

UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2016

2016 TOU3 1055

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement

le 05 juillet 2016

par Magali QUENOT

**Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux**  
**femmes**

**A propos d'une enquête en Haute Garonne**

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

**JURY :**

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Madame le Docteur Marion VERGNAULT	Assesseur

## **Serment d'Hippocrate**

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

## **REMERCIEMENTS**

**Aux membres du jury,**

**A mon président de jury, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**A mon juge et directeur de thèse, Monsieur le professeur Pierre MESTHE**

Vous m'avez fait l'honneur d'encadrer cette thèse et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre écoute, vos conseils et votre disponibilité.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A mon juge, Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Veillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A mon juge, Madame le Docteur Marion VERGNAULT**

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

**Aux professionnels de santé**

**Aux enseignants de la faculté de Médecine de Clermont-Ferrand et du DUMG de Toulouse.** Vous m'avez fait découvrir et apprécier l'univers de la médecine.

**A mes maîtres de stage les Dr LAMBRECHTS, BOYER, LEVADE et HINH THAI ORCH** qui m'ont fait découvrir la médecine générale, ont partagé leur expériences et transmis leur savoir.

**Au Dr MAUROUX Céline** pour son aide précieuse.

**Aux médecins généralistes de Haute Garonne** qui m'ont accordé de leur temps précieux pour participer à cette enquête.

## **A ma famille**

### **A ma Maman,**

Merci d'avoir toujours été présente dans les bons comme dans les mauvais moments, d'avoir été à l'écoute et de m'avoir toujours soutenu tout au long de ces années d'études.

### **A mon Papa,**

Merci de m'avoir transmis la valeur du travail et le plaisir d'apprendre et de m'avoir toujours soutenu dans mes choix.

Merci à vous deux pour votre amour et votre confiance. J'ai de la chance de vous avoir.

### **A Rodolphe,**

Merci pour tes conseils et ta présence constante et bienveillante à mes côtés depuis toutes ces années.

### **A mon lulu,**

Déjà 13 ans que tu grandis à mes côtés. Tu auras égayé mes journées de révision en P1 avec ta petite bouille ! Merci pour ta joie de vivre !

**A Thierry**, pour tous tes conseils avisés.

**A Marie**, pour ton sourire réconfortant et ton soutien.

**A Charlie jolie**, ma nièce et filleule adorée dont je ne peux plus me passer depuis le 15 octobre dernier.

**A toute ma famille, cousins, cousines, oncles, tantes, à Brigitte ma marraine de cœur et tous les autres**, merci pour vos encouragements et votre affection à mon égard.

**A Laura**, merci pour ton aide.

**A Joseph et Lilyane**, merci pour votre gentillesse et votre soutien depuis déjà 5 ans.

**A Claudia et Rémi**, merci à vous deux pour votre présence et votre soutien.



*« Appeler les femmes le « sexe faible » est une diffamation ; c'est l'injustice de l'homme envers la femme. Si la non-violence est la loi de l'humanité, l'avenir appartient aux femmes »*

**GANDHI**

# TABLE DES MATIERES

<b><u>Liste des abréviations</u></b> .....	4
<b><u>Liste des figures</u></b> .....	5
<b><u>Liste des tableaux</u></b> .....	5
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	6
<b><u>ENQUETE</u></b> .....	9
<b><u>I. MATERIEL ET METHODE</u></b> .....	9
1. Type d'étude .....	9
2. Population.....	9
3. Questionnaire .....	9
4. Recherche bibliographique.....	10
<b><u>II. RESULTATS</u></b> .....	11
1. Constitution de l'échantillon.....	11
2. Population totale .....	11
2.1 <u>Caractéristiques</u> .....	11
2.2 <u>Définition des VC et pourcentage de femmes victimes selon les MG</u> .....	12
2.3 <u>Auto évaluation des MG concernant le repérage des VC</u> .....	12
2.4 <u>Comment repèrent-ils ces femmes au cabinet de médecine générale ?</u> .....	12
2.5 <u>Prise en charge des femmes victimes de VC par les MG</u> .....	12
2.6 <u>Connaissance des réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans la région</u> .....	13
2.7 <u>Sollicitation des instances judiciaires dans un contexte de VC</u> .....	13
2.8 <u>Formation et information des MG sur le repérage des VC faites aux femmes</u> 13	
2.9 <u>Freins au repérage des VC en médecine générale</u> .....	14
2.10 <u>Meilleur moyen de dépistage</u> .....	15

