives, datées et identifiées (jointes si accord de la victime) et schémas.
- _ Description des signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux.
- _ Mention de l'association éventuelle de lésions de nature ou d'âge différents.
- _ Description des signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple).
- _ Mention des examens et avis cliniques complémentaires réalisés et leurs résultats (radiographies, données biologiques, par exemple).

Informations complémentaires

- _ Mention « Un certificat complémentaire sera établi après réception des résultats » (lorsque des aides au diagnostic sont prévues et que leurs résultats seront disponibles de manière différée).
- _ Conclusion précisant la durée (en toutes lettres) de l'ITT (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer).
- _ Circonstances de la rédaction du certificat :
 - _ « Certificat établi à la demande de... (nom de la victime ou du représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé) et remis en main propre »,
 - _ « Certificat établi sur réquisition de... (nom et fonction du requérant) ».
- _ Date, heure et lieu de l'examen.
- _ Date, heure et lieu de la rédaction du certificat.
- _ Signature du médecin à la main et cachet d'authentification.

Remarques particulières

- _ Ne jamais se prononcer sur la réalité des faits, ni affirmer la responsabilité d'un tiers, et ne pas se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences ou blessures subies.
- _ Ne pas employer de mots à connotation judiciaire, tels que « harcèlement ». Ils peuvent toutefois être rapportés entre guillemets, en tant que dires de la victime, dans le certificat.

- _ Ne pas préjuger des conséquences différées potentielles sauf si des séquelles consécutives sont évidentes.
- _ Conserver un double du certificat médical initial.
- _ Conserver un double des photographies contributives jointes au certificat.

CONSIDÉRATIONS À PRENDRE EN COMPTE POUR DÉTERMINER L'ITT

- _ L'évaluation de l'ITT s'applique à toutes les fonctions de la personne et ne doit pas dépendre du courage ou de la situation sociale du plaignant avec ou sans activité professionnelle ;
- _ L'incapacité concerne la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime, notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, etc. ;
- _ En cas d'évaluation du retentissement psychologique en termes d'ITT, il est recommandé d'indiquer des durées précises de perturbations des actes de la vie courante ;
- _ L'appréciation globale du retentissement fonctionnel des lésions ou des troubles induits par les violences sur les gestes de la vie quotidienne doit être prise en compte ;
- _ L'ITT concerne également une personne sans activité professionnelle ;
- _ La durée d'hospitalisation ne doit pas être considérée comme un critère d'évaluation de la durée de l'ITT (mais il est utile de l'mentionner si elle a eu lieu).

À QUI REMETTRE LE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL ?

- _ Directement à la victime examinée, ou au représentant légal (si la victime est un mineur ou fait l'objet d'une mesure de protection), dans la mesure où celui-ci n'est pas impliqué dans la commission des faits.
- _ Jamais à un tiers (conjoint, etc.), ni à l'autorité judiciaire sauf si le médecin est requis dans les conditions prévues par la loi.
- _ Sur réquisition judiciaire, au service requérant (qui a rédigé la réquisition) et aux services enquêteurs si la réquisition le prévoit. Une copie peut être remise à la victime après avoir sollicité l'autorisation de l'autorité requérante.

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique :
 « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences »
 Recommandations pour la pratique clinique – Octobre 2011
 Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr
 © Haute Autorité de Santé - SDIP octobre 2011

Annexe 6 : Plan violence

3^{ème} plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 **« PROTECTION, PREVENTION, SOLIDARITE »**

Contexte

La politique de lutte contre les violences faites aux femmes est récente et ambitieuse. Deux plans d'action triennaux en 2005 et 2008 ont permis d'améliorer notre connaissance du phénomène, d'accompagner les

femmes victimes et leurs enfants dans leurs démarches d'accès au logement et d'autonomie financière et de

former les professionnels concernés.

