

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**État des lieux du dépistage et de l'accompagnement de la
violence conjugale par les médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2020 à 16 heures
au Pôle Formation

par **Léa HUART – FOURQUET**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion LEVECQ - FARSY

Co-direction :

Madame le Docteur Vanessa OLARIU

Travail de l'Institut Catholique de Lille

AVERTISSEMENTS

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans la thèse : celles-ci sont propres à leur auteur.

RÉSUMÉ

Contexte : La violence conjugale est un sujet médiatisé, connu de tous, mais dont la gestion ne découle pas d'un diagramme décisionnel. A l'heure du Grenelle contre les violences conjugales et de l'évolution du secret médical, il convient de s'interroger sur les pratiques et attentes des médecins généralistes.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la pratique des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais, concernant le dépistage des violences conjugales et l'accompagnement des victimes. Les objectifs secondaires sont d'étudier la place de l'information préoccupante dans ce contexte, lors de la présence d'enfants au domicile, puis d'évaluer le ressenti des médecins généralistes à l'heure de la médiatisation et des nouvelles recommandations.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens individuels et semi dirigés de médecins généralistes, installés dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Résultats : Les pratiques de dépistage sont relativement similaires chez les praticiens interrogés. Les éléments cliniques et les motifs de consultations psychologiques leurs permettent d'aborder le sujet. Les recommandations de 2019 de la HAS sur le dépistage systématique sont peu mises en pratique. Seule la violence physique semble engendrer un schéma évident de prise en charge. La violence psychologique est moins bien appréhendée. Chaque praticien adapte sa prise en charge : seul, avec l'aide de para médicaux, avec l'Unité Médico-Judiciaire, la police, ou la gendarmerie. Les associations sont peu sollicitées. S'agissant de la gestion des enfants, la rédaction d'une information préoccupante n'est pas systématique pour les praticiens.

Conclusion : Le dépistage et la prise en charge sont difficilement uniformisables. Malgré la médiatisation du sujet, souffrant presque de sa notoriété, il en ressort toujours une incontestable complexité. Afin d'aider les médecins traitants, il est important de créer des automatismes, pour gérer ces situations si singulières. Ces automatismes doivent passer par une formation précoce au cours des études médicales, et une simplification de la mise à disposition d'informations, tant pour les praticiens que pour les victimes.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
TABLE DES MATIÈRES	4
INDEX	6
TABLEAUX & FIGURES	7
INTRODUCTION	8
1- Définition	10
1.1 Les différents types de violences conjugales	11
1.2 Une représentation différente selon la motivation	13
1.3 La délicate appréciation du seuil.....	13
2- Épidémiologie	14
3- Origines de la violence	16
3.1 Une évolution en spirale	16
3.2 Des origines multiples	17
4- La problématique des enfants	20
5- Les évolutions juridiques et sociales	23
6- Le rôle du médecin traitant	26
MATERIEL ET METHODES	28
1- Type d'étude	28
2- Population étudiée	28
3- Recrutement	28
4- Élaboration du guide d'entretien	29
5- Recueil des données	29
6- Analyse des données	29
RESULTATS	30
1- Caractéristiques de la population	30
2- Connaissances et vécus des praticiens interrogés	32
2.1 Quelle est leur définition des violences conjugales ?	32
2.2 Facteurs influents dans la violence	33
2.3 Une situation connue de la plupart des médecins interrogés	34
2.4 Sujet de formation parfois jugé inintéressant.....	34
2.5 Le rôle du médecin.....	34
2.6 Où placer le curseur de l'acceptable ?	35
3- Le dépistage	37
3.1 Des pratiques parfois non-conformes aux recommandations actuelles.....	37
3.2 Difficultés rencontrées.....	39
3.3 Éléments facilitants.....	41
4- L'accompagnement	42
4.1 Complexité de la relation	42
4.2 Comment les médecins procèdent-ils ?	43
4.3 Des difficultés dans l'accompagnement	44

5- Évolution des mentalités	48
5.1 Reconsidération de la violence conjugale.....	48
5.2 Évolution du judiciaire	48
5.3 Effets de la médiatisation.....	48
6- La question des enfants	50
6.1 Gestion lors d'une attitude troublante	50
6.2 Leur présence au domicile rend la prise en charge ambivalente.....	50
6.3 Quid de l'information préoccupante selon les praticiens ?	51
6.4 Quand faut-il la faire ?	52
7- Ce que les médecins identifient comme aide potentielle	53
7.1 Une aide informatique	53
7.2 Enseignement à dispenser dès l'internat	53
7.3 Des outils de dépistage	53
7.4 Un support matériel.....	53
7.5 Des formations continues	54
7.6 Davantage de coordination.....	54
DISCUSSION.....	55
1- Limites et forces de l'étude.....	55
1.1 Les limites et biais de l'étude	55
1.2 Les forces de l'étude	56
2- Où en est-on aujourd'hui en pratique ?	57
2.1 La notion de violences conjugales, selon les médecins.....	57
2.2 Quel est le rôle des médecins dans le dépistage des violences conjugales ?	59
2.3 Comment procèdent les médecins interrogés ?	63
2.4 Leur ressenti.....	73
3- La question des enfants	76
3.1 L'impact des violences conjugales sur les enfants	77
3.2 Quelles démarches possibles ?	81
3.2 Quand faut-il faire une information préoccupante ?	84
4- Ce que souhaitent les médecins.....	87
4.1 Formation.....	87
4.2 Documentation	88
4.3 Logiciel	88
CONCLUSION	90
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	93
ANNEXE 1 : Guide d'entretien	98
ANNEXE 2 : Sites recommandés par la HAS	99
ANNEXE 3 : Questionnaire WAST et WAST-fr	100
ANNEXE 4 : Éléments appelant à la méfiance selon la HAS 2019	101
ANNEXE 5 : Fiche pratique de prise en charge selon la HAS 2019.....	102

INDEX

CIDFF : Centre d'Information du Droit des Femmes et de la Famille

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRIP : Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes

DES : Diplôme d'Étude Spécialisé

DPC : Développement Professionnels Continus

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

FNACAV : Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales et Familiales

FNCIDFF : Fédération Nationale des Centres d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles

GEF : Groupe d'Échanges Facultaires

HAS : Haute Autorité de Santé

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

IP : Information Préoccupante

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

MBI : Maslach Burnout Inventory

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et d'Intervention Brève

RSCA : Récit de Situation Clinique et Authentique

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VC : Violence(s) Conjugale(s)

WEST: Woman Abuse Screening Tool

TABLEAUX & FIGURES

Figure 1 : « Cycle de la violence » p.16

Tableau 1 : « Relation entre le nombre de catégories d'expériences défavorables dans l'enfance et les facteurs de risques pouvant conduire au décès à l'âge adulte. » p.21

Tableau 2 : « Caractéristiques des médecins interrogés : âge, sexe, lieu d'exercice, année d'installation, formation complémentaire éventuelle et présence d'affiche sur le sujet des violences conjugales en salle d'attente » p.31

Tableau 3 : « Outils d'identification précoce de la violence conjugale » p.65

Graphique 1 : « Proportion de femmes, âgées de 28 à 75 ans, victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant entrepris des démarches auprès de professionnel(le)s » - Sources : CVS 2015-2019- INSEE-ONDRP-SSMSI p.

INTRODUCTION

Parler des violences conjugales de nos jours semble plus accessible qu'auparavant. La prise de conscience progressive, ainsi que les évolutions législatives, ont permis une amélioration de l'accompagnement des victimes, grâce notamment à une meilleure identification du problème par les sujets eux-mêmes (1). De même, l'engouement médiatique récent a rappelé l'ampleur de ce phénomène, permettant ainsi aux différents professionnels de santé, comme à un public plus large, de maintenir une certaine vigilance.

Pourtant, si le panel des dispositifs de prise en charge des victimes s'accroît, l'adage « à chaque maux sa solution » n'y trouve pas son compte.

Depuis l'avènement du Grenelle contre les violences conjugales de septembre 2019, le nombre d'appels sur le numéro vert 3919 est passé de 150 à 600 par jour. Par ailleurs, 12.500 alertes ont donné lieu à plus de 400 interventions des forces de l'ordre. Les foyers d'accueil d'urgence sont saturés et le numéro vert est régulièrement sans réponse pour les mêmes raisons (2).

La libération de la parole sur ce sujet est une avancée, mais appelle néanmoins à la prudence. La distinction entre les **violences conjugales** et les **conflits conjugaux** est donc essentielle (3).

Le médecin généraliste, placé au cœur du sujet, est régulièrement interpellé quant à sa pratique face aux violences conjugales. En 2019, la HAS publiait les nouvelles recommandations, dans lesquelles l'intérêt du dépistage systématique(4) était évoqué.

Par ailleurs, la stricte application du secret médical fait actuellement l'objet de discussions.

Le confinement inédit auquel les Français ont dû faire face, en raison de la pandémie de Covid19, était une épreuve redoutée par les victimes de violences conjugales, et à juste titre. En effet, une augmentation des signalements de 32% a été enregistrée en zone de gendarmerie, et de 36% au sein de la zone de la Préfecture de police de Paris (5).

L'objectif de cette étude est donc de faire une analyse des pratiques de dépistage et d'accompagnement, par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, des victimes de violences conjugales.

Les objectifs secondaires sont, d'une part, l'évaluation des attentes des médecins généralistes sur le sujet et, d'autre part, l'analyse de leur gestion de l'information préoccupante lors de la présence d'enfant(s) au domicile.

1- Définition

Le complexe accompagnement des violences conjugales résulte, en partie, de leurs multiples facettes. Si l'expression « extrême » de la violence conjugale, s'agissant de l'homicide, est évidente, les autres formes, pourtant bien plus répandues, sont parfois difficiles à identifier et corroborer (6).

Avant de juger du caractère acceptable ou non d'une situation, il a fallu redéfinir les différentes conduites répréhensibles.

Selon l'OMS, les **violences conjugales** sont définies « comme tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques, sexuelles, aux personnes qui sont parties à cette relation. » (7)

La violence conjugale ne doit pas être confondue avec le « **conflit conjugal** », qui est bénin voire constructif. Dans ce dernier cas, les deux points de vue s'opposent alors dans un positionnement égalitaire (4).

Six typologies de violences conjugales sont clairement identifiées, avec cependant une nouvelle et septième catégorie plus récente et encore méconnue (8) (4).

1.1 Les différents types de violences conjugales

- La violence psychologique

Il s'agit de la violence la plus fréquemment dénoncée : selon les statistiques de la Fédération Nationale de Solidarité Femmes, elle représente 87% des appels reçus au 3919 pour l'année 2018 (9). Difficile à identifier par l'entourage, le personnel soignant et la victime elle-même, cette forme de violence relève principalement de la dévaluation et de la menace. Il s'en suit un isolement progressif avec installation d'un climat de peur.

- La violence verbale

Souvent minimisée, elle tend à rejoindre la violence psychologique. Propos dégradants, chantage et/ ou menaces, elle est utilisée pour humilier, dégrader ou contrôler l'autre. Elle survient souvent en première instance (10).

- La violence physique

Il s'agit de la violence la plus connue et la plus facilement identifiable : coups, brûlures, bousculades, pouvant aller jusqu'à l'homicide. Cette violence est la plus régulièrement analysée dans les différentes études et enquêtes. Elle est à l'origine de la prise de conscience, par les pouvoirs publics, de l'ampleur du phénomène.

- La violence sexuelle

Considéré comme un « devoir conjugal » depuis 1810, l'acte sexuel au sein du couple marié, ne pouvait initialement pas être assimilé à une forme de violence (11).

La notion de viol est consacrée en 1980. Celui-ci est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace, ou surprise. » (12)

C'est en 1984, puis en 1990, que les notions de : « viol pour des époux en instance de divorce » et « viol entre époux pendant le mariage » ont été respectivement consacrées.

La qualification de la violence sexuelle est relativement aisée en l'absence de tout lien intime. Elle est en revanche beaucoup plus délicate à établir au sein du couple, en raison du manque de preuves, de témoins, ainsi que de la présomption de consentement dans le cadre des relations sexuelles entre époux.

- La violence économique

Répandue mais méconnue, cette violence tend à créer un état de dépendance. Elle peut se traduire par une privation économique pure ou matérielle, et vise alors à entraver l'autonomie de la victime.

- La violence administrative

Il s'agit principalement de la confiscation de papiers et de la limitation d'accès aux droits.

- La cyber violence (13) (14)

Davantage médiatisée en dehors du lien conjugal, elle peut également se traduire, au sein du couple, par de l'espionnage social, de la surveillance, et de la géolocalisation, enfermant ainsi la victime dans une spirale infernale.

1.2 Une représentation différente selon la motivation

Outre cette classification rigoureuse, deux perspectives ont été établies par l'institut national de santé publique du Québec. La première consiste à appréhender la violence conjugale comme un ensemble de stratégies visant à prendre le contrôle de la victime. La deuxième définit la violence comme ponctuelle, résultant d'une réaction inadaptée au stress : c'est la violence conjugale situationnelle (15)

1.3 La délicate appréciation du seuil

La question de la « limite de l'acceptable » est difficile à appréhender. L'absence de norme, la variabilité individuelle et l'évolution constante de sa représentation au fil du temps et de l'espace sont autant d'éléments rendant sa définition délicate à établir.

Selon la HAS, il n'y a pas d'intensité minimale ni de seuil acceptable à la violence, quelle qu'en soit la forme.

En pratique, la notion de violence est intimement liée à celle de l'abus, qui peut se définir comme « tout dépassement et manque de limite. Le dépassement de limite est le fait de l'abuseur et le manque de limite, le problème de l'abusé » (16).

2- Épidémiologie

Il faut attendre l'année 2000, avec l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), pour que les premiers chiffres sur les violences conjugales paraissent, et 2006, pour que les statistiques de la police mentionnent spécifiquement les violences conjugales (12) (6). Selon un rapport des Nations Unies de 2006 « la violence conjugale est la forme la plus courante de violences subies par les femmes au niveau mondial » (17).

Parmi les chiffres de l'enquête ENVEFF, dont l'objectif était d'évaluer la fréquence des divers types de violences dans leur contexte, les deux suivants sont particulièrement marquants :

- Une femme sur dix est victime de violences conjugales ;
- Une femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son conjoint.

Depuis ce premier rapport, la connaissance du phénomène, aux contours initialement flous, s'améliore, et chaque année depuis 2006, une étude nationale chiffrant les décès au sein du couple est publiée.

Ainsi, en 2012 : le bilan était de 314 décès : 166 femmes, 31 hommes, 25 enfants, 9 victimes collatérales (rivaux ou personnes cherchant à s'interposer), 2 ex-conjoints tués par leur ex beau-père, 14 homicides de rivaux, et 67 suicides d'auteurs de violence. (18).

Les chiffres les plus récents montrent une amélioration, avec un bilan néanmoins toujours trop lourd.

En 2018 : 180 décès parmi lesquels : 121 femmes, 28 hommes, 21 enfants, dont 5 ont trouvé la mort en même temps qu'un de leurs parents, et 10 victimes collatérales (19).

A ce chiffre vient s'ajouter le suicide de 51 auteurs de violences, portant le total à 231 décès pour l'année 2018 (20).

En 2019, le recensement faisait état de 125 femmes décédées, soit une femme tous les deux jours et demi.

Chaque année, environ 213 000 femmes sont victimes de violences physiques ou sexuelles (20). Cependant, ces chiffres ne traduisent que les violences touchant à l'intégrité physique.

Pourtant la violence invisible s'est progressivement émancipée de l'agression physique, « le verbe devenant aussi violent que le geste, la dignité aussi sensible que le corps » (21). Les violences « invisibles » sont moins bien appréhendées par le personnel médical, et les victimes elles-mêmes. Toutefois, les répercussions sur les victimes, ainsi que les coûts engendrés, sont colossaux (22).