2.11	<u>Comment améliorer la formation des MG ?</u> .....	15
2.12	<u>Evaluation du rôle du médecin généraliste dans le repérage des VC faites aux femmes</u> .....	16
<b>3.</b>	<b>Echantillon urbain</b> .....	17
3.1	<u>Caractéristiques</u> .....	17
3.2	<u>Définition des VC et pourcentage de femmes victimes selon les MG</u> .....	17
3.3	<u>Auto évaluation des MG concernant le repérage des VC</u> .....	17
3.4	<u>Comment repèrent-ils ces femmes au cabinet de médecine générale ?</u> .....	17
3.5	<u>Prise en charge des femmes victimes de VC</u> .....	17
3.6	<u>Connaissance des réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans la région</u> .....	17
3.7	<u>Sollicitation des instances judiciaires dans un contexte de VC</u> .....	18
3.8	<u>Formation et information des MG sur le repérage des VC faites aux femmes</u> 18	
3.9	<u>Freins au repérage des VC en MG</u> .....	18
3.10	<u>Meilleur moyen de dépistage</u> .....	18
3.11	<u>Comment améliorer la formation des MG ?</u> .....	18
3.12	<u>Evaluation du rôle du MG dans le repérage des VC faites aux femmes</u> .....	18
<b>4.</b>	<b>Echantillon non urbain</b> .....	19
4.1	<u>Caractéristiques</u> .....	19
4.2	<u>Définition des VC et pourcentage de femmes victimes selon les MG</u> .....	19
4.3	<u>Auto évaluation des MG concernant le repérage des VC</u> .....	19
4.4	<u>Comment repèrent-ils ces femmes au cabinet de médecine générale</u> .....	19
4.5	<u>Prise en charge des femmes victimes de VC</u> .....	19
4.6	<u>Connaissance des réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans la région</u> .....	19
4.7	<u>Sollicitation des instances judiciaires dans un contexte de VC</u> .....	20
4.8	<u>Formation et information des MG sur le repérage des VC faites aux femmes</u> 20	

4.9	<u>Freins au repérage des VC en MG</u> .....	20
4.10	<u>Meilleur moyen de dépistage</u> .....	20
4.11	<u>Comment améliorer la formation des MG ?</u> .....	20
4.12	<u>Evaluation du rôle du MG dans le repérage des VC faites aux femmes</u> .....	20
5.	<b>Comparaison urbain/non urbain</b> .....	21
<b>III.</b>	<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	22
<b>IV.</b>	<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	26
	<b><u>BIBLIOGRAPHIE :</u></b> .....	27
	<b><u>ANNEXES</u></b> .....	31
	<i><u>ANNEXE 1 : Différents types de VC et conséquences sur la santé de la femme</u></i> .....	31
	<i><u>ANNEXE 2 : Cycle de la violence en quatre phases selon Lenore Walker</u></i> .....	33
	<i><u>ANNEXE 3 : Questionnaire envoyé aux MG</u></i> .....	34
	<i><u>ANNEXE 4 : Tableau récapitulatif des résultats</u></i> .....	38

## **Liste des abréviations**

AVAC : Association Vivre Autrement ses Conflits

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

CMD : Certificat Médical Descriptif

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FMC : Formation Médicale Continue

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

ITT : Incapacité Totale de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecins Généralistes

NSP : Ne Sais Pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PREVIOS : Prévention Violence et Orientation Santé

SAVIF : Stop A la Violence Intra Familial

SAVIM : Service d'Aide aux Victimes d'Information et de Médiation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VC : Violences Conjugales

## **Liste des figures**

<u>Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon l'âge .....</u>	11
<u>Figure 2 : Pourcentage de femmes victimes de VC selon les MG .....</u>	12
<u>Figure 3 : Comment les MG repèrent-ils les VC faites aux femmes ?.....</u>	12
<u>Figure 4 : La formation des MG pour la rédaction du CMD avec ITT est-elle de qualité selon les MG interrogés ?.....</u>	13
<u>Figure 5 : Les MG s'estiment-ils bien formés et informés sur le repérage des VC faite aux femmes ?.....</u>	13
<u>Figure 6 : Proportion de MG ayant reçu ou non une formation sur le repérage des VC.....</u>	14
<u>Figure 7 : Freins au repérage des VC en médecine générale selon les MG .....</u>	14
<u>Figure 8 : Meilleur moyen de dépistage des VC selon les MG.....</u>	15
<u>Figure 9 : Point de vue des MG sur comment améliorer leur formation sur le repérage des VC faites aux femmes.....</u>	15
<u>Figure 10 : Les MG estiment-ils que leur rôle est primordial dans le repérage des VC faites aux femmes ?.....</u>	16

