Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Fanny FOUCARD
Née le 29 Août 1984 à Orléans

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 2016

TITRE

Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple.

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN
Madame le Docteur Nathalie JAN
Monsieur le Docteur Camille REROLLE

29 septembre 2015

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Professeur Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

GOUDEAU Alain ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe..... Rhumatologie
GRUEL Yves ..... Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILMOT Jean-Louis ..... Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel..... Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier ..... Urologie
HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier ..... Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis..... Radiologie et imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline ..... Médecine interne, gériatrie
MM. HUTEN Noël..... Chirurgie générale
LABARTHE François..... Pédiatrie
LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert..... Chirurgie infantile
LAURE Boris ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LEBRANCHU Yvon ..... Immunologie
LECOMTE Thierry..... Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel..... Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie
LORETTE Gérard..... Dermato-vénéréologie
MACHET Laurent..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne, gériatrie
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri..... Gynécologie-obstétrique
Mme MARUANI Annabel..... Dermatologie-vénéréologie
MM. MEREGHETTI Laurent..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
Mme MOUSSATA Driffa..... Gastro-entérologie
MM. MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry..... Chirurgie infantile
PAGES Jean-Christophe..... Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique..... Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
QUENTIN Roland..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe..... Biologie cellulaire
ROSSET Philippe..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SALIBA Elie..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria..... Biophysique et médecine nucléaire
MM. SIRINELLI Dominique ..... Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre..... Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick..... Génétique
MM. VAILLANT Loïc..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. LEBEAU Jean-Pierre
Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM MALLET Donatien ..... Soins palliatifs
POTIER Alain ..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M. BAKHOS David ..... Physiologie
Mme BERNARD-BRUNET Anne ..... Cardiologie
M. BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire
M. BOISSINOT Éric..... Physiologie
Mme CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M. DESOUBEAUX Guillaume ..... Parasitologie et mycologie
Mmes DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie . Anatomie et cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe ..... Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM. HOARAU Cyrille ..... Immunologie
HOURIOUX Christophe..... Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine..... Anatomie et cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric..... Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent..... Physiologie
Mme SAINT-MARTIN Pauline..... Médecine légale et droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab..... Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
ESNARD Annick ..... Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël ..... Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile..... Sciences du langage - orthophonie
M. PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
Mme RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M. IVANES Fabrice ..... Cardiologie

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M. BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM. CHARBONNEAU Michel ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
GAUDRAY Patrick ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GRANDIN Nathalie ..... Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM. KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme MARTINEAU Joëlle ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM. MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme RIO Pascale ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M. SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire ..... Orthophoniste
MM. GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier
MONDON Karl ..... Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ma thèse.
Je vous remercie du soutien que vous avez su m'apporter ces dernières années.
Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN, ainsi qu'à Messieurs les Professeurs Vincent CAMUS et Emmanuel RUSCH

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury.
J'ai pu, au cours de mon externat, apprécier la qualité de vos enseignements.
Je tiens à vous témoigner toute mon estime.

A Madame le Docteur Nathalie JAN

Nathalie, tu as su me donner ta confiance dans les moments où j'en ai eu fort besoin, c'est en grande partie grâce à toi si je suis là aujourd'hui, je ne l'oublierai jamais.
Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Camille REROLLE

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.
Merci pour m'avoir aiguillée dans ce travail, pour ton esprit pertinent et ta disponibilité.
Il est évident que sans toi cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

A ma famille, pour votre soutien.

A mes amis, pour le réconfort dont vous avez pu faire preuve dans les moments difficiles.

A Vincent, pour ta patience.

Aux belles rencontres que j'ai pu faire au cours de mon internat.

Abréviations :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CMI : Certificat Médical Initial descriptif.

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.

DPC : Développement Professionnel Continu.

ECNi : Epreuves Nationales Classantes informatisées.

FMC : Formation Médicale Continue.

HAS : Haute Autorité de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PEC : Prise en charge.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

UMJ : Unité Médico-Judiciaire.

VC : Violences conjugales.

VS : Violences sexuelles.

WEBS : Women's Experience with Battering Scale.

Table des matières

I- Introduction 2

II- Matériel et méthodes 4

A- Matériel 4

B- Méthodes 4

III- Résultats 6

A- Conditions sociodémographiques 6

B- Les violences conjugales 8

C- Les violences sexuelles au sein du couple 12

IV- Discussion 18

A- Critique des résultats 18

1- *Conditions sociodémographiques* 18

2- *Connaissance des médecins sur les violences conjugales et les violences sexuelles au sein du couple* 19

B- Perspectives 22

1- *Asymétrie entre le dépistage des VC et des VS au sein du couple* 22

2- *Formation des médecins de premier recours* 22

3- *Dépistage systématique ou dépistage ciblé* 23

V- Conclusion 26

VI- Bibliographie 27

VII- Annexe 37

I- Introduction

La prise en charge (PEC) globale d'un patient en médecine générale, basée sur le modèle bio-psycho-social, a été depuis la création des filières universitaires de médecine générale, une priorité d'enseignement (1). En effet, le médecin de premier recours est amené à recevoir des patients avec des demandes variées pouvant dépasser le cadre strictement somatique. La modification des paradigmes d'enseignement de la médecine générale a servi cet objectif : répondre à cette diversité des situations rencontrées. L'apprentissage par compétences a été l'outil d'enseignement élaboré pour répondre à cette problématique. Le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) a synthétisé à partir du référentiel-métier détaillé du médecin généraliste les six compétences génériques suivantes (2) :

- professionnalisme ;
- premier recours, incertitudes, urgences ;
- continuité/suivi, coordination des soins autour du patient ;
- éducation/prévention/dépistage, santé individuelle, communautaire;
- PEC globale/complexité ;
- relation/communication, approche centrée sur le patient.

Parmi la multitude des situations rencontrées par le médecin généraliste, certaines peuvent faire appel à l'ensemble de ces six compétences, telles que la PEC de victimes de violence. Le médecin de premier recours est l'interlocuteur privilégié des patients victimes de violence du fait de la relation singulière liée à l'approche centrée sur le patient (3). Il pourrait être le coordonnateur des soins pour optimiser la PEC globale multidisciplinaire des victimes de violence. Les violences conjugales (VC) représentent une part importante des situations de violence dans la société (4). Le plus souvent, l'auteur des violences est de sexe masculin et est soit le conjoint (ou l'ex-conjoint), soit le concubin (ou l'ex-concubin). La victime est le plus souvent de sexe féminin (5,6).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne définit pas précisément les VC, mais propose une définition des violences faites aux femmes : « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie*

privée » (7). Cette définition donne implicitement celle des VC car celles-ci font partie des violences faites aux femmes. Celle-ci est rappelée dans le rapport Henrion (8). Il s'agit d'un rapport d'experts remis au ministre de la santé faisant suite aux états généraux de la santé de 2001 et portant sur les femmes victimes de violence conjugale. Les VC ont toujours pris différentes formes : physiques, verbales et psychologiques, économiques et sexuelles (3). Ces dernières, les violences sexuelles (VS), sont les plus graves sur le plan judiciaire (9). Du fait de cette particulière gravité, la PEC de ces VS est primordiale pour les victimes.

Dans les années 2000, une femme française sur dix a déclaré avoir subi des VC quel que soit le type (10). Cette prévalence est stable dans le temps (11). De par leur fréquence et leurs conséquences, elles ont été un enjeu de santé publique majeur. Depuis le 24 novembre 2004, les différents ministères en charge du droit des femmes (actuellement le ministère des familles, de l'enfance et du droit des femmes) ont mis en place des plans de lutte contre les violences faites aux femmes (12–15). Ces plans se sont consacrés particulièrement aux VC et ont attesté d'une volonté d'organiser une politique de santé publique autour de ce thème. Le rapport Henrion reconnaît le rôle du médecin de premier recours dans cette politique : « *Ce dernier a un rôle clé dans le dépistage des violences, le recueil de l'histoire et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt d'une plainte* » (8). Dans la littérature de médecine générale, il existe un nombre important de travaux portant sur les VC, mais peu concernent les VS au sein du couple (16–35). Ces données de la littérature montrent que les médecins ont conscience que les violences faites aux femmes au sein du couple sont une problématique de santé publique. Cela contraste avec les difficultés qu'ont les médecins de premier recours à repérer ces femmes.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le dépistage des VC et celui des VS au sein du couple effectués en soins primaires. Nous avons ensuite discuté des différences et des points communs existants entre le dépistage des VC et celui des VS au sein du couple.

II- Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive prospective dont le recueil de données a été effectué à l'aide d'un questionnaire manuscrit rempli par des médecins.

A- Matériel

Des questionnaires étaient remis aux médecins participant aux 53èmes Journées de Formation Médicale Continue (FMC) de la Faculté de Médecine de Tours qui se sont déroulées du 14 au 17 septembre 2015 (36). Cette population se composait de 266 médecins : 108 médecins généralistes libéraux, 56 médecins salariés, 9 retraités, 74 internes en médecine générale, 19 médecins du Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Les participants inscrits n'étaient pas dans l'obligation d'assister à l'ensemble des quatre journées de formation. De ce fait, les questionnaires étaient distribués au début de chaque demi-journée et récupérés à la fin de chacune. La distribution du questionnaire s'accompagnait d'une brève présentation orale du travail de recherche. Seuls ont été inclus les praticiens de médecine de premier recours qu'ils soient docteurs en médecine ou internes en médecine générale non thèsés. Ont été exclus les médecins hospitaliers, salariés et les retraités.

B- Méthodes

Le questionnaire d'enquête épidémiologique a été mis au point grâce aux recommandations d'aide à la rédaction de questionnaires d'enquête (37). Il n'excédait pas une feuille A4 recto-verso et était composé d'une brève présentation de la problématique suivie de 14 questions. Nous avons réalisé une bibliographie sur le thème des VC et des VS (16–35). Cette bibliographie portait plus précisément sur le dépistage, l'épidémiologie et les connaissances des médecins généralistes concernant ces types de violence. Les travaux académiques et universitaires ainsi retrouvés ont permis de cibler les points à aborder dans ce questionnaire ainsi que la terminologie utilisée par les médecins de premier recours. Nous avons réalisé dans un premier temps un échantillon test (10 internes en médecine générale) afin de vérifier la pertinence et la durée de remplissage du questionnaire. La durée pour le remplir était inférieure à 2 minutes. Les questions étaient séparées en trois catégories (questionnaire en annexe):

- Une première partie concernait le recueil des données sociodémographiques des médecins répondeurs avec d'une part des questions générales (sexe, âge, type d'exercice, durée d'exercice, département d'exercice), et d'autre part des questions plus spécifiques (recherche de formation(s) antérieure(s) sur les VC et les VS, recherche de la pratique d'une activité de gynécologie-obstétrique).
- La seconde partie concernait les VC en général (connaissances sur le sujet, dépistage, PEC).
- Puis une troisième et dernière partie reprenait les questions de la deuxième mais concernait spécifiquement les VS au sein du couple.

Enfin, nous avons laissé un cadre qui permettait aux médecins d'ajouter des commentaires libres en fin du questionnaire. Une fois la totalité des questionnaires récupérés à la fin des quatre jours de formation, nous avons résumé l'ensemble des données dans un tableur Excel®. Des statistiques descriptives ont été réalisées à partir de ces données.

III- Résultats

A- Conditions sociodémographiques

125 médecins des 266 présents ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 46%). Nous avons exclu 20 médecins qui n'étaient pas des praticiens de premier recours. Notre échantillon comprenait donc 105 médecins de premier recours. L'ensemble des pourcentages indiqués dans ces résultats ont été calculés par rapport à ce nombre de médecins (n=105).

57 médecins étaient des médecins généralistes installés (54,3%), 37 étaient des internes en médecine générale (35,2%), 11 étaient des médecins généralistes remplaçants (10,5%).

58 médecins étaient des femmes (55,2%). Les médecins se répartissaient dans les classes d'âge de la manière suivante: 36 avaient moins de 30 ans (34,3%), 20 avaient entre 30 et 39 ans (19%), 6 avaient entre 40 et 49 ans (5,7%), 22 avaient entre 50 et 59 ans (21%), 17 avaient plus de 60 ans (16,2%), 4 n'avaient pas répondu à cette question (3,8%). L'âge moyen était de 43 ans.

Les durées d'exercice se répartissaient de la manière suivante : 48 d'entre eux exerçaient depuis moins de 10 ans (45,7%), 48 depuis plus de 10 ans (45,7%), 9 n'avaient pas répondu (8,6%).