Un dispositif juridique de protection des victimes a été particulièrement renforcé. La loi du 4 avril 2006 introduit la notion de respect dans les obligations du mariage, renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la

délinquance prévoit l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple ou à l'encontre des mineurs. Enfin la loi du 9 juillet 2010, adoptée à l'unanimité par

les députés et les sénateurs, permet l'éviction du domicile du conjoint violent.

Six ans d'engagement gouvernemental ont contribué à lever le tabou des violences intrafamiliales et à augmenter le nombre de violences déclarées : En 2009, 650 000 femmes de 18 à 75 ans ont signalé avoir été

victimes de violences sexuelles hors et dans le ménage, 140 femmes ont perdu la vie sous les coups de leur compagnon ou leur ex-compagnon (contre 157 en 2008 et 170 en 2005). Le coût global des violences conjugales

est estimé à **2,5 milliards d'euros**¹ (Mds€).

Présentation des mesures 2011-2013

Le nouveau plan triennal 2011-2013 de lutte contre les violences faites aux femmes, piloté par le ministère des

solidarités et de la cohésion sociale, témoigne que la lutte contre les violences faites aux femmes reste une préoccupation majeure du Gouvernement.

Il engage au total 31,6 M d'€ d'argent public, contre 24,2 M d'€ lors du plan précédent, soit **30% d'augmentation**. Les principaux ministères mobilisés sont le ministère des solidarités et de la cohésion sociale, à

hauteur de 11,3 M€ ; le ministère de l'Intérieur et le ministère de la ville, via notamment le fonds interministériel

de prévention de la délinquance, à hauteur de 10 M€ ; le ministère de la justice, à hauteur de 6,4 M€ ; le ministère

du logement, à hauteur de 2,7 M€ ; le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, à hauteur de 1 M€.

Il est porteur d'une double ambition : maintenir une vigilance collective soutenue et aborder des questions nouvelles. Il prend à nouveau en compte les violences intrafamiliales, les mariages forcés, la polygamie et les

mutilations sexuelles et dénonce, pour la première fois, les violences sexistes et sexuelles au travail, les viols et les

agressions sexuelles et le recours à la prostitution.

Il se fixe trois priorités : **Protection, prévention et solidarité**.

PROTECTION : Protéger les victimes directes et indirectes

La prise en charge des femmes victimes de violence et de leurs enfants se fait souvent dans des conditions d'urgence. Un dispositif sécurisant, adapté à chaque histoire et coordonné entre les acteurs sera mis en place dans

chaque département. Il comporte trois volets.

- **L'accueil de jour** est un lieu d'écoute et de conseils. Il a vocation à préparer ou éviter le départ du domicile

des femmes et le cas échéant de leurs enfants, de prévenir les situations d'urgence en termes de relogement et

- Le coût global des violences conjugales est composé des: coûts directs médicaux, correspondant aux soins de santé :

483 millions d'euros (Ms€) ; coûts directs non médicaux de recours aux services de police et de justice : 235 Ms€ ;

coûts des conséquences sociales et notamment des recours aux aides sociales : 120 Ms€ ; coûts humains des viols et des

préjudices graves : 535 Mds€ ; coûts des pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme :

1,099 Mds€ (44 % du coût global). Source : Programme UE Daphné 2006 « Estimation du coût des violences conjugales en Europe » - Juin 2009. www.psytel.eu

de recherche d'emploi. Il met également à disposition des femmes des services pratiques (boîte aux lettres, douche, laverie et bagagerie) et des consultations de spécialistes. Un accueil labélisé sera financé dans chaque

département à l'horizon 2013.

Un accueil labélisé sera financé dans chaque département à l'horizon 2013, grâce à l'engagement budgétaire du ministère des

solidarités et de la cohésion sociale et des ministères du Logement, du Travail et de la Santé, pour un coût total de 8,2 M d'€.

- **Les « référents violences »** sont les garants de l'efficacité et de la cohérence des politiques menées. Ils assurent au niveau départemental l'indispensable mission de coordination des acteurs nationaux, territoriaux et associatifs.

Présent dans 34 départements, le dispositif sera généralisé à l'ensemble du territoire pour un coût total de 4,5 M d'€.