## **Liste des tableaux**

<u>Tableau 1 : Comparaison urbain/non urbain pour chaque item du questionnaire .....</u>	21
--	----

## INTRODUCTION

Les Nations Unies définissent les violences conjugales (VC) envers les femmes comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». (1)

La convention européenne d'Istanbul de 2011 ratifiée en France en 2014 écrit que « la violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre femmes et hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation ». (2) (3)

Selon les données de la commission européenne : « pour les femmes de 16 à 44 ans la violence conjugale serait la principale cause de décès et d'invalidité, avant le cancer, les accidents de la route et même la guerre ». (4)

En France, une femme sur dix est victime de VC (5) et une femme décède tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex conjoint. En moyenne, chaque année, 201000 femmes se déclarent victimes de VC soit deux fois et demie de plus que les hommes. (6)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ces femmes perdent entre une à quatre années de vie en bonne santé.

Leur prise en charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher à la société que les autres femmes. Le coût économique annuel est évalué à 2.5 milliards d'euros. (5) (7)

C'est ainsi un véritable enjeu de santé publique.

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine.

A tout moment de leur vie, les femmes peuvent être exposées à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques. (Annexe 1)

Ces violences subies par les femmes affectent profondément et durablement leur santé physique, mentale et génésique. (Annexe 1)

En 1979, Dr Lenore WALKER (8) définit le cycle de la violence et décrit la violence conjugale comme une succession de comportements en quatre phases. (Annexe 2)

L'enquête ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) qui a été réalisée en 2000 a permis de mesurer les violences faites aux femmes. (9)

La grossesse apparaît comme une période particulièrement propice à l'apparition ou l'exacerbation de ces violences et donc un moment clé pour le dépistage de ces violences. Selon le rapport Henrion de 2001, «8% des femmes sont victimes de violences importantes au cours de la grossesse et 4% dans l'année qui suit la naissance ». (10) (11)

Les enfants qui grandissent dans des familles où sévit la violence du partenaire intime sont susceptibles de souffrir de différents troubles comportementaux et émotionnels pouvant les conduire plus tard à commettre ou à être victime d'actes violents. (1) Ils sont co-victimes des violences au sein du couple. (12) (13)

Les résultats des dernières études épidémiologiques sur les femmes victimes de VC ont confirmé sans ambiguïté la réalité du problème et la place prépondérante qu'occupent les médecins dans la chaîne de prise en charge. (14) (15) (16) (17)

Le recours des femmes victimes de violences au sein du couple se porte dans 24 % des cas sur les médecins selon l'ENVEFF. (9)

« En France, un quart des femmes victimes font appel en premier recours à un médecin ». (5)

Une étude montre que « les femmes victimes sont favorables au repérage systématique et reconnaissent au praticien un rôle de soutien et d'aide ». (18)

Le rôle du Médecin généraliste semble primordial car il est souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violences. (19) (20) (21)

Cependant, une étude montre que «le repérage des violences conjugales est peu intégré à la pratique des médecins généralistes ». (22)

Le travail de cette thèse cherche à répondre à la question suivante : les médecins généralistes (MG) de Haute Garonne repèrent-ils les VC faites aux femmes ?

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence les connaissances et les pratiques des MG concernant le repérage des VC faites aux femmes dans le département de la Haute Garonne.

L'objectif secondaire est de comparer ces éléments entre des MG travaillant en zone urbaine et d'autres travaillant dans des villes de moins de 5000 habitants donc en zone semi rurale voire rurale.

# ENQUETE

## **I. MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale ayant pour sujet le repérage, en médecine générale, des VC faites aux femmes, en Haute Garonne. L'enquête a été réalisée de juillet 2015 à janvier 2016.

### **2. Population**

Nous avons sélectionné dans un premier temps, de façon aléatoire, des villes de Haute Garonne de plus de 20 000 habitants d'une part et des villes de Haute Garonne de moins de 5000 habitants d'autre part. A l'aide de l'annuaire santé disponible sur le site *ameli.fr*, nous avons donc sélectionné les MG installés en cabinet médical libéral travaillant en zone urbaine sur Blagnac, Colomiers et Tournefeuille (villes de plus de 20 000 habitants) d'une part, et des MG travaillant en zone semi rurale ou rurale d'autre part (sur Bessières, Castelmaurou, Villemur sur Tarn, Fronton, Montastruc la conseillère, Sain loup camas, Vilaudric, Buzet sur tarn, Bouloc, Fenouillet, Labarthe sur lèze, Villebrumier, Bruguères, Fontