



HAL
open science

Les violences conjugales en médecine générale : une prise en charge insuffisamment élaborée. Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 26 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle

Leslie Seu

► To cite this version:

Leslie Seu. Les violences conjugales en médecine générale : une prise en charge insuffisamment élaborée. Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 26 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01770679

HAL Id: hal-01770679

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770679v1>

Submitted on 4 Apr 2024

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE
NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

SEU Leslie

née le 16 septembre 1981 à Danané (Côte d'Ivoire)

Le 1^{er} octobre 2014

**«LES VIOLENCES CONJUGALES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE
PRISE EN CHARGE INSUFFISAMMENT ÉLABORÉE»**

Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 26
médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur KAHN Jean-Pierre : Président

M. le Professeur MOREL Olivier : Juge

M. le Docteur MARTRILLE Laurent : Juge

M. le Professeur DI PATRIZIO Paolo : Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE
NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

SEU Leslie

née le 16 septembre 1981 à Danané (Côte d'Ivoire)

Le 1^{er} octobre 2014

**«LES VIOLENCES CONJUGALES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE
PRISE EN CHARGE INSUFFISAMMENT ÉLABORÉE»**

Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 26
médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur KAHN Jean-Pierre : Président

M. le Professeur MOREL Olivier : Juge

M. le Docteur MARTRILLE Laurent : Juge

M. le Professeur DI PATRIZIO Paolo : Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « Finances » : M. le Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Vice Doyen Mission « Formation permanente » : M. le Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs :

- 1er cycle EM délégué FMN PACES :	M. le Docteur Mathias POUSSEL
- 2ème cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3ème cycle : <ul style="list-style-type: none">• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et biologiques »• « DES Spécialité Médecine Générale »• « Gestion DU – DIU »	M. le Professeur Marc DEBOUVERIE M. le Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO Mme la Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE
- Plan campus	M. le Professeur Bruno LEHEUP
- École de chirurgie et nouvelles pédagogies :	M. le Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	M. le Professeur Didier MAINARD
- Relations internationales	M. le Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenant, filières professionnalisantes :	M. le Docteur Christophe NÉMOS
- Vie universitaire	M. le Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions para médicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER - Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN -

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER - Professeur François ALLA

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER - Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ - Professeur Marc DEBOUVERIE Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE - Professeur Olivier KLEIN Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX - Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL - Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN - Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT - Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS -

Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI - Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL - Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN - Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL - Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Corentine ALAUZET

3ème sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE - Docteure Céline BONNET

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Pascal REBOUL - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER - Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

*Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI
(1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN
(1982)

*Vanderbilt University, Nashville
(U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER
(1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A) Université de Pennsylvanie*

(U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA
(1996) *Research Institute for*

*Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville

(VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (CANADA)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
*Université de Dundee (ROYAUME-
UNI)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (Allemagne)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie d'Adultes

Chef de Service, Service de Psychiatrie et Psychologie Clinique, CHU de Nancy - Hôpitaux de Brabois.

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et nous vous en remercions.

Nous vous remercions de votre pragmatisme et de votre disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de toute notre estime.

À notre Juge,

Monsieur le Professeur Olivier MOREL,

Professeur de Gynécologie - Obstétrique, Gynécologie Médicale.

Vous nous faites l'honneur de vous intéresser à notre travail et d'accepter de le juger.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

À notre Juge,

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine Légale et Droit de la Santé)

Chef de Service, Service de Médecine Légale - Hôpital Brabois, CHU Nancy.

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de notre thèse.

Nous vous remercions de l'attention et de l'intérêt que vous avez portés à ce travail.

Votre grande connaissance du sujet que nous avons abordé est indispensable à une critique de qualité.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

À notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Médecin généraliste,

Professeur associé des Universités de médecine générale, UFR de médecine, Université de Lorraine, Assesseur du troisième cycle (DES de médecine générale).

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger
puis de juger ce travail.

Vous nous avez jugé digne de votre confiance.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Aux Docteurs Clotilde LATARCHE et Marjorie MAUGENDRE,

Département d'Épidémiologie Clinique, UFR de médecine Université de Lorraine,

À Monsieur Frédéric Verhaegen,

Enseignant chercheur en Psychologie, Maître de Conférences, Université de Lorraine,

Vous nous avez prodigué de précieux conseils.

Nous tenons à vous témoigner toute notre estime.

Aux médecins qui ont jalonné mon parcours,

À mes maîtres de stages, les Docteurs Etienne CURIEN, Jean Loup PECQUEUX,

Alain PETIT ; le Docteur Jean Marc DOLLET et tous les membres de son équipe,

Aux médecins que j'ai eu la chance de remplacer, les Docteurs Pierre ROZIER, Christine TOQUET,

Merci pour votre accueil chaleureux et vos encouragements dans les moments délicats.

Vous m'avez montré vers quoi il fallait tendre pour être un bon médecin.

À ma famille,

À ceux que j'apprends à connaître petit à petit, je suis fier d'appartenir à cette famille d'hommes et de femmes courageux.

À mes petits frères Mickael et Jonathan, je vous souhaite le meilleur dans les années à venir. Sachez que je suis fier de vous.

À mes parents, qu'ils trouvent un peu de sérénité.

À Viviane,

Merci pour ta générosité et ton investissement.

À mes amis,

À Anne Laure, Aurore, Linda, Bérengère, Aurélie, Sébastien et Joséphine,

Mes amis de toujours,

Malgré les difficultés et l'éloignement géographique, vous restez là pour moi. Les mots ne suffiront pas à vous exprimer ma gratitude. Vous êtes et resterez une famille.

À Thibault, Mélanie, Jorge Luis, Carminda,

Vous m'avez soutenu dans les moments de difficultés et de détresse. Vous m'honorez par votre amitié inconditionnelle.

À Emmanuel Gaboraud,

Ta présence bienveillante et tes nombreux conseils m'ont aidé en bien des domaines.

À Fabrice,

Tu m'as soutenu pendant ce travail.

Merci infiniment pour ta présence, ta patience et ta tolérance.

À ceux que j'ai oublié, veuillez me pardonner.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	15
MÉTHODE.....	17
POPULATION ETUDIÉE	17
PROCEDURE ET ANALYSE DES RESULTATS	18
<i>Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés</i>	<i>18</i>
RÉSULTATS.....	18
CARACTERISTIQUES DES MEDECINS (TABLEAU I)	18
LES VIOLENCES CONJUGALES DANS LEUR PRATIQUE LIBERALE.....	20
LE NOMBRE DE SITUATIONS RENCONTREES	20
LE TYPE DE VIOLENCES RENCONTREES (TABLEAU II)	20
QUELLES SONT LEURS REPRESENTATIONS ?	21
<i>Le rôle des médecins généralistes (Figure 2).....</i>	<i>21</i>
<i>Leur vision des violences conjugales.....</i>	<i>22</i>
<i>Leur vision des personnes qui vivent des violences conjugales.....</i>	<i>22</i>
<i>Les structures locales de lutte contre les violences conjugales.....</i>	<i>23</i>
QUELLE CONNAISSANCE DES VIOLENCES CONJUGALES ?	23
<i>Le niveau de connaissance auto évalué.....</i>	<i>23</i>
<i>Leurs sources de connaissances</i>	<i>24</i>
<i>Comment se positionnent-il par rapport à une formation future ?.....</i>	<i>24</i>
<i>Leur connaissance des ressources locales.....</i>	<i>24</i>
QUELLE STRATEGIE MEDICALE FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES ?.....	24
<i>Comment abordent-ils ces situations avec leurs patient(e)s ?.....</i>	<i>24</i>
<i>Leur démarche médicale dans le colloque singulier</i>	<i>25</i>
<i>Comment utilisent-ils les ressources locales ? (Figure 1).....</i>	<i>26</i>
<i>Quelle prise en compte des enfants exposés aux violences conjugales ?</i>	<i>27</i>
<i>Quelle prise en compte des auteurs de violences ?.....</i>	<i>27</i>
QUEL VECU FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES ?	28
<i>Les médecins sont-ils à l'aise face à ces situations ?</i>	<i>28</i>
DISCUSSION	29
CARACTERISTIQUES DES MEDECINS	29
LES SITUATIONS DE VIOLENCES CONJUGALES EN PRATIQUE LIBERALE.....	29
POSITIONNEMENT DES PRATICIENS PAR RAPPORT AUX VIOLENCES CONJUGALES ET AU ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	30
CONNAISSANCE DES VIOLENCES CONJUGALES	32
PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES DANS LE COLLOQUE SINGULIER.....	32
PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES ET SPHERE FAMILIALE	34
CONCLUSION	36
REFERENCES.....	37
ANNEXES	40