La répartition géographique des médecins était la suivante: 25 dans l'Indre-et-Loire (37) (23,8%), 16 dans le Loiret (45) (15,2%), 11 exerçaient dans le Cher (18) (10,5%), 10 dans l'Eure-et-Loir (28) (9,5%), 6 dans l'Indre (36) (5,7%), 3 dans le Loir-et-Cher (41) (2,9%), 6 dans des départements hors région Centre-Val de Loire (5,7%), 28 n'avaient pas répondu à cette question (26,7%).

La répartition des médecins de premier recours concernant la pratique d'une activité gynéco-obstétricale était la suivante: 56 médecins avaient une activité de gynécologie-obstétrique (53,3%), 33 ne pratiquaient pas ce type d'activité (31,5%), 16 d'entre eux n'avaient pas répondu à cette question (15,2%).

Cinq médecins (4,8%) avaient déjà bénéficié d'une formation sur le thème des VC. Un médecin avait également bénéficié d'une formation sur les VS (1%) (Figure 1).

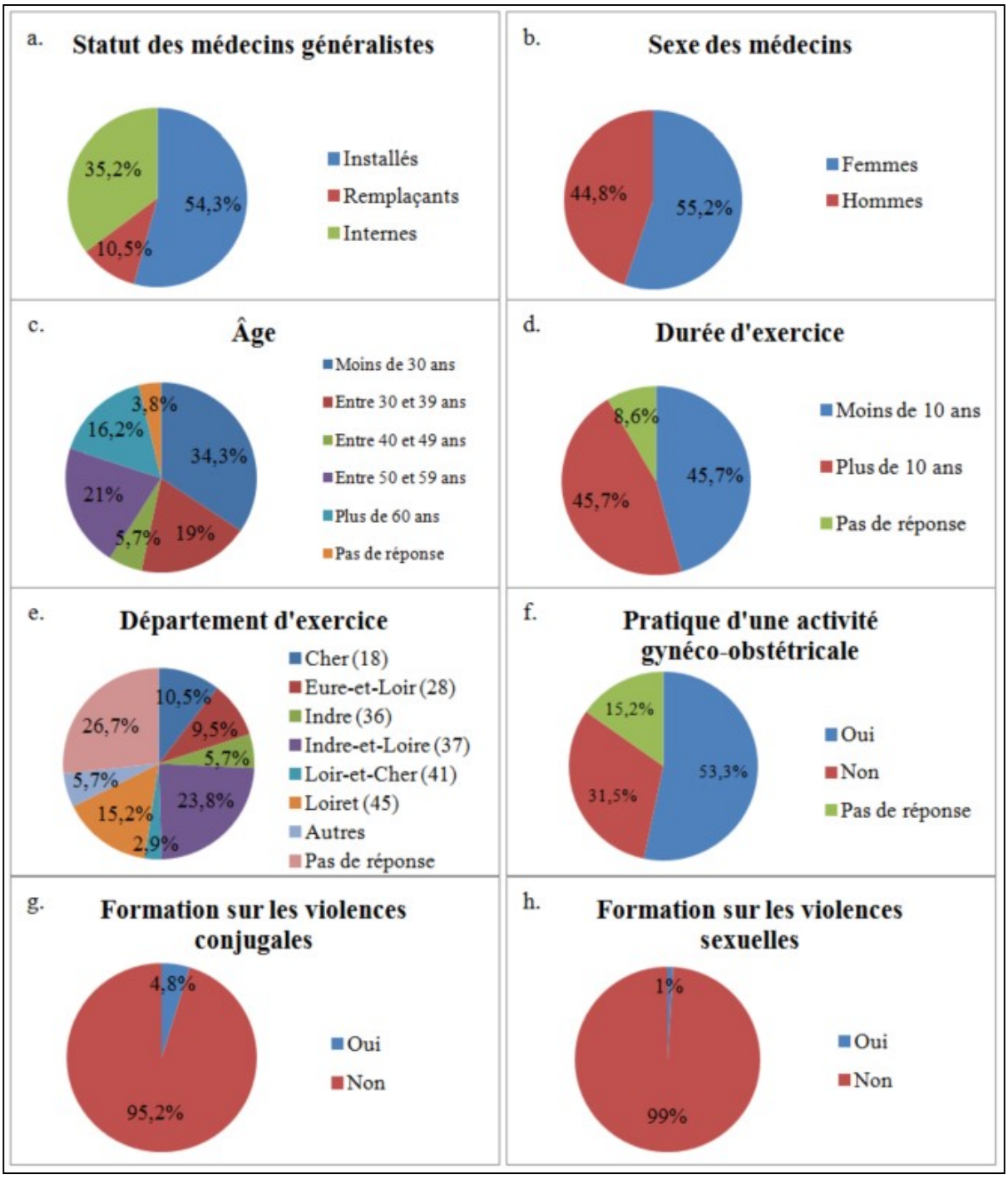


Figure 1 : Description des données sociodémographiques concernant les médecins de premier recours (n=105) : a. Statut des médecins généralistes, b. Sexe, c. Âge, d. Durée d'exercice, e. Département d'exercice, f. Pratique d'une activité de gynécologie-obstétrique, g. Formation sur les violences conjugales, h. Formation sur les violences sexuelles.

B- Les violences conjugales

La prévalence estimée des VC se répartissait de la manière suivante : 4 médecins l'estimaient inférieure à 1% (3,8%), 8 médecins entre 1 et 5% (7,6%), 46 médecins entre 6 et 10% (43,8%), 36 médecins entre 11 et 25% (34,3%), 7 médecins entre 26 et 50% (6,7%), aucun ne l'estimait supérieure à 50%, 4 médecins n'avaient pas répondu à cette question (3,8%) (Figure 2).

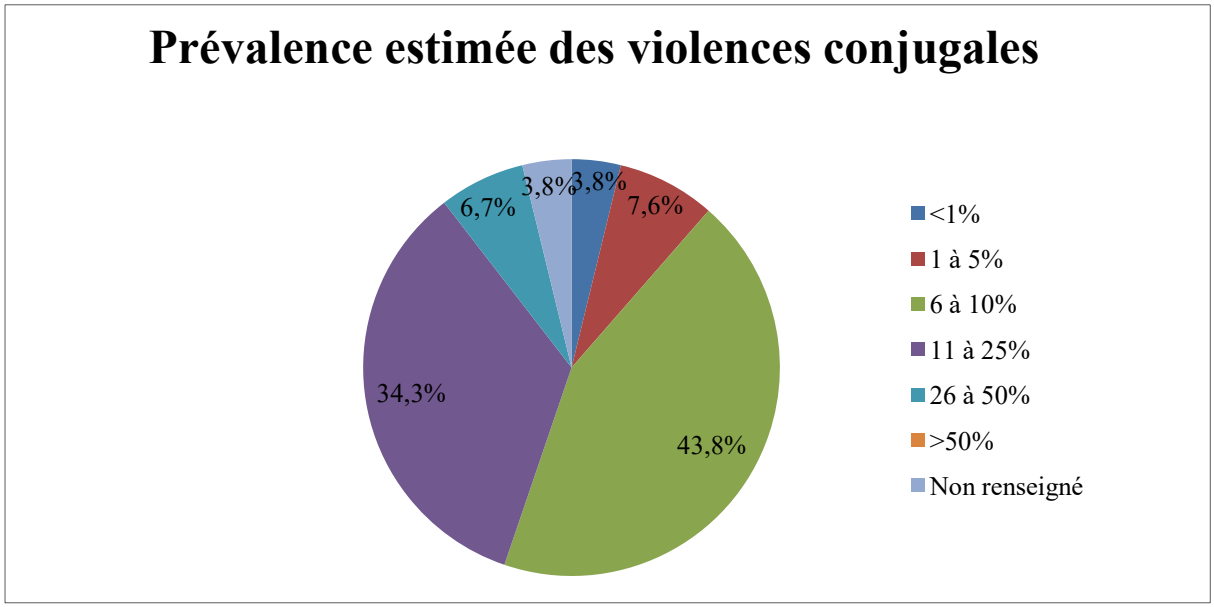


Figure 2 : Prévalence estimée des violences conjugales par les médecins de premier recours (n=105).

Le dépistage des VC était pratiqué par 63 médecins (60%). Il n'était pas pratiqué par 41 médecins (39%), et 1 médecin n'avait pas répondu à cette question (1%).

Nous avons également observé les moments et le détail des contextes de dépistage des VC. Parmi les 63 médecins qui dépistaient les VC : 2 médecins le réalisaient dès la première consultation (1,9%), 19 médecins le réalisaient ultérieurement sans contexte évocateur (18,2%). Enfin, 42 médecins le réalisaient en fonction du contexte (40%). Ces contextes étaient précisés dans 20 cas (19%) de la manière suivante : il s'agissait de « lésions traumatiques » dans 10 cas (9.5%), de « motif psychologique de consultation » dans 9 cas (8,6%), un médecin a évoqué le « motif social » (0,9%), 22 n'avaient pas précisé de contexte particulier (20,9%).

Parmi les 41 médecins qui ne dépistaient pas les VC, les raisons pour expliquer cette absence de dépistage étaient les suivantes: le manque de temps pour 14 médecins (13,3%), la

méconnaissance de la PEC pour 11 médecins (10,5%), la peur de gêner la patiente pour 9 médecins (8,6%), le sujet était considéré comme tabou pour 2 médecins (1,9%). Il ne s'agissait pas d'un motif de consultation pour 2 médecins (1,9%). Un médecin n'avait pas précisé de motif particulier (0,9%). Enfin, 2 médecins n'avaient pas renseigné de réponse quant à la raison pour laquelle ils n'effectuaient pas le dépistage (1,9%) (Figure 3).

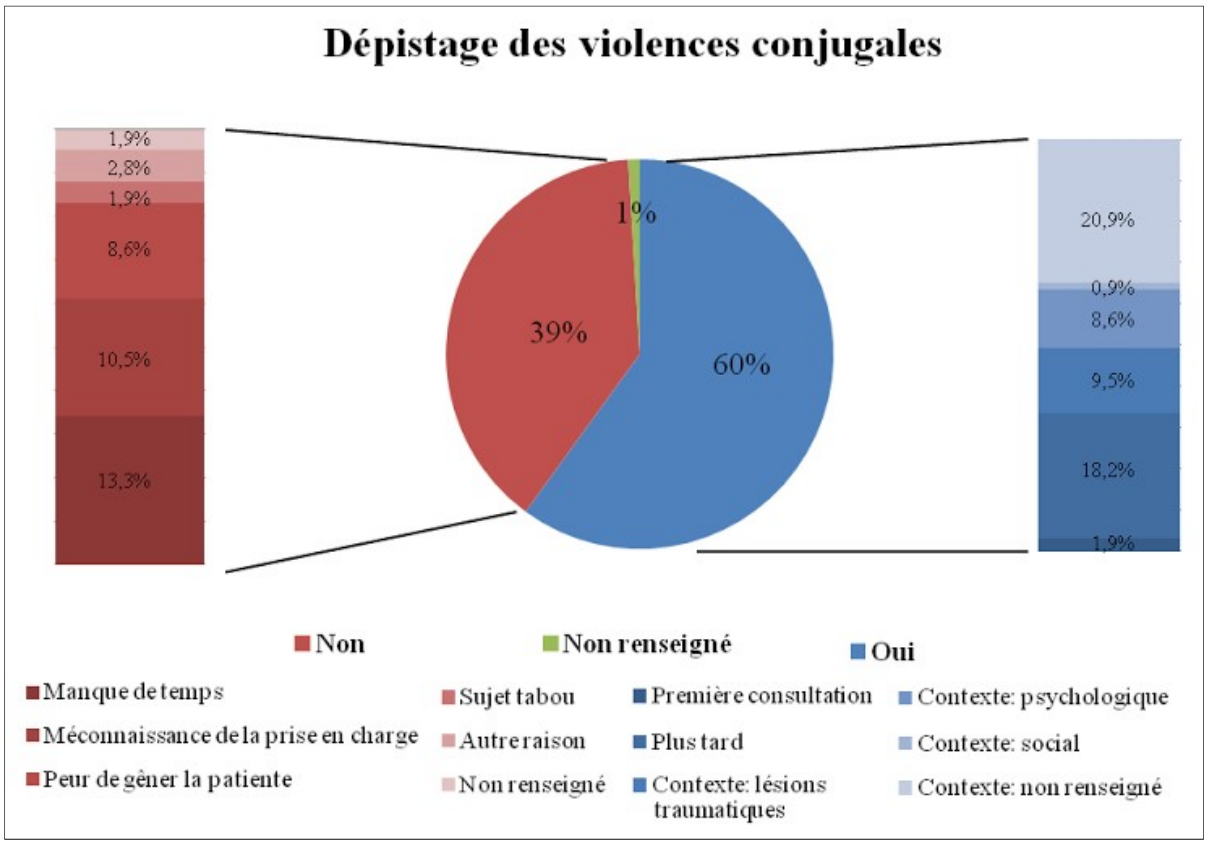


Figure 3 : Modalités du dépistage des violences conjugales par les médecins de premier recours (n=105).

Le nombre de victimes de VC vues par les médecins au cours des douze derniers mois se répartissaient de la manière suivante: 26 médecins déclaraient n'en avoir vu aucune (24,8%), 30 médecins avaient vu une victime (28,6%), 43 médecins en avaient vu entre 2 et 5 (40,9%), 5 en avaient vu entre 6 et 10 (4,8%), aucun n'en avait vu plus de 10 (0%) et 1 médecin n'avait pas répondu à cette question (0,9%) (Figure 4).

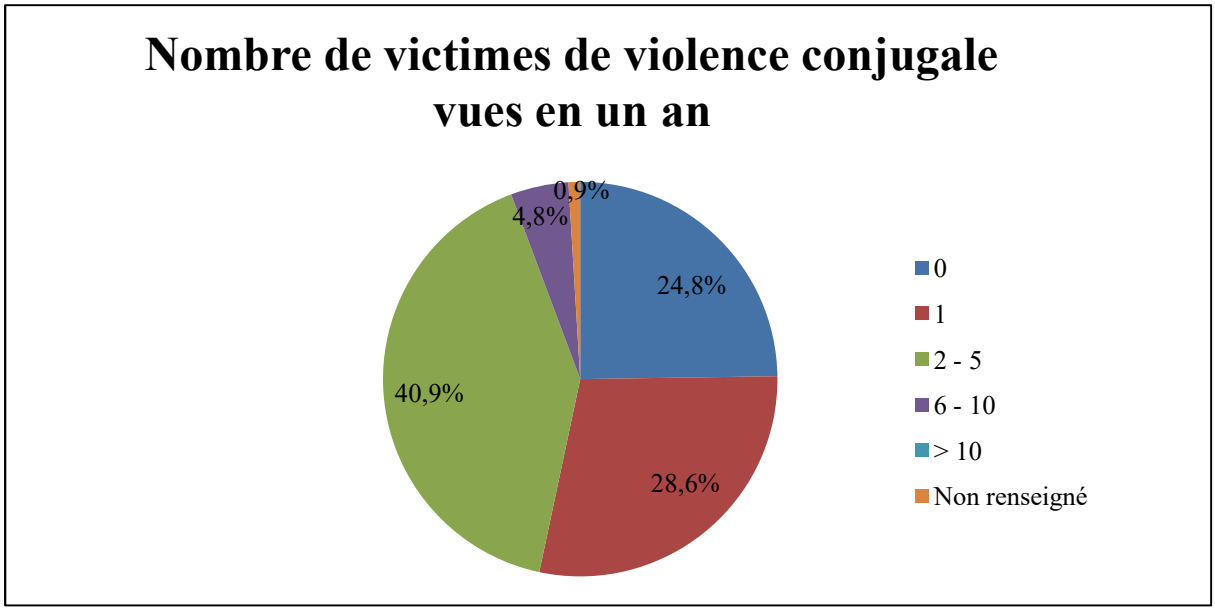


Figure 4 : Nombre de victimes de violences conjugales vues en un an par médecin de premier recours (n=105).

Le sujet avait été abordé par la victime dans 68 cas (64,7%) et par le médecin dans 30 cas (28,6%). 7 médecins n'avaient pas répondu à cette question (6,7%) (Figure 5).

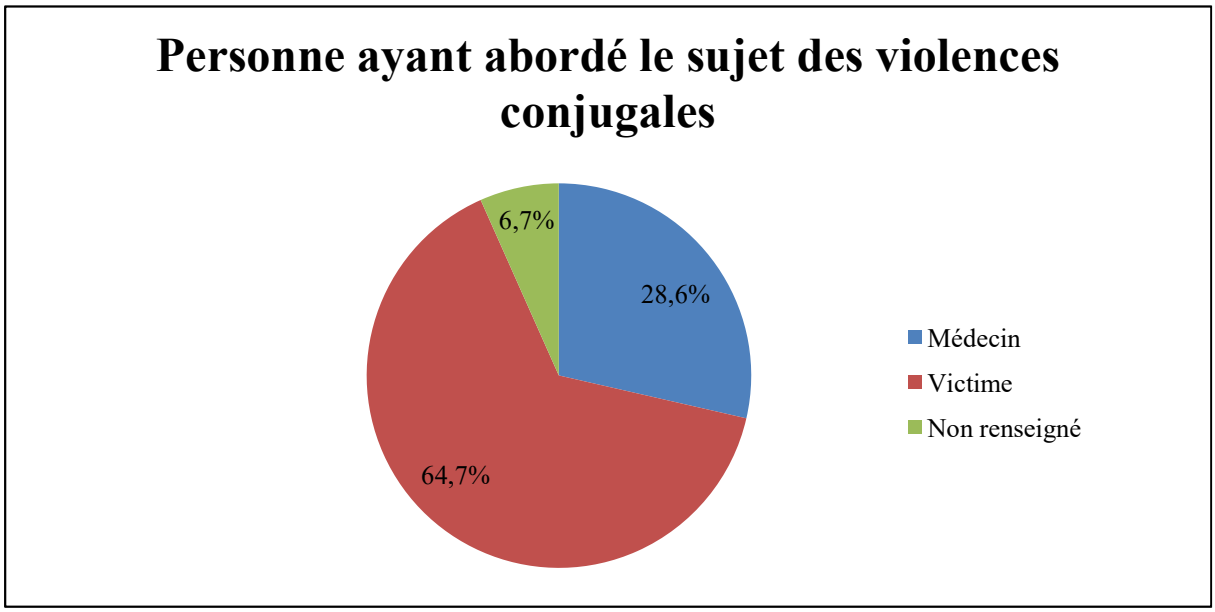


Figure 5 : Personne ayant abordé le sujet des violences conjugales (n=105).

Le Certificat Médical Initial (CMI) était rédigé systématiquement par 39 médecins (37,2%), occasionnellement par 48 médecins (45,7%) et jamais pour 16 médecins (15,2%). Enfin, 2 n'avaient pas répondu à cette question (1,9%) (Figure 6).

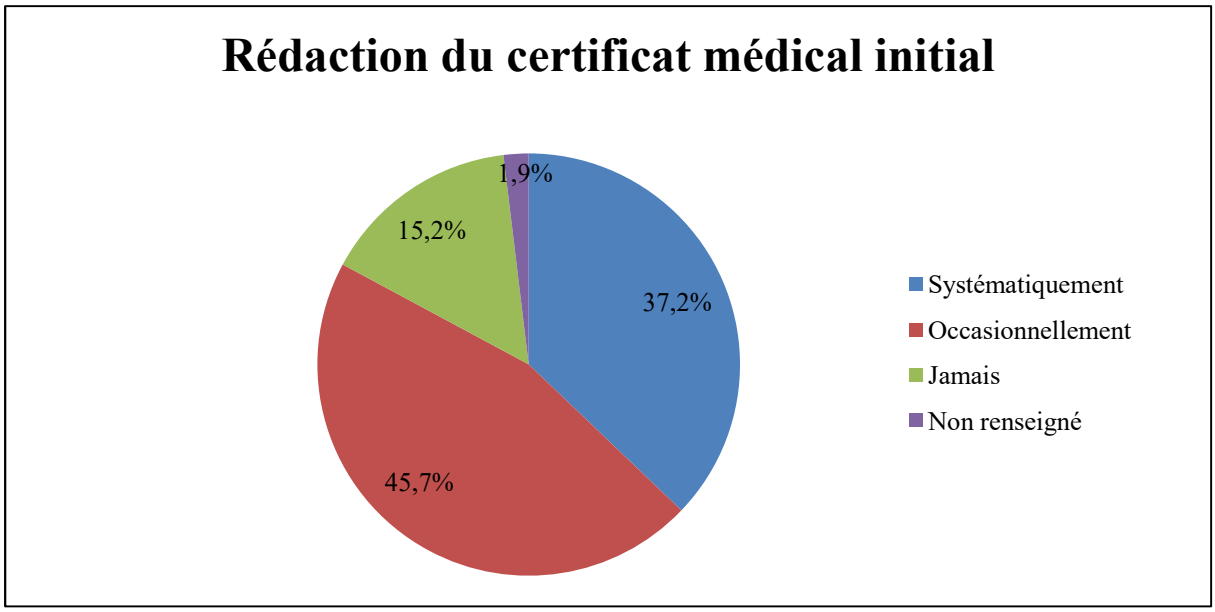


Figure 6 : Fréquence de la rédaction du Certificat médical initial par les médecins de premier recours face à une victime de violences conjugales (n=105).

Concernant les structures de PEC des victimes, elles n'étaient pas connues pour 72 médecins (68,6%). 33 médecins connaissaient l'existence de ces structures (31,4%) (Figure 7). 28 médecins (26,7%) avaient déjà adressé une patiente vers une structure d'aide à la PEC et 77 médecins n'avaient jamais adressé une victime à l'une de ces structures (73,3%) (Figure 8).

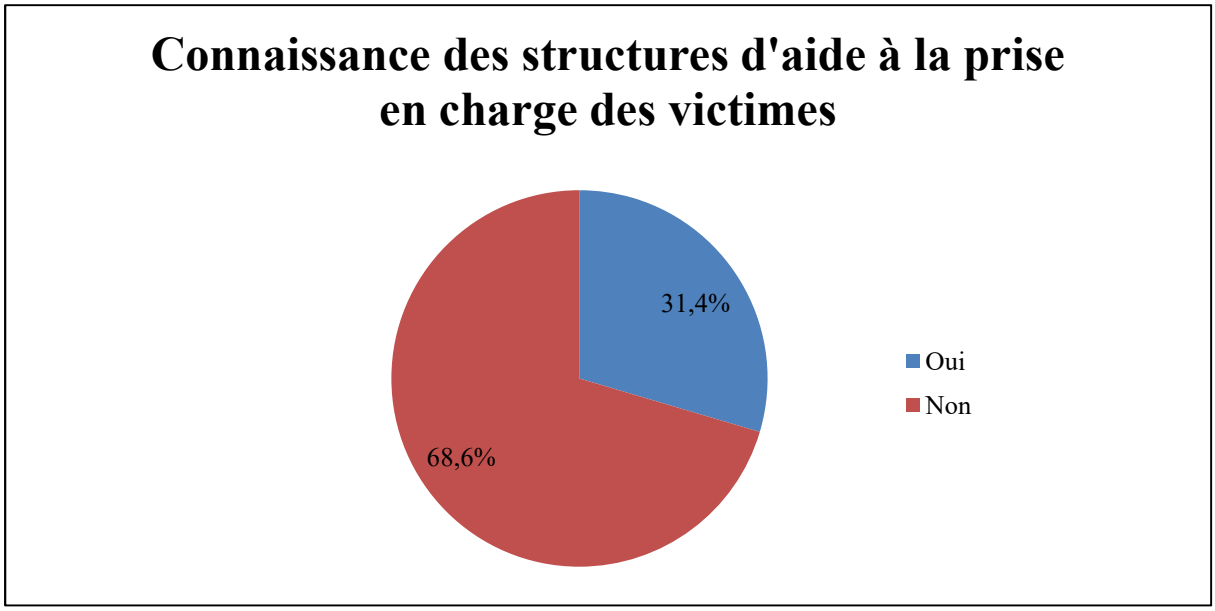


Figure 7 : Connaissance des structures d'aide à la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins de premier recours (n=105).

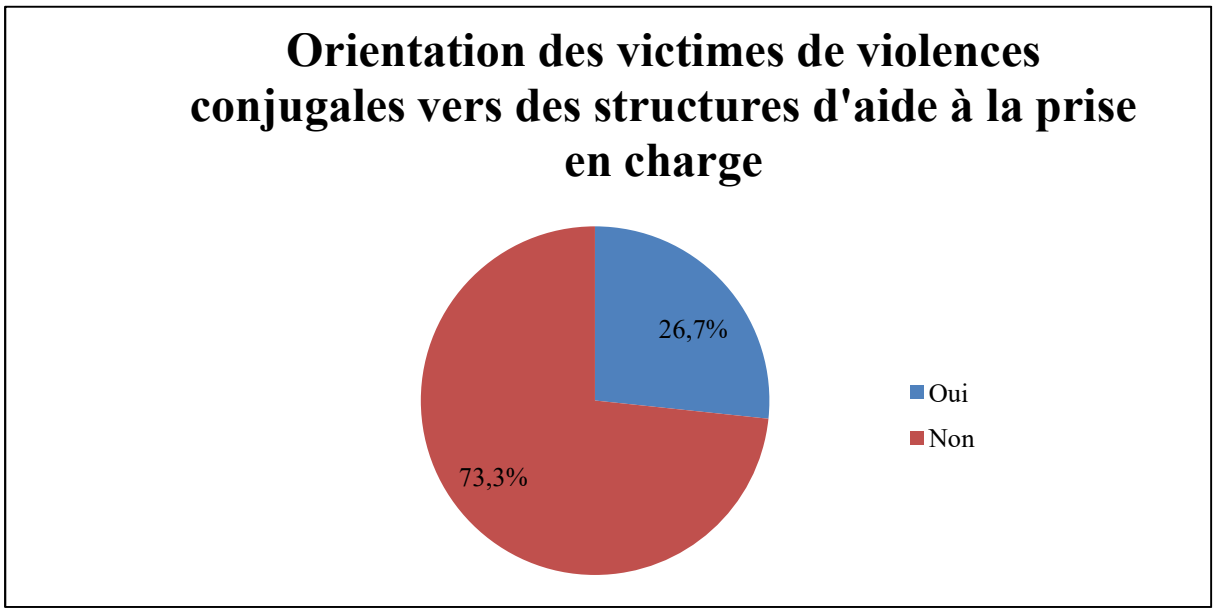


Figure 8 : Orientation des victimes de violences conjugales vers des structures d'aide à la prise en charge par les médecins de premier recours (n=105).

C- Les violences sexuelles au sein du couple

54 médecins recherchaient l'existence de VS parmi leurs patientes victimes de VC (51,4%), 51 ne recherchaient pas ce type de violences (48,6%) (Figure 9).

Parmi les 54 médecins qui recherchaient ces VS associées, 29 médecins (27,6%) le faisaient lors du diagnostic de VC, 7 médecins le faisaient plus tard au cours du suivi (6,7%), 16 en fonction du contexte (15,2%). A noter que le contexte n'était jamais précisé par les médecins. Enfin, 2 médecins ne précisaient pas à quel moment ils recherchaient ces VS au sein du couple (1,9%) (Figure 9).

51 médecins ne recherchaient pas les VS pouvant être associées aux VC, les raisons étaient les suivantes: 15 médecins avaient peur de gêner la patiente (14,3%), 8 médecins manquaient de temps (7,6%), le sujet était tabou pour 3 médecins (2,8%), 9 médecins avançaient l'oubli de poser la question comme raison (8,6%), et 5 médecins avançaient d'autres raisons (4,8%). Enfin, 11 médecins ne précisaient pas de raison particulière (10,5%) (Figure 9).

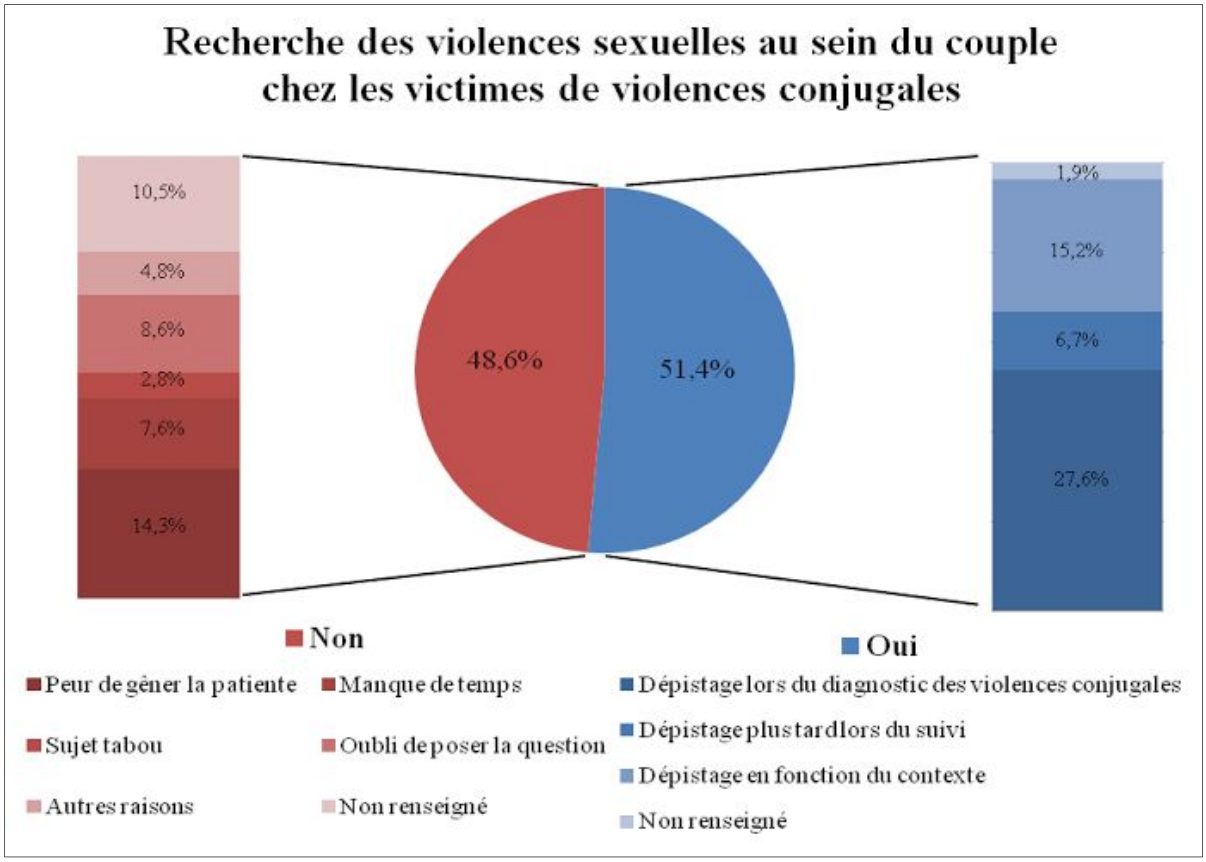


Figure 9 : Modalités de la recherche de violences sexuelles chez une victime de violences conjugales par les médecins de premier recours (n=105).

Le dépistage de VS au sein du couple chez les patientes en général (sans tenir compte de l'existence de VC) était réalisé par 35 médecins (33,3%). 70 ne le réalisaient pas (66,6%) (Figure 10).

Parmi les 35 médecins qui dépistaient les VS au sein du couple, 27 le faisaient en cas de contexte évocateur (25,7%), 2 médecins le faisaient lors de la première consultation (1,9%). Enfin, 6 médecins le faisaient ultérieurement sans contexte évocateur (5,7%). A noter que les contextes n'étaient jamais précisés (Figure 10).

Parmi les 70 médecins qui ne dépistaient pas ces VS au sein du couple, les raisons étaient les suivantes: le manque de temps était avancé par 12 médecins (11,4%), la méconnaissance de la PEC était avancée comme raison par 12 médecins (11,4%), 9 médecins avaient peur de gêner la patiente (8,6%), le sujet était tabou pour 5 d'entre eux (4,8%), et d'autres raisons étaient avancées par 14 médecins (13,4%). Enfin, aucune raison précise n'était avancée par les 18 médecins restants (17,1%) (Figure 10).

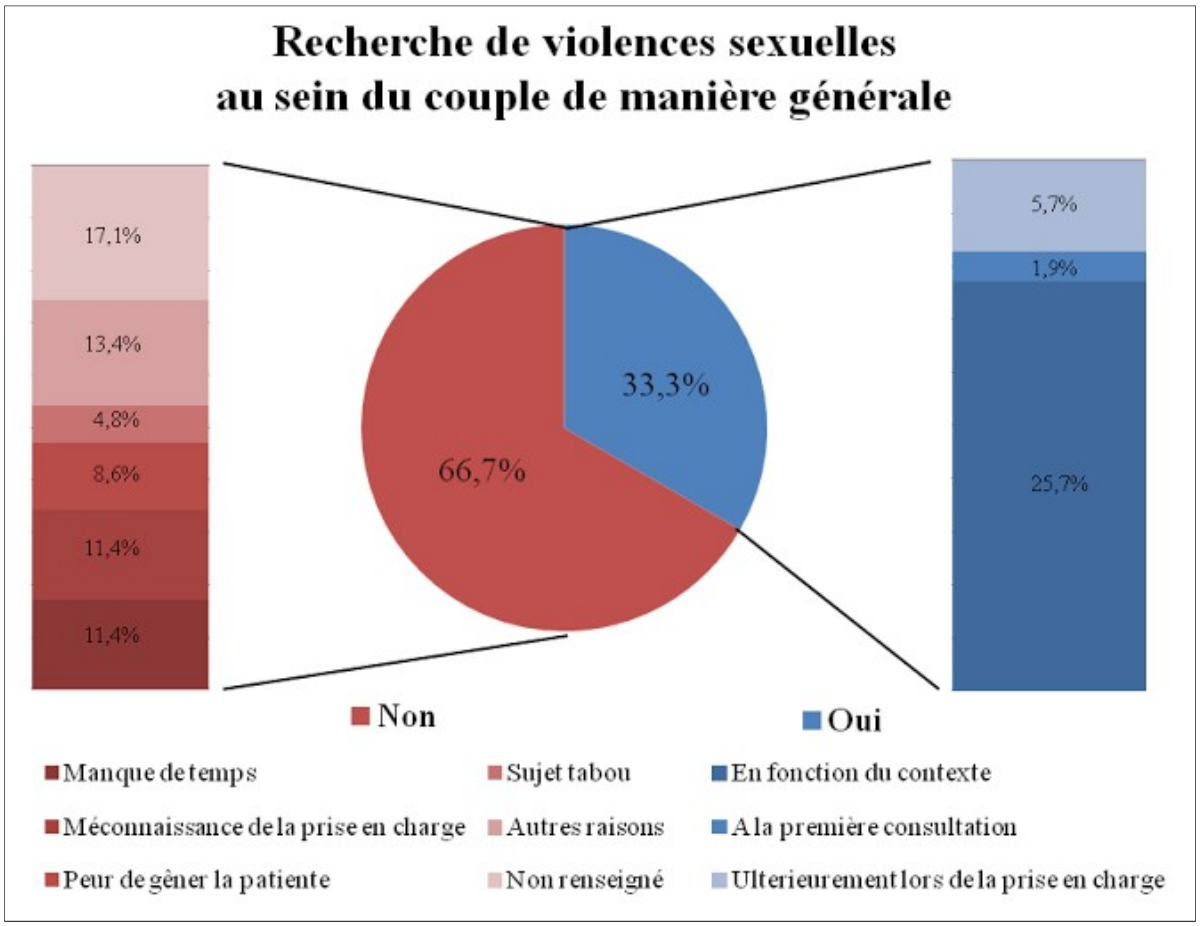


Figure 10 : Dépistage des violences sexuelles au sein du couple par les médecins de premier recours chez leurs patientes, sans connaitre l'existence ou non de violences conjugales (n=105).

Les patientes abordaient elles-mêmes le sujet des VS au sein du couple selon les médecins dans 62 cas (59%). Dans 28 cas, le sujet était abordé par les médecins (26,7%). Enfin, 15 médecins n'avaient pas renseigné de réponse à cette question (14,3%) (Figure 11).

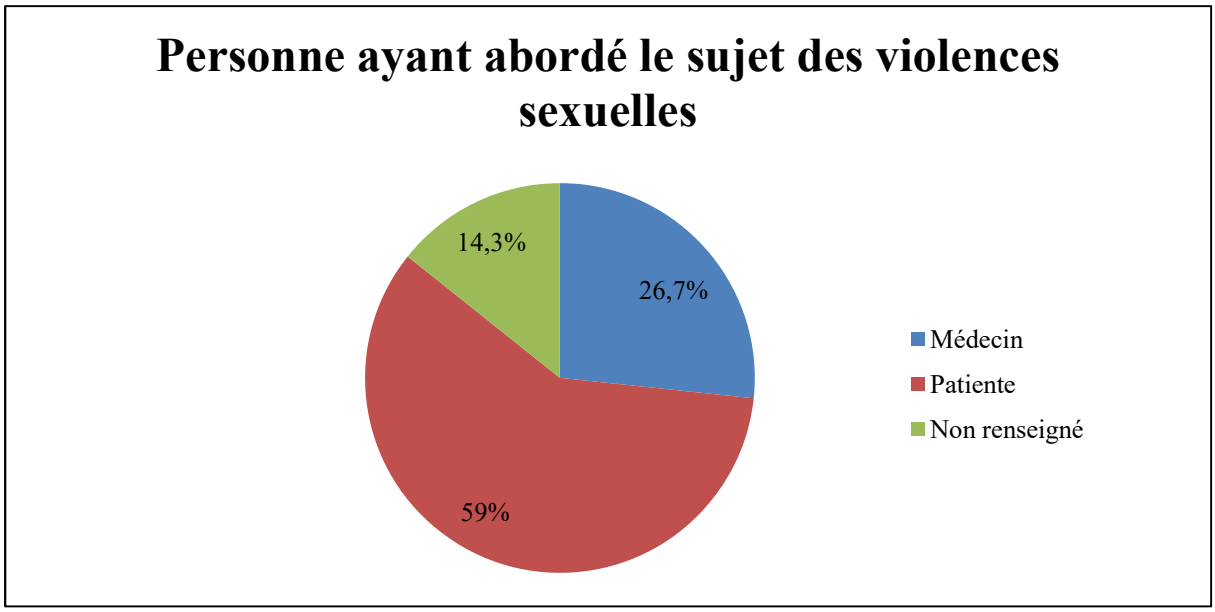


Figure 11 : Personne ayant abordé le sujet des violences sexuelles au sein du couple (n=105).

La prévalence estimée par les médecins des VS au sein du couple était répartie de la manière suivante : 2 d'entre eux l'estimaient inférieure à 1% (1,9%), 23 médecins l'estimaient entre 1 et 5% (21,9%), 28 médecins l'estimaient entre 6 et 10% (26,7%), 25 médecins l'estimaient entre 11 et 25% (23,8%), 17 médecins l'estimaient entre 26 et 50% (16,2%), 2 médecins l'estimaient supérieure à 50% (1,9%). Enfin, 8 médecins n'avaient pas estimé la prévalence (7,6%) (Figure 12).

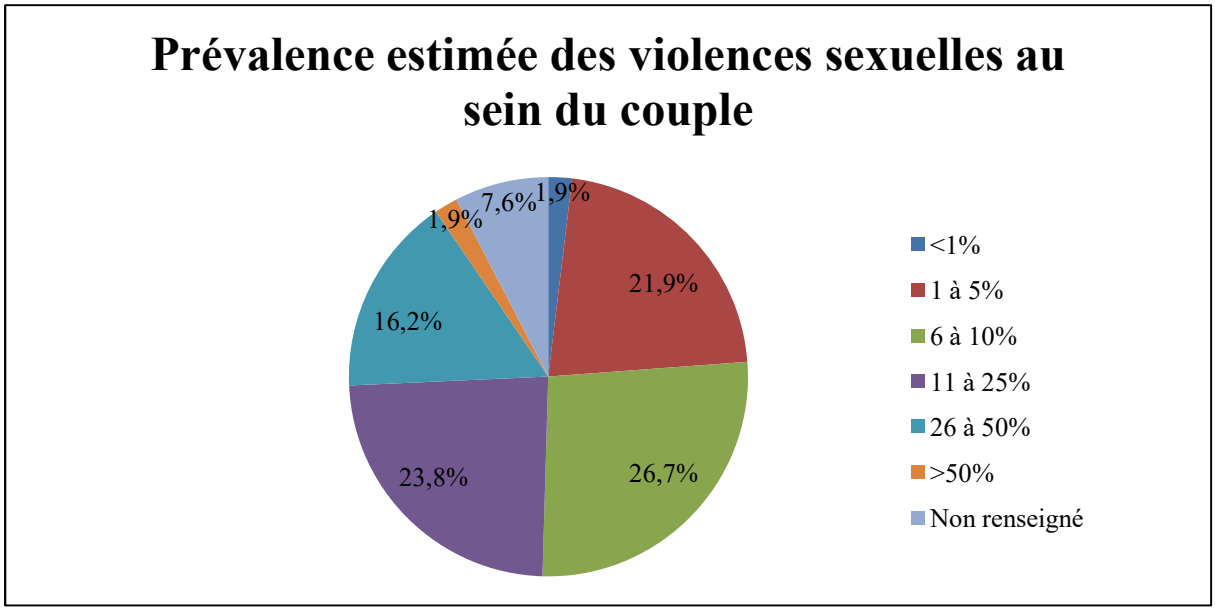


Figure 12 : Prévalence estimée des violences sexuelles au sein du couple par les médecins de premier recours (n=105).

Le nombre de victimes de VS au sein du couple vues au cours des douze derniers mois par chaque médecin était variable, il se répartissait de la manière suivante: 70 médecins n'avaient vu aucune victime (66,7%), 20 médecins en avaient vu une (19%), 7 médecins en avaient vu entre 2 et 5 (6,7%), 2 médecins en avaient vu entre 6 et 10 (1,9%), 1 médecin en avait vu plus de 10 (0,9%). Enfin, 5 médecins n'avaient pas répondu à la question (4,8%) (Figure 13).

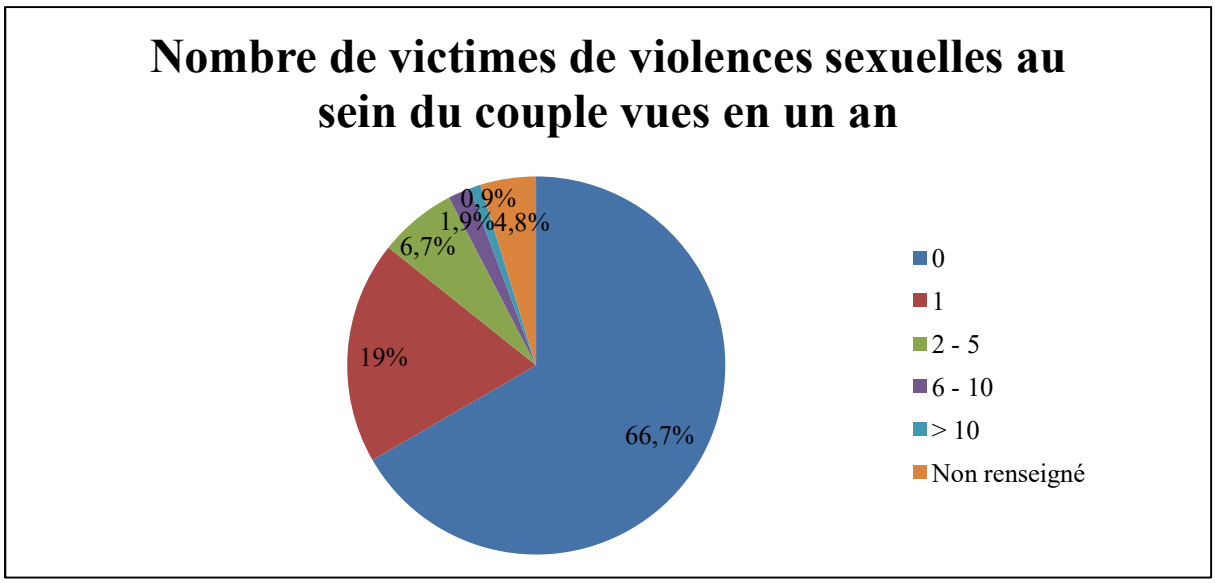


Figure 13 : Nombre de victimes de violences sexuelles au sein du couple vues en un an par médecin de premier recours (n=105).

Concernant les VS au sein du couple et l'orientation à des structures spécialisées de PEC, 16 médecins avaient déjà adressé une patiente victime de VS au sein du couple à une structure d'aide à la PEC de victimes (15,3%), 83 médecins n'en avaient jamais adressé (79%). Enfin, 6 médecins n'avaient pas répondu à la question (5,7%) (Figure 14).

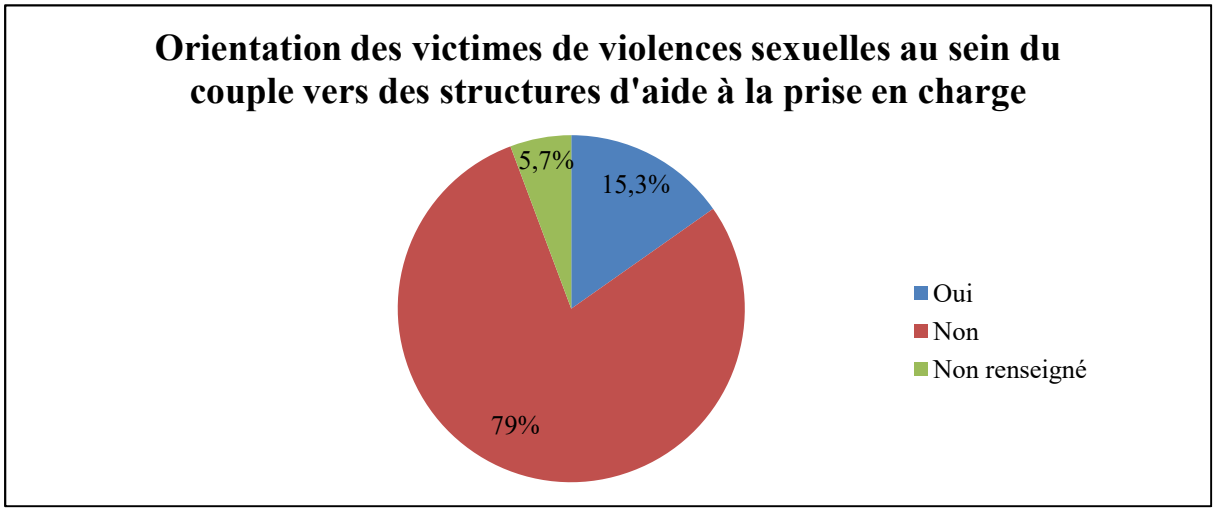


Figure 14 : Orientation des victimes de violences sexuelles au sein du couple vers des structures d'aide à la prise en charge par les médecins de premier recours (n=105).

La dernière question posée dans le questionnaire concernait la recherche d'antécédents d'autres types de VS (dans l'enfance, viol opportuniste…). Selon les résultats, 52 médecins en avaient déjà recherché l'existence chez leurs patientes (49,5%), 48 médecins n'en avaient jamais recherché (45,7%). Enfin, 5 médecins n'avaient pas répondu (4,8%) (Figure 15).

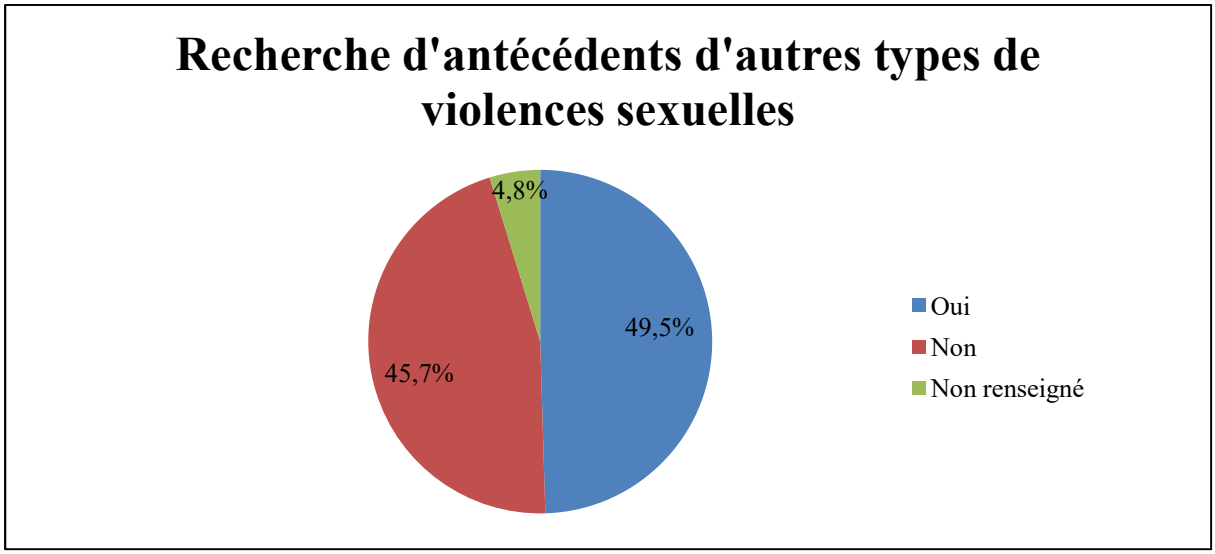


Figure 15 : Recherche d'antécédents d'autres types de violences sexuelles par les médecins de premier recours chez leurs patientes (n=105).

IV- Discussion

La plupart des médecins de notre échantillon dépistaient les VC mais ils étaient moins nombreux à également dépister les VS au sein du couple. Ce dépistage s'effectuait essentiellement lorsqu'il existait un contexte évocateur que ce fût lors du dépistage des VC ou des VS au sein du couple.

A- Critique des résultats

1- *Conditions sociodémographiques*

La majorité des médecins de notre échantillon étaient des médecins généralistes installés (54,3%). Il y avait également un nombre important d'internes (35,2%). Ceci peut être lié au fait que le Développement Professionnel Continue (DPC) est valorisé dans l'enseignement du troisième cycle des internes en médecine générale. Cette proportion d'internes explique une partie des résultats des données sociodémographiques. Depuis le début des années 2000, il existe une tendance à la féminisation de la profession (38). Cette proportion explique la répartition par âge ainsi que la faible durée d'exercice. L'ensemble des départements de la région Centre-Val de Loire étaient représentés. Une part importante de médecins exerçait en Indre-et-Loire, probablement du fait de la localisation du lieu de formation. Il y avait également des médecins d'autres régions, ceux-ci provenaient de départements limitrophes à l'Indre-et-Loire. Par ailleurs, les non-répondeurs à cette question étaient uniquement des internes dont la formation nécessite des changements répétés de département.

Notre échantillon était composé de 44,8% d'hommes et son âge moyen était de 43 ans. La proportion d'internes dans notre étude est également responsable de la différence de ces deux critères entre notre échantillon et les données démographiques de l'activité en médecine générale en région Centre-Val de Loire évaluées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (39). Au 1er janvier 2015, l'âge moyen des médecins généralistes était de 53 ans et ils étaient 59,3% d'hommes. Un peu plus de la moitié des médecins (53,3%) pratiquaient une activité de gynécologie-obstétrique. Cinq médecins avaient bénéficié d'une formation sur les VC et parmi eux un seul avait bénéficié également d'une formation sur les VS. Il existe peu de formation sur ces thématiques précises au cours des études médicales. En effet, le programme actuel des Épreuves Classantes Nationales Informatisées (ECNi) (examen

autorisant le passage en troisième cycle d'études médicales) comprend plusieurs items concernant le thème des violences : items n°9 (« Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation »), n°10 (« Violences sexuelles ») et n°55 (« Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile »). Aucun de ces items n'aborde directement les VC (40). Le programme du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale (durant le troisième cycle des études médicales) comprend un item « Maltraitance et violence » dont le contenu précis n'est pas formalisé au niveau national (41,42). Il existe une prise de conscience politique quant à la nécessité de former les futurs praticiens de soins primaires au dépistage des VC quel qu'en soit le type (43,44). Les violences et maltraitances aux personnes sont un thème prioritaire d'enseignement en deuxième cycle depuis 2015 et jusqu'en 2017 (45). Cette prise de conscience est également illustrée par les plaquettes d'information rédigées à chaque plan ministériel qui rappellent qu'une femme sur cinq sera victime de VC au cours de sa vie (46,47). Cette fréquence impose une politique de santé publique dont les médecins de premier recours sont les acteurs centraux.

2- *Connaissance des médecins sur les violences conjugales et les violences sexuelles au sein du couple*

La prévalence des VC en France est estimée entre 6 et 25% par plus de trois quarts des médecins. La prévalence réelle est difficile à estimer de par la nature de la problématique. Plusieurs travaux, avec des méthodologies variées, permettent de l'estimer de deux manières différentes : 10% des femmes sur les douze derniers mois et 20% des femmes au cours de la vie auraient subi des violences au sein du couple (10,48–50). Les différents plans ministériels successifs ont indiqué la nécessité de communiquer sur les données épidémiologiques concernant les violences faites aux femmes (12–15). Ainsi, des campagnes de médiatisation se sont succédées et peuvent expliquer la connaissance de ces chiffres (51). Paradoxalement, les médecins surestiment la prévalence des VS au sein du couple. Dans la littérature, la prévalence de la VS commise par un conjoint actuel ou ex-conjoint sur sa partenaire au cours d'une année s'élève à 0.9% (10). La surestimation de cette prévalence dans notre étude par les médecins de premier recours est certainement en lien avec un biais d'information. En effet, l'étude de cette thématique peut induire une surestimation de la prévalence par les médecins du fait de l'intérêt que nous portons au sujet dans cette étude.

Le dépistage des VC était pratiqué par plus d'un médecin sur deux. Cependant les médecins les dépistaient lorsqu'ils étaient face à un contexte particulier pouvant l'évoquer. Ceux-ci étaient « lésion traumatique physique », « motif psychologique de la consultation » et « contexte social ». Ces données concordent avec la littérature (52). Cependant la bibliographie permet de mettre en évidence d'autres situations non retrouvées dans notre étude, notamment la grossesse (53,54). Cette situation est reconnue comme particulièrement à risque et il existe des recommandations concernant le dépistage des VC lors du quatrième mois de grossesse (55,56). Nous avons également retrouvé des recommandations de la Société Scientifique Belge de Médecine Générale où sont listées les situations pouvant évoquer les VC, dans lesquelles on peut retrouver celles de notre étude (54). Les contextes pouvant orienter vers un dépistage des VS au sein du couple n'ont pas été abordés par les médecins.

Le nombre de victimes dépistées en une année dépassait rarement cinq patientes par médecin, quelque soit le type de violence (VC ou VS au sein du couple). Environ 10% des médecins avaient vu plus de cinq victimes de VC au cours des douze derniers mois. Le pourcentage était bien plus faible concernant les VS au sein du couple. Ces résultats sont à comparer à l'activité de médecine générale. Les données publiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie indiquent que les médecins généralistes effectuent 4700 consultations en moyenne par an (57). Il existe une divergence entre le nombre de victimes dépistées, le volume de consultation effectué et la prévalence des VC. Ceci est en faveur de l'hypothèse d'un défaut de diagnostic des situations de VC. Cela permet d'expliquer un autre résultat : le sujet des violences était majoritairement abordé par les patientes (16). La bibliographie apporte des éléments supplémentaires d'interprétation de ce résultat, plusieurs travaux montrent que les patientes souhaitent que leur médecin aborde le sujet et seraient sensibles à la réalisation d'un dépistage (22,34,58–61). Ce dépistage doit s'inscrire dans la PEC globale des patientes et à ce jour les seules recommandations francophones existantes sont celles de la Société Scientifique Belge de Médecine Générale (54). Il existe en France des recommandations relatives à la rédaction du CMI descriptif, mais ne faisant pas référence directement au dépistage des VC (62).

Les médecins qui ne dépistaient pas les violences, quel qu'en soit le type, avaient pour principales raisons le manque de temps et de connaissances de la PEC des victimes. Cette seconde raison concorde avec le manque de connaissances des structures d'aide à la PEC. Cela concorde également avec le fait que le CMI était peu rédigé malgré l'importance de

celui-ci. Ces deux raisons sont également retrouvées dans la littérature (20,23,24). Une autre raison avancée était le caractère tabou du sujet. Cette raison est fréquemment retrouvée dans les travaux universitaires concernant les VC (20,23,24). Comparativement à la littérature, la proportion de médecins dans notre échantillon considérant le sujet comme tabou était faible. Ce résultat contraste avec la peur de gêner la patiente qui était comparativement plus fréquente.

Les VS au sein du couple étaient recherchées chez les victimes de VC dans un cas sur deux environ par les médecins. La principale raison avancée du non-dépistage était la peur de gêner la patiente. Il s'agit également d'un argument retrouvé pour expliquer l'absence de dépistage concomitant des VS et des VC dans la littérature universitaire (20,24). De la même manière que pour les VC, dans la grande majorité des cas, les victimes de VS au sein du couple n'étaient pas adressées par les médecins aux structures d'aide à la PEC. La méconnaissance de ces structures paraît en être la principale raison. Le caractère potentiellement criminel des VS alléguées nécessite qu'une PEC spécifique soit effectuée afin de préparer les éléments pour le temps judiciaire (9). La PEC des victimes de VS a fait l'objet de recommandations, toujours d'actualité, par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) (63). Dans ces recommandations et dans la littérature, il est indiqué la nécessité de faire réaliser l'examen gynécologique d'une victime de VS par un médecin rompu aux particularités de cet examen (prélèvements médico-légaux, visualisation des lésions traumatiques gynécologiques) (63,64). Les praticiens de soins primaires peuvent être les premiers intervenants dans cette chaine de PEC mixte (médicale, sociale et judiciaire). La connaissance des structures d'aide, des modalités de signalement judiciaire et du déroulement de la PEC permettrait de favoriser l'adhésion de la victime de VS à celle-ci, qui dépasse le domaine strictement médical. On peut également avancer une autre hypothèse pour expliquer le défaut de dépistage des VS au sein du couple : la reconnaissance juridique récente de ces VS au sein du couple. En effet, la première reconnaissance par la chambre criminelle de la cour de cassation de l'existence du viol entre époux, sans autre violence associée, date de 1992 (65). Antérieurement à cette date le devoir conjugal et implicitement le consentement présumé entre époux primaient dans les décisions (66). La loi du 4 avril 2006 introduit textuellement la notion de présomption de consentement entre époux dans le code pénal, pour ajouter l'existence d'une relation (mariage, concubinage, pacte civil de solidarité) aux circonstances aggravantes du viol (67). C'est en 2010 que cette notion de consentement présumé entre époux disparait (68).

Les résultats concernant la dernière question (« Avez-vous déjà recherché l'existence d'antécédents d'autres types de violences sexuelles (par exemple dans l'enfance, viol opportuniste…) ? ») n'étaient pas en cohésion avec les réponses apportées dans le reste du questionnaire. En effet, quasiment la moitié des médecins déclarait rechercher des antécédents d'autres types de VS que les VS au sein du couple. Il existait un biais de compréhension lié à la mise en forme de cette question. La première ligne pouvait être considérée en elle-même comme une question: « Avez-vous déjà recherché l'existence d'antécédents d'autres types de violences ». Ainsi, celle-ci a pu être mal comprise par une partie de l'échantillon du fait de sa mise en forme.

B- Perspectives

1- *Asymétrie entre le dépistage des VC et des VS au sein du couple*

Ce travail a porté sur l'étude concomitante du dépistage des VC en général et des VS au sein du couple. Ces VS au sein du couple sont un des types de VC définis par l'OMS, comme nous l'avons déjà présenté (7,8). Cependant, les résultats de notre étude montrent qu'il existait une asymétrie dans la réalisation du dépistage des VC (quel qu'en soit le type) et des VS au sein du couple. Ce résultat concorde avec les données bibliographiques qui montrent que les médecins n'identifient pas les VS au sein du couple parmi les différents types de VC (24,29,69). La première raison que l'on peut avancer pour expliquer cette asymétrie est la différence de prévalence des VC et des VS au sein du couple. Une autre hypothèse à privilégier est l'oubli de rechercher de potentielles VS face à une situation de VC avérée. Cet élément concorde avec les données de la littérature universitaire (23,24). Une formation dans le cadre du DPC pourrait clarifier les définitions des différents types de VC ainsi que leur PEC.

2- *Formation des médecins de premier recours*

Des formations adaptées à la médecine de premier recours sur la problématique des VC et des VS pourraient permettre de diminuer les obstacles au dépistage. Comme nous l'avons déjà exposé, une connaissance des étapes de la PEC médicale (conséquences des violences), sociale (hébergement d'urgence) et judiciaire (plainte, étape de la procédure pénale) permettrait d'adresser la victime à l'interlocuteur adapté : Unité Médico-Judiciaire (UMJ),

associations d'aide aux victimes, commissariat, gendarmerie (15). Une meilleure connaissance du déroulement de la PEC des victimes pourrait permettre de rendre cette PEC plus efficiente. La littérature fait part de la relation entre contrainte temporelle d'une consultation et méconnaissance des informations à délivrer aux victimes (17). Cette contrainte temporelle est un obstacle au dépistage des VC, considérée comme une « résistance au changement ». La résistance au changement est un phénomène décrit initialement en psychologie du travail et s'appliquant également au champ de la médecine (70,71). Celui-ci peut être défini de la manière suivante : « *le changement est générateur de résistance pour l'individu dans la mesure où il est synonyme de rupture et de remise en cause, contribuant à la perte des points de repère antérieurs, l'individu a alors tendance à évaluer le changement en terme de coûts et de bénéfices et dans le cas où les coûts sont supérieurs, il manifestera de la résistance* » (70). La formation est un outil pouvant permettre de diminuer ces résistances au changement en introduisant des points de repère dans la pratique quotidienne du médecin. Ces points de repère induisent l'apparition de bénéfices pour le praticien notamment le gain de temps et le sentiment d'avoir pris en charge correctement la patiente. De cette manière, ce renforcement positif pourrait faciliter le dialogue concernant la problématique des violences entre le médecin et la patiente. Les résultats de notre étude épidémiologique permettent d'individualiser des situations dans lesquelles les médecins questionnent plus aisément les patientes. Ces situations cliniques pourraient constituer des points de repères servant à diminuer les résistances au changement et qui pourraient être enseignés lors de ces formations adaptées à la médecine de premier recours.

3- *Dépistage systématique ou dépistage ciblé*

Deux types de dépistage peuvent être proposés face à cette problématique de santé publique que sont les VC : le dépistage systématique et le dépistage ciblé. Ces deux approches ont été étudiées dans la littérature. Concernant le dépistage systématique, certains auteurs le défendent en développant l'argument que les patientes sont demandeuses de celui-ci et que l'entretien lors d'une consultation ne revêt pas de caractère invasif (34,72). Certains auteurs sont plus critiques, argumentant qu'il n'y a pas de preuve statistique d'une amélioration de la PEC des femmes avec le dépistage systématique (73,74). De plus, la situation familiale et sociale des victimes de VC est souvent complexe, et le risque de récidive des violences après la révélation des faits existe et pourrait être majoré par la réalisation d'un dépistage systématique (74). La bibliographie montre que les médecins de premier recours se sentiraient

plutôt en difficulté face à la réalisation d'un dépistage systématique (3,24,34). Les médecins de premier recours sont plus favorables à la réalisation d'un dépistage ciblé sur des éléments évocateurs. Cependant, cela ne signifie pas que le dépistage systématique ne peut pas avoir sa place dans une politique de santé publique de lutte contre les VC. En effet, ce type de dépistage pourrait être plus adapté dans le cadre d'une médecine institutionnelle qu'en médecine libérale (75). Dans le cadre de l'application du 4ème plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, il a été demandé par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à chaque établissement de désigner un médecin référent des violences faites aux femmes (76). Il aura pour rôle de sensibiliser l'ensemble du personnel des urgences, du SAMU et du SMUR au repérage, à la PEC et à l'orientation des femmes victimes de violences.

La médecine de premier recours est une discipline complexe où le dépistage ciblé des VC, quel qu'en soit le type, apparaît comme l'alternative pour répondre aux attentes des médecins et des patientes. Les résultats de notre étude mettent en avant trois situations dans lesquelles ce dépistage ciblé peut être effectué. La première situation est la plus évidente : l'existence chez une femme de lésions traumatiques suspectes de l'intervention d'un tiers dans leur survenue. Cette situation implique une connaissance des notions développées dans les recommandations pour la rédaction du CMI (la sémiologie des lésions élémentaires médicolégales, les lésions faisant évoquer l'intervention d'un tiers, les lésions évocatrices de prise et de défense) (62,64). La deuxième situation concerne les consultations pour lesquelles le motif est psychologique et/ou psychiatrique sans cause évidente à cette symptomatologie. Il s'agit d'un motif de consultation fréquent en médecine de premier recours et le médecin doit être attentif car les VC peuvent être à l'origine de cette symptomatologie. Des outils cliniques existent pour diagnostiquer les VC et évaluer leur retentissement psychologique (questionnaire WEBS (Women's Experience with Battering Scale) traduit en français) (77,78). La troisième situation concerne les femmes ayant des difficultés sociales. Il s'agit rarement d'un motif de consultation propre. L'activité du médecin de premier recours repose sur le trépied bio-psycho-social dont le versant social est un des piliers (1). A l'image de cette situation qui représente une des composantes du modèle d'Engel, les deux premières situations représentent les deux autres composantes : les lésions traumatiques représentent la composante biologique et le motif d'ordre psychologique représente la composante psychologique. Il existe une situation supplémentaire, que nous n'avons pas retrouvée lors de notre étude, pour laquelle il est indispensable d'effectuer un dépistage des VC : la grossesse.

En effet, il s’agit d’une période de particulière vulnérabilité pour la femme, tant d’un point de vue médical que juridique (9). Il existe des recommandations qui ont déjà été évoquées et faisant état de la nécessité d’effectuer un dépistage des VC à cette période de la vie d’une femme (55,56). Ces quatre situations peuvent constituer la base de développement d’une formation de troisième cycle ou de DPC concernant le dépistage des VC.

V- Conclusion

Il existe d'importantes résistances au changement concernant le dépistage des VC et des VS au sein du couple en médecine de premier recours. La formation est une des réponses à apporter pour tenter de diminuer celles-ci. Plusieurs points pourraient être développés dans cette formation. Les résultats de cette étude épidémiologique ainsi que les données bibliographiques montrent qu'il faut améliorer la connaissance des médecins sur le parcours de la victime de VC et/ou de VS au sein du couple. Le dépistage ciblé est à préconiser, en particulier sur quatre situations :

- Présence de lésions traumatiques suspectes ;
- Motif de consultation d'ordre psychologique et/ou psychiatrique ;
- L'existence d'un contexte social vulnérable ;
- La grossesse.

VI- Bibliographie

1. Druais P-L, Gay B, Le Goaziou M-F, Budowski M, Collectif. Médecine générale. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009. 454 p.

2. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer. 2005;73:63-9.

3. Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales: analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2000 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.opengrey.eu/item/display/10068/709298

4. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. Vol. 1. Genève, Suisse: World Health Organization; 2013 [cité 11 mars 2016]. 51 p. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1

5. Lollivier S, Soullez C. Rapport 2014 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales [Internet]. Paris, France: Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice; 2014 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.inhesj.fr/sites/default/files/ra_2014_ondrp.pdf

6. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence [Internet]. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé; 2002 [cité 12 mars 2016] p. 404. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

7. WHO Media Centre. OMS | La violence à l'encontre des femmes [Internet]. who.int. 2015 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/

8. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. Paris, France: Ministère de la santé; 2001 [cité 11 mars 2016] p. 47. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml

9. Code pénal - Article 222-23 [Internet]. Code pénal janv 3, 1994. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719

10. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion J-M, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, et al. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France [Internet]. Paris, France; 2000 [cité 11 mars 2016] p. 8. Disponible sur: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf

11. Bulletin statistique de l'observatoire national de la délinquance. Grand Angle n°14 [Internet]. 2008 [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: http://www.inhesj.fr/sites/default/files/ga_14.pdf

12. Ministère en charge du droit des femmes : ministère de la parité et de l'égalité professionnelle. Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005 - 2007: 10 mesures pour l'autonomie des femmes [Internet]. 2005 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/planviolences2005_2007.pdf

13. Ministère en charge du droit des femmes: ministère du travail des relations sociales et de la solidarité. Deuxième plan global triennal (2008-2010): Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes [Internet]. 2008 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plan2008_2010.pdf

14. Ministère en charge du droit des femmes: ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Troisième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 [Internet]. 2011 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_de_lutte_contre_les_violences_2011-2013.pdf

15. Ministère en charge du droit des femmes: ministère des droits des femmes. Quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf

16. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie

(Paris VI); 2012. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf

17. Pantaléon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales: représentations et résistances au changement de pratiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2013. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjruq_9hrnLAhVEMhoKHZsVAwYQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2F18b85aed-3d52-4f66-aec6-429b74a4310f&usg=AFQjCNE-fmm5Kgc-4bg7bE52_96UddmLyg&sig2=RREtmWzO8vAlICP3as5nmg

18. Hassan-Abdallah S. Violences conjugales : enquête en médecine générale : proposition d'un test de dépistage [Internet] [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François Rabelais (Tours); 2011 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.opengrey.eu/item/display/10068/860667

19. Bergeret M. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Etude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université Bordeaux 2; 2014 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00995324/document

20. Darde F. Oser poser une question sur l'existence d'une ancienne violence sexuelle devant des symptômes révélateurs expérience de médecins généralistes en Loire-Atlantique par la méthode du focus groupe [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2013. Disponible sur: http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f47d6218-d462-4f0b-86a6-b43f22f9e858

21. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales, évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2006 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.gynsf.org/vc/these.pdf

22. Valade I. Violences conjugales?: quel dépistage en maternité? [Internet] [Mémoire de Diplôme d'état de Sage-Femme]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2006.

Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi6xKzQjLnLAhVB2hoKHVreBZgQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2F0c0c5f18-bf33-41b2-b8e1-4051af7385f7&usg=AFQjCNH6Z3S8nUa3kF7bZWAwhE6OoqgRqw&sig2=fi1i7Jsql8mCLTIA9ZNaog

23. Leroy C. Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale: étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2012 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.opengrey.eu/item/display/10068/875941

24. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université de Grenoble; 2012 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751787/document

25. Bolot A-L. Repérage des violences conjugales en médecine générale: Evaluation de deux types d'interventions [Internet] [Thèse d'exercice]. [Besançon, France]: Université de Besançon; 2010 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.opengrey.eu/item/display/10068/849929

26. Bugday D. Dépistage des violences conjugales: points de vue et pratiques de médecins généralistes européens [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot (Paris VII); 2011.

27. Woimant M. Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2011.

28. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, De Beco A, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. Médecine. 2014;10(9):423-8.

29. Lauga Perrot A. Le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violence conjugales: enquête réalisée auprès de médecins

généralistes en Alsace [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2009.

30. Duvnjak S. Dépistage et prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste: création d'une maquette d'information [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Université Aix-Marseille; 2010.

31. Landes E. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales (description des pratiques professionnelles de 159 médecins généralistes de l'Aude et de l'Hérault) [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université Montpellier I; 2009 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.opengrey.eu/item/display/10068/841233

32. Piot C. Consultations en matière de violences sexuelles en France: existe-t-il une prise en charge de référence? Adultes et mineurs de plus de quinze ans [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université de Lyon I; 1996.

33. Morizur H. Évaluation du retentissement à long terme des agressions sexuelles de l'enfance: étude d'une population de 187 femmes hospitalisées en psychiatrie [Internet]. [Lille, France]: Université Lille II; 2003 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.opengrey.eu/item/display/10068/739791

34. Coy-Gaschen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPS [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2005.

35. Gausseres V. Violence conjugale : évaluation des connaissances des médecins, internes et sages-femmes des maternité du CHU de Tours sur le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales [Mémoire de Diplôme d'état de Sage-Femme]. [Tours, France]: Université François Rabelais (Tours); 2004.

36. Département de FMC de la faculté de Médecine de Tours. Faculté de Médecine - FMC 2015, Retrouvez les conférences des Journées de Septembre [Internet]. 2015 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://med.univ-tours.fr/actualites/fmc-2015-retrouvez-les-conferences-des-journees-de-septembre-299986.kjsp

37. De Singly F. L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p. (128).

38. Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale: faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. 2007;3(2):83-8.

39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région centre, situation en 2015 [Internet]. 2015 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_centre_2015.pdf

40. Bulletin officiel n°20 du 16 Mai 2013 relatif au programme du premier et deuxième cycle [Internet]. Bulletin Officiel de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Disponible sur: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html

41. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S de médecine générale [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

42. D.E.S. de Médecine Générale Ile-de-France : Le programme d'enseignement théorique [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://desmgidf.fr/page/le-programme-d-enseignement-theorique

43. Bousquet D, Geoffroy G. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 2009 [cité 11 mars 2016]. Report No.: N° 1799. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1799-t1.asp

44. Vallaud-Belkacem N. Violences envers les femmes : La formation des professionnel-les, une urgence de santé publique [Internet]. 2013 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Discours_Ministre_-_Colloque_du_20_novembre_2013.pdf

45. Bonnafous S, Debeaupuis J. Etudes Médicales - Deuxième partie du 2ème cycle : thèmes d'enseignement jugés prioritaires dans le cadre de la formation conduisant au diplôme de formation approfondie en sciences médicales [Internet]. Bulletin Officiel, 2014-0001, 2014 p. 2. Disponible sur: http://www.snemg.info/IMG/pdf/140213_BO_MESR.pdf

46. Ministère en charge du droit des femmes: ministère du travail des relations sociales et de la solidarité. Lutte contre la violence au sein du couple - le rôle des professionnels [Internet]. 2008 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/02/Brochure_le-role-des-professionnels_Violences.pdf

47. Service de Médecine Légale, CHU Angers. Violences conjugales: aide à la prise en charge médicale à destination des médecins [Internet]. 2012 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_CHU_Angers_1.pdf

48. Tournyol du Clos L, Le Jeannic T. Insee - Conditions de vie-Société - Les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1180&reg_id=0

49. Insee. Insee - La violence envers les femmes [Internet]. 2003 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/dossiers/parite/parite_societe_violence.pdf

50. MIPROF. La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes - Violences faites aux femmes : les principales données [Internet]. 2005 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf

51. CNIDFF - Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles. Spots et campagnes télévisées France/Europe - Info femmes : Le réflexe égalité [Internet]. [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.infofemmes.com/v2/p/Communication/Documents-et-campagnes/Spots-et-campagnes-televisees/2504

52. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins?: Analyse d'entretiens avec 19 médecins d'un réseau de soins ville-hôpital orienté vers la prise en charge globale des personnes. Presse Médicale. 2004;33(22):1561-5.

53. Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse: dépistage et orientation par les soignants. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34(1):62-7.

54. Vanhalewyn M, Offermans A-M. Recommandation de bonne pratique : Détection des violences conjugales [Internet]. Société Scientifique de Médecine Générale; 2013. Disponible sur: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Mediphone/VF_RBP_ViolencesConjugales2013.pdf

55. Haute Autorité de Santé. Recommandation professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

56. D'Ercole C, Astruc K, Shojai R, Petitprez K. Recommandation de bonne pratique : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

57. Caisse National d'Assurance Maladie. ameli.fr - Données statistiques sur l'activité et les prescriptions des professionnels de santé (PS) libéraux [Internet]. 2014 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php

58. Charruau D-P. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales: à partir d'une enquête auprès de femmes victimes [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2006.

59. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant: ententes et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2010.

60. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery. 2001;17(1):2-10.

61. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. Midwifery. 2001;17(4):289-94.

62. Rougeron C, Bui E, Malbec V, Manaouil C, Paindavoine C. Recommandation de bonne pratique : Certificat médical initial concernant une personne victime de violence [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf

63. Chevrant-Breton O, Coiffic J, Paysant F, Leingre-Marion C, Poulain P. CNGOF - Conduite à tenir en cas d'agression sexuelle [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 1997 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_041_chevrant.pdf

64. Sec I. Les agressions sexuelles au sein du couple: Expérience du centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle de Tours [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François Rabelais (Tours); 2005.

65. Arrêt de la Cour de cassation concernant la décision de la Cour d'appel de Rennes (chambre d'accusation), du 7 mars 1991 : VIOL - Eléments constitutifs - Elément matériel - Acte de pénétration sexuelle - Epoux [Internet]. Vol. 232, Bulletin criminel 1992. 1992 [cité 12 mars 2016]. p. 640. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007065867

66. Code civil - Article 212. Code civil.

67. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 2006-399 avril, 2006.

68. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. 2010-769 juillet, 2010.

69. Boucher S, Lemelin J, McNicoll L. Viol conjugal et trauma relationnel. Sexologies. avril 2009;18(2):141-6.

70. Bareil C. La résistance au changement: synthèse et critique des écrits [Internet]. Vol. 10. Montréal, Canada: HEC Montréal, Centre d'études en transformation des organisations; 2004. Disponible sur: http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf

71. Dent EB, Goldberg SG. Challenging « resistance to change ». J Appl Behav Sci. 1999;35(1):25-41.

72. Lazimi G. Violences faites aux femmes. Rev Prat Générale. 24 oct 2005;19(706):1180.

73. Cole TB. Is domestic violence screening helpful. Jama. 2000;284(5):551-3.

74. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. Bmj. 2002;325(7359):314.

75. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. Soc Sci Med. 2011;72(6):855-66.

76. Ministre de la parité et de l"égalité professionnelle. Circulaire SDFE/DPS n°2005-166 du 24 mars 2005 relative à la mise en oeuvre du plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007 [Internet]. Bulletin Officiel, 2005-166 mars 24, 2005 p. 13. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_182.pdf

77. Smith PH, Earp JA, DeVellis R. Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. Womens Health Hillsdale NJ. 1994;1(4):273-88.

78. Lamy C. Profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François Rabelais (Tours); 2007 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://psyfontevraud.free.fr/theses/lamy2009.pdf

VII- Annexe

DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES ET SEXUELLES AU SEIN DU COUPLE: 14 questions, 2 min

UNIVERSITÉ FRANÇOIS - RABELAIS TOURS FACULTÉ DE MÉDECINE

La lutte contre les violences faites aux femmes est une priorité nationale. L'état français a mis en place un plan d'action contre tous les types de violences conjugales: "*4ème plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016*" (femmes.gouv.fr). Le médecin de premier recours est un interlocuteur privilégié dans le dépistage de ces violences.

Objectif : faire un état des lieux du dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple afin de cibler les besoins de formation.

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Sexe : □ homme □ femme **Âge :** ____ ans
Statut : □ interne □ remplaçant □ médecin généraliste □ spécialiste
Durée d'exercice : □ moins de 10 ans □ plus de 10 ans **Département d'exercice :** _ _
Activité de gynécologie et/ou d'obstétrique : □ oui □ non
Avez-vous une formation spécifique sur le thème des : violences conjugales □ oui □ non
violences sexuelles □ oui □ non

VIOLENCES CONJUGALES

1) Estimez le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales en France :
□ Moins de 1 % □ 1 à 5% □ 6 à 10 % □ 11 à 25 % □ 26 à 50 % □ plus de 50 %

2) Dépistez-vous les antécédents de violences conjugales :
□ OUI : □ dans les premières consultations □ plus tard dans le suivi
□ en fonction du contexte: _____
□ NON : par : □ manque de temps □ sujet tabou □ peur de gêner la patiente
□ méconnaissance de la prise en charge □ autre : _____

3) Nombre de femmes victimes de violences conjugales vues en consultation lors des douze derniers mois : □ aucune □ 1 □ de 2 à 5 □ de 6 à 10 □ plus de 10

4) Majoritairement, qui aborde le sujet : □ vous □ les patientes

5) Rédigez-vous des Certificats Médicaux Initiaux (CMI):
□ systématiquement □ parfois □ NON

6) Connaissez vous des structures d'aide à la prise ne charge de victime de violence (ex : ADAVIP, CIDFF, etc): □ OUI □ NON

7) Avez-vous déjà adressé une victime de violences conjugales à une structure d'aide à la prise en charge des victimes de violence : □ OUI □ NON

8) Chez les victimes de violences conjugales, recherchez-vous l'existence de violences sexuelles au sein du couple :
□ OUI : □ lors du diagnostic des violences □ NON : □ manque de temps □ sujet tabou
□ plus tard dans le suivi □ peur de gêner la patiente
□ en fonction du contexte : _____ □ autre : _____

Retournez svp 1/2

VIOLENCES SEXUELLES AU SEIN DU COUPLE

9) De manière générale recherchez-vous l'existence d'antécédents de violences sexuelles au sein du couple :

□ OUI : □ dans les premières consultations □ NON : □ manque de temps □ sujet tabou
□ plus tard dans le suivi □ méconnaissance de la prise en charge
□ en fonction du contexte : _____ □ peur de gêner la patiente
□ autre : _____

10) Majoritairement, si le sujet des violences sexuelles a été abordé, qui l'aborde :
□ vous □ les patientes

11) Selon vous quelle part représente les violences sexuelles au sein du couple dans les violences conjugales :
□ Moins de 1 % □ 1 à 5% □ 6 à 10 % □ 11 à 25 % □ 26 à 50 % □ plus de 50 %

12) Nombre de femmes victimes de violence sexuelle avez-vous vu en consultation lors des douze derniers mois : □ aucune □ 1 □ de 2 à 5 □ de 6 à 10 □ plus de 10

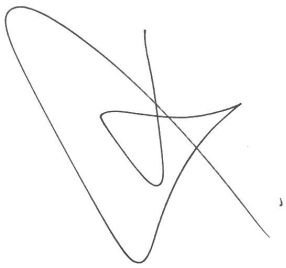
13) Avez-vous déjà adressé une victime de violences sexuelles à une structure d'aide à la prise en charge des victimes de violence (ex : ADAVIP, CIDFF, planning familial, etc) : □ OUI □ NON

14) Avez-vous déjà recherché l'existence d'antécédents d'autres types de violences sexuelles (par exemple dans l'enfance, viol opportuniste…) : □ OUI □ NON

COMMENTAIRE LIBRE :

2/2

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

FOUCARD Fanny **Thèse n°**

36 pages – 15 figures

Title : Perception of General Practitioners regarding Intimate Partner Violence and Intimate Partner Sexual Violence: an Epidemiological Study.

Abstract :

INTRODUCTION: Biopsychosocial model is defined as one of the corner stone of General Practice. Based on this model, general practitioners (GP) have a key role to play regarding the diagnosis of intimate partner violence (IPV) which is a major public health issue. Sexual violence against intimate partners should be screened like any other kind of IPV, particularly due to their legal involvement. The objective of this study was to evaluate the screening of IPV and even more precisely intimate partner sexual violence (IPSV) in General Practice.

MATERIAL AND METHODS: We performed a retrospective epidemiological study using questionnaire. It was submitted to GP who participated to "the 53rd Continuing Medical Education meeting" organised by the Faculty of Medicine (University of Tours) in September 2015.

RESULTS: 105 physicians were included. 60% screened IPV and nearly one third screened IPSV, essentially in situations with suggestive clinical manifestations in both cases. These contexts were trauma injuries and psychological motivations to consult. Lack of time and knowledge were the two main reasons given by GP to explain the lack of screening regarding IPV and IPSV.

DISCUSSION: Continuing Medical Education appears to be a priority to improve the screening of all kinds of IPV. Indeed, the modification of practices could reduce psychological resistance to change.

CONCLUSION: Learning how to detect IPV using particular situations (pregnancy, trauma injuries, social issues and psychological motivations to consult) may be a valid first step in the Continuing Medical Education process of GP.

Keywords: - Intimate partner violence
- Intimate partner sexual violence
- Screening
- General practice

Jury

President: Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Members: Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN
Madame le Docteur Nathalie JAN
Monsieur le Docteur Camille REROLLE

Defense date : March the 21st 2016

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

FOUCARD Fanny **Thèse n°**

36 pages – 15 figures

Résumé :

INTRODUCTION : La médecine générale est basée sur l'approche biopsychosociale du patient. Le médecin de premier recours est apparu comme un acteur privilégié dans le dépistage et la prise en charge de patientes victimes de violences conjugales (VC). Elles sont reconnues comme un enjeu de santé publique. Les VC et les violences sexuelles au sein du couple n'avaient jamais fait l'objet d'une étude épidémiologique conjointe. L'objectif principal était d'évaluer le dépistage des VC et celui des violences sexuelles au sein du couple effectué en soins primaires.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Il s'agissait d'une enquête épidémiologique prospective réalisée à l'aide d'un questionnaire. Il a été soumis aux médecins participants aux « 53èmes Journées de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine de Tours » qui ont eu lieu du 14 au 17 septembre 2015.

RÉSULTATS : 105 médecins généralistes ont été inclus. 60% pratiquaient le dépistage des VC et environ un tiers dépistaient les violences sexuelles au sein du couple, essentiellement face à un contexte évocateur. Ces contextes étaient principalement les lésions traumatiques et les consultations pour un motif psychologique. Les raisons du non-dépistage étaient surtout le manque de temps et de connaissances de la prise en charge.

DISCUSSION : La formation des professionnels de santé apparait comme une priorité pour améliorer le dépistage des victimes de VC, quel qu'en soit le type. En effet, la modification des pratiques résultant d'une formation permettrait de diminuer les résistances au changement.

CONCLUSION : L'apprentissage du dépistage ciblé sur des situations précises (notamment : grossesse, lésion traumatique, motif de consultation d'ordre psychologique et problèmes sociaux) semble être une première étape dans la formation des praticiens de soins primaires.

Mots clés : - Violences conjugales
- Violences sexuelles au sein du couple
- Dépistage
- Médecine générale / Médecine de premier recours

Jury :

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN
Madame le Docteur Nathalie JAN
Monsieur le Docteur Camille REROLLE

Date de la soutenance : 21 Mars 2016