- La mise à disposition de **lieux de visite familiale** entre les enfants mineurs et le parent auteur de violences,

étendu à tous les départements permettant de prévenir les actes de violences qui surviennent à l'occasion de

l'exercice d'un droit de visite ou d'un droit de garde. Ces lieux de visite permettent de garantir le lien entre l'enfant et le parent tout en sécurisant le parent victime.

Ils seront disponibles dans les neuf départements qui n'en disposent pas encore, à l'initiative du Ministère de la Justice, pour un

coût de 6,3M d'€.

PREVENTION : Repérer les violences et éviter la récurrence

Un programme d'études et de formations permettra d'oeuvrer à un meilleur repérage et à une meilleure prévention des situations de violences, pour un coût total de 1,4 M d'€.

- Plusieurs **études sont programmées** pour quantifier les phénomènes de violences et **évaluer l'efficacité**

de nos politiques publiques. Elles porteront sur tous les champs du plan : motifs et circonstances des décès

liés aux violences au sein du couple, violences au travail, mutilations sexuelles, mariages forcés, polygamie ou

encore sur les nouvelles formes de prostitution.

- La problématique des violences sera intégrée aux **formations initiale et continue des professionnels**.
Des

modules spécifiques seront développés selon le type de violence et le public visé auprès des **magistrats, policiers et gendarmes, travailleurs sociaux et professionnels de santé**.

- Les **personnels des ambassades et des consulats** seront associés plus étroitement à la politique de lutte

contre les mariages forcés et les mutilations sexuelles féminines engagée par les pouvoirs publics.

- Une information particulière en direction des **personnels de l'état civil** rappellera les éléments de définition, l'état du droit, la conduite à tenir et les ressources à leur disposition en cas de suspicion de mariage forcé.

SOLIDARITE : Responsabiliser l'ensemble de la société

Les violences faites aux femmes ne concernent pas seulement les victimes. Elles sont affaire de solidarité, de

cohésion sociale et relèvent de la responsabilité citoyenne des personnes témoins. Des outils d'informations et de

sensibilisation seront diffusés en ce sens, pour un coût total de 2 M d'€.

- **Trois campagnes d'information** seront destinées au grand public. La 1^{ère}, en 2011, concernera les viols et

les agressions sexuelles rappelant notamment l'existence du numéro « SOS Viols Informations »

0800.05.95.95. La 2^{ème} portera, en 2012, sur les violences sexistes et sexuelles au travail, comme source de discrimination professionnelle et d'atteinte aux droits. La 3^{ème} campagne montrera comment le client, par sa

demande, alimente les réseaux de prostitution et participe à la traite des êtres humains.

- La **prévention et la sensibilisation en direction des jeunes** seront amplifiées en milieu scolaire. A cet effet, l'inscription de cette thématique sera notamment rendue obligatoire dans les projets d'établissement. Des outils dématérialisés seront conçus pour assister le corps enseignant.

- Une attention sera portée aux **femmes et jeunes filles primo arrivantes** pour les informer de leurs droits

et du caractère répréhensible de certaines pratiques telles que les mutilations sexuelles, la polygamie et les mariages forcés.

² Yonne, Hautes Alpes, Cantal, Dordogne et Marne, ainsi que Guyane, Mayotte, Nouméa et Papeete

Annexe 7 : Coordonnées d'associations en Ile-de-France

AAAFD (FNSF) - Courcouronnes

91080 Courcouronnes
01 60 78 45 66
solidarite-femmes91@wanadoo.fr

AFEF (Association Fatoumata pour l'émancipation des femmes)

27, rue du Château Landon
75020 PARIS
<http://afef.free.fr/>

Association de lutte contre les violences (ALCV)

11, rue Taine
75012 PARIS
<http://www.avft.org/>

Association européenne contre les violences faites aux femmes dans le travail (AVFT)