LES VIOLENCES CONJUGALES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE PRISE EN CHARGE INSUFFISAMMENT ÉLABORÉE

Intimate partner violence in general practice : a coverage with lack of elaboration

Leslie Seu [1], Jean Pierre Kahn [2], Paolo Di Patrizio [3]

1. Etudiante, 3ème cycle des études de médecine générale, Université de Lorraine,
2. Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Chef du Service de Psychiatrie et Psychologie Clinique, CHU de NANCY - Hôpitaux de Brabois, UFR de médecine Université de Lorraine,
3. Médecin généraliste, Professeur associé des universités de médecine générale, UFR de médecine Université de Lorraine.

INTRODUCTION

En France, au cours de l'année 2011, un homicide conjugal a été commis tous les 2,5 jours ; 122 femmes et 24 hommes sont ainsi décédés ; 15 enfants ont été témoins des scènes de crimes [1]. Les études réalisées sur ce sujet montrent une fréquence importante des violences conjugales, ainsi que la complexité du problème, auquel aucune catégorie sociale n'échappe [3, 6].

En 1996, une étude conduite en Loire Atlantique, auprès de plus de 400 médecins généralistes, a montré que 13 % d'entre eux évoquaient la possibilité d'attitudes provocantes de la femme, et ce quel que soit le sexe du médecin [7]. Un praticien était alors confronté en moyenne deux fois par an à une situation de violences conjugales ; les femmes médecins étaient le plus souvent sollicitées ; pour ces médecins, l'écoute, le conseil et l'information étaient effectivement de leur ressort [7]. Une autre enquête française, par auto questionnaire, conduite en 2000 auprès de 235 médecins généralistes, a mis en évidence que sur les 60 % d'entre eux ayant déclaré suivre des patientes victimes de violences conjugales, seuls 8 % avaient spontanément questionné les patientes à ce sujet [2]. Une autre recherche, nord-américaine,

publiée en 2012 et conduite auprès de 142 femmes victimes de violences conjugales, a montré que sur les 71 femmes qui ont divulgué leur situation à un professionnel de soins primaires, seules 22 d'entre elles en avaient parlé spontanément, toutes les autres l'avaient fait après avoir été interrogées par celui-ci. Parmi celles qui n'avaient pas divulgué leur situation, 63 % avaient déclaré qu'elles en auraient parlé si elles avaient été questionnées [8]. Les violences conjugales sont donc souvent cachées, et pourtant leurs retentissements somatiques, mais aussi psychologiques, sont nombreux et reconnus [1-16].

À l'heure actuelle, des questionnements demeurent concernant une démarche médicale type qui aurait des impacts positifs [10-12] ; il n'existe pas de recommandations de bonne pratique en France, contrairement à d'autres pays limitrophes, tel que la Belgique [3, 10] ; mais certaines attitudes pratiques se dégagent de la littérature [2, 5, 10-13]. Les recommandations de bonne pratique (grade C, basée sur une revue systématique de la littérature), diffusées en Belgique en 2009, vont dans le sens d'une démarche proactive de détection précoce des violences conjugales par les médecins généralistes, avec pour objectif de diminuer le risque de séquelles somatiques et psychiques graves, de faire baisser les décès des victimes, et d'améliorer la qualité des soins de ces patientes [10].

Une publication grecque rapporte qu'un médecin généraliste, exerçant à temps complet a une probabilité de voir, chaque semaine en consultation, plus de 5 femmes avec un vécu de violences conjugales dans l'année [17]. Les patientes victimes de violences conjugales consultent leur médecin généraliste en moyenne 5 fois plus que la population générale et pour des motifs divers [2-3, 7, 10]. Celles-ci consomment 4 à 5 fois plus de psychotropes que les femmes en population générale, et font 5 fois plus de tentative de suicide [2-3]. L'Organisation Mondiale de la Santé a évalué de 1 à 4 ans la perte d'années de vie en bonne santé de ces femmes [2, 13] (Annexe 1). Les hommes victimes, présentent quant-à-eux plus de syndromes dépressifs, de mésusage d'alcool ou de substances psychoactives, et développent ou aggravent,

tout comme les femmes, des pathologies somatiques et mentales [11]. On sait que les enfants témoins de violences conjugales présentent 10 à 17 fois plus de troubles affectifs et comportementaux (dépression, anxiété, stress post traumatique, trouble des conduites), que les enfants non exposés [16]. Les troubles du développement (langage, audition, troubles sphinctériens), les troubles somatiques (retard de croissance) sont également plus fréquents [3, 11-12, 16] (Annexe 2). Le médecin voit en consultation tant des enfants témoins, que des auteurs de violences. Ceux-ci consultent également pour des blessures graves liées à leurs comportements violents, des consommations de substances psychoactives, et des comportements sexuels à risques, selon une revue de la littérature nord-américaine [11].

Les objectifs de notre travail sont :

- 1) évaluer la manière dont les médecins généralistes prennent en charge les personnes victimes de ces violences, leurs auteurs et les enfants qui en sont témoins,
- 2) secondairement, de dégager des pistes d'amélioration possibles.

MÉTHODE

Population étudiée

39 médecins généralistes du département de Meurthe et Moselle, exerçant une activité libérale, ont été contactés par téléphone en janvier 2013. Nous les avons choisis de manière aléatoire, dans l'annuaire téléphonique du département. Contactés téléphoniquement, l'objet et le déroulement de la recherche leur ont été exposés. Après recueil de leur consentement téléphonique, un rendez-vous a été fixé dans leur cabinet médical, pour la réalisation d'un entretien individuel semi-dirigé. Au total, 26 médecins ont accepté de participer à notre recherche, soit 66,6 % des médecins contactés.

Procédure et analyse des résultats

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés

Cette méthode issue des sciences humaines et sociales s'est déroulée en plusieurs étapes :

- 1) L'élaboration d'un guide d'entretien [18], en collaboration avec le Service d'Epidémiologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy Brabois le Laboratoire de Psychologie de l'Université de Lorraine. Ce guide a permis d'explorer trois dimensions : les connaissances, l'attitude pratique, et la collaboration des médecins avec les ressources locales (Annexe 3).
- 2) Pour permettre l'émergence de représentations individuelles, des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés au cabinet médical de chaque praticien (du 21 janvier au 12 février 2013) [18-19, 21]. Ils ont duré environ 20 minutes et ont été enregistrés. L'obtention de la saturation des données recueillies a déterminé leur terme.
- 3) Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, puis exploités par la méthode d'analyse de contenus développée par Ghiglione et col [18, 20-21] ; à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo 10. La redondance de thèmes, constatée au fil du découpage et des relectures, a permis le repérage et la constitution de nœuds références, qui ont été à l'origine de la constitution de thèmes [18, 20-21].