3- Origines de la violence

3.1 Une évolution en spirale

Afin de comprendre la complexité du phénomène, les études l'ont schématisé en spirale (23) :

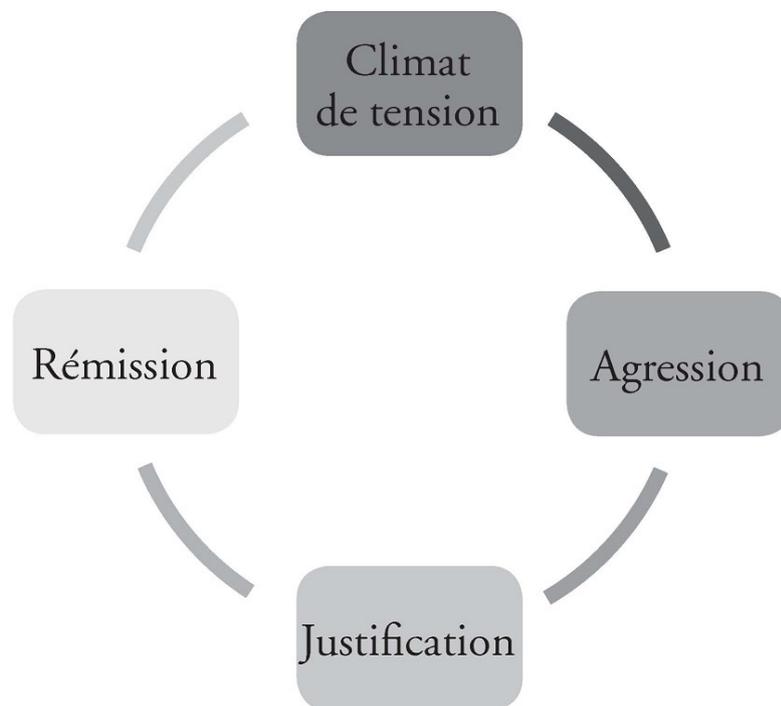


Figure 1 : Cycle de la violence

Phase 1 : phase de tension : l'accumulation de frustration et de colère, souvent associée à un défaut de communication, aboutit à un climat de tension. La victime essaie d'apaiser la relation.

Phase 2 : phase d'agression : passage à l'acte sur le plan psychologique, moral, physique, sexuel ou économique.

Phase 3 : phase de justification : l'agresseur cherche à corroborer ses actes, afin de les expliquer et de les excuser.

Phase 4 : phase de rémission ou « lune de miel » : elle correspond :

- Pour le conjoint violent, aux excuses et aux promesses de changement ;
- Pour la victime, à la reprise d'espoir.

3.2 Des origines multiples

La complexité du phénomène des violences conjugales résulte de ses origines multiples (22).

D'un point de vue historique :

Depuis la révolution agricole, la plupart des sociétés humaines ont été patriarcales, attachant ainsi davantage d'importance aux hommes qu'aux femmes. Peu importe la définition de la notion d'homme ou de femme (anatomique ou sociale), il était préférable d'être un homme. Comment expliquer cela ? Nombre de théories ont tenté de l'analyser : la force physique, l'agressivité, ou encore une théorie génétique selon laquelle les hommes et les femmes auraient développé des stratégies de reproduction et de survie. Selon celles-ci, les hommes les plus agressifs et les femmes les plus dociles auraient plus de chance que les autres de survivre (24).

Le monde a bien évidemment évolué et les comportements ont changé. Néanmoins, force est de constater que la dualité homme/femme reste encore d'actualité.

D'un point de vue sociétal et culturel :

L'évolution de la société est complexe. Les droits et libertés des Hommes sont clamés et défendus, et l'égalité Homme/Femme de plus en plus aboutie et réglementée. Les mœurs ont évolué, permettant à chacun des membres du couple d'aspirer à davantage d'autonomie.

Pourtant, et malgré ces avancées, les difficultés intimes relationnelles au sein des couples, ainsi que les violences conjugales pouvant en résulter, persistent (25).

D'un point de vue familial :

Les violences conjugales prennent souvent et malheureusement racine dans l'enfance (26).

Lorsqu'il y a présence d'enfants au domicile, celles-ci peuvent également prendre l'étiquette de violences infantiles, que l'enfant soit directement touché ou simplement spectateur. Les études avancent des conséquences dramatiques pour l'évolution des enfants victimes de violences conjugales : dépression, état de stress post traumatique, violences, dévaluation, difficultés dans le rapport aux autres, addictions et tentatives de suicides (27) (28).

Selon le rapport des appels au 3919 de l'année 2018, 9% des femmes évoquaient le parcours de l'agresseur comme élément justifiant. Le conjoint violent avait dans 62 % des cas été exposé à la violence conjugale et dans 52 % des cas, été victime de maltraitances durant l'enfance (9).

D'un point de vue individuel :

Problème d'éducation, difficultés à communiquer, antécédents personnels, facteurs extérieurs mais aussi pathologies perverses, la violence est parfois considérée comme un recours légitime voire unique à la résolution des situations.

4- La problématique des enfants

Au-delà du couple, la présence d'enfants au domicile est une préoccupation majeure, que ce soit pour son évolution à court terme ou long terme.

Selon le rapport annuel des appels au 3919, au titre de l'année 2018 :

- 81% des victimes déclaraient avoir au moins un enfant ;
- 94% des femmes décrivant la situation de leur(s) enfant(s) indiquaient une exposition aux violences ;
- 26% d'entre elles parlaient d'une maltraitance directe (29).

Les enfants exposés aux violences de couple, qu'ils soient directement victimes ou témoins, sont à risque de troubles dissociatifs à l'âge adulte, mais également de reproduire des schémas, en tant que victime ou auteur de violences, par transmission générationnelle.

Une étude américaine, diligentée en 1998 par V.J Felitti et al sur la relation entre les expériences défavorables au cours de l'enfance et les principales causes de décès chez l'adulte, retrouvait un lien entre les violences, les dysfonctionnements de ménages et l'augmentation des facteurs de risques de décès des enfants à l'âge adulte (30).

Table 6. Relationship between number of categories of childhood exposure and number of risk factors for the leading causes of death^a

Number of categories	Sample size	% with number of risk factors				
		0	1	2	3	4
0	3,861	56	29	10	4	1
1	2,009	42	33	16	6	2
2	1,051	31	33	20	10	4
3	590	24	33	20	13	7
≥4	545	14	26	28	17	7
Total	8,056	44	31	15	7	3

^aRisk factors include: smoking, severe obesity, physical inactivity, depressed mood, suicide attempt, alcoholism, any drug use, injected drug use, ≥50 lifetime sexual partners, and history of a sexually transmitted disease.

Tableau 1 : Relation entre le nombre de catégories d’expériences défavorables dans l’enfance et les facteurs de risques pouvant conduire au décès à l’âge adulte

La présente thèse ne porte pas sur les violences infantiles, mais on comprend aisément le lien indissociable entre celles-ci et les violences conjugales.

Afin de protéger les enfants, le médecin généraliste dispose de plusieurs outils :

- L’information préoccupante, dont l’analyse est confiée à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).
- Le signalement, à destination de la CRIP ou du Procureur directement, si un caractère urgent est détecté.
- L’hospitalisation, en cas de danger immédiat, ou lorsque les relations familiales ne permettent pas des démarches sereines.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI), dont le rôle est essentiellement préventif, est également à la disposition du médecin généraliste pour tout renseignement relatif aux démarches à engager.

La question du « seuil » à compter duquel l’exposition de l’enfant nécessite une démarche a, là encore, toute sa légitimité.

La notion de d'autorité parentale, définie par le Code civil, peut néanmoins varier d'une famille à l'autre (31).

Nous avons vu qu'il n'y avait pas de seuil ni d'intensité minimale à la violence conjugale (32). Ainsi, toute violence, même sans caractère d'urgence au sens propre du terme, doit-elle être signalée lors de la présence d'enfant(s), au risque alors de saturer les associations, et par conséquent de retarder la prise en charge d'autres situations urgentes ?

5- Les évolutions juridiques et sociales

Dans un souci de préservation de l'ordre social traditionnel, la cellule familiale était pendant longtemps un système relativement clos. L'image qui s'en dégageait prévalait sur le bien-être des membres de la famille (33). Toutefois, la justice et les associations ont fait un grand travail dans l'accueil, l'écoute, la prise en considération des victimes, mais aussi et surtout les délais d'action. Par ailleurs, l'évolution juridique est primordiale pour aborder la question des violences conjugales.

Le Grenelle contre les violences conjugales de 2019, a consacré diverses mesures, adaptées à chaque stade du processus de lutte contre ce fléau (34).

- Concernant l'accueil :

Obstacle régulièrement relaté par les victimes, l'accueil de celles-ci lors des dépôts de plaintes est un élément pris au sérieux.

Ainsi, afin d'améliorer leur prise en charge :

- 80 postes d'intervenants sociaux dans les commissariats et gendarmeries doivent voir le jour d'ici 2021 ;
- Un parcours de formation initiale, pour les policiers et gendarmes, doit être créé.

- Concernant la protection des victimes :

La médiation pénale, comme alternative aux poursuites en cas de violences conjugales, est désormais prohibée. La mise en place de « chambres d'urgences » permet une accélération du traitement des procédures, et les femmes ont la possibilité de demander une « ordonnance de protection ».

Enfin la mise en place de bracelets électroniques, initialement envisagée en 2010 sous une forme expérimentale, a été adoptée en décembre 2019. Le dispositif peut être initié à la suite d'une peine, dans le cadre d'un contrôle judiciaire, ou d'une ordonnance de protection, sous réserve du consentement de l'auteur des violences (35).

- Concernant la gestion des enfants :

La peur de perdre la garde des enfants est souvent un obstacle à l'initiation des démarches et à l'accompagnement des victimes de violences conjugales.

Elle doit toutefois être démentie. En effet, la loi permet d'aménager ou de suspendre l'autorité parentale du conjoint violent dans le cadre d'une condamnation pénale (34).

S'il n'est pas du rôle du médecin traitant de maîtriser la législation, et notamment les peines encourues par les auteurs de violences, les différentes ressources à disposition de la victime, qu'il y ait présence ou non d'enfant(s) au domicile, méritent néanmoins d'être portées à la connaissance des praticiens.

- La prise en charge des auteurs de violences :

Punir pour faire avancer n'est ni suffisant, ni pleinement satisfaisant. Nous avons évoqué les origines diverses et variées de la violence conjugale. Dans un article publié en 2007, « Quelle prise en charge pour les auteurs de violences conjugales », le Professeur Liliane Daligand, Professeur de médecine légale, soulignait que « dans leur grande majorité, les hommes violents ne sont pas des personnalités perverses difficilement accessibles à une thérapie mais des infirmes de la parole qui ne reconnaissent pas l'autre comme un sujet » (36).

La prise en charge passe donc évidemment par des sanctions, mais également et surtout par un suivi psychothérapeutique en fonction des faits reprochés.

6- Le rôle du médecin traitant

Longtemps considérée comme appartenant à la sphère privée, la violence conjugale était déplorée mais peu recherchée.

La proximité du médecin généraliste avec la famille, associée aux exigences professionnelles, en font pourtant un interlocuteur principal. A l'heure de la prise de conscience et des nouvelles recommandations, il est maintenant demandé aux médecins traitants de dépister systématiquement les violences conjugales (4).

Les avis des médecins, sur ces préconisations, sont toutefois partagés : « Intrusif », « maladroit », « essentiel ».

Comme l'évoque Laura LANDZBERG dans sa thèse de 2015 relative à « La perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes », il existe une ambiguïté délétère entre les attentes des patientes et le ressenti des médecins face à ce problème de santé (37).

Ce décalage s'explique pour des raisons intrinsèques et extrinsèques au praticien :

Motifs intrinsèques :

- Par un manque de connaissances en la matière, notamment juridiques, avec la peur de mettre le doigt dans un engrenage difficile à maîtriser, que ce soit pour les patients ou le praticien.

- Par un manque de ressources immédiates, que les différentes campagnes de sensibilisation et les recommandations tentent d'améliorer.
- Par une maladresse à ré-évoquer le sujet régulièrement, lorsqu'on sait que la réponse initiale sera : « Tout va bien, merci ».

Motifs extrinsèques :

La liste (non exhaustive) ci-après détaillée est corroborée par la revue de littérature de Manon Dautrevaux, sur les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires (38) :

- La réticence initiale des patientes.
- Le changement de médecin traitant lorsque la violence conjugale est suspectée ou évoquée.
- L'ambivalence des patientes, rendant la prise en charge difficile, jusqu'à parfois la remettre en question.
- Une méconnaissance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des violences conjugales, qui selon les patientes, relèvent de la sphère privée.

Selon les recommandations officielles émises par l'ordre des médecins, dans le cadre du Grenelle contre les violences conjugales, les médecins généralistes ont un rôle de dépistage, d'information quant aux aides et ressources possibles, et de prise en charge quant à la rédaction d'un certificat initial de coup(s) et blessure(s), en cas de violences portant atteinte à l'intégrité physique.

MATERIEL ET METHODES

1- Type d'étude

Afin de permettre l'émergence des idées le plus librement possible, et de faire évoluer l'entretien selon la sensibilité et le vécu des praticiens, la méthode qualitative par entretiens semi dirigés a été choisie.

2- Population étudiée

Les médecins interrogés exercent en milieu urbain, rural, ou semi rural. Seuls des médecins installés ont été contactés, ces derniers connaissant davantage leur patientèle, que les remplaçants et collaborateurs.

Les types de pratiques sont variables : cabinets individuels, cabinets médicaux regroupant plusieurs médecins généralistes, ou maisons de santé pluridisciplinaires associant psychologues, kinésithérapeutes, et infirmiers.

3- Recrutement

Les médecins ont été contactés par téléphone, après sélection au hasard depuis les pages jaunes. La sélection des praticiens interrogés s'est ensuite précisée afin d'obtenir une variance maximale. Le sujet de l'étude ne leur a pas été communiqué, sauf insistance des secrétariats ou des médecins eux-mêmes (trois d'entre eux).

4- Élaboration du guide d'entretien

Le guide était initialement composé de 5 questions ouvertes, dont l'objectif était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes, quant à l'accompagnement des violences conjugales. Les questions ont été ajustées au fil des entretiens, suivant l'analyse des résultats. En cours d'étude, une question a été ajoutée concernant la prise en charge des enfants, en cas de violences conjugales.

Des questions de relance ont permis d'approfondir le ressenti des médecins traitants, parfois peu à l'aise avec le sujet, et donc évasifs dans leurs réponses.

5- Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu de décembre 2019 à juin 2020. Les entretiens ont été individuels et semi dirigés. Les témoignages ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone du téléphone. Les enregistrements ont été détruits après traitement. Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'aucune nouvelle idée n'émerge des entretiens.

6- Analyse des données

Après anonymisation des données, chaque entretien a été retranscrit sur le logiciel Microsoft Word 2018. A l'aide du logiciel NVIVO 12, les verbatims ont été encodés en différents nœuds, regroupant les idées des médecins interrogés par thème. Le codage des entretiens s'est fait en triangulation avec la co-directrice de thèse.

RESULTATS

1- Caractéristiques de la population

Quatorze entretiens ont été réalisés : neuf se sont déroulés au cabinet médical, un au domicile du praticien, et les quatre derniers par visio-conférence, du fait du confinement. Les expressions non verbales ont pu être retranscrites.

Sept hommes et **sept** femmes ont participé à l'étude.

Les médecins interrogés ont entre 32 et 63 ans.

Quatre des médecins ont une formation complémentaire de Maître de Stage Universitaire (MSU), consistant en un accueil et une formation des externes et des internes. Une avait un Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie, et un possédait un Diplôme d'Étude Spécialisé (DES) en psychiatrie.

Seul un médecin avait des affiches en salle d'attente sur le sujet des violences conjugales.

La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes, avec des durées extrêmes allant de 13 à 75 minutes.

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau ci-contre.