51, boulevard Blanqui
75013 PARIS
<http://www.avft.org/>

Cams Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles

6, place St Germain des Près
75006 PARIS
Téléphone : 01.45.49.04.00

Centre Flora Tristan

92320 CHATILLON
Téléphone : 01 47 36 96 48
floratristan2@wanadoo.fr

Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF)

7, rue du Jura
75013 PARIS
01 42 17 12 00
cnidff@cnidff.fr

CIDFF DE L'ESSONNE

17, cours Blaise Pascal
91000 EVRY
Téléphone : 01 60 79 42 26
cidfessonne@orange.fr

CIDFF DE LA SEINE ET MARNE

2bis, rue du Parc
77185 LOGNES
Téléphone : 01 60 05 84 79
cidff77@wanadoo.fr

CIDFF DE LA SEINE SAINT DENIS

1, rue Pierre Curie
93120 LA COURNEUVE
Téléphone : 01 48 36 99 02
cidf93@wanadoo.fr

CIDFF DE PARIS

17, rue Jean Poulmarch
75010 PARIS
Téléphone : 01 44 52 19 20
femmesinfo@cidffdeparis.fr

CIDFF DES HAUTS DE SEINE-BOULOGNE BILLANCOURT

3, rue des 4 Cheminées
92514 BOULOGNE BILLANCOURT
Téléphone : 01 41 31 08 74
info@cidff92bb.fr

CIDFF DES HAUTS DE SEINE-CLAMART

55, avenue Jean Jaurès
92140 CLAMART
Téléphone : 01 46 44 71 77
ciff@worldonline.fr

CIDFF DES HAUTS DE SEINE-NANTERRE

Préfecture des Hauts-de-Seine
177, avenue Joliot Curie
92000 NANTERRE
Téléphone : 01 40 97 22 92 ou 94
cidff92nanterre@orange.fr

CIDFF DES HAUTS DE SEINE-NEUILLY SUR SEINE

Maison des Associations
2 bis, rue du Château
92200 NEUILLY/SEINE
Téléphone : 01 55 62 62 56 ou 55
cidf.92neuilly@free.fr

CIDFF DES YVELINES

29, place des Fleurs - BP 1132
78301 POISSY
Téléphone : 01 30 74 21 01
cidff78@club_internet.fr

CIDFF DU VAL D'OISE

1, place des arts
B.P. 50122
95022 CERGY
Téléphone : 01 34 41 42 93
cidff95@orange.fr

CIDFF DU VAL-DE-MARNE

Préfecture du Val-de-Marne
94000 CRETEIL
Téléphone : 01 49 56 60 94
ciff94@wanadoo.fr

Collectif féministe contre le viol

9, villa d'Este
75013 PARIS
Téléphone : 0800 05 95 95
<http://www.cfcv.asso.fr/>

CSMEE (FNSF)

75017 PARIS
Téléphone : 01 42 67 24 40
csmee@free.fr

Du Côté des Femmes (FNSF)

95800 CERGY
Téléphone : 01 30 73 51 52
cfemmes@ducotedesfemmes.asso.fr

Elele (Migrations et cultures de Turquie)

8, rue Martel
75010 PARIS
Téléphone : 01.43.57.76.28
<http://www.elele.info/>

Elle's Imagine'nt (FNSF)

75015 Paris
06 61 89 47 90
ellesimagent@gmail.com

Espace Solidarité

75000 PARIS
Téléphone : 01 43 48 18 66

F.I.T (une femme un toit) (FNSF)

75003 Paris
01 44 54 87 90
afit003@wanadoo.fr

Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS)

76, rue du Faubourg St Denis
75010 PARIS
<http://www.fnars.org/>

Fédération nationale solidarité femmes (FNSF)

32-34, rue des Envierges
75020 PARIS
Téléphone : 39 19
<http://www.solidaritefemmes.fr/>

Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

66, rue des Grands Champs
75020 PARIS
<http://pagesperso-orange.fr/~assoc...>

Halte aux femmes battues (FNSF)

75015 Paris
01 43 48 18 66
direction@hafb-asso.com

L'Escale (FNSF)