RÉSULTATS

Caractéristiques des médecins (Tableau I)

Le panel a été constitué de 26 médecins d'une moyenne d'âge de 50 ans (écart type de 9,2 ans), les femmes étant en moyenne plus jeunes de 4 ans. La majorité du panel exerçait en cabinet médical de groupe et en zone semi-urbaine. Le nombre d'années moyen de pratique était de 19,9 ans (écart type de 9,6 ans). 50 % des médecins étaient installés depuis plus de 20 ans, 27

% depuis moins de 10 ans. Leurs lieux d'exercice ont été classés en deux catégories, inspirées de la définition des unités urbaines de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques [22]. Les zones rurales, pour les communes de moins de 2000 habitants ; les zones urbaines divisées en deux sous-catégories arbitraires : une zone semi-urbaine, pour les communes de 2000 à 20 000 habitants, et une zone urbaine pour les communes de plus de 20 000 habitants.

TABEAU I : Caractéristiques démographiques des médecins interviewés

Médecins	Age	Nombre d'années de Pratique	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
1. Homme	53 ans	25 ans	Rural	Cabinet de groupe
2. Femme	53 ans	24 ans	Urbain	Seule
3. Homme	58 ans	29 ans	Semi-urbain	Seul
4. Homme	53 ans	24 ans	Semi-urbain	Cabinet de groupe
5. Homme	57 ans	31 ans	Urbain	Cabinet de groupe
6. Homme	44 ans	14 ans	Semi-urbain	Cabinet de groupe
7. Femme	32 ans	1 an	Semi-urbain	Cabinet de groupe
8. Homme	36 ans	6 ans	Rural	Seul
9. Homme	59 ans	30 ans	Semi-urbain	Seul
10. Femme	55 ans	28 ans	Semi-urbain	Seule
11. Homme	51 ans	20 ans	Semi-urbain	Seule
12. Femme	65 ans	33 ans	Semi-urbain	Seule
13. Femme	53 ans	22 ans	Semi-urbain	Seule
14. Homme	56 ans	24 ans	Semi-urbain	Seule
15. Homme	53 ans	23 ans	Urbain	Cabinet de groupe
16. Homme	40 ans	3 ans	Semi-urbain	Cabinet de groupe
17. Homme	43 ans	12 ans	Semi-urbain	Cabinet de groupe
18. Femme	51 ans	24 ans	Urbain	Seule
19. Homme	54 ans	29 ans	Urbain	Seul
20. Femme	34 ans	1 an	Semi-urbain	Cabinet de groupe
21. Homme	61 ans	30 ans	Rural	Cabinet de groupe
22. Femme	35 ans	5 ans	Semi-urbain	Seule
23. Femme	41 ans	6 ans	Semi-urbain	Cabinet de groupe
24. Homme	46 ans	17 ans	Urbain	Cabinet de groupe
25. Femme	57 ans	17 ans	Semi-urbain	Cabinet de groupe
26. Homme	61 ans	29 ans	Urbain	Cabinet de groupe

Les violences conjugales dans leur pratique libérale

Le nombre de situations rencontrées

Les médecins ont rencontré en moyenne 3 cas au cours des 12 derniers mois (les femmes médecins 1,5 cas, les hommes médecins 4,25 cas de femmes victimes). Un médecin a déclaré n'avoir jamais été confronté à cela en 30 années de pratique et 8 autres n'en ont pas rencontré au cours des 12 derniers mois (5 hommes et 3 femmes). Concernant les hommes victimes de violences conjugales, ils ont fait l'objet de rares consultations au cours de la carrière des médecins interrogés ; 1 à 2 cas pour 3 femmes médecins (moyenne d'années de pratique de 16,1 ans avec un écart type de 11,3 ans) et 1 à 3 cas pour 10 hommes médecins (moyenne d'années de pratique de 21,6 ans avec un écart type de 8,6 ans).

Le type de violences rencontrées (Tableau II)

Les situations les plus fréquentes sont les violences physiques. Les violences psychologiques ont été vues par 1 médecin sur 2. Toutefois, les violences physiques, verbales et psychologiques sont fréquemment associées. Quant aux violences sexuelles intra conjugales, elles n'ont été évoquées que par 3 médecins interrogés.

TABLEAU II : Exemples de situations concrètes rencontrées en consultation

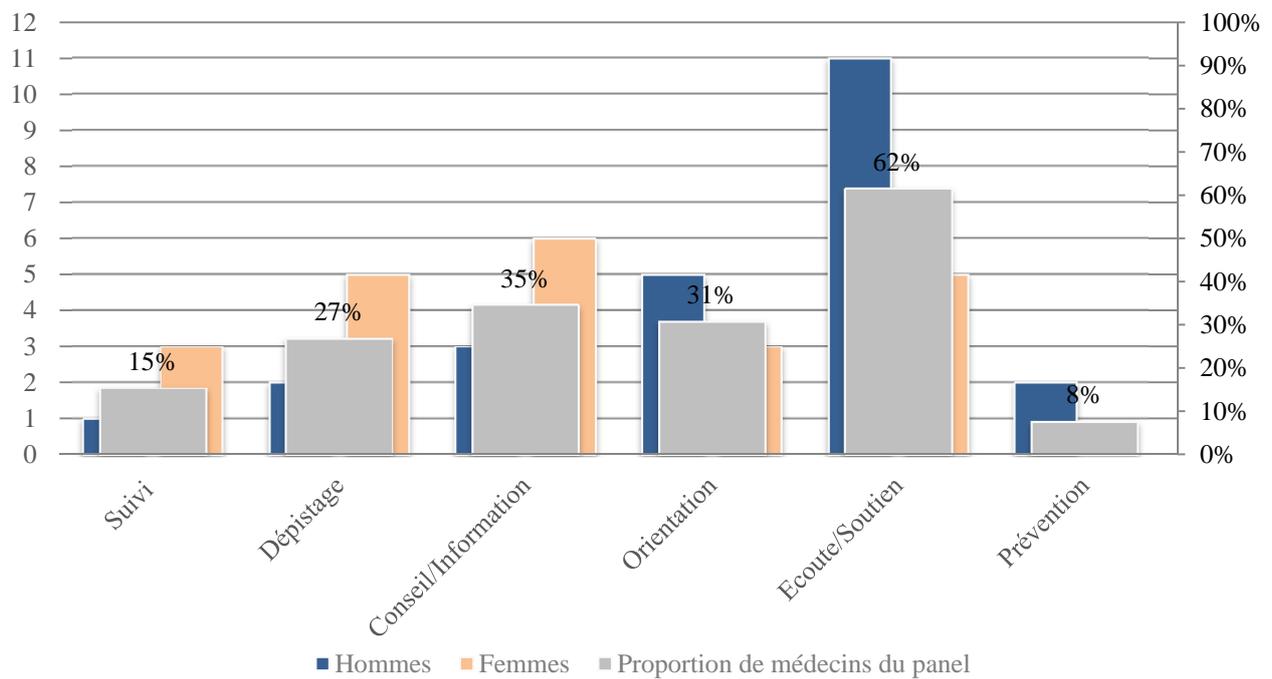
	Situations concrètes
M 21	<i>«... je n'ai jamais été témoin de violences conjugales, mais bon après tout peut-être que dans ma patientèle il existe des violences conjugales dont je ne suis pas le témoin, vous comprenez ?».</i>
M 7	<i>« ... elle venait régulièrement avec des hématomes au visage, aux bras etc. elle me disait : « on se bat avec mon conjoint dans le cadre du divorce »,... Même lui reconnaissait parfois qu'il n'en pouvait plus et qu'ils se battaient tous les deux,... ce qu'elle confirmait ».</i>
M 19	<i>« Le mari est tout bien, propre sur lui et en fait, de ce qu'elle raconte, ce sont des manœuvres de manipulation pour l'isoler, l'empêcher de voir ses amis, de consulter un psychologue, de voir son médecin, ce sont des humiliations, des insultes, des coups de pieds aux fesses etc.,... il la harcelait par téléphone, elle avait gardé quelques messages, elle m'en a fait écouter un, là tu atterris. Je la vois encore régulièrement, elle est toujours avec son mari et subit toujours de mauvais traitements ».</i>
M 15	<i>« Il a fallu que la dame aille en foyer, son mari la frappait, menaçait de la tuer avec un fusil, elle avait eu un cancer du sein et son mari la violentait, lui tapait sur l'autre sein avec la crosse du fusil en disant qu'il allait réveiller un cancer de l'autre côté... ».</i>

Quelles sont leurs représentations ?

Le rôle des médecins généralistes (Figure 1)

Ce rôle a été décrit comme difficile et primordial. La quasi-totalité des médecins interrogés définit leur rôle dans le soutien, l'écoute, le conseil et l'information. La prévention d'autres épisodes violents reste exceptionnellement évoquée.

Figure 1 : Rôle du médecin généraliste dans le contexte de violence conjugale



Leur vision des violences conjugales

Pour ces médecins, les violences conjugales sont :

- un phénomène complexe,
- un phénomène caché,
- avec des retentissements dramatiques,
- évolutif dans le temps,
- à rapprocher des addictions ; un contexte d'alcoolisation est parfois cité.

Leur vision des personnes qui vivent des violences conjugales

Les victimes sont décrites comme complices par 2 femmes médecins.

M 10 : « ... elles se font battre mais quelques fois on a l'impression qu'elles aiment bien, enfin je veux dire...c'est pas toujours évident,... quand il s'agit de prendre le taureau par les cornes et puis faire quelque chose il n'y a plus personne ».

Pour d'autres, il n'est pas simple de se sortir de ces situations.

M 6 : « *Il y a des gens qui vivent dans cette situation parce qu'ils ne peuvent plus trop faire autrement quoi, ... ils ne partent pas parce qu'ils ne peuvent pas* ».

Les médecins interrogés estiment que les violences conjugales concernent fréquemment des personnes issues de milieux précaires ; une minorité a déclaré que toutes les catégories sociales peuvent être touchées.

Les structures locales de lutte contre les violences conjugales

Lorsqu'ils connaissent les associations, le regard que les médecins portent sur celles-ci est plutôt positif.

M 14 : « *... c'est bien fait ça les associations, ... la prise en charge paraît rapide et efficace.* ».

La prise en charge par les services de police a donné lieu à un avis plutôt mitigé avec, par ailleurs, un regard négatif concernant la justice et certains services hospitaliers spécialisés.

M 13 : « *... la justice a du mal à s'y prendre, ... quand un juge retire la plainte bon, ... malheureusement comment la violence est gérée sur X. je connais...* ».

Une attitude de méfiance à l'égard des services sociaux a été décrite par un des médecins interrogés.

M 1 : « *... les services sociaux accusent souvent à tort, ou peut-être sont mal placés et des fois accusent les parents, ... on a tendance à leur taper sur le dos peut être à tort...* ».

Quelle connaissance des violences conjugales ?

Le niveau de connaissance auto évalué

Le niveau de connaissance n'a été abordé que par 11 médecins du panel. Ils l'ont jugé plutôt faible, à l'exception d'une femme ayant une très grande connaissance du sujet, du fait d'un passé personnel de violences conjugales.

Leurs sources de connaissances

Le cursus universitaire n'est pas source de connaissance. Aucun médecin n'a suivi de cours théoriques sur ce thème. Une femme a bénéficié d'une approche pratique lors de son stage au Service d'Accueil des Urgences. Un confrère et 2 consœurs ont suivi une formation post universitaire sur le sujet.

M 25 : « *Je ne pense pas qu'on ait un séminaire uniquement sur la question mais c'est abordé dans le séminaire de gynéco, dans les séminaires de psychothérapie au quotidien..* ».

La source principale de connaissance citée est l'expérience professionnelle, suivi de la lecture de la presse médicale, de la presse spécialisée, et des médias grand public. La collaboration active avec une association œuvrant dans le domaine a été utile pour 2 médecins.

Comment se positionnent-ils par rapport à une formation future ?

1/3 des médecins seraient intéressés, notamment si le sujet portait sur le repérage de ces situations, la place du médecin généraliste dans la prise en charge. Les freins à cette formation sont le manque de temps disponible, le peu de cas dans leur pratique quotidienne. La plupart estime que la connaissance du dispositif local de prise en charge des victimes serait suffisante.

Leur connaissance des ressources locales

Plus de 2/3 des médecins ont une méconnaissance des associations locales de lutte contre les violences conjugales, et du numéro vert national, cité par un seul médecin interrogé.

M 17 : « *... ça c'est des choses qu'elles connaissent souvent mieux que moi, ... je serais plus pour inciter la patiente à aller vers ce type d'associations, à elle de faire sa démarche .* ».

Quelle stratégie médicale face aux violences conjugales ?

Comment abordent-ils ces situations avec leurs patient(e)s ?

3 approches ont été mises en évidence.

- L'absence d'évocation : seuls 2 médecins n'ont jamais abordé cette question au cours d'une consultation. L'un n'a pas mis en place de prise en charge (les violences étaient rapportées par un tiers). L'autre médecin n'a pas eu à gérer de telles situations.

M 21 : *«... Je n'ai jamais été témoin de violences conjugales, mais bon, après tout peut-être que dans ma patientèle il en existe dont je ne suis pas le témoin,... je connais bien les familles que je soigne, depuis longtemps puisque ça fait 35 ans que j'exerce, donc je ne pense pas être passé à côté...».*

- L'évocation des violences, à la demande des victimes elles-mêmes, pour un peu plus d'1/3 des médecins. Cette approche a pour déterminant la relation médecin malade, le statut de médecin de famille, et la légitimité du médecin.

M 5 : *« C'est des gens qui viennent parler,... des fois on a des soupçons, mais bon encore faut-il que les gens en parlent... »,*

M 17 : *« Si vous êtes au courant de choses et que vous lui en parlez sans qu'elle ne vous en ait parlé, ou si on tend la perche et qu'elle ne répond pas elle va se sentir trompée...»,*

- L'évocation spontanée, au moindre doute (souffrances physiques ou psychologiques), pour 1 médecin sur 2.

M 25 : *«...je fais une consultation annuelle, j'ai des questions ciblées, du type « comment se passe les relations sexuelles dans votre couple ? », « Comment se passe vos relations dans votre couple ?... les relations sexuelles, les relations autour de la gestion de la maison, les relations en extérieur etc....».*

Leur démarche médicale dans le colloque singulier

L'élément le plus fréquemment rapporté (environ 2/3 du panel) est la rédaction d'un certificat médical descriptif de coups et blessures. La moitié des médecins ont conseillé aux patientes d'aller porter plainte ou tout au moins de réaliser une main courante. Il a fallu pour certain

faire comprendre l'anormalité de la situation et le risque d'aggravation au cours du temps des comportements violents. L'écoute, l'empathie, la déculpabilisation sont des principes avancés par les médecins. Rarement (2 médecins), les praticiens sont allés jusqu'à conseiller la séparation; la plupart aide les victimes à prendre elles-mêmes ce genre de décisions. La gravité de la situation a rarement été citée comme mode d'évaluation. Les violences graves, nécessitant une prise en charge urgente, sont considérées comme rares en cabinet de médecine générale. La prise en charge somatique et psychologique n'a été que rarement citée. La prise en charge des hommes victimes n'a été évoquée que par un médecin.

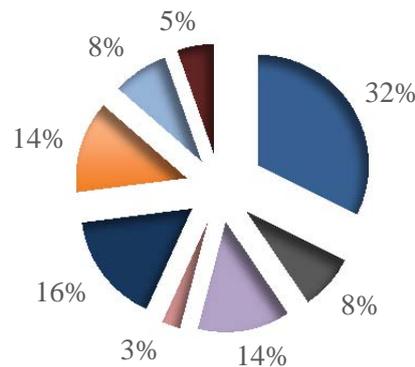
M 15 : «... *si la victime est un homme, c'est un peu plus délicat parce que les choses ne sont pas faites.* ».

Comment utilisent-ils les ressources locales ? (Figure 2)

Le premier recours est constitué par les services de police, viennent ensuite les psychologues ou psychiatres, les services sociaux et les numéros verts, puis en dernier lieu les associations, les avocats et puis les foyers d'accueil. Les orientations vers les associations locales sont faites par téléphone ou par courrier.

Figure 2 : Ressources locales sollicitées par 20 médecins

- Services de police (6 Hommes, 6 Femmes)
- Avocats (2 Hommes, 1 Femme)
- Numéros verts (3 Hommes, 2 Femmes)
- Intervenants extérieurs sans précisions (1 Homme, aucune Femme)
- Psychologue/Psychiatre (6 Hommes, aucune Femme)
- Services sociaux (2 Hommes, 3 Femmes)
- Associations dédiées à la lutte contre les violences (1 Homme, 2 Femmes)
- Foyers d'Accueil (2 Hommes, aucune Femme)



Quelle prise en compte des enfants exposés aux violences conjugales ?

La majorité du panel n'a jamais constaté d'éléments évocateurs d'une souffrance chez ces enfants. Certains ne considèrent pas la présence de violences conjugales dans le suivi pédiatrique.

M 23 : « *c'est vrai qu'on y pense pas des masses* ».

D'autres, portent une attention particulière aux enfants exposés.

M 1 : « *... je l'ai dans un coin de ma tête, s'il y a des choses qui m'interpellent je fais attention...* ».

Quelle prise en compte des auteurs de violences ?

L'approche des auteurs de violences se fait soit de manière impartiale, avec une réelle prise en charge, soit avec une posture de rejet.

M 15 : « ...il ne faut pas le voir uniquement comme un coupable, c'est une victime coupable voilà, face à un mot qui va lui être prononcé, le violent va entrer dans un mécanisme de violence, alors que s'il travaillait là-dessus, peut-être qu'il pourrait évacuer. ».

M 26 : « Les hommes violents, je ne les soigne pas, enfin bon je plaisante mais, je ne suis pas trop les hommes violents ».

Quel vécu face aux violences conjugales ?

Les médecins sont-ils à l'aise face à ces situations ?

2/3 d'entre eux se disent à l'aise face aux situations de violences conjugales.

M 19 : «... ça ne me met pas en difficulté moi personnellement en tant qu'homme ou en tant que médecin,... le fait d'avoir vu beaucoup de choses fait qu'on arrive à avoir la bonne distance et puis à être à la fois très à l'écoute, très proche des gens tout en se protégeant... ».

Les autres se sont déclarés mal à l'aise ; cette gêne prend sa source dans un sentiment d'impuissance, dans l'incompréhension de l'ambivalence des patientes, dans la difficulté à conserver une certaine distance, ainsi que dans un sentiment de manque de compétence.

M 13 : «... il a été condamné, elle a quand même fait un bébé avec,... alors moi j'ai du mal à comprendre, alors porter plainte parce que le mec vous a violé et puis vous couchez avec et puis vous faites un bébé,... plus ça avance moins je comprends »,

M 16 : « ...l'idéal ce serait que j'arrive plus à maîtriser les rouages, la technique pour pouvoir justement mieux les conseiller, peut-être là-dessus être un peu plus performant. Par contre ne pas trop m'impliquer moralement, affectivement parce que finalement on a plutôt tendance à projeter ses propres émotions... ».

Une attitude prudente est prônée par certains médecins, par peur d'être manipulés par les patients, et en raison de la crainte de répercussions médico-légales.

M 14 : « C'est difficile,... en plus il faut être sûr que ce soit vrai, que ce ne soit pas la personne qui ait exagéré ou qui, ce serait de l'automutilation, ça arrive aussi... ».

M 10 : «... je ne veux pas devoir me présenter devant un tribunal, parce que je me suis trop impliquée dans une affaire, et que le mari ou quoi ou qu'est-ce m'attaque pour ceci ou pour cela... ».

DISCUSSION

Grande cause nationale de l'année 2010 [4, 16], les violences faites aux femmes sont un sujet de préoccupation nationale et internationale, de par leurs graves répercussions en terme de santé [1-8, 10-16]. Pour autant, la prise en charge de ces situations en médecine générale semble résulter d'un certain degré d'improvisation. Notre enquête met clairement en lumière un manque de connaissance globale des médecins généralistes, confirmé par d'autres études [6, 9]. Les enseignements universitaires et post universitaires au sujet des violences conjugales sont nettement insuffisants.

Caractéristiques des médecins

La moyenne d'âge des médecins généralistes en activité en 2014, quel que soit le mode d'exercice, est de 51 ans ; les praticiens exerçant une activité libérale sont représentés par 66% d'hommes et 34 % de femmes. Ces données sont superposables aux caractéristiques des médecins de notre étude [23]. Ces médecins ont apprécié l'aspect plus humain de ce dispositif de recherche. Les 13 médecins (6 femmes et 7 hommes), contactés par téléphone, et qui n'ont pas participé à l'enquête, manquaient de temps pour 4 d'entre eux, étaient en retraite pour 2 autres, ou n'avaient jamais été confrontés à des situations de violences conjugales au cours de leur carrière.

Les situations de violences conjugales en pratique libérale

Les médecins interrogés ont déclaré une moyenne de 3 cas par an (allant de 0 à 20). Ces chiffres déclaratifs sont à relativiser. En effet, ils sont issus de la mémorisation des cas, qui

peut différer de la réalité ; une étude prospective aurait permis plus de précisions, toutefois nous nous intéressons, dans notre enquête, au vécu et au ressenti des médecins. D'autre part, les motifs de consultation des patient(e)s victimes de violences conjugales ne sont que rarement explicites [2, 5, 10]. La question de la mise en évidence des violences conjugales est ici interrogée.

Les hommes du panel ont été confrontés à des patientes victimes 2,8 fois plus que les femmes. La tendance est identique pour les victimes masculines ; ce résultat nous a surpris compte tenu des données de la littérature [7]. Pourtant, la majorité des femmes médecins abordent spontanément, et au moindre doute cette question. Une perception inégale du seuil de violence entre les hommes et les femmes médecins, ou une différence dans la définition des violences, pourrait-être à l'origine de cet écart. Mais la possibilité que les patient(e)s aient plus de difficultés à se confier à une femme médecin au sujet de violences subies n'est pas à exclure.

Les femmes victimes sont au premier plan. En effet, les hommes consultent moins fréquemment un professionnel de santé après avoir subi une violence interpersonnelle de manière générale [4], et se confient moins que les femmes sur les questions d'ordre émotionnel [3, 10].

Les violences physiques sont plus rencontrées ; elles sont plus facilement évoquées et constatées [4]. La révélation des violences sexuelles survient de manière plus tardive par rapport aux autres types de violences conjugales subies [4].

Positionnement des praticiens par rapport aux violences conjugales et au rôle du médecin généraliste

Il est souvent le premier, voire le seul interlocuteur pour les victimes [2, 5-6, 13]. Les médecins de notre enquête se disent plutôt à l'aise avec les situations de violences conjugales, tout comme dans d'autres études [6, 9]. Il ne semble pas y avoir de contradiction entre le nombre de

médecins (16) affirmant une aisance et le questionnement spontané des patientes (13 médecins), contrairement aux constats d'autres études antérieures [6, 9].

Le rôle d'écoute, de conseil et d'information leur semble naturel. Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés par Chambonet et col [7]. Cette représentation est en cohérence également avec les attentes des patientes victimes envers leur médecin généraliste, c'est à dire, de l'empathie, du soutien, une écoute, une information [8, 13].

Les médecins de notre étude semblent néanmoins avoir des difficultés à appréhender les violences. Ils en ont une vision réaliste pour ce qui est de la complexité et la fréquente confidentialité du problème ; en effet, les victimes ont tendance à garder le silence. Une femme subit en moyenne 35 actes de violence avant de révéler sa situation [10]. Les principaux freins à la divulgation sont la honte, la peur d'être jugées, le manque de confiance en leur médecin, l'absence de moments seuls avec lui [2, 13], la crainte de voir leurs enfants placés, ou encore la barrière de la langue [2].

En ce qui concerne les mécanismes des violences conjugales, ils sont mal connus, et mal compris. Un sentiment d'impuissance est bien présent chez ces médecins, quel que soit leur sexe et leur nombre d'années de pratique, du fait de l'ambivalence des patientes et du sentiment d'incompétence ressenti par les médecins ; les difficultés se rapportant à la relation médecin/malade dans ce contexte sont rapportées dans d'autres études [7, 13]. Pour une minorité d'entre eux, il existe une attitude prudente et de méfiance vis à vis des personnes concernées par les violences conjugales. Certains médecins pensent que les violences intra familiales sont en lien avec des situations de précarité ; pourtant les critères socio-économiques ne sont pas discriminants, les violences conjugales touchent l'ensemble des classes sociales [2, 5, 7]. Tout ceci contribue certainement à une sous-évaluation du problème par les médecins généralistes.

Connaissance des violences conjugales

Les sources de connaissances sur les violences conjugales des médecins sont diverses, elles proviennent surtout de leur expérience pratique et de leur culture générale, et non de leur formation médicale. Les médecins de notre étude ont conscience de leurs lacunes face à ces situations, et ils ne sont d'ailleurs pas fermés à la formation. En 2010, en Grèce, un programme de formation dédié aux généralistes a été évalué [15]. Il a été bien accepté par les praticiens. Il a permis d'améliorer nettement les connaissances perçues des médecins, et l'état des compétences ressenti, immédiatement après l'intervention, et à 12 mois. L'enquête a montré un meilleur score de connaissances à 12 mois chez les étudiants, laissant présager la pertinence d'une formation universitaire. En revanche, il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative dans la détection de nouveau cas, entre les médecins testés et le groupe contrôle. Une insuffisance du programme ou une difficulté pour les médecins de mettre en pratique leurs connaissances au quotidien pourrait expliquer ces constatations. Bien que non généralisable, cette étude nous donne des pistes. Une formation avec des effets durables dans le temps est possible [18].

Prise en charge des violences conjugales dans le colloque singulier

Les médecins évoquent le sujet de manière hétérogène. La moitié d'entre eux l'a fait spontanément, au moindre doute, d'autres ont attendu l'initiative des patientes, et une minorité n'a jamais abordé ce sujet en consultation. La difficulté à aborder la question des violences subies avec leurs patientes constatée dans notre présent travail, a été mise en évidence dans d'autres études [2, 6, 8-9]. Une enquête qualitative Danoise, publiée en 2014, et réalisée auprès d'un panel de médecins généralistes plus petit que celui de notre étude, trouvait des médecins plutôt confiants quant à leur capacité à détecter les violences conjugales, mais ces derniers, posaient la question de façon indirecte, en cas d'incohérence entre les blessures physiques constatées et le récit des patientes [6]. Ramsay et col, mettent en évidence dans leur étude que

les médecins, s'ils reconnaissent les conséquences médicales des violences conjugales, restent réticents à poser la question à leurs patientes ; 40 % de leur cohorte de 48 médecins ne posent pas de questions s'ils constatent des blessures [9]. La littérature nous dit, entre autre, que le médecin généraliste doit détecter les cas de violences conjugales, alors que le dépistage systématique ne fait encore pas l'objet d'un consensus [8, 11-12]. Les études n'ont pas montré de preuves suffisantes du bénéfice apporté aux patientes, pour se prononcer pour ou contre celui-ci [11-12]. D'autres, mettent en lumière le caractère acceptable du dépistage systématique [6, 11-12]. Les recherches sur la victimisation des hommes dans le cadre conjugal sont, quant à elles encore limitées, et difficiles à interpréter [11]. Mais, on sait les conséquences somatiques et psychologiques des violences conjugales ; on sait également que les patientes victimes considèrent approprié d'être interrogées par leur médecin à ce sujet, si les questions sont posées de manière non directive et en dehors de tout jugement [6, 9-14]. Ces patientes veulent, en plus, que le médecin persévère si elles nient ; elles espèrent qu'il les croit [13]. De plus éluder la question des violences conjugales peut entraîner des erreurs de diagnostic, de traitements, voir multiplier la réalisation d'exams complémentaires inutiles, voir iatrogènes [6, 10].

La rédaction d'un certificat médical de coups et blessures, très important dans la prise en charge des patients victimes, est presque un automatisme pour les médecins de notre étude. Il est conseillé que ces certificats soient rédigés par les Unités de Médecine Légale ; qu'en sera-t-il alors du rôle du médecin généraliste ?

La proportion de médecins conseillant la séparation du couple est faible dans notre travail, en comparaison avec l'enquête de Morse et col publiée en 2012 [8]. Les patientes préfèrent qu'on leur donne les différentes options possibles, plutôt que de recevoir le conseil de partir [6, 8]. La séparation n'est par ailleurs pas synonyme de résolution des problèmes, elle se caractérise souvent par une escalade des violences [1-3, 8, 12, 15] ; dans l'étude de Ramsay et col, seul 36 % des médecins interrogés ont conscience de ce paramètre [9]. Ce parti pris est déconseillé [3,

8, 12]. Les femmes avec un passé de violences conjugales décrivent elles-mêmes leur changement de situation comme un processus long et progressif pouvant durer de quelques mois à plusieurs années [14].

La prise en charge somatique et psychologique, ainsi que le suivi et la prévention, ne sont que peu cités dans notre enquête, probablement en raison de leur caractère indissociable avec la pratique médicale quotidienne pour les premiers aspects. Le suivi et la prévention, le sont peut-être uniquement pour les médecins à l'aise avec ces situations.

La prise en compte de la sécurité des patientes est ici reléguée au dernier plan, comme dans l'étude de Ramsay et col [9], ou celle de Morse et col, dans laquelle 8 % seulement des 142 femmes interrogées se sont vues prodiguer une information en vue d'élaborer un plan pour leur sécurité [8].