Docteur (D) :	Age (années) :	Sexe (H/F) :	Lieux d'exercice :	Année d'installation :	MSU ou formation complémentaire :	Affiches en salle d'attente :
D1	43	F	Templeuve	2012	NON	OUI
D2	63	H	Tourcoing	1986	MSU	NON
D3	55	H	Boulogne sur Mer	1991	MSU Formathon 2019	NON
D4	33	H	Pont à Vendin	2019	NON	NON
D5	56	H	Pont à Vendin	2003	NON	NON
D6	47	F	Eblinghem	2007	NON	NON
D7	53	F	Cassel	1997	MSU	NON
D8	38	H	Lestrem	2016	NON	NON
D9	32	H	Wattignies	2015	NON	NON
D10	41	F	Béthune	2010	Formathon 2019	NON
D11	36	F	Templeuve	2012	MSU & DU de gynécologie	NON
D12	35	F	Boeschepe	2014	NON	NON
D13	59	F	Annezin	1994	NON	NON
D14	59	H	Tourcoing	1998	DES de psychiatrie. Double cursus médecine générale et psychiatrie	NON

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés : âge, sexe, lieu d'exercice, année d'installation, formation complémentaire éventuelle et présence d'affiche sur le sujet des violences conjugales en salle d'attente

2- Connaissances et vécus des praticiens interrogés

2.1 Quelle est leur définition des violences conjugales ?

- Principalement psychologique

D1 « C'est souvent psychologique surtout, c'est plutôt souvent l'emprise psychologique, qui d'ailleurs ... comme c'est une emprise psychologique par définition, c'est difficile d'en sortir »

D3 « ça peut se traduire par du harcèlement, amoral, donc ça c'est vraiment une forme de violence... Mais le problème, c'est que ça, ça c'est plus difficile à mettre en évidence. »

- Principalement physique

D3 « alors c'est vrai que violence verbale, on a tendance à pas le mettre dans... Enfin moi j'ai tendance à pas le mettre dans la même catégorie parce que ... on reste toujours sur l'adage : « y'a pas de bon couple sans dispute... » »

- Globale

D9 : « Je dirais qu'il y a la violence conjugale physique, et morale... on ne peut pas se baser que sur le physique... Donc évidemment il y a les coups et blessures dans un premier temps, et après.... Beaucoup plus difficile à cerner... la violence psychologique qui est peut-être la plus présente, mais qu'on a souvent du mal à cerner si on ne pense pas forcément à aborder le sujet »

D14 : « pour moi il y a violence conjugale quand il y a souffrance... Une souffrance de l'un des deux dans le couple, la souffrance due aux agissements, insistants ou déplacés, lourds, agressifs »

2.2 Facteurs influents dans la violence

- Socio-économique

D5 : « ici on est quand même, dans la région... On est quand même confronté... Y'a beaucoup de violences intra familiales quand même : vis-à-vis des parents, vis-à-vis des époux, parfois vis-à-vis des enfants... On ne sait pas toujours... »

D12 : « Je pense pas mais on est plutôt dans un coin favorisé ici, je bosse dans les monts de Flandres, ça se passe plutôt bien, après je sais qu'il y en a partout mais... Peut-être une ou deux où peut-être c'est pas... c'est pas des coups, c'est surtout des violences morales et psychologiques, en tout cas des gens qui se tapent dessus je pense pas »

- Alcool

D12 : « oui alors quand ils sont violents, c'est que souvent il y a un problème avec l'alcool. Donc déjà, il faut leur montrer qu'il y a un problème avec l'alcool c'est déjà pas évident... »

- Antécédents de violences

D8 : « bah des antécédents de violences peut-être, facteurs de risque chez le... chez la personne qui va violenter... on reproduit des comportements, ce qu'on a vécu... Ça doit être un facteur de risque »

D7 : « Parce que finalement aussi à la maison quand il était petit, son père frappait sa mère et ben c'est peut-être devenu normal... »

- Défaut de communication

D14 : « les conjugopathies partent souvent sur un malentendu, des malentendus qui s'accumulent, avec la haine qui s'accumule de part et d'autre... au point qu'il y en a un des deux qui peut perdre les pédales, la patience, le contrôle, et du coup passer à un acte répréhensible. »

2.3 Une situation connue de la plupart des médecins interrogés

- Situations de conflits fréquemment abordées

D3 : « c'était une situation conflictuelle, enfin on en voit régulièrement des situations conflictuelles : alors comment ça se passe... (réflexion – silence) »

D6 : « oui... Oui c'est ça c'est des disputes, des ras-le-bol mais sans violence derrière non, en tout cas pas ressenti...(silence) après, je vais pas forcément aller le demander ou insister quoi »

- Médecins interpellés tardivement

D4 : « oui c'est souvent les femmes, parfois les enfants, les femmes, et certificats de coups et blessures on en fait quand même souvent dans notre région, dans le secteur, enfin je trouve... »

D10 : « j'ai deux patientes qui sont venues en me disant bah qu'elles avaient subi des violences, et elles venaient pour un certificat de coups et blessures pour aller porter plainte au commissariat... »

2.4 Sujet de formation parfois jugé inintéressant

D3 : « le formathon c'est un bon truc, parce que tu as des flashes que t'as pas choisi, et après tu te dis « bah c'était vachement bien quoi », alors qu'au premier abord ça pourrait ne pas être passionnant.

2.5 Le rôle du médecin

- Un rôle de conseil

D1 : « Moi je suis là pour écouter, pour essayer de protéger, mais je suis pas là, pour dire « ça c'est bien, ça c'est mal ! » Il ne peut pas y avoir de bien ou de mal, il doit y avoir des choses qu'on ne peut pas faire, mais C'est ça qui est Nous on a pas le rôle médico-légal, normalement on a le rôle médical »

D9 : « l'action, ça reste les patients qui sont maîtres... nous on est là pour conseiller, on peut pas faire les choses à la place des patients. »

- Un rôle d'écoute et de questionnement

D14 : « donner un espace de parole, ce qui permet de dépister les violences conjugales... »

D14 : « maintenant qu'est-ce qu'on pourrait faire pour vous aider, quel cheminement souhaiteriez-vous prendre ? »

- Garder contact avec chacun des protagonistes

D1 : « je pense que notre rôle... Après c'est mon point de vue hein, peut être que je me trompe, mais il est de garder un lien avec la victime, mais aussi avec l'époux si c'est notre patient aussi, et d'essayer de les protéger l'un de l'autre ... mais ... pas d'intervenir dans est ce que c'est bien ou mal. »

- Au contraire, choisir son camp

D2 : « oui à un moment je veux dire faut choisir son camp, (silence mêlé de rire et de gêne), on peut pas être des deux côtés »

2.6 Où placer le curseur de l'acceptable ?

- Question délicate lorsqu'il s'agit d'une violence non physique

D2 : « Les violences verbales on commence à en parler, on en parle au travail aussi... on en parle de plus en plus quoi. Enfin je veux dire, après... Est-ce qu'une parole malencontreuse est une parole violente ? ... Je sais pas »

D3 : « on reste toujours sur l'adage : « y'a pas de bon couple sans dispute » ... Alors après, ça dépend ce qu'on entend par violence verbale : après, si ça devient du harcèlement c'est plus pareil ... (réflexion) »

- Dépendant de la sensibilité des protagonistes

D5 : « voilà rabaissement, donc la violence peut commencer comme ça... bon une fois voilà comme ça... mais bon je veux dire si c'est continu. Bon après, tout dépend si vous êtes un peu sensible, bon, après... »

D2 : « Après les, les femmes se plaignent souvent de leur mari, bon après, à nous de creuser s'il y a vraiment quelque chose de pathologique, ou si c'est, c'est (rire) juste un dysfonctionnement du couple »

- Ne pas basculer dans l'excès inverse

D4 : « Je suis pour le... oui, en parler, attention pour ne pas basculer... le « me too » là par exemple, très bien, et aucun souci, il faut ... mais que ça ne devienne pas après un geste qui soit mal vu, et pas devenir comme les américains quoi... où tu peux pas prendre l'ascenseur avec une femme quand t'es tout seul ! »

- Le bénéfice du doute

D5 : « il avait dit « le type qui frappe un coup... On peut éventuellement laisser le bénéfice du doute... Deux coups : il frappera toujours... ! » (Avec mime des mains) »

- Dès le premier acte physique

D7 : « euh.... Je pense que si c'est physique... dès la, oui physique ou sexuel, c'est la première fois c'est... après... dire des paroles blessantes... ça arrive peut-être plus facilement ... après c'est sûr que si c'est... des vulgarités... Je pense que là, je pense que là aussi c'est dès la première fois. »

- Dès qu'il y a plainte

D9 : « bah moi je pense qu'à partir du moment où il y a une plainte... je dis jamais aux gens de... de banaliser... je leur dis immédiatement « faut agir, parce qu'après ça peut aller plus loin » »

3- Le dépistage

3.1 Des pratiques parfois non-conformes aux recommandations actuelles

3.1.1 Le dépistage systématique jugé intrusif

D2 : « Ça me paraît quand même... la plupart des couples vont bien... »

D6 : « non alors systématiquement encore pire, je trouve ça vraiment hyper intrusif en fait d'aller demander pour une femme... d'aller demander systématiquement si elle a subi des violences à la maison... »

3.1.2 Absence de connaissance des recommandations

D9 : « ah ba je suis pas du tout au courant qu'il y a des recos pour des dépistages systématiques sur le sujet. »

3.1.3 Au risque de braquer les patients

D1 : « Euh ... oui, alors dépister c'est compliqué, parce que dépister une violence conjugale ça peut être très mal pris »

D5 : « ça peut être mal pris dans la mesure où ...la femme elle va vous dire « bah non de quoi vous parlez », « pour qui vous me prenez » ... « Mon mari est bien » »

3.1.4 Mais un dépistage orienté

- Psychologique

D2 : « alors je pense qu'il faut pas partir de là : il faut partir de symptômes. Des gens qui ont des symptômes qu'on ne s'explique pas : des fatigues chroniques, des états d'asthénie fonctionnelle récidivante, on sent qu'ils vont pas bien »

D3 : Là c'est pareil, dès qu'il a des troubles psychologiques, on devrait demander « est-ce que vous avez subi des violences ? » ...Et le demander clairement plutôt que : « est-ce que ça va à la maison ? » Oui, dans un contexte psy... Enfin, ça peut être large : dans un contexte d'asthénie, ça peut être... Ou les enfants qui vont pas bien... »

- Présence de facteurs de risque de violences

D8 : « si y a des facteurs de risques aussi... si y a un contexte social un peu compliqué... si on sait que Monsieur peut avoir... euh être un peu... avoir des tendances alcooliques... et selon des points d'appels aussi, si forcément, je vois que ça va pas, que Madame s'effondre, pleure... bah forcément, on va chercher à savoir pourquoi. »

- Indices physiques objectifs

D2 : « C'est la reproduction de la chute qui commence à poser souci ... Mais il y a du danger là ! Il faut vraiment faire gaffe. La chute dans l'escalier, les coups, les coups anormaux. ... enfin... On en rencontre de temps en temps... »

D6 : « (silence), mummm, non, alors parfois de temps en temps quand effectivement on voit des bleus des choses comme ça, où les certificats... »

- Sujet évoqué par les patient(e)s

D1 : « mais souvent, c'est quand même les femmes qui elles-mêmes en parlent. »

D5 : « Et si elle me fait part de difficultés avec le mari, mais... Enfin celle qui vient pour une pharyngite... »

3.1.5 Dépistage systématique : pas un réflexe

D5 : « Je pense qu'il faut pas que ce soit toujours trop intrusif, trop intrusif euh ... voilà quoi... Je veux dire... encore une fois quelqu'un qui vient pour une sinusite, on lui demande pas de se déshabiller ET physiquement ET moralement... Je sais pas j'avoue que j'ai pas pensé vraiment au dépistage systématique : j'y ai pas pensé »

D7 : « Non, non j'y pense pas... c'est une de mes internes... Mme O. pour pas la nommer, qui m'a mis le doigt dessus, qui m'a un peu alerté et qui m'a dit « bah vous l'abordez pas ? » et je dis « bah non, non si les gens ne s'en plaignent pas.. »

3.2 Difficultés rencontrées

3.2.1 De la part du praticien

- Consultation en couple

D10 : « Il y en a une qui doit avoir un enfant qui doit avoir un peu plus d'un an... Non moi je ne suis pas le médecin du père...mais euh, ça arrive... euh il vient souvent en consultation avec elle »

D3 : « Moi je me dis : « je vais attendre la prochaine consultation ou elle sera seule pour parler », euh, c'est pas forcément une bonne idée, parce qu'on peut l'oublier, on peut ... enfin »

- Connaissance des deux protagonistes

D1 : « Ba encore une fois c'est délicat... par ce que déjà, souvent, pas toujours, mais souvent on est dans l'intimité du couple, c'est-à-dire qu'on connaît, enfin, les deux patients, les deux personnes, le couple, et ce sont nos patients tous les deux ... »

D10 : « Après c'est vrai qu'en médecine de ville, chez un médecin généraliste, quand t'es habitué à voir les gens depuis longtemps, en famille : le mari, la femme, les enfants, c'est beaucoup plus compliqué que ce qu'on peut nous conseiller en fait »

- Mal à l'aise avec le sujet

D6 : « bah c'est quelque chose... c'est quelque chose je trouve avec lequel on n'est pas... on n'est pas spécialement à l'aise... »

D11 : « Bah oui parce que clairement c'est un sujet dans lequel on n'est pas à l'aise »

- Le temps

D3 : « Les freins ils sont inconscients parfois... On se dit pas « non j'ai pas le temps je verrai plus tard... », c'est pas comme ça, mais inconsciemment... On a tendance à cadrer le temps de la consultation, la charge de travail de la journée... »

D6 : « après des freins oui ... on a le temps déjà, là par exemple ce matin, c'est avec cette consultation-là, que j'ai pris une heure de retard... j'ai essayé de creuser, j'essaie

de chercher donc du coup c'est sûr qu'on peut pas le faire pour chaque consultation »

- Complexité du dépistage quand ce n'est pas une violence qui se voit.

D10 : « c'est difficile à dépister parce que tu les vois un quart d'heure... un quart d'heure c'est pas long, et les violences psychiques... non je m'en rends pas compte... c'est encore plus difficile à dépister je pense. »

- Le médecin traitant : rarement un premier recours

D1 : « j'ai eu plusieurs cas assez costauds dernièrement, mais, euh, elles sont venues me voir, que pour l'arrêt de travail après coup, elles sont passées par le circuit de l'UMJ »

D2 : « Après il y a ceux qui viennent du commissariat parce qu'ils ont besoin d'un certificat de coups et blessures

3.2.2 De la part des patients selon les praticiens

- Peur du jugement

D5 : « on a des préjugés comme tout le monde hein... on est aussi le produit d'une époque, enfin d'une culture... enfin je pense que les gens ont toujours peur d'être jugés... ça peut être un frein. »

- Sentiment de honte

D2 : « Lorsque l'on dit dépistage, c'est justement pour montrer des choses cachées. Or justement dans une famille, dans un couple, il peut y avoir des choses cachées, ils ont pas tellement envie d'en parler ... surtout que c'est un peu dégradant de recevoir des coups, enfin on doit se sentir en difficulté, pas tellement envie de se confier à une tierce personne. »

- Peur des conséquences

D3 : « C'est lourd de conséquence d'aller en parler, pour la femme qui le fait, elle sait très bien qu'une fois qu'elle a dit ça, ça veut dire qu'elle va en tirer les conclusions... »

- Vérité cachée au médecin

D5 : « comme quoi une violence conjugale peut très bien passer inaperçue, bon... Vous allez aux urgences, vous dites ; je me suis cognée, je, je me suis pris une porte ... y a une fracture de cote ... bon ... bon ... Bon bah voilà »

D7 : « ils se confient peu, ou alors, c'est quand je dois examiner... Et à la limite c'est plus à la demande de la gendarmerie pour le certificat de coups et blessures... mais quelques fois je subodore des patientes qui sont battues et j'ai du mal à leur faire avouer alors que j'en suis persuadée. »

- Étapes de cheminement de la patiente

D1 : « Je pense que si la patiente elle n'est pas mûre pour pouvoir s'exprimer sur les violences conjugales, elle peut le prendre à l'envers comme un jugement sur son conjoint, sous l'emprise duquel elle est encore, et du coup, au contraire, rejeter. »

D14 : « De quel droit je vais m'interroger et vous pousser à vous faire prendre en charge d'un symptôme qui vous paraît pas évident vous n'êtes pas venu pour ça ? En dehors des situations d'urgences extrêmes bien sûre »

3.3 Éléments facilitants

3.3.1 Un interlocuteur privilégié

D8 : « Il faut le tact, il y a une façon d'aborder, et après y'a certaines personnes qui vont se braquer, qui vont pas forcément aborder le sujet, donc c'est, c'est aussi une question délicate, qui touche à l'intimité, qui touche à la sphère privée... Après en tant que médecin généraliste on est un interlocuteur de référence pour ces questions-là. »

D7 : « je pense que le médecin c'est quand même le meilleur interlocuteur... »

4- L'accompagnement

4.1 Complexité de la relation

4.1.1 Avec la victime

D1 : « Donc en fait souvent elles veulent être protégées, mais sans être euh, sans qu'on écrase pour autant le conjoint, qui est en plus souvent le père des enfants etc ... »

D7 « Enfin... Il faut qu'il y ait une relation privilégiée, pas de façon amicale, mais privilégiée, pour qu'elles se confient tout en sachant qu'on reste professionnel, qu'on puisse l'aider »

4.1.2 Avec l'auteur des violences

D6 : « bah je pense que je serais un peu ... comment dire ... vindicative. (Sourire). Je pense que j'aurais quand même tendance à lui faire comprendre que « j'ai à l'œil ». Ou alors « t'avise pas à recommencer ce que tu fais » et c'est probablement pas ce qu'il faut faire hein, mais je pense que c'est ce que j'aurais tendance à faire »

4.1.3 Avec le couple

D12 « Encore quand on est derrière un bureau et qu'on n'a jamais vu ni l'un ni l'autre c'est facile.... Mais quand on gère toute la famille, les enfants aussi, les parents du conjoint aussi...enfin voilà on est un peu le cul entre deux chaises »

D5 « là j'ai, encore un couple qui se sépare, un monsieur qui est violent et voilà, et je soigne les deux ...donc j'ai vu la dame... Et puis hier je vois le monsieur donc c'est compliqué parce que même si on essaie de pas prendre parti... »

4.2 Comment les médecins procèdent-ils ?

4.2.1 Concernant la victime

- Orientation judiciaire

D8 : « Mais oui, cette dame je l'avais orienté, je lui avais dit de déposer une plainte... voilà après j'ai pas constaté, j'ai pas... fait de certificat de... j'ai pas constaté de coup mais elle a été rapidement orientée par les services sociaux »

- Orientation médicale

D1 : « Je leur dit d'aller voir l'UMJ, parce que le réseau c'est vachement bien développé »

D11 : « Après moi au niveau des aides... Effectivement... J'adresse assez facilement aux psychologues, parce que je pense que c'est peut-être plus simple avec des gens habilités, enfin qui ont plus le temps de discuter... »

- Orientation vers des structures para médicales

D11 : « c'est difficile de savoir, de faire la part des choses... après euh, c'est orienter effectivement. Moi je l'avais plusieurs fois orientée vers une sophrologue, psychologue, je pense qu'effectivement... Elle a un peu tout fait (rires) »

D3 : « Ça m'est arrivé... Et donc la dame dont je parlais tout à l'heure, qui s'est remise avec son mari après ; et ça a tenu sur le long terme ; au départ je l'avais envoyé là. Et bon, certainement que les démarches qu'elle avait entrepris à ce moment-là, ça avait suffi à calmer le jeu à la maison... »

- Accompagnement par le médecin lui-même

D12 : « Mais par contre y'a pas vraiment d'accompagnement psychologique derrière, c'est vraiment la plainte en elle-même, et après... J'ai pas d'association dans mon coin, souvent je fais un peu le rôle du psy moi... j'essaie de les voir pour que ça aille mieux quoi. »

4.2.2 Concernant l'auteur des violences

- Intérêt d'un accompagnement multi-disciplinaire

D7 : « ben, peut-être d'abord psychologue, ouais voire un psychiatre, après c'est vrai que c'est pas facile parce qu'ils se sentent pas fous, il se sentent totalement légitimes... »

D1 : « comment prendre en charge le conjoint, bah la prise de conscience, elle est compliquée ! Et on n'y arrive pas tout seul en tant que médecin généraliste, c'est complètement utopique de croire que, parce qu'on est le médecin, il va nous écouter »

- Rôle de la prévention

D7 : « Et en faisant les plaquettes dire... par exemple : « votre bébé pleure, voilà les ressources... », et bah voilà c'est pareil : « vous avez une pulsion contre votre épouse, voilà ce qu'il faut faire... » ... des plaquettes... Pour expliquer aux conjoints, et puis un soutien quoi .. »

- Refus d'être le médecin traitant de l'auteur des violences

D10 : « Et l'autre, je soigne pas son mari, d'ailleurs ce monsieur cherchait un médecin, je lui ai dit « bah écoutez, moi je prends pas en charge votre mari qui vous donne des coups », voilà... donc j'avais refusé d'être le médecin. »

4.3 Des difficultés dans l'accompagnement

4.3.1 Manque de temps

D3 : « bah ça pourrait être un frein... après ça dépend comment on conçoit le boulot, et puis, et même quand tu conçois, sous cet angle-là, bah si t'as déjà une heure de retard dans la salle d'attente, tu vas peut-être quand même être moins efficace, tu auras peut-être tendance à reporter la discussion. »

4.3.2 Manque de support

D3 : « C'est ça aussi justement parfois, il faudrait en envoyer aux médecins, parce qu'il y a une différence entre afficher une fiche qu'on reçoit par courrier, et puis aller chercher sur la ... On n'a pas le temps d'aller chercher de la doc... Enfin, il y a des docs sur plein de trucs quoi ... »

4.3.3 Manque de connaissances

D9 : « On va prendre le temps qu'il faut, mais n'ayant pas la connaissance de toutes les structures, ça me prendrait plus de temps que si je connaissais bien les procédures à suivre... »

D3 : « je pense que c'est, c'est ce qu'ils disent dans les recommandations maintenant : avoir un réseau structuré... Le problème c'est qu'on n'est pas trop informé par rapport à ça... »

4.3.4 Perte de vue des patients

D6 : « la dame dont je vous parlais tout à l'heure pour laquelle j'ai appris qu'elle était battue : bah cette patiente-là, je la vois plus ... alors je sais pas si elle a déménagé d'ici... En tout cas je la vois plus, donc elle a changé de médecin.... Je ne la vois plus, ni elle, ni ses enfants ... »

D3 : « Alors voilà soit c'est le mari qui a fait le vide autour d'elle, et puis du coup le médecin avec... Ou alors parfois ils se réconcilient et du coup le médecin « c'est un con » ... »

4.3.5 Sentiment d'impuissance

D4 : « On a beau faire : les gens font pas. On fait toutes les démarches, on fait les certificats, on les motive, et derrière y'a rien, c'est ça qui est frustrant...euh... »

D7 : « Alors j'ai dit mais « partez si ça vous plaît pas ? » Et puis je la vois encore avec donc... C'est que ça doit lui plaire quand même quoi... »

4.3.6 Difficultés sociales

D4 : « Après y a l'aspect socio-économique. Pareil je parle pour moi, ici on est dans une région assez « pauvre », du coup fréquemment, c'est plus la femme c'est sûr, euh ... Le truc c'est que bah, elles travaillent pas, du coup elles veulent pas quitter leur mari... »

4.3.7 Perte de suivi de certains épisodes de vie

D5 : « Il y a 20 ans, je suivais quand même pas mal de grossesses, beaucoup de femmes enceintes et peu de ... Tu faisais ton suivi de grossesse de A à Z, et puis bon ça s'effiloche. Donc on en voit de moins en moins.. Mais parfois pour nous c'est pas facile, parce qu'on voit la dame au début et puis des fois, après, on la voit en fin de grossesse et puis y'a un souci, on n'a pas suivi etc »

4.3.8 Peur des répercussions

- Pour le médecin

D9 : « Quand signaler quand la personne...elle ne donne pas son accord... Là aussi... un frein qui peut y avoir pour nous médecin généraliste : c'est de, ne pas dénoncer et après « dire non-assistance à personne en danger ! » Ou alors de trop dénoncer et dire « vous avez rompu le secret médical ... » »

D10 : « Peut-être de voir quand même avec elle, parce que si après elle dit : vous avez gâché ma vie... »

- Pour les auteurs de violences

D12 : « Après il y a le coté juridique ça peut faire peur aussi, enfin voilà, on se dit « qu'est-ce qu'il va arriver à ce monsieur », qui n'est pas forcément, enfin qui est pas forcément très méchant... mais qui va pas bien peut être... »

D12 : « On n'a pas forcément envie qu'il aille faire un petit tour en prison parce qu'on les connaît en fait, donc c'est pas facile ça, on a toujours un peu peur. »

4.3.9 Une gestion délicate du conjoint violent

- Absence de réflexes

D5 : « Tu veux dire le conjoint violent ? Bah non pas trop non ... »

- Isolement

D2 : « Ah bah je pense qu'on n'est pas bien aidé... Après il y a le CMP, Mais il y a les psychotiques avant tout, donc les psychothérapies de couple, c'est pas vraiment leur truc ... »

D2 : « Après on a un gros problème dans la prise en charge des victimes et des bourreaux hein. À Tourcoing on a un psychiatre libéral pour 100 000 habitants, on a plus de sexologue, il a pris sa retraite, il y a une psychologue qui fait de la sexologie du coup, et il y a un urologue qui fait un peu de sexologie quand même »

- Du ressort de la police

D4 : « j'avoue, alors là clairement cette question je me la pose pas souvent parce que pour moi c'est plus l'affaire de la police judiciaire, mais oui, il y aura une prise en charge à faire, plus psychologique et médical euh... au niveau traitement. »

D4 : « Ouais clairement je me pose pas cette question je soigne la victime est rarement le bourreau, mais je pense qu'il faut le prendre en compte Mais pour moi c'est l'histoire de la police »

- Une démarche difficile à entreprendre

D10 : « dans ce centre d'association, je sais qu'ils peuvent prendre aussi en charge le couple, euh, une psychothérapie... mais bon ça... Franchement pour les emmener là-bas ... c'est compliqué honnêtement. »

5- Évolution des mentalités

5.1 Reconsidération de la violence conjugale

D3 : « Je pense qu'il y a une question à la fois éducative, socio culturelle, qui fait qu'il y a des choses qui se disent plus facilement aujourd'hui que... dans le passé. »

D5 : « bah y avait un temps, je vous aurais peut-être parler QUE de la violence physique, mais depuis, bah voilà... l'idée a fait son chemin etc... Mais cette violence existait probablement déjà ! »

5.2 Évolution du judiciaire

D5 : « Je sais qu'il y a la possibilité d'avoir un bracelet électronique, mais moi j'ai connu une époque il y a 30 ans, le conjoint violent... vous arriviez le soir, il était 2h du matin parce qu'il y avait une bagarre... les policiers étaient là et puis le monsieur était alcoolisé et puis... Voilà, la dame qui pleurait dans son coin et puis personne pouvait rien faire... Rien faire quoi... Les policiers disaient « bah non il est chez lui on peut rien faire » ... Et puis ça se terminait par « Madame vous pouvez pas aller chez votre sœur ? Ou chez votre maman ? Et ça sera bien comme ça » »

D3 : « Je pense qu'il y a une question à la fois éducative, socio culturelle, qui fait qu'il y a des choses qui se disent plus facilement aujourd'hui que... dans le passé. »

5.3 Effets de la médiatisation

5.3.1 Vers une libération de la parole

D1 : « bah voilà, je trouve qu'à la fois, il y a un côté, « ohhr ohhr, olala c'est à la mode », mais ça a permis de libérer, la parole de beaucoup de femmes, qu'elles en prennent conscience, qu'elles réussissent à faire le pas, et de parler ... »

D3 : « les consultations sur ces thèmes-là, il y a 15 -20 ans, ce ne sont pas les mêmes qu'aujourd'hui je pense. Et ça, c'est dû au fait que les choses sont médiatisées, la parole se libère, on accepte plus des choses qui étaient acceptées avant, banalisées et donc voilà »

5.3.2 Le risque d'effets inverses

D10 : « moi je pense que ça peut entrainer, bah le fait que les dames qui subissent des violences n'en parlent plus du tout... qu'elles se confient encore moins en fait... par peur d'avoir une dénonciation »

5.3.3 Des médecins davantage sensibilisés

D3 : « c'est quand même largement médiatisé, à la fois à la télé, dans les journaux, et en particulier dans la presse médicale... Et c'est clair que ça sensibilise sur le sujet, et du coup, je pense oui, que je pose plus de questions maintenant que .. qu'avant oui c'est clair ... »

D8 : « Ça a une influence quand même... plus attentif, plus sensibilisé...à cette question, ouais tout à fait »

5.3.4 Sans toutefois, pour certains, changer leurs pratiques

D2 : « enfin je pense que sur la pratique ça change rien, y'a pas... On est là pour soigner les gens, pas pour soigner les coups et blessures, faire le bilan des gnons. »

D9 : « ba c'est vrai qu'en ce moment on en parle plus... c'est pas faux... Après j'avoue que ça ne change pas ma façon de travailler... »

6- La question des enfants

6.1 Gestion lors d'une attitude troublante

- Adressé au pédo psychiatre

D6 : « ah bah oui les enfants prostrés, oui bah oui ça, ça arrive... après je ne pense pas vraiment à la violence conjugale derrière le problème c'est qu'effectivement bah quand on a des enfants prostrés on les...on les envoie souvent voir des pedo-psy, des choses comme ça »

- Découverte de violences conjugales

D8 : « là, dernièrement, j'ai eu le cas d'un enfant, effectivement, très agité, très énervé, qui devenait violent également dans la classe, un petit de six ans... six- sept ans ouais.. Comportement qui avait été noté... d'une part... L'infirmière scolaire, la maîtresse... Enfin ils commencent à diligenter tout ça... Ils cherchaient à comprendre... Et puis finalement de fil en aiguille... Bon bah y a de la violence conjugale hein »

6.2 Leur présence au domicile rend la prise en charge ambivalente

- Protégé par le parent victime

D12 : « non parce que souvent si ça peut arriver, les mamans, elles essayent d'épargner leurs enfants, c'est quand ils sont couchés, elles les mettent ailleurs... »

- Frein ou moteur de l'action

D3 : « bah c'est un peu un cercle vicieux, mais ça veut dire : « on va se séparer .. », « comment je vais faire financièrement », enfin y'a plein de questions .. « Et les enfants... ». Et à l'inverse, il y en a qui vont le faire parce que justement il y a les enfants. Et donc il ne faut pas les mettre en danger... »

- Une difficulté supplémentaire à la prise en charge

D 10 : « Ba je pense que s'il y a des petits enfants, c'est plus difficile... je pense que la mère elle va se demander... « bah si je vais porter plainte au commissariat, qu'est ce qu'il va se passer pour mon enfant... je pense qu'elles ont peur de ce que peut devenir l'enfant, « est ce que j'aurai toujours la garde ? » Mais euh... après oui s'il n'y a pas d'enfant dans le foyer, c'est peut-être plus facile que la dame se prenne en charge... »

- Un argument d'urgence

D11 : « Parce qu'il faut aussi protéger les enfants et c'est pas un climat propice pour eux. Et je me sentirais plus dans l'urgence d'une prise en charge et d'un signalement si je sais qu'il y a des enfants, des témoins et parce qu'indirectement c'est aussi des violences pour eux, même si y'a pas de violences physiques. »

6.3 Quid de l'information préoccupante selon les praticiens ?

6.3.1 Des praticiens se sentant en difficulté

- Pas l'habitude

D12 : « non je n'en ai pas fait et je suis pas du tout à l'aise avec ça ! Je connais pas bien alors, j'aurai toujours peur de faire un signalement je pense »

D11 : « Et là où je suis souvent en difficulté face à une situation, alors que ce soit un conflit conjugal, ou une violence conjugale, ou intrafamiliale ; c'est le signalement auprès de la PMI du secteur. »

- Pas de retour

D10 : « Après ce qui est embêtant avec les informations préoccupantes c'est qu'on n'a pas de retour... si le patient ne nous dit pas, on sait pas du tout la prise en charge, si quelqu'un est venu... euh... et ça c'est quand même un peu gênant de pas avoir de retour... »

- Chronophage

D11 : « bah, en parler à la PMI, le premier obstacle ; c'est qu'on a quelqu'un au téléphone, on explique une première fois la situation, ça prend du temps. On nous répond : « bah faudrait que vous fassiez un courrier d'information préoccupante » ... donc on a parlé une première fois ça nous a pris une demi-heure, on a essayé d'alerter d'avoir les coordonnées de la personne à qui est-ce qu'on en parle finalement... faire un courrier d'information préoccupante ça prend également du temps... »

6.3.2 Les conséquences d'une déclaration non anonyme

D11 : « Parce que ça m'est souvent arrivé... enfin on perd les patients, bah c'est tout, après la confiance elle est rompue, ils prennent un peu ça comme une trahison... »

6.4 Quand faut-il la faire ?

D14 : « À partir du moment où vous êtes inquiète, que ça vous paraît dangereux

7- Ce que les médecins identifient comme aide potentielle

7.1 Une aide informatique

D3 : « Et aussi, j'y pense, pourquoi pas, insister auprès des créateurs de logiciels pour mettre un onglet, enfin intégrer quelque chose comme : « antécédents chirurgicaux », « antécédents médicaux », « violences passées ? » »

D7 : « tout à fait...mais à la limite, avant dans le logiciel...avant tu vois, j'osais pas poser la question « est-ce que vous fumez, est-ce que vous buvez ? combien de fois par jour ? » ... Maintenant c'est intégré dans le logiciel donc je pose la question... Donc je pense que je ne serai pas gênée... »

7.2 Enseignement à dispenser dès l'internat

D3 : « Ah bah c'est clair qu'il faut l'introduire dans l'enseignement à la fac, alors ça peut être, peut-être plus facilement pour les internes, par exemple les GEF, RSCA ... Typiquement des cours/débats »

7.3 Des outils de dépistage

D5 : « Faudrait des outils à ce moment-là... » « oh je sais pas mais au moins une grille avec des signes d'alertes, vous savez... un peu comme on fait ... (silence), pour la démence là ...! »

7.4 Un support matériel

D9 : « quelque chose de succinct de clair, avec quelques numéros, ça, ça pourrait être bien. Parce que oui on peut aller le rechercher, mais où ? sur quoi ? Sur l'ordre des médecins ? (il mime sur son ordinateur de rechercher). Donc oui avoir quelque chose de clair, en disant, bah si y a un souci. « Attendez » (il fait mime de sortir un papier sur son bureau et de le donner à la patiente) : « tribunal machin », ou « association machin » ... ce serait pratique »

D12 : « Une petite plaquette je pensais à mettre sous le sous-main, avec des numéros d'urgence à donner aux dames »

7.5 Des formations continues

D7 : « oui pourquoi pas ! Enfin je pense que le mieux c'est de se mettre le nez dans le caca puis assister à des formations quoi »

7.6 Davantage de coordination

D3 : « Ah, bah ça c'est clair, mais je pense que ça, ça va être le rôle des CPTS... C'est vraiment l'exemple type... Les CPTS normalement ça va améliorer la communication et les relations professionnelles.

DISCUSSION

1- Limites et forces de l'étude

1.1 Les limites et biais de l'étude

1.1.1 Liés à l'échantillon

L'échantillon total est de petite taille, ne permettant ainsi pas la généralisation des résultats.

1.1.2 Liés au recueil des données

Ce travail de recherche qualitative était nouveau pour l'enquêtrice. Les premiers entretiens n'ont pas été spontanés. L'enquêtrice a ainsi rencontré quelques difficultés à approfondir les réponses lorsque cela aurait pu être contributif.

Les médecins ont pour la plupart été interviewés dans leur cabinet, sur des plages de consultation ou sur l'heure du déjeuner, et ce à leur demande. Le temps disponible a donc été très variable avec, pour certains entretiens, une durée n'ayant pas permis l'approfondissement.

Les réponses aux questions étaient relativement tournées sur les femmes victimes de violences conjugales. Les violences envers les hommes ont été évoquées, mais peu développées.

1.1.3 Liés à l'analyse des données

L'analyse des données a pu être soumise à la subjectivité de l'enquêtrice, avec néanmoins le souhait de rapporter le plus fidèlement possible les impressions et ressentis des médecins interrogés.

1.2 Les forces de l'étude

1.2.1 Liées à l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient larges, permettant d'avoir un panel de vécus et de pratiques variés. La parité a été respectée avec sept hommes et sept femmes. Les âges sont variés ainsi que les lieux d'activités. Certains étaient impliqués dans la formation des jeunes médecins.

1.2.2 Liées au recueil des données

Les médecins, contactés directement par téléphone, ont été sélectionnés au hasard sur les pages jaunes, dans des secteurs géographiques variés. La grande majorité des réponses ont été positives, notamment quand le contact a été établi sans l'interface du secrétariat.

1.2.3 Liées à l'analyse des données

La retranscription et l'encodage ont été effectués rapidement après la rencontre du praticien. Le codage a été réalisé en triangulation avec la directrice initiale de la thèse, afin de limiter les risques d'interprétation. L'étude a été menée jusqu'à suffisance des données, confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire, permettant d'assurer un recueil des idées le plus complet.

2- Où en est-on aujourd'hui en pratique ?

2.1 La notion de violences conjugales, selon les médecins

2.1.1 Quelle(s) forme(s) ?

Avant d'aborder la problématique de l'accompagnement des violences conjugales, les médecins ont été interrogés sur ce que représentait pour eux cette notion. Une minorité d'entre eux appréhende les violences conjugales de manière alternative : psychologiques ou physiques. La majorité restante considère en revanche ces deux formes de violences comme intimement liées.

La violence morale, souvent évoquée par les médecins comme composante des violences conjugales, n'est que très peu apparue dans les situations évoquées, celles-ci ayant davantage trait aux atteintes physiques.

Ce constat suggère :

- D'une part, la difficulté des praticiens à appréhender les violences invisibles, ce qui a d'ailleurs été concédé par bon nombre d'entre eux ;
- D'autre part, une vision des violences conjugales d'avantage limitée aux violences physiques. Cette conception est renforcée par les chiffres portés à notre connaissance, principalement limités à cette catégorie de violences conjugales.

2.1.2 Une délicate distinction entre conflit et violence

Toujours dans cette problématique de détermination de la notion de violences conjugales, la délicate distinction entre conflit conjugal et violence a été abordée par les praticiens interrogés.

Selon la majorité d'entre eux, cette distinction repose essentiellement sur la notion de souffrance et de répétition des événements :

- S'agissant des **violences psychologiques et morales**, évoquer une douleur psychique, pourtant difficile à quantifier, suffit à définir un cas de violence conjugale.
- S'agissant des **violences physiques**, l'échelle de gravité varie selon les praticiens. La plupart des médecins interrogés estiment qu'un seul coup suffit à établir un cas de violence conjugale. Un praticien estime en revanche qu'un geste isolé ne permet pas, à lui seul, de rentrer dans ce cadre.

Selon la définition proposée par l'HAS, La différence entre ces deux notions repose sur le caractère symétrique, ou non, de la relation : (4)

- Le conflit conjugal se définit par une discorde entre les deux protagonistes, sans volonté de domination. Les points de vue s'opposent dans une relation égalitaire.
- La violence conjugale renvoie, elle, à la domination avec refus du point de vue de l'autre et utilisation de l'agressivité, de la force, ou de la peur.

L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) évoque les habitudes, faisant partie de la dynamique du couple. Bien que les réactions des victimes soient différentes, d'où la difficulté de la prise en charge, l'INSPQ propose deux types de réactions permettant de distinguer un contexte de violences plutôt qu'un simple conflit conjugal : la peur et l'impuissance. (15)

L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) évoque un « processus inscrit dans le temps au cours duquel un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents, destructeurs. » (39)

En définitive, les médecins interrogés ont conscience des multiples formes de la violence conjugale. La majorité d'entre eux concède la difficulté de distinguer le conflit des violences, surtout quand ces dernières sont invisibles.

2.2 Quel est le rôle des médecins dans le dépistage des violences conjugales ?

2.2.1. Une mission d'écoute et de conseil

Comme pour tout autre motif de consultation, l'accompagnement des violences conjugales dépend du rôle dont le médecin traitant se sent investi.

La façon dont les médecins interrogés voient leur rôle est relativement unanime. Pour la plupart d'entre eux, il s'agit avant toute chose de ne pas prendre part au conflit et d'être une aide pour chacun des membres du couple, selon leurs demandes et leurs besoins.

Un praticien estime toutefois délicat de ne pas prendre parti et suggère l'impossibilité d'agir efficacement sans « choisir son camp ».

L'écoute et le conseil reviennent régulièrement dans les entretiens. Les médecins jugent indispensable d'être une oreille attentive, insistant toutefois sur le fait que la décision d'agir revient au patient et non au praticien, sauf cas de danger imminent en raison notamment de la présence d'enfant(s).

Un praticien, ayant une formation supplémentaire en psychiatrie, explique quant à lui avoir non seulement une démarche d'écoute, mais également et surtout de questionnement, insistant sur la notion de « légitimité ». Selon lui, être le médecin traitant ne signifie pas avoir la légitimité nécessaire pour traiter tous les maux du patient.

Cette notion fait écho à celle du dépistage systématique, que nous évoquerons par la suite.

2.2.2 La peur vis-à-vis du secret médical

Lors des entretiens, les médecins généralistes font régulièrement le rapprochement entre leur rôle et le secret médical. La conduite à tenir vis-à-vis de cette ligne directrice du Serment d'Hippocrate, dans le contexte des violences conjugales, inquiète.

Il en ressort, pour les praticiens ayant spontanément évoqué cette crainte, la peur d'un mauvais jugement : sur-interpréter une situation à tort, ou en taire une qui aurait nécessité une aide extérieure. Cette peur s'inscrit en parallèle d'une récente évolution de la réglementation du secret médical.

En effet, à l'occasion du Grenelle contre les violences conjugales, de 2019, la question d'étendre la levée du secret médical aux victimes majeures, sans vulnérabilité évidente, mais estimées sous l'emprise d'un conjoint violent avec risque immédiat, a été posée. Jusqu'à présent une des dérogations obligatoires en matière de violence concernait les mineurs ou les personnes vulnérables en raison de leur état psychique ou de leur âge (40).

Le secret médical, repris à l'article 4 du code de la déontologie médicale (41), trouve ses origines dans le serment d'Hippocrate. Sa protection est inscrite dans le code civil et a pour but de préserver la défense du droit, et de la vie privée. Bien qu'adapté et reformulé au fil du temps, l'essence même du texte reste d'actualité (42).

Au-delà d'une obligation légale, le secret médical apparaît donc comme un impératif éthique (43).

Si son objectif semble clair, il existe des nuances faisant de cette obligation un élément parfois redouté par le corps médical. Le code de déontologie prévoit en effet de multiples variantes possibles avec, entre autres, des causes de dérogations obligatoires et d'autres facultatives (44).

La sphère privée, spécifique aux violences conjugales, crée un cadre propice aux difficultés de gestion du secret médical. Si les dérogations sont autorisées dans certaines situations, la violation du secret médical est réprimée depuis 1818, et inscrite au code pénal. Elle est passible de poursuites pénales (un an d'emprisonnement et 15.000 euros d'amende) et disciplinaires (45).

Ces lourdes sanctions influent nécessairement la pratique des médecins. La majorité des praticiens interrogés ne sont pas favorables à un élargissement de la dérogation du secret médical dans le cadre des violences conjugales. Un tel élargissement serait, selon eux, délétère pour la relation médecin/patient, mais également source d'appréhension.

Le 30 Juillet 2020, la loi n° 2020-936, visant à protéger les victimes de violences conjugales, a été promulguée (46). Cette loi autorise, notamment :

- Une levée du secret médical ;
- Lorsque le professionnel « estime en conscience » ;
- Que les violences mettent la vie de la victime majeure en « danger immédiat » (47).

Le médecin doit toutefois s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au Procureur de la République.

L'élargissement de la possibilité de déroger au secret médical divise les professionnels de santé. La difficulté résulte, une fois encore d'une délicate appréciation des situations. Dès lors que le contexte conjugal fait craindre une notion de danger immédiat, il paraît essentiel de définir ce terme avec la patiente afin de lui exposer les raisons de nos peurs.

Afin de ne pas inhiber le sujet avec les autres patient(e)s, pouvant craindre de voir leur secret dévoilé, il semble primordial de garder l'accent, dans les campagnes publicitaires, sur le devoir de secret médical du médecin.

2.3 Comment procèdent les médecins interrogés ?

2.3.1 Le dépistage

Les médecins interrogés évoquent majoritairement un dépistage sur point d'appel : les souffrances morales et physiques, l'asthénie, et les douleurs chroniques sont des motifs récurrents.

C'est souvent par la violence physique que les médecins sont avertis du contexte de violence. D'ailleurs, Le certificat de coups et blessures est régulièrement la porte d'entrée, qu'il soit demandé par la patiente, ou suggéré par le médecin.

Cette notion de dépistage sur point d'appel est retrouvée dans l'étude épidémiologique de Fanny Foucard concernant « le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple » en 2016 (48). Les médecins dépistaient en effet davantage les violences conjugales lorsqu'un élément clinique pouvait les y faire penser.

Le dépistage systématique, issu des nouvelles recommandations de la HAS publiées en 2019, ne fait pas l'unanimité chez les médecins interrogés. Jugé invasif, et pouvant braquer les patient(e)s ; les praticiens optent davantage pour une écoute attentive et semble préférer le repérage des points d'appels. La majorité explique d'ailleurs ne pas avoir le réflexe du dépistage systématique.

Toujours dans cette approche du dépistage des violences conjugales, les médecins évoquent le manque de ressources standardisées. Certains s'interrogent sur l'utilité de questionnaires, à remettre aux patientes, afin de les aider à aborder le sujet.

→ Concernant les indications du dépistage :

Alors que le rapport Henrion de 2001 préconisait le dépistage systématique des violences conjugales, la HAS dans ses recommandations de 2005, proposait un dépistage ciblé chez les femmes enceintes. Quant à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle se prononçait en 2013 en faveur d'un dépistage ciblé, faute d'étude prouvant le bénéfice du dépistage systématique (49).

Voici une liste non exhaustive de points d'appel, proposée par l'OMS à l'époque :

- Symptômes dépressifs ;
- Consommation d'alcool ou de drogue ;
- Symptômes gastro entomologiques ou gynéco urinaires chroniques inexpliqués ;
- Douleurs chroniques inexpliquées ;
- Consultations fréquentes sans diagnostic précis.

→ Concernant les outils de dépistage :

Le cadre qui entoure le dépistage des violences conjugales a longtemps fait débat. Il existe en France des outils de repérage précoce concernant certains sujets : certaines addictions avec le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) (50), ou encore le Maslach Burnout Inventory (MBI) pour le burn-out (51).

Toutefois aucun questionnaire n'est validé pour le dépistage des violences conjugales en milieu extra hospitalier. Depuis plusieurs années, les pays anglo-saxons ont mis en place une quinzaine de questionnaires dédiés au dépistage des violences faites envers les femmes et pour certains, la violence conjugale en particulier (52).

NOM	PAYS	VALIDATION
<i>Abuse Assessment Scale (AAS)</i>	États-Unis	+
<i>Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)</i>	Ontario, Canada	-
<i>Abuse Screening Inventory (ASI)</i>	Suède	+
<i>Computerized Intimate Partner Violence Screen (CIPVS)</i>	États-Unis	-
<i>HARK</i>	Grande-Bretagne	+
<i>Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS)</i>	États-Unis	+
<i>Ongoing Abuse Screen (OAS)</i>	États-Unis	+
<i>Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)</i>	États-Unis	+
<i>Partner Violence Screen (PVS)</i>	États-Unis	+
<i>Radar for Men : A Domestic Violence Intervention</i>	États-Unis	-
<i>SAFE-T</i>	États-Unis	+
<i>Slapped, Things and Threaten (StaT)</i>	États-Unis	+
Protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale	Québec, Canada	-
<i>The Woman Abuse Screening Tool (WAST)</i>	Ontario, Canada	+
<i>Women's Experience with Battering Scale (WEB)</i>	États-Unis	+

Tableau 3 : Outils d'identification précoce de la violence conjugale

Parmi les différents questionnaires listés, le WAST (Woman Abuse Screening Tool), d'origine Canadienne et développé par J.B Brown, B. Lent et al en 1996, a été conçu pour déceler des lésions physiques, psychologiques et sexuelles chez les femmes (53).

En 2001, au cours de l'étude « Dépistage de la violence faite aux femmes, épreuve de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français », ce questionnaire a été traduit et validé en français (54) (55).

Initialement composé de 8 questions, la dernière relative aux violences sexuelles a été retirée. (Questionnaire mis en annexe).

Dans sa version française, la sensibilité est estimée à 78% et la spécificité à 100%.

Le WAST-Short est une version courte, composée de 2 questions qui permet de dépister les violences conjugales. Si les réponses y sont positives, l'enquête se poursuit avec les autres questions.

- In general how would you describe your relationship : () a lot of tension, () some tension, () no tension

- Do you and your partner work out arguments with : () great difficulty, () some difficulty, () no difficulty.

Ce questionnaire peut s'adapter à différentes pratiques : pratique hospitalière ou ambulatoire, rurale ou urbaine. Toutefois son utilisation n'est pas préconisée dans les nouvelles recommandations (52).

Sensibiliser les médecins à l'importance du dépistage est primordial. Selon les chiffres publiés dans la lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes pour l'année 2018, et pour ne parler que des violences physiques et/ou sexuelles, seulement 25% des victimes ont entrepris des démarches auprès de leur médecin traitant (56). Ce dernier reste néanmoins le recours privilégié des victimes.



Graphique 1 : Proportion de femmes, âgées de 28 à 75 ans, victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant entrepris des démarches auprès de professionnel(le)s.

Sources : CVS 2015-2019- INSEE-ONDRP-SSMSI

Ainsi au cours de cette année de Grenelle contre les violences conjugales, la HAS est revenue sur l'importance du dépistage systématique, qui fait maintenant partie des nouvelles recommandations.

Les médecins généralistes estiment donc avoir un rôle d'écoute et de conseil mais refusent pour la plupart d'être le moteur de la prise en charge, concédant l'importance que les démarches soient volontaires.

Malgré les nouvelles recommandations de la HAS, il semble que les médecins interrogés ne soient toujours pas favorables à un dépistage systématique. Avant que cela ne rentre dans les mœurs et sans considérer chaque foyer comme à risque de violences conjugales, il semble que maîtriser, dans un premier temps, les signes d'alertes et montrer une capacité d'écoute, notamment par le biais d'affiches, soit une bonne entrée en la matière.

2.3.2 L'accompagnement

Sur la question de l'accompagnement, les avis des praticiens sont partagés, mais tous craignent les conséquences une fois la boîte de Pandore ouverte.

Sujet parfois jugé inintéressant et très médiatisé ; sa gestion peut paraître bien cadrée avec un arsenal de solutions à notre disposition : mais lesquelles ? quand ? Où ? Et que répondre aux patient(e)s ?

Différents modes d'accompagnement ont été évoqués par les praticiens interrogés, pour les victimes ou les auteurs de violences conjugales.

→ Concernant les victimes

- Certains proposent une orientation médicale rapide vers des spécialistes, notamment les psychiatres et les médecins légistes ;
- D'autres choisissent d'accompagner directement les patients, en gérant leurs différents besoins ;
- D'autres encore choisissent de judiciaireiser la prise en charge, avec rédaction d'un certificat de coups et blessures, nécessaire pour d'éventuelles poursuites ultérieures.
- Très peu évoquent les structures associatives.

S'agissant du certificat de coups et blessures, les médecins interrogés n'éprouvent, pour la plupart, pas de difficulté quant à sa rédaction. Seul un praticien nous dit être gêné par ce type de certificat, ne sachant pas établir l'Incapacité Totale de Travail (ITT).

→ Concernant l'auteur des violences

L'accompagnement des auteurs de violences est souvent oublié. Pourtant, bien qu'il soit complexe, il est indispensable pour espérer une évolution durable.

Selon les praticiens, les principaux freins à cet accompagnement sont la peur d'une résurgence de violences et la difficulté d'une prise en charge simultanée des deux membres du couple. Cette dernière est rendue délicate par l'affinité des praticiens avec chaque protagoniste, mais aussi par le secret médical auquel ils sont tenus.

Certains médecins confient ne pas y penser et un autre nous évoque un refus volontaire de prise en charge.

→ Quelles sont les ressources possibles pour les praticiens ?

La gestion de ces situations nécessite une multidisciplinarité. Les structures associatives, les numéros verts, les services de gendarmerie et de police, les médecins spécialistes, sont des aides primordiales dont les capacités et les connaissances ne cessent de croître et de se préciser en la matière.

- Le milieu associatif

Mises en lumière dans les années 1970-1980, les violences conjugales ont fait naître un nombre croissant d'associations mobilisées contre ce fléau. Sur l'ensemble du territoire français, on compte actuellement plusieurs centaines d'associations, parmi lesquelles :

- France victimes (130 associations) (57).
- La Fédération Nationale des Centres d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles (FNCIDFF) (114 associations) (58).

Ces associations, aux actions variées, permettent une écoute et une orientation des victimes et même, pour certaines, un hébergement.

En 1992, le premier numéro d'orientation vers une plateforme d'écoute nationale est créé. Il s'agit alors d'un numéro classique à six chiffres. En 2007, fort de cette première expérience, ce dispositif a été simplifié par la création d'un numéro d'appel à quatre chiffres : le 3919 (44). Il s'agit d'un service national de référence pour les femmes victimes de violences conjugales, mais en aucun cas d'un numéro d'urgence.

Chaque année la Fédération Nationale Solidarité France publie une synthèse sur l'analyse des données du 3919. Dans le premier rapport de 2009, la comparaison des appels reçus entre 2007 et 2009, montrait une augmentation de leur nombre (1) :

- 17 773 appels traitables lors de la création du 3919 en 2007 ;
- 33 556 appels en 2009.

Les derniers chiffres de 2018, recensent 66 824 appels traitables.

Si les structures d'aide aux victimes de violences conjugales se multiplient, peu proposent une prise en charge de leurs auteurs.

C'est dans les années 70 que les premières équipes formées dans la gestion des conjoints violents sont constituées. Les modes d'approche se sont enrichis et les théories sur l'étiologie de la violence des auteurs ont évolué.

Selon la Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales et Familiales (FNACAV) , la prise en charge ne repose pas sur l'idée d'une étiologie purement anthropologique comme avant, mais également sur une communication pathologique dans l'ensemble de la famille (60).

Comme le souligne Liliane Daligand, professeur de médecine légale, psychiatre des hôpitaux experte auprès de la cour d'appel de Lyon, « Dans la majorité des cas, les hommes violents ne sont pas des personnalités perverses difficilement accessibles à une thérapie, mais des infirmes de la parole » (36).

La participation des conjoints violents, aux programmes de prise en charge créés à cet égard, émane de trois sources possibles (61) :

- À la demande de la justice par une injonction de soins, en attente ou à l'issue du jugement ;
- À la demande de l'auteur lui-même, ou de la conjointe ;
- À la demande du médecin traitant.

Le Cheval Bleu, structure située près de Béthune, fait partie de ces associations socio judiciaires, dont le protocole de soins a été mis en place en collaboration avec Luc Frémiot, alors avocat général auprès de la Cour d'appel de Douai. Leur méthode est basée essentiellement sur des entretiens collectifs, permettant une écoute et une confrontation à d'autres profils, ou bien individuels. 90% des patients participent au programme suite à une injonction et 10% seulement viennent spontanément ou motivés par un tiers (61).

Une minorité d'entre eux est adressée par les médecins traitants, phénomène expliqué selon eux, d'une part par l'ignorance de la structure, et d'autre part par la difficulté d'aborder le sujet avec l'auteur des violences. Cette solution permet de limiter la désocialisation inhérente à l'incarcération et de faciliter le maintien de l'emploi (62).

- Le volet juridique

Certains praticiens estiment que le médecin généraliste est rarement le premier recours, et que la première étape de l'accompagnement des victimes de violences conjugales est davantage du ressort des services de gendarmerie ou de police, dans le cadre d'une main courante ou d'un dépôt de plainte.

Ce point de vue est d'autant plus justifié, depuis l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des victimes dans ces structures, ce que rappelle d'ailleurs un praticien interrogé.

Au cours de cette année de Grenelles, quatre axes de travail ont été jugés prioritaires, pour améliorer la prise en charge juridique des victimes (34) :

- Protéger les victimes de violences en les mettant à l'abri ;
- Protéger les victimes de violences en les éloignant réellement des agresseurs ;
- Garantir aux femmes victimes de violences une protection tout au long de la chaîne pénale ;
- Limiter l'autorisation parentale du parent violent

2.4 Leur ressenti

D'une manière générale, la gestion des violences physiques, avec la rédaction d'un certificat de coups et blessures, ne semble pas être une difficulté pour les médecins interrogés, à la différence de la gestion des violences « invisibles ».

Néanmoins, et dans tous les cas, certains freins complexifient l'accompagnement des victimes :

- Le statut de médecin de famille

Ce statut leur confère une intimité jugée nécessaire et propice à la révélation des souffrances des patients. Toutefois la connaissance des deux membres du couple, et souvent, du reste de la famille, paralyse l'accompagnement.

- La perte de vue des patient(e)s

Les médecins déplorent la perte de vue des patients, qu'il s'agisse des victimes ou des auteurs des violences, parfois des familles entières, une fois le sujet abordé ou après avoir établi une information préoccupante.

- Le temps

De façon consciente ou inconsciente, les médecins décrivent cette problématique comme chronophage, avec une tendance à reporter la discussion et au risque de ne pouvoir le ré-évoquer ultérieurement. Un médecin nous confie toutefois ne pas être entravé par ce facteur, et prend le temps jugé nécessaire.

- Le manque de connaissances et de formations

Exceptées les voies de droit dont disposent les victimes (dépôt de plainte...), les praticiens connaissent peu les autres ressources, notamment associatives, mises à leur disposition. Les numéros d'écoute sont pour certains ignorés, et la recherche des coordonnées des associations d'aide aux victimes n'est que rarement faite, faute de connaissances, de temps et de support.

Quelques médecins évoquent néanmoins un recours rare :

- aux associations précitées ;
- ou aux assistantes sociales travaillant à la Mairie.

Le manque de formation (initiale comme continue), est également mis en avant. L'âge du praticien ne semble pas interférer dans cette réponse. Un médecin estime qu'une obligation de formation pourrait être une option intéressante, en raison, au prime abord, de l'aspect peu attractif du sujet.

- L'impuissance

Les médecins évoquent un sentiment d'impuissance dans l'accompagnement de leurs patient(e)s. Selon eux, son issue se solde régulièrement par un retour de la victime (ou de l'auteur des violences) au domicile, l'avortement de la plainte, ou l'absence de toute initiative supplémentaire de la patiente. Les praticiens évoquent donc un sentiment d'échec, avec un retour à l'état initial. Il ressort des entretiens un sentiment de frustration, avec une sensation d'inutilité des démarches effectuées.

Malgré cette lassitude, il est important de préciser que chaque initiative entreprise, qu'elle aboutisse ou non, est une avancée dans la prise en charge. La juriste du Centre d'Information du Droit des Femmes et de la Famille (CIDFF) de Lille, nous a informé qu'une femme quittait en moyenne sept fois le domicile avant un départ définitif (13).

Chaque démarche a donc son utilité. Il revient au patient de cheminer à sa vitesse.

- Le poids du secret médical

Comme évoqué précédemment, l'accompagnement d'une telle situation est quasiment systématiquement mis en balance avec la peur de transgresser le secret médical.

Accompagnement et respect du secret ne sont pas incompatibles. Toutefois les décisions relatives à cette problématique peuvent être lourdes de conséquences, et les dernières évolutions législatives qui encadrent le secret médical sont à bien maîtriser.

En définitive, les ressentis des praticiens interrogés rejoignent ceux retrouvés dans les précédentes études réalisées sur le sujet. A titre d'exemple, Mu-Sek-Sang Rudy, dans sa thèse sur le dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale en Poitou-Charentes de 2017, retrouve ainsi le manque d'informations comme principal frein à l'accompagnement (63).

3- La question des enfants

Les médecins interrogés considèrent la présence d'enfant(s) comme étant, tantôt un frein, tantôt un élément déclencheur pour les victimes de violences conjugales.

Peu de médecins, dans notre étude, ont déjà eu recours à l'information préoccupante. Un des praticiens estime que dans les cas rencontrés, les mamans parviennent à cloisonner les situations de violences conjugales, permettant ainsi d'épargner l'enfant. Les termes de signalement et d'information préoccupante sont utilisés sans que la distinction semble claire.

Un des médecins estime que ne plus avoir en charge les suivis de grossesses est préjudiciable dans le cadre des situations à risque, ou pour l'accompagnement ultérieur.

3.1 L'impact des violences conjugales sur les enfants

3.1.1 Le dépistage

Certains comportements d'enfants, notamment l'agitation, l'agressivité ou une attitude prostrée, évoquent, pour certains médecins interrogés, la question des violences conjugales. Un praticien nous confie ne pas systématiquement avoir cette arrière-pensée en présence de tels comportements, et adresse alors l'enfant en consultation spécialisée au pédopsychiatre. Les points d'appels évoqués concernent des enfants en âge scolaire d'environ 6 ans. La période post natale et l'adolescence n'ont pas été mentionnés.

La gestion des enfants dans l'accompagnement des violences conjugales est primordiale. Bien que l'enfant ne soit, en théorie pas directement atteint dans ce genre de conflit, le retentissement et les conséquences sur sa construction ne laissent plus de doute.

Le statut des enfants a évolué progressivement, en parallèle de l'intérêt croissant porté à ce sujet. De l'enfant « témoin », nous sommes passés à l'enfant « exposé » puis à l'enfant « Co-victime » (64).

Une revue de littérature Canadienne a permis de définir trois grands domaines du développement de l'enfant pouvant être affecté (27) :

- comportemental et socio affectif ;
- physique ;
- neurobiologique et cognitif.

3.1.2 Le retentissement

- Sur le plan psycho-affectif et comportemental

La colère, l'agressivité, l'impulsivité et les comportements addictifs sont des troubles psycho-affectifs et comportementaux pour lesquels les preuves scientifiques sont les plus solides. La négligence émotionnelle, ou l'adversité sociale dans laquelle un enfant grandit, peuvent être considérées comme de mauvais traitements « passifs ». Dans la revue l'Information Psychiatrique (65), Nader Perroud évoque quelques résultats d'études inquiétants. En effet, quel que soit le type de maltraitance, elles accroissent le risque de maladies psychiatriques à l'âge adulte comme, à titre d'exemple, les troubles bipolaires, les personnalités borderline, les troubles dépressifs et les troubles psychotiques.

La qualité des interactions en communauté ainsi que les problèmes d'attachement sont liés, et dépendent de l'âge et de l'intensité de l'exposition de l'enfant (27).

- Sur le plan physique

En 1998, la publication américaine de V.J Felitti et al (30), retrouvait une forte corrélation entre l'exposition infantile aux violences (qu'il s'agisse de violences directes ou de violences conjugales) et les pathologies suivantes : cardiopathie ischémique, cancer, bronchite chronique.

- Sur le plan neurobiologique

Depuis quelques années, les études s'intéressent au lien entre environnement et santé. Elles suggèrent une causalité entre l'inégalité sociale dont « l'adversité sociale » fait partie, et le retentissement sur la santé des populations. En 1942, le biologiste et philosophe britannique Conrad Waddington propose le terme d'épigénétique pour étudier les différences d'expression des gènes sans modification de la séquence ADN (66).

Les différentes expositions s'exprimeraient, in fine, biologiquement pour influencer positivement ou négativement l'humain (67).

Cette approche d'incorporation biologique est appelée « embodiment ». Deux catégories responsables de ce processus sont proposées :

- Une exogène regroupant les agents et molécules extérieures ;
- Une endogène concernant l'isolement, l'adversité psychosociale, les contraintes organisationnelles.

Cette seconde catégorie jouerait sur les trois axes principaux suivants :

- Le système nerveux avec l'axe hypothalamo-hypophysaire ;
- Le système endocrinien ;
- Le système inflammatoire/immunitaire.

Une exposition chronique à un facteur de stress, ainsi que les variabilités inter individuelles de réponse à ce stress, engendrent une activation prolongée de ces trois systèmes.

Les études suggèrent que la grossesse est un facteur de risque d'apparition ou d'aggravation de violences conjugales. Or les facteurs extérieurs auxquels est soumise la croissance in utero apparaissent essentiels et modifient le capital santé. Il s'agit du concept « d'origine foetale des maladies » (68). A défaut d'un effet causal à long terme, il s'agirait alors d'un effet latent capable d'influencer nos réponses futures.

L'environnement modifierait notre épigénome, pouvant entraîner des conséquences à long terme et même pour les générations futures (67) (68) (69) (70).

3.2 Quelles démarches possibles ?

Nous avons vu précédemment que la violence conjugale, selon son intensité, peut impacter la bonne construction de l'enfant. Si la violence infantile n'est pas l'objectif principal de cette étude, un de nos objectifs secondaire est d'analyser l'accompagnement des médecins dans ces situations de violences conjugales en présence d'enfant(s), et plus particulièrement leur gestion de l'information préoccupante. Même s'il ne s'agit pas d'une violence directe, certains cas de violences conjugales en prennent également l'étiquette.

L'information préoccupante, le signalement, ou l'hospitalisation sont les trois démarches à disposition du médecin, lors d'une suspicion de violence envers un mineur. Il existe également, pour de simples questions sur l'orientation nécessaire ou pour avis collégial, la possibilité d'appeler la Protection Maternelle et Infantile (PMI) après accord parental.

3.2.1 Le signalement et l'information préoccupante

Le **signalement** consiste à porter à la connaissance du Procureur de la République des faits graves, nécessitant la mise en place de mesures urgentes pour protéger un mineur ou un adulte ne pouvant se protéger en raison de son âge ou d'une incapacité physique ou psychique. Il doit être utilisé pour des faits constatés ou présumés de maltraitance.

Afin de faciliter, ou tout au moins de lutter contre la réticence des médecins à en faire usage, l'article 226-14 du code pénal mentionne l'impossibilité d'engager des poursuites envers le médecin à l'initiative de la démarche si celle-ci est faite en « bonne foi », c'est-à-dire avec la croyance juste de se trouver dans une situation conforme (71).

L'**information préoccupante** est définie par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger comme « étant constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur ». Il s'agit d'une démarche prenant en compte la santé globale de l'enfant (71).

La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) est, au sein de chaque département, l'organisme chargé de regrouper ET d'analyser les informations préoccupantes (72).

Le rôle, ainsi que les protocoles de prise en charge se sont précisés avec la loi de 2016, et notamment la notion d'un suivi de trois mois nécessaires dès lors que l'information préoccupante est jugée sérieuse.

Ce recours à l'information préoccupante est utilisable par les médecins ou toute personne ayant des doutes sur un trouble de la parentalité, ou une difficulté compromettant le développement de l'enfant. Il permet de diligenter une enquête sociale n'aboutissant pas systématiquement à une réponse juridique impactante.

Deux éléments supplémentaires sont nécessaires si l'information préoccupante est à l'initiative d'un membre du personnel soignant (64) :

- L'information ne peut pas être anonyme
- Un écrit doit être adressé à la CRIP, accompagné ou non d'une information orale.

Dans tous les cas, si l'autorisation parentale n'est pas nécessaire pour l'information préoccupante, les parents doivent être informés de la démarche.

Les médecins interrogés évoquent certaines difficultés concernant la réalisation de cette dernière :

- Le temps nécessaire à sa rédaction, avec notamment cette obligation d'une trace écrite ;
- Les délais de réponses ;
- L'absence de suivi de dossier par les praticiens une fois l'information transmise ;
- Enfin, la perte de vue de certaines familles, une fois la démarche entreprise, celle-ci étant estimée comme une trahison.

Concernant le praticien ayant évoqué la longueur des délais de réponse, l'interrogateur a omis de faire préciser l'organisme auquel la demande avait été transmise.

3.2.2 Les chiffres aujourd'hui

Le Nord est un des départements de France avec le taux de précarité le plus élevé et un nombre de mineurs des plus important. La directrice de la CRIP du Nord nous a confié, lors d'une interview, que l'organisme reçoit environ 7000 à 7500 informations préoccupantes par an. Selon les chiffres de cet organisme, l'éducation nationale est le premier pourvoyeur d'informations préoccupantes, soit environ 30%. Celles provenant du corps médical représentent 4 à 6% des informations (64).

130 informations préoccupantes sont réceptionnées chaque semaine par la CRIP. Un délai de 3 jours a été retenu pour analyser ET juger de leur caractère alarmant ou non. Durant cette échéance, les services étudient le passé de la famille, son historique auprès des différents services de protection de l'enfance, ainsi que la présence, ou non, d'informations préoccupantes antérieures (64).

3.2 Quand faut-il faire une information préoccupante ?

Puisque la violence conjugale peut affecter le développement, doit-on systématiquement entamer le processus d'information préoccupante dans ces situations ?

La plupart des médecins de l'étude s'interrogent sur la nécessité de faire cette démarche, dès lors qu'ils estiment un enfant en danger. En raison du manque d'expérience de l'investigateur, certaines précisions quant à la définition de « danger » n'ont pas été demandées spontanément.

Les praticiens se laissent alors seul juge du degré de gravité à partir duquel la démarche est nécessaire.

La question se pose alors : doit-on prendre la responsabilité, en tant que médecin traitant, de juger l'aspect tolérable ou non d'une situation de violence conjugale risquant, soit de passer à côté d'une situation alarmante, soit de saturer les réseaux ?

Après entretien auprès d'un médecin psychiatre au CHRU de Lille, investi dans l'accompagnement des violences conjugales, le protocole du CHRU recommande que toute violence conjugale, avec présence d'enfant(s) au domicile, soit suivie d'une information préoccupante (73). Ces services ont l'avantage, par rapport à la médecine de ville, de ne pas être dans une relation de proximité avec la famille et d'avoir une distance sociale facilitant les démarches.

En définitive, la question de l'accompagnement des victimes de violences conjugales et notamment des enfants au domicile, n'est pas aisée. Les termes de signalement et d'information préoccupante sont utilisés sans trop de distinction et la rédaction d'une information préoccupante est vue comme difficile.

La majorité des médecins de ville interrogés optent pour une information préoccupante selon leur ressenti et leur évaluation de l'impact sur l'enfant, alors que certains services hospitaliers, notamment au CHRU de Lille, entament une démarche systématique.

Sur cette question, la réponse ne nous semble donc pas catégorique. Gardons cependant un chiffre à l'esprit : 130 informations préoccupantes sont réceptionnées chaque semaine par la CRIP du Nord. À la différence des structures hospitalières, le médecin traitant possède, ce qui peut être un avantage comme un frein dans l'accompagnement de ces situations, un lien privilégié avec les membres de la famille.

S'il ressort des entretiens effectués que chaque médecin apprécie, à sa manière, le degré d'adversité auquel un enfant peut faire face, force est de constater que l'information préoccupante est peu maîtrisée, et que ses conséquences font peur.

Afin que cette peur n'interfère pas avec la volonté des médecins de rédiger une information préoccupante, une formation sur le sujet semble indispensable. Les praticiens seraient ainsi davantage libres de juger, en leur âme et conscience, du caractère indispensable, ou non, de l'information préoccupante.

4- Ce que souhaitent les médecins

4.1 Formation

Tous les praticiens s'accordent sur l'urgence et l'utilité d'une formation systématique, encadrée et précoce. Aucun n'a eu de formation dans le cadre de son cursus initial, mais certains ont acquis, sur le tas, des connaissances pratiques au cours de leur activité professionnelle et/ou théoriques, par des formations ponctuelles.

La médiatisation des violences conjugales et la libération de la parole impose au médecin d'acquérir des automatismes, que ce soit en matière de dépistage ou d'accompagnement. Si l'empathie peut être spontanée et naturelle, la gestion de cette problématique nécessite des connaissances et une certaine expérience. Intégrer cette problématique, au stade de l'internat, semblerait judicieux.

Quelles est l'offre de formation, sur le sujet, pour les médecins ?

- Le cursus général ;

Dans l'unité d'évaluation 1, concernant l'apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle, l'item 10 est intitulé « Violences sexuelles ». Dans sa description, les différents types de violence sont décrits ainsi que des rappels épidémiologiques. L'élargissement de cet item aux violences non sexuelles a eu lieu en 2019 (74).

- Les formations annexes

Dans le cadre de leur obligation de formation, les médecins ont la possibilité de participer à des formations payantes, gratuites ou rémunérées, sur des sujets libres ou imposés. Il s'agit des Formations Médicales Continues (FMC), des Développements Professionnels Continus (DPC), des congrès, et des formations dispensées par les associations (75).

4.2 Documentation

Il existe, de façon non uniformisée, de la documentation disponible auprès des structures associatives, du Conseil de l'Ordre et des hôpitaux. Le CIDFF de Lille nous a fait part de sa difficulté à mettre à jour les informations par écrit, en raison de la multiplicité des réseaux, des associations et de l'évolution constante de la réglementation juridique (13).

Les médecins, en recherche d'efficacité et de rapidité, demandent régulièrement un support écrit, incitatif, avec numéros et contacts essentiels.

4.3 Logiciel

Un médecin souhaiterait que les logiciels informatiques développent des astuces pour faciliter le dépistage en intégrant, à titre d'exemple, la notion de violence dans l'interrogatoire initial du patient.

Les sites de renseignements généraux sont nombreux, mais les logiciels organisés de façon claire et succincte sont rares. Deux sites sont toutefois recommandés par la Haute Autorité de Santé :

- Le site **service-public.fr**, dans sa rubrique « violences conjugales », offre un déroulé des principales questions (76).
- Déclic Violence, site réalisé par le département de Médecine Générale de Clermont- Ferrand, répond aux différentes questions et rappelle le cadre déontologique et juridique relatif à ce sujet (77).

CONCLUSION

La problématique des violences conjugales est complexe, suscitant de l'engouement, mais aussi de la lassitude. Dans le cadre de la dynamique enclenchée par le Grenelle de 2019, nous avons rencontré et questionné des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, afin de connaître leurs expériences, pratiques et ressentis sur le sujet. Les objectifs étaient les suivants :

- Dans un premier temps, établir un état des lieux des pratiques ;
- Dans un second temps, recueillir les attentes des médecins et s'intéresser à la question de la prise en charge des enfants, notamment sous l'angle de la place de l'information préoccupante.

La volonté des différents acteurs, de clarifier les pratiques (du dépistage à l'accompagnement), a permis de faire de véritables progrès tant sur le plan des recommandations médicales, de la prise en charge associative, que sur le plan juridique.

Dans l'ensemble, les praticiens ont une bonne représentation des violences conjugales, probablement en raison de la forte médiatisation du sujet. Cela étant, et sans considération d'âge des praticiens interrogés, il ressort de notre étude des pratiques et ressentis semblables à ceux jusqu'alors recueillis dans la littérature, malgré les nouvelles recommandations.

Les freins sont pour la plupart identiques à ceux d'ores et déjà révélés par les précédentes études :

- Le manque de temps ;
- Le manque d'informations et de connaissances ;
- La difficulté à aborder le sujet ;
- La peur des sanctions relatives au non-respect secret médical.

Ces constatations sont un argument supplémentaire à la nécessité d'une formation spécifique et plus précoce, d'ailleurs demandée par les praticiens interrogés.

En ce qui concerne les enfants, l'information préoccupante est un outil à disposition des praticiens libéraux, dont les conséquences impactent malheureusement davantage la relation médecin/famille, que la prise en charge concrète de l'enfant. Nous n'avons pas eu de réponse tranchée quant à son utilisation, en cas de violences conjugales. Elle n'est pas systématiquement mise en œuvre mais, selon le degré de danger, laissée à l'appréciation du médecin.

La lutte contre les violences conjugales progresse. Sans être responsable de la prise en charge de ce fléau, le praticien doit avoir en tête sa place privilégiée en tant que premier recours, et donc se montrer attentif. Les recommandations évoquent un dépistage systématique, en pratique difficile à mettre en œuvre. L'essentiel réside donc dans le juste milieu qu'impose ce sujet : ne pas suspecter des violences conjugales dans chaque foyer, et ne pas sous-estimer une problématique si répandue. Une formation spécifique et précoce permettrait de minimiser le mal être des médecins sur la question qui, par manque de réflexes et de connaissances, peuvent avoir tendance à éluder le sujet.

Afin de répondre à la demande de certains des praticiens interrogés, une plaquette d'information, reprenant les informations essentielles, est en cours d'élaboration.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info - Année 2018 ». 2019 nov.
2. Edouard Philippe : discours à l'ouverture du Grenelle contre les violences conjugales [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=8I7_SFsrtps
3. Debats F, Debats M, Geurts M, Prestat C. Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales. *Empan*. 5 juin 2009;57-69.
4. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2019 p. 53.
5. Sandra Favier. Coronavirus : Les violences conjugales en hausse de 30 % pendant le confinement. *ladepeche.fr*. 12 avr 2020;
6. Jaspard M. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) : Historique et contextes. :15.
7. Vaillé H. Les femmes victimes de violences conjugales. Violence(s) et société aujourd'hui. Editions Sciences Humaines; 2011.
8. Regula Kuhn Hammer, Nathalie Liaudat, Geneviève Beaud Spang, Béatrice Zindel. Dépistage, Soutien, orientation des personnes victimes- protocole d'intervention à l'usage des professionnel(le)s du canton de Fribourg. 2007 janv.
9. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919- Violences Femmes Info » Année 2018. In 2019 [cité 2 avr 2020]. p. 33. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/chiffres-cl%c3%a9s>
10. Agnès BALLE, Badiaa GARIB. La prise en charge des victimes de violences conjugales - Rapport d'étude qualitative. 2017.
11. Maître Haddad Sabine. Le viol entre époux : Evolution législative et jurisprudentielle. déc 2013;
12. Deveze G, Labé FL. Viol conjugal : comme tous les viols ; un crime. *Nouv Quest Féministes*. 1991;(16/18):214-6.
13. Sylvie Oudoire. Interview « fonctionnement et rôle CIDFF » Lille. 2020.
14. Institut national de santé publique du Québec. Cyberviolence dans les relations intimes. 2020.
15. Institut national de santé publique du Québec- INSPQ. De quoi Parle-t-on ? Trousse média sur la violence conjugale. 2020.
16. Gauthier C. Qui sont nos patients abusés et de quoi souffrent-ils ? *Mise Au Point*. 2009 ;4.
17. Thévenot A, Metz C. Introduction Les femmes et les violences conjugales. *Rech Fam*. 4 avr 2019 ; n° 16(1):83-5.

18. Henrion R. Violences conjugales : a-t-on progressé ? Elsevier Masson. avr 2014;198(4-5).
19. Géraldine Houdayer. Les chiffres des violences conjugales en France. France Bleu. 3 sept 2019
20. Vacher A. Les violences au sein du couples et les violences sexuelles en France en 2018. p. 28. Report No.: 14.
21. Mucchielli L. Une société plus violente ? Deviance Soc. 26 mai 2008 ; Vol. 32(2) :115-47.
22. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. Rapport Mondial sur la violence et la santé. Geneva; 2002. 346 p.
23. Offermans A-M, Vanhalewyn M. DÉTECTION DES VIOLENCES CONJUGALES. p. 44.
24. HARARI YN. Sapiens- Une brève histoire de l'humanité. 489 p.
25. Brenot P. Evolution des moeurs. Carnet PSY. 2009; n° 137(6):1-1.
26. Berger M. The transgenerational reproduction of violence in children exposed to domestic abuse. Soins Pédiatr Pueric. déc 2016;37(293):19-22.
27. Sonia Hélie S, Marie-Ève Clément. La maltraiatnce pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique. 15 oct 2019 [cité 21 avr 2020];(26-27). Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html
28. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.
29. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au « 3919- Violence Femmes info » - année 2018. 2019 nov.
30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. mai 1998;14(4):245-58.
31. De l'autorité parentale relative à la personne de l'enfant. code civil, LOI n°2019-721 juill, 2019.
32. Delage M, Sanchez A, Bruno J-L, Degiovani M. Les violences conjugales, phénomène social, problème systémique. Ther Fam. 4 juill 2012;Vol. 33(2):105-21.
33. Couturier M. Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. Dialogue. 26 mai 2011;n° 191(1):67-78.
34. Matignon. Grenelle contre les violences conjugales - Dossier de presse. 2019 sept p. 10.
35. Le Monde. Violences conjugales : les députés donnent leur accord pour le bracelet anti-rapprochement. 16 oct 2019;
36. Helfter C. Quelle prise en charge pour les auteurs de violences conjugales ? Inf Soc. 2007;n° 144(8):74-83.

37. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. 2015.
38. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? : quelles réponses peut-on apporter ? Université de Lorraine ; 2016
39. Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico -sociaux. Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple. 2018 mars.
40. Dr Benjamin Davido, David-Emmanuel Picard. Levée du secret médical: qu'en est-il en pratique? [Internet]. 2020 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/voirarticle/3605591>
41. Conseil national de l'Ordre des médecins. Article 4 - Secret professionnel. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel>
42. Hervé C, Wolf M. Actualité du serment d'Hippocrate. 13 mars 2013;4(1):16-9.
43. Bourgeois-Fisson É, Dambrine S, Martin J. pragmatique du secret médical. Vacarme. 2003; n° 25(4):36-9.
44. Lever le secret médical : dans quelles circonstances ? [Internet]. Juritravail. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: [//www.juritravail.com/Article/dossier-medical/Id/204](http://www.juritravail.com/Article/dossier-medical/Id/204)
45. Maialen Contis. La Nature du secret médical. Médecine Droit. mai 2000;2000(42):22-5.
46. Légifrance. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. Journal officiel « Lois et Décrets » [Internet]. n°0187. 31 juill 2020 [cité 14 sept 2020]; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042176652/>
47. La loi permettant la levée du secret médical en cas de violences conjugales adoptée. L'Obs [Internet]. 21 juill 2020 [cité 8 août 2020];
48. Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
49. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines. 2013.
50. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. 2014.
51. Test de Maslach sur le burn-out [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm
52. Flores J, Bouchard LM, Lampron C, Maurice P, Paradis F, Arseneau L, et al. Répertoire d'outils

soutenant d'identification précoce de la violence conjugale. Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec; 2010.

53. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* juin 1996;28(6):422-8.
54. Aude Linassier. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire. Poitiers ; 2017.
55. Barbara Lent, Gail Schmit, Judith Belle Brown. Dépistage de la violence faite aux femmes : Épreuve de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* mai 2001;47:988-95.
56. MIPROF. LETTRE N°12 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - « VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET VIOLENCES SEXUELLES » | Centre Hubertine Auclert
57. Descriptif - France Victimes [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.france-victimes.fr/index.php/nous-connaître/reseau-france-victimes/descriptif>
58. Info femmes : CNIDFF - Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <http://www.infofemmes.com/v2/p/Liste-Accueil-des-CIDFF-pendant-la-période-de-confinement-deu-au-COVID-19/3264>
59. Création du 3919, numéro d'appel unique pour les victimes de violences conjugales. *Le Monde.fr* 14 mars 2007 [cité 9 août 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2007/03/14/creation-du-3919-numero-d-appel-unique-pour-les-victimes-de-violences-conjugales_882917_3224.html
60. FNACAV - Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales & Familiales [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://www.fnacav.fr/>
61. Caroline Allouchery. Interview : Le Cheval Bleu. 2020.
62. Frémiot L. Chapitre 4. Violences conjugales et violences judiciaires. *Violences conjugales et famille.* Dunod; 2016 [
63. Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales: étude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.
64. Dr Ternel Valérie. Interview directrice de l'agence de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Nord. 2020.
65. Perroud N. Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *Inf Psychiatr.* 28 nov 2014; Volume 90(9):733-9.
66. Déborah Bourc'his, Institut Curie. Inserm. La science pour la santé. 2015.
67. Delpierre C, Castagné R, Lang T, Kelly-Irving M. Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé. *médecine/sciences.* 1 août 2018;34(8-9):740-4.

68. Charles M-A, Delpierre C, Bréant B. Le concept des origines développementales de la santé: Évolution sur trois décennies. *médecine/sciences*. janv 2016;32(1):15-20.
69. Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. *BMJ*. 17 nov 1990;301(6761):1111.
70. Junien C, Panchenko P, Pirola L, Amarger V, Kaeffer B, Parnet P, et al. Le nouveau paradigme de l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD) : Épigénétique, environnement : preuves et chaînons manquants. *MS Médecine Sci* ISSN Pap 0767-0974 ISSN Numér 1958-5381 2016 Vol 32 N° 1 P 27-34
71. Dr Irène KAHN-BENSAUDE, Dr Jean-Marie Faroudja. Signalement et information préoccupante - Conseil National de l'Ordre Des Médecins. 2016 févr.
72. André Lardeux, Valérie Pecresse. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
73. Dr Warembourg. Parcours de soins des victimes de violences conjugales sur le plan psychologique. 2020.
74. Haute Autorité de Santé. ECN. 2020 mai.
75. Université Lille 2 - Présentation du cursus et de la formation médicale.
76. Violence conjugale [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
77. Département de Médecine Générale de Clermont Ferrand. Déclic Violence- Législation: cadre juridique et déontologique.

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Données socio-démographiques :

- Âge
- Sexe
- Année d'installation
- Lieu d'exercice

Questionnaire

Question 1 : Comment définissez-vous les violences conjugales ?

Question 2 : Comment percevez-vous votre rôle, en tant que médecin traitant, qu'il s'agisse du dépistage ou de la prise en charge des violences conjugales ?

Question 3 : Comment vous sentez vous dans ce rôle ?

Question 4 : Comment procédez-vous lorsqu'il y a présence d'enfant(s) au domicile en cas de violence conjugale ?

Question 5 : Qu'aimeriez-vous, ou qu'auriez-vous apprécié pour vous aider dans cette tâche ?

Question 6 : Que pensez-vous de l'information préoccupante pour les enfants lorsqu'il y a un contexte de violence conjugale ?

ANNEXE 2 : Sites recommandés par la HAS

→ Décliviolence.fr

DÉ CLIC VIOLENCE.FR

L'ESSENTIEL À CONNAÎTRE SUR LES VIOLENCES CONJUGALES

POURQUOI INTERVENIR?

COMMENT INTERVENIR? -> BOÎTE À OUTILS

LES PIÈGES À ÉVITER

DÉ CLIC VIOLENCE.FR

DMG DÉPARTEMENT de MÉDECINE GÉNÉRALE CLERMONT-FERRAND

EN CLIC!

AIDE À LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES ENVERS LES FEMMES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

3 à 4 patientes sur 10 dans nos salles d'attente de médecine générale peuvent être victimes de violences conjugales. Les conséquences sur la santé des femmes et de leurs enfants sont multiples et durables. Pourtant, ce problème de santé est peu abordé en consultation par les patientes et leurs médecins.

Le médecin généraliste a un rôle à jouer pour repérer et aider ses patientes qui subissent des violences conjugales.

Ce site propose des fiches pratiques pour mieux comprendre ce problème de santé sensible et complexe, et mieux intervenir en tant qu'acteur de soins de premier recours. Ces fiches ont été élaborées par des médecins généralistes et des professionnels travaillant auprès de ces femmes.

En savoir plus [...]

L'ESSENTIEL À CONNAÎTRE

POURQUOI INTERVENIR?

COMMENT INTERVENIR? -> BOÎTE À OUTILS

LES PIÈGES À ÉVITER

Dernière MAJ: 25/03/2018 — © Décliviolence 2018

retour en haut **LE PLAN** **À PROPOS** **BIBLIOGRAPHIE** Contact / Liens

→ Haute Autorité de santé

PARTICULIERS

PROFESSIONNELS

ASSOCIATIONS

ANNUAIRE DE L'ADMINISTRATION

Se connecter

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Service-Public.fr

Liberté Égalité Fraternité

Une question?

Services en ligne et formulaires

Epidémie Coronavirus (Covid-19), tout ce qu'il faut savoir : [lire l'actualité](#)

Accueil

Papiers - Citoyenneté

Famille

Social - Santé

Travail

Logement

Transports

Argent

Justice

Étranger

Loisirs

Actualités

Exemple : Passeport, mairie de Montreuil, acte de naissance...

Accueil particuliers > Justice > Violence - Atteinte à l'intégrité > Violence conjugale

Être alerté(e) en cas de changement

Violence conjugale

Verifié le 31 juillet 2020 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la Justice

Toutes les violences conjugales sont interdites par la loi, qu'elles touchent un homme ou une femme, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles. Il s'agit des violences commises au sein des couples mariés, pacés ou en union libre. La victime de violences conjugales qui signale les faits peut bénéficier de nombreuses mesures de protection de la part des institutions publiques et des associations. Ces mesures peuvent même s'étendre aux enfants.

Tout repile

Tout dépile

De quoi s'agit-il ?	▼
Que faire dans l'urgence ?	▼
Alerter la police et la gendarmerie par messagerie instantanée	▼
Éloignement du conjoint violent	▼
Faire constater ses blessures	▼
Aide à la victime	▼
Déposer une plainte	▼
Demander une ordonnance de protection	▼
Demander un téléphone grand danger	▼
Sanctions pénales	▼

ANNEXE 3 : Questionnaire WAST et WAST-fr

Version anglaise: le "WAST-ang"	Version franco-canadienne: le "WAST-fr/can"
<p>1. In general, how would you describe your relationship ?</p> <p><input type="checkbox"/> a lot of tension +1</p> <p><input type="checkbox"/> some tension +2</p> <p><input type="checkbox"/> no tension +3</p>	<p>1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?</p> <p><input type="checkbox"/> très tendue</p> <p><input type="checkbox"/> quelque peu tendue</p> <p><input type="checkbox"/> aucune tension</p>
<p>2. Do you and your partner work out arguments with:</p> <p><input type="checkbox"/> great difficulty +1</p> <p><input type="checkbox"/> some difficulty +2</p> <p><input type="checkbox"/> no difficulty +3</p>	<p>2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...</p> <p><input type="checkbox"/> beaucoup de difficulté</p> <p><input type="checkbox"/> une certaine difficulté</p> <p><input type="checkbox"/> aucune difficulté</p>
<p>3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself ?</p> <p><input type="checkbox"/> often +1</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes +2</p> <p><input type="checkbox"/> never +3</p>	<p>3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ?</p> <p><input type="checkbox"/> souvent</p> <p><input type="checkbox"/> quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/> jamais</p>
<p>4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing ?</p> <p><input type="checkbox"/> often +1</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes +2</p> <p><input type="checkbox"/> never +3</p>	<p>4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ?</p> <p><input type="checkbox"/> souvent</p> <p><input type="checkbox"/> quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/> jamais</p>
<p>5. Do you ever feel frightened by what your partner says or Does ?</p> <p><input type="checkbox"/> often +1</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes +2</p> <p><input type="checkbox"/> never +3</p>	<p>5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> souvent</p> <p><input type="checkbox"/> quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/> jamais</p>
<p>6. Has your partner ever abused you physically ?</p> <p><input type="checkbox"/> often +1</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes +2</p> <p><input type="checkbox"/> never +3</p>	<p>6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?</p> <p><input type="checkbox"/> souvent</p> <p><input type="checkbox"/> quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/> jamais</p>
<p>7. Has your partner ever abused you emotionally ?</p> <p><input type="checkbox"/> often +1</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes +2</p> <p><input type="checkbox"/> never +3</p>	<p>7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotionnellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> souvent</p> <p><input type="checkbox"/> quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/> jamais</p>
<p>8. Has your partner ever abused you sexually ?</p> <p><input type="checkbox"/> often +1</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes +2</p> <p><input type="checkbox"/> never +3</p>	

SCORE TOTAL = .. / 21

Risque d'exposition à une situation de violence conjugale :

> 17 : faible

15- 17 : modéré

<15 : élevé

ANNEXE 4 : Éléments appelant à la méfiance selon la HAS 2019

Y PENSER EN CAS DE...

<p>Troubles physiques</p>	<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées. ■ Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
<p>Troubles psychologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
<p>Santé sexuelle et reproductive</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).
<p>En cabinet dentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ■ Asymétrie du visage, affaissement facial. ■ Troubles de l'occlusion. ■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. ■ Attitude « trop » résistante à la douleur. ■ Attitude très docile, voire figée. ■ Troubles somatiques. ■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche. ■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».

ANNEXE 5 : Fiche pratique de prise en charge selon la HAS 2019

METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être conseillée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime.
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.

En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- Une liste des numéros d'urgence.
- La photocopie des documents personnels.
- Un double des clés et de l'argent de côté.
- Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr).

- Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association).
- Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent.

AUTEUR : Nom : HUART-FOURQUET

Prénom : Léa

Date de soutenance : 14 octobre 2020

Titre de la thèse : État des lieux du dépistage et de l'accompagnement de la violence conjugale par les médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : médecine générale

Mots-clés : violence conjugale, dépistage, conjugopathie, information préoccupante

Résumé :

Contexte : La violence conjugale est un sujet médiatisé, connu de tous, mais dont la gestion ne découle pas d'un diagramme décisionnel. A l'heure du Grenelle contre les violences conjugales et de l'évolution du secret médical, il convient de s'interroger sur les pratiques et attentes des médecins généralistes.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la pratique des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais, concernant le dépistage des violences conjugales et l'accompagnement des victimes. Les objectifs secondaires sont d'étudier la place de l'information préoccupante dans ce contexte, lors de la présence d'enfants au domicile, puis d'évaluer le ressenti des médecins généralistes à l'heure de la médiatisation et des nouvelles recommandations.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens individuels et semi dirigés de quatorze médecins généralistes, installés dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Résultats : Les pratiques de dépistage sont relativement similaires chez les praticiens interrogés. Les éléments cliniques et les motifs de consultations psychologiques leurs permettent d'aborder le sujet. Les recommandations de 2019 de la HAS sur le dépistage systématique sont peu mises en pratique. Seule la violence physique semble engendrer un schéma évident de prise en charge. La violence psychologique est moins bien appréhendée. Chaque praticien adapte sa prise en charge : seul, avec l'aide de para médicaux, avec l'Unité Médico Judiciaire, la police, ou la gendarmerie. Les associations sont peu sollicitées. S'agissant de la gestion des enfants, la rédaction d'une information préoccupante n'est pas systématique pour les praticiens.

Conclusion : Le dépistage et la prise en charge sont difficilement uniformisables. Malgré la médiatisation du sujet, souffrant presque de sa notoriété, il en ressort toujours une incontestable complexité. Afin d'aider les médecins traitants, il est important de créer des automatismes, pour gérer ces situations si singulières. Ces automatismes doivent passer par une formation précoce au cours des études médicales, et une simplification de la mise à disposition d'informations, tant pour les praticiens que pour les victimes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN
Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marion LEVECQ-FARSY

Co-direction : Madame le Docteur Vanessa OLARIU