92230 GENNEVILLIERS
Téléphone : 01 47 91 48 44
skle@wanadoo.fr

Le Mouvement Ni Putes Ni Soumises

70 rue Rigoles
75020 PARIS
Téléphone : 01 53 46 63 00

Le Relais de Sénart (FNSF)

77240 VERT SAINT DENIS
Téléphone : 01 64 89 76 40
antenne.senart@lerelais77.fr

Libres Terres des femmes (FNSF)

75019 Paris
06 26 66 95 70
libresterresdesfemmes@hotmail.fr

Mouvement français pour le planning familial (MFPP)

4, square St Irénée
75011 PARIS
<http://www.planning-familial.org/>

Paroles de Femmes (FNSF) Massy

91300 Massy
01 69 20 30 50
parolesdefemmes@club-internet.fr

SOS Femmes (FNSF) Meaux

77100 Meaux
01 60 09 27 99
contact@sos-femmes.com

Mille-et-une Femmes (FNSF)

78700 CONFLANS SAINTE
HONORINE
Téléphone : 06 50 33 13 87
sylvie.brodziak@gmail.com

Mouvement du nid

8 bis, rue Dagobert - BP 63
92110 CLICHY
<http://www.mouvementdunid.org/>

SOS Femmes 93 (FNSF)

93140 BONDY
Téléphone : 01 48 48 10 48
sosfemmes93@free.fr

SOS Femmes Alternatives (FNSF)

75019 Paris
01 47 36 96 48
sوسفemalt@ras.eu.org

Tremplin 94 (FNSF)

94700 MAISONS ALFORT
Téléphone : 01 49 77 52 12
tremplin94@wanadoo.fr



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

METTONS FIN AU CYCLE DE LA VIOLENCE

VIOLENCES FEMMES INFO
**APPELEZ LE
3919**
UN NUMÉRO POUR VOUS SOUTIENNENT
TOUTES LES FEMMES
VICTIMES DE LA VIOLENCE

Ce qu'il faut savoir

Votre situation

A qui s'adresser ?

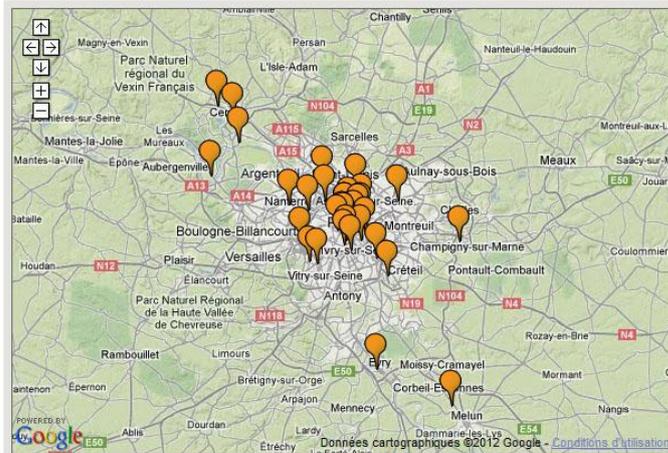
- Les numéros d'urgence
- Les associations de soutien aux femmes victimes
- Les associations près de chez vous**

Quels recours ?

L'État contre les violences

Témoignages

Accueil > Ce qu'il faut savoir > A qui s'adresser ? > Les associations près de chez vous > Ile de France





SOS Viols Femmes Informations 0 800 05 95 95

ACCUEIL | VIOLS FEMMES INFORMATIONS | COMMUNIQUÉS | LES DOSSIERS | BIBLIOTHÈQUE

Le Collectif

- ▶ Présentation
- ▶ Nos objectifs
- ▶ Nos activités
- ▶ Soutenez le C.F.C.V.
- ▶ **Contactez-nous**
- ▶ Faire un lien

Vous avez été victime

Soutenez le CFCV



▶ Contactez-nous

« VIOLS-FEMMES-INFORMATIONS »

0 800 05 95 95 *

du lundi au vendredi, de 10h à 19h.

() Appel gratuit depuis un poste fixe (y compris d'une cabine, même sans carte). Ce N° vert national est joignable depuis les DOM ou les TOM, dans les mêmes conditions de gratuité (heures de Paris).*

▣ Pour écrire au siège administratif de l'association :

Siège du CFCV
9 villa d'Este
75013 Paris
ou par télécopie : 01.45.83.63.40

COLLECTIF FÉMINISTE
CONTRE LE VIOL

Annexe 8 : Campagnes contre les violences conjugales

Images extraites d'une vidéo contre les violences conjugales.



LES ENFANTS APPRENNENT BEAUCOUP DE LEURS PARENTS Y COMPRIS LES VIOLENCES CONJUGALES

Victimes, témoins, réagissez en appelant le 3919 (appel gratuit) www.stop-violence-femmes.gov.fr

Logo: SINEP

Violences conjugales Parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire.

APPELEZ LE 3919

EN FRANCE, TOUTES LES 100000 FEMMES DÉTENUES SOUS LES COUPS DE SON MARI OU DE SON COMPAGNON, QU'ELLES SOIENT ASSÉTES OU TÉMOINS DE VIOLENCES CONJUGALES, APPELEZ LE 3919, VOUS ENRÉGISTREZ ET PARTICIPEZ AUX LES DÉMARCHES À SUIVRE.

Pitié, vous rêvez sûrement d'un prince charmant, pas d'un homme qui vous frappe le soir en rentrant.

Ne laissez pas la violence s'installer. Réagissez. Psychologique, verbale ou physique, la violence isole. Parlez-en.

stop-violence-femmes.gov.fr Appelez le 3919

Logo: République Française

En France, **une femme meurt tous les trois jours** sous les coups de son mari ou compagnon. Parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire.

APPELEZ LE 3919

Ministère de l'Égalité des Territoires et du Développement Local

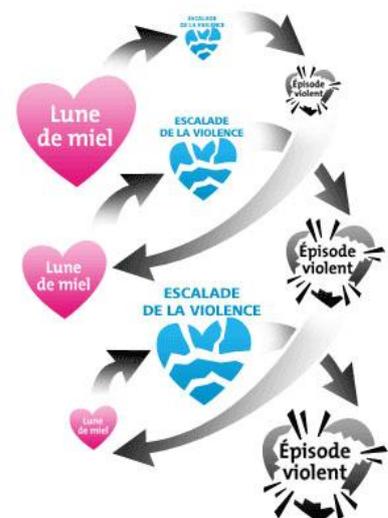
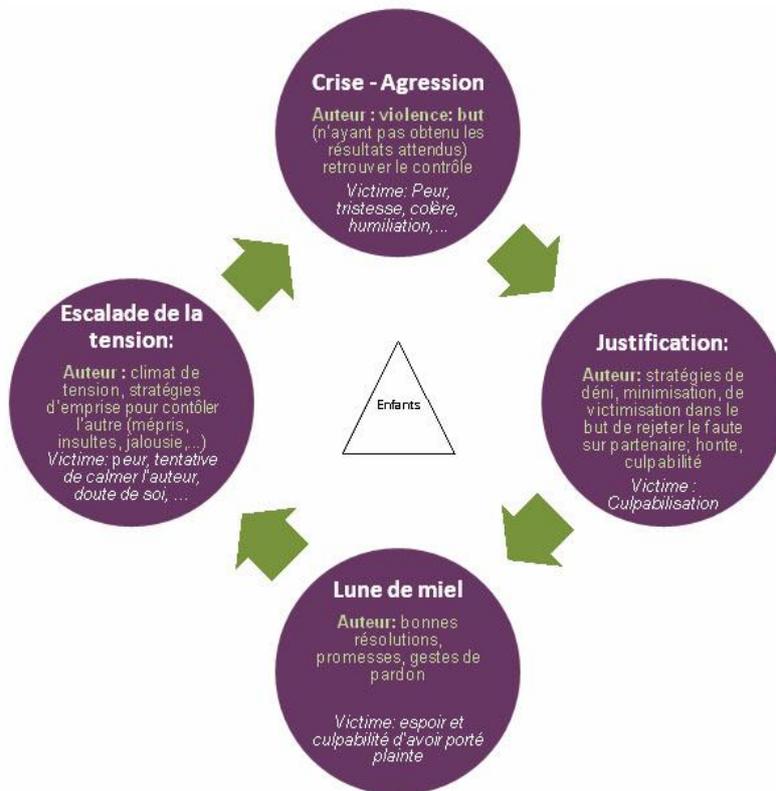
VIOLENCES CONJUGALES, SE TAIRE C'EST PARTICIPER.

3919

Logo: République Française



Annexe 9 : Spirale des violences



Annexe 10 : Roue de l'égalité

5

ROUE DE L'ÉGALITÉ

*L'égalité est tout le contraire
du pouvoir et du contrôle*

Ce modèle a également été élaboré par le Domestic Abuse Intervention Project et décrit une relation saine fondée sur l'égalité.



©Centre for Children and Families in the Justice System 2004

Annexe 11 : Remerciements

Je remercie :

- Mon directeur de thèse le Dr Lazimi grâce à qui ce travail a vu jour.
- Les membres de mon jury : le Pr Cabane, le Pr Sakr et le Pr Cornet.
- Le Dr Morvant qui m'a permis d'utiliser son travail.
- Le service de médecine légale d'Evry et son chef de service le Dr Werson.
- Le service de médecine légale de l'Hôtel Dieu et sa responsable de service le Dr Rey-Salmon.
- Medadom 94 pour leur accueil.
- Le Dr Lejault et le Dr Nourrisson pour m'avoir fait aimer la médecine générale.
- Le Dr Bécour pour son aide.
- Mes parents, mes grands-parents, ma sœur et son fiancé ainsi que le reste de ma famille.
- Mes amis (Michèle, Guillaume, Marion, Laura, FX, Roxane et les autres, ils se reconnaîtront).
- Tous mes collègues qui m'ont aidée ne serait-ce qu'en m'écoutant quand j'en avais besoin.

Annexe 12 : Résumé

Résumé :

Les violences conjugales sont un problème de santé publique majeur. Une femme sur quatre sera victime dans sa vie de violences conjugales physiques, psychologiques, verbales, sexuelles, ou économiques. Le médecin est un intervenant dont le rôle est primordial dans le repérage, la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violences conjugales.

Comment les pratiques des médecins généralistes face aux violences conjugales ont-elles évolué en dix ans ?

En 2000, le Dr Cécile Morvant a étudié les pratiques de 235 généralistes face aux violences conjugales. Le même questionnaire a été envoyé à des généralistes d'Ile-de-France en 2011 et les réponses de 227 médecins ont pu être analysées.

La comparaison de ces résultats montre une évolution des pratiques en dix ans :

- Les violences conjugales sont mieux repérées.
- Les généralistes ont plus souvent abordé la question avec leurs patientes.
- Les médecins travaillent de façon plus systématique en réseau et en particulier avec des associations spécialisées.
- La rédaction du certificat descriptif est presque systématique.
- La question des violences conjugales n'est toujours pas abordée systématiquement.
- Les violences conjugales et en particulier les violences sexuelles restent insuffisamment repérées.
- Les médecins se jugent insuffisamment formés et informés sur l'accompagnement des femmes victimes de violences.

Les résultats de ce travail sont très encourageants concernant l'évolution des pratiques des médecins généralistes, leur repérage et leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales mais certains points restent à améliorer.

Mots clefs : Violence envers les femmes, Femmes victimes de violence, Médecins généralistes, Violence--prévention, Certificats médicaux, Névroses post-traumatiques, Victimes--protection, assistance.

Discipline : Médecine

UFR : Faculté de Médecine Saint-Antoine, 27 Rue Chaligny 75012 PARIS