Un peu plus de la moitié des médecins de notre enquête méconnaissent les associations locales dédiées à la prise en charge des violences conjugales (Annexe 4). Ce constat, associé aux rares opinions négatives citées par quelques praticiens, peut expliquer que les ressources locales soient sous-exploitées. Une tendance similaire est retrouvée dans la littérature [2, 6-9, 13]. Dans l'enquête prospective de Ramsay et col, 80 % des médecins ont déclaré ne pas avoir connaissance des ressources locales ; 59 % ont pensé être capables d'orienter leurs patientes de manière appropriée ; seul 40 % d'entre eux ont effectivement orienté celles-ci [9]. Une minorité d'opinions négatives sur les ressources est également mis en évidence dans l'enquête qualitative Danoise [6]. Il est important d'informer les patientes sur les ressources disponibles car lorsqu'elles en ont connaissance, elles sont davantage enclines à remettre en question leur situation et à initier un changement opportun [7-8, 10, 14, 17-18].

Prise en charge des violences conjugales et sphère familiale

La prise en compte de la situation particulière des enfants témoins des violences conjugales est faible dans notre recherche, alors que l'enfant sera parfois le 1^{er} indice visible de violences

conjugales [10]. Dans une revue de la littérature irlandaise, on peut trouver les résultats d'une enquête anglaise, publiée en 2000, et conduite auprès de 54 enfants et 48 mères. Cette recherche a montré que les enfants étaient témoins de 71 % des agressions physiques, et de 10 % des viols subis par leur mère [15]. Une autre étude, belge, nous dit que les enfants sont d'autant plus témoins que les cas de violences sont graves ou très graves [10]. Les études d'impact des violences conjugales sur les enfants, malgré les difficultés méthodologiques à les évaluer de manière isolée à d'autres facteurs traumatiques, ont montré le lien entre exposition à ces violences et répercussions cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales [3, 11-12, 15-16]. Le lien avec des violences physiques et sexuelles directes a aussi été démontré [2-3, 5, 10-12, 15-16] ; elles surviennent dans 14 à 64 % des cas selon les études [10-11, 15]. La reproduction de la violence [2, 11, 16], et la victimisation à l'âge adulte de ces enfants, sont également en jeu [1, 11]. Aux vu de ces constatations, le médecin devrait connaître les impacts collatéraux des violences conjugales, et, selon la littérature, particulièrement s'attacher à évaluer les risques et les conséquences de ces violences sur les enfants exposés [10, 12, 16]. Une démarche médicale appropriée reste à définir [15]. Les articles 43 et 44 du code de déontologie médicale nous rappellent que le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ; le praticien se doit d'alerter les autorités judiciaires ou administratives lorsqu'il discerne qu'une personne mineure est victime de sévices, ou de privations [24].

La prise en compte des auteurs de violences est quant à elle anecdotique ; en 1996, dans l'enquête de Chambonet et col, le conjoint n'était que rarement rencontré [7]. Peu d'enquêtes permettent de définir une attitude appropriée à adopter vis-à-vis d'eux [11]. Théoriquement, les identifier, dans une démarche respectueuse, les aider à comprendre que leur comportement est inacceptable et que les conséquences en sont graves, peut contribuer à encourager un

changement, et par ce fait rompre le cycle de transmission intergénérationnel des comportements violents [11].

Les recherches en conflit familial ont décelé de hauts niveaux de violences mutuelles au sein des couples hétérosexuels dans lesquels des violences conjugales existent [11]. Cela laisse imaginer qu'un nombre non négligeable d'auteurs de violences sont aussi victimes.

CONCLUSION

Les médecins généralistes ont conscience des répercussions sanitaires des violences conjugales. Ils ont conscience de l'importance de leur rôle dans ces situations complexes. Ils se disent plus ou moins à l'aise en fonction des études et la difficulté de prise en charge globale dans ce contexte est constamment retrouvée en France, comme à l'étranger [6-10]. Le manque de connaissances précises concernant les violences conjugales et les ressources locales disponibles, n'est pas exclusivement le fait des médecins de notre enquête [6, 7, 9]. Pour autant, ils pratiquent dans ces situations, avec leur expérience pratique, et leurs qualités humaines. La rédaction d'un certificat médical de coups et blessures semble être entré dans les « mœurs » médicales, contrairement à d'autres aspects du problème, tel que l'orientation des victimes vers des associations dédiées, et la prise en compte de la particularité de la situation, dans le suivi des autres membres de la famille. Une amélioration des connaissances des médecins généralistes sur le sujet des violences conjugales, devrait leur permettre une meilleure prise en charge des patientes victimes, de leurs enfants, et des auteurs, en coordination avec le dispositif national actuel.

REFERENCES

- [1] Délégation aux victimes, Ministère de l'intérieur. Etude National sur les morts violentes au sein du couple 2011.
- [2] Morvan C, Lebas J, Cabane J, Leclerc V, Chauvin P. Violences conjugales. La revue du praticien, médecine générale 2005; 702/703:945-954.
- [3] Offermans AM, Kacenenbogen N. La prévalence des violences entre partenaires. Pourquoi la détection par le médecin généraliste? Rev Med Brux 2010;(31)4:403-414.
- [4] Beck F, Cavalin C, Maillachon F. Violence et santé en France: état des lieux. Direction de l'information légale et administrative. Paris: La documentation française, 2010.
- [5] Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Octobre 2008;17-24.
- [6] Mørk1 T, Tanggaard Andersen P, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. BMC Women's Health 2014;14:74.
- [7] Chambonet JY, Douillard V, Union J, Mallet R. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. La revue du praticien, médecine générale 2000;(14)507:1481-1485.
- [8] Morse DS et al. « They told me to leave » : How health care providers adress intimate partner violence. J Am Board Fam Med 2012;25(3):333-342.
- [9] Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Brit J Gen Pract 2012; 62(602):647-55.

- [10] Kacenenbogen N, Offermans AM. La détection et l'accompagnement des patients victimes de violence entre partenaires par le médecin généraliste. *Rev Med Brux* 2010;(31)4:415-425.
- [11] Leigh S, Kimberg MD. Addressing intimate Partner violence with male patients : a review and introduction of pilot guidelines. *J Gen Intern Med* 2008; 23(12):2071-2078.
- [12] Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison S. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician* 2011;(83)10:1165-1172.
- [13] Gobert M. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler...Thèse d'exercice de médecine 2012, Université Claude Bernard Lyon 1.
- [14] Chang JC, Dado D, Hawker L, Cluss PA, Buranosky R, Slagel L et al. Understanding turning point in intimate partner violence : factors and circumstances leading women victims toward change. *J Womens Health* 2010;(19)2:251-259.
- [15] Holt S., Buckley H., Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people : A review of the literature. *Child Abuse & Neglect* 2008;32:797-810.
- [16] Coutanceau R, Smith J, Basencio B, Besset MO, Blachere P, Bornstein S et al. Violence et famille comprendre pour prévenir. Paris: Dunod, 2011:21-31/ 69-131.
- [17] Papadakaki M, Pelridou E, Kogevinas M, Lionis C. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC Medical Education* 2013;13:46.
- [18] Blanchet A, Bézille H, Florand MF, Giami A, Guist-Desprairies F, Gotman A et col. L'entretien dans les sciences sociales, l'écoute, la parole et le sens. Paris : Bordas, 1985:47-77.
- [19] Blanchet A. Dire et faire dire, l'entretien. Paris : Armand Colin, 1991:9-29/91-119/143-160.

- [20] Ghiglione R, Blanchet A. Analyse de contenu et contenus d'analyses. Paris : Dunod, 1991:103-109.
- [21] Frappé P. Initiation à la recherche. Mayenne : GMS Santé, 2009:43/103/107/141.
- [22] www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm
- [23] Bouet P, Rault P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1 er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- [24] www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medecale-915.

ANNEXES

Annexe 1 : Conséquences sur la santé des violences entre partenaires [3]

Impact sur la morbi-mortalité	
Général	Maternité (Reproduction)
<ul style="list-style-type: none"> • Plaintes somatiques chroniques • Dépression, anxiété, idées suicidaires, tentative de suicide • Troubles alimentaires et gastro-intestinaux • Alcoolisme et abus de substances • Troubles du sommeil, asthénie persistante • Douleurs chroniques, céphalées, dorsalgies, arthralgies • Symptômes neuro-végétatifs : paresthésies, malaise • « Shaken adult » syndrome • Angoisse, perte de connaissance • Symptômes cardio-vasculaires, HTA, douleurs thoraciques • Aggravation pathologie chronique préexistante : diabète, asthme, angor 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de contrôle sur la décision de maternité • Rapports non protégés • IST • Dyspareunie, rapports sexuels traumatiques • Baisse de la libido • Grossesse non désirée, non programmée • Risque vital maternel et foetal • Complications de la grossesse

Conséquences des violences durant la grossesse		
Maternité (Reproduction)	Grossesse	Fœtus
<ul style="list-style-type: none"> • Retard de soins prénataux • Retard de croissance intra utérin • Infections materno-fœtales • Aggravation d'une maladie chronique • Stress, dépression maternel • Traumatismes abdominaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Fausse couche • Hémorragies • Rupture prématurée des membranes • Accouchement prématuré • Rupture placentaire • Travail compliqué 	<ul style="list-style-type: none"> • Petit poids de naissance, hypotrophie • Traumatisme foetal • Décès foetal

Annexe 2 : Symptômes chez l'enfant, de l'exposition aux violences conjugales en fonction des différentes étapes de son développement (Vouche, 2009) [17]

Bébés	Enfants d'âge préscolaire	Latence (5-12 ans) Classes primaires
<ul style="list-style-type: none"> • Retard staturo-pondéral • Inattention • Perturbations des habitudes d'alimentation et de sommeil • Retards du développement 	<ul style="list-style-type: none"> • Actes d'agression • Dépendance • Anxiété • Cruauté envers les animaux • Actes de destruction de biens • Symptômes de stress post traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Brutalité à l'égard des autres • Agressivité générale • Dépression • Anxiété • Repli • Symptômes de stress post traumatique • Comportement oppositionnel • Destruction de biens • Mauvais résultats scolaires • Manque de respect à l'égard des femmes • Convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes

Début de l'adolescence	Fin de l'adolescence 15-18 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Violence à l'égard des personnes qu'ils fréquentent • Brutalité • Manque d'estime de soi • Suicide • Symptômes de stress post traumatique • Pratique de l'école buissonnière • Problèmes somatiques • Manque de respect à l'égard des femmes • Convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Violence à l'égard des personnes qu'ils fréquentent • Abus d'alcool ou de drogues • Désertion du foyer, fugues • Baisse soudaine des résultats et de la fréquentation scolaire (absentéisme) • Manque de respect à l'égard des femmes • Convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes

Informations concernant le médecin

Sexe :

Age :

Mode d'exercice :

Année d'installation :

Thème n° 1: Connaissances, intérêt pour le sujet

1. J'aimerais connaître votre opinion sur le rôle du médecin généraliste dans les situations de violences conjugales
2. Quels types de violences conjugales avez-vous rencontré dans votre carrière de généraliste ?
3. Quelles sont vos sources de connaissances concernant ce sujet ?

Thème n° 2: Diagnostic et prise en charge

1. Combien de personnes concernées par les VC avez-vous rencontré ces 12 derniers mois ?
2. Quels éléments dans la sphère familiale ont pu vous mener à évoquer des VC ?
3. J'ai une question à poser en rapport avec votre vécu personnel de ces situations, que ressentez-vous face à celles-ci ?
4. Quelle attitude pratique avez-vous eu devant une suspicion de VC ?
5. Quelle attitude pratique avez-vous eu devant une révélation de VC ?

Thème n° 3: Connaissance et exploitation des ressources locales

1. L'opportunité de discuter des ressources locales avec un(e) patient(e) s'est-elle déjà présentée ?
2. Etes-vous déjà rentré en contact avec une/plusieurs de ces ressources locales ?
3. J'aimerais savoir au fond si une collaboration avec le réseau est envisageable, et sous quelle forme ?

Annexe 4 : Coordonnées des ressources locales

- L'Unité Médico – Judiciaire : Centre Hospitalier Universitaire de Nancy Brabois, 03 83 15 51 30 (ou 31).
- La Maternité Régionale Adolphe Pinard : 10 Avenue Docteur Heydenreich Nancy, 03 83 34 44 44.
- Les services Judiciaires :
 - . Bureau d'Aide aux Victimes, Hôtel de Police, 38 bd Lobau, Nancy, 03 83 17 28 48.
 - . Avocats de permanence, Tribunal de Grande Instance de Nancy, 06 27 09 14 15.
 - . Maison de Justice et du droit,
 - . Nancy Haut du Lièvre, 17 bis rue L. Bonnevoy, 03 83 97 03 11,
 - . Tomblaine, place Ernest Renan, 03 83 21 6965,
 - . Vandoeuvre, 5 place de Paris, 03 83 55 10 34,
 - . Toul, Centre Malraux, place H. Miller, 03 83 64 66 60.
- Le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) : 1 rue du Manège, Nancy, 03 83 35 35 87.
- Le Grand Nancy Aide aux Victimes (GNAV) : Cité Judiciaire Nancy, 03 83 90 22 55.
- L'association « Anne » : Cité Judiciaire Nancy, 03 83 90 35 90.
- Le Service d'Accueil et d'Orientation Réinsertion - Accueil Réinsertion Sociale (SAO - ARS) : 15 rue Gilbert, Nancy, 03 83 19 21 31.
- L'association « Terres à Vivre » : 28 rue JB Thiery Solet, Nancy, 06 76 26 02 35.
- L'association « Regain 54 » : 87 bis avenue du Général Leclerc Nancy, 03 83 15 10 50.

VU

NANCY, le 8 septembre 2014

Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le 9 septembre 2014

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6635

NANCY, le 15 septembre 2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Pour le Président et par délégation
Le Vice-Président

Martial DELIGNON

L'auteur se propose d'évaluer la manière dont les médecins généralistes prennent en charge les personnes victimes de violences conjugales, les enfants témoins et les auteurs de violences, dans un contexte où aucune recommandation de bonne pratique n'existe en France.

Ce travail, qui fait l'objet d'une soumission à publication, résulte d'une enquête qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, menés auprès d'un panel de 26 médecins généralistes qui exercent une activité libérale en Meurthe et Moselle.

À partir d'un guide d'entretien, l'auteur a exploré les connaissances, les attitudes pratiques des médecins, et leur collaboration avec les ressources locales. Cette enquête donne accès également à certaines représentations des médecins généralistes concernant ces situations complexes. Ce travail nous montre que, malgré les retentissements somatiques et psychologiques potentiellement graves des violences conjugales, des difficultés à aborder la question avec les patients persistent chez les médecins généralistes. Des lacunes de connaissances, notamment concernant les associations locales dédiées, ainsi qu'un manque d'intégration de la sphère familiale à leur approche du problème sont mis en lumière.

Cette étude révèle aussi que les médecins déplorent que le sujet des violences conjugales ne fasse pas partie du cursus universitaire et soit souvent absent de la formation post-universitaire, laissant chaque médecin exercer selon son expérience pratique, sa culture générale, et ses propres qualités humaines.

Dans sa conclusion, l'auteur préconise que cette question puisse être traitée dans le cursus initial ou le Développement Professionnel Continu des médecins généralistes.

Intimate partner violence in general practice : a coverage with lack of elaboration

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : violences conjugales, médecine générale, prise en charge, sphère familiale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
540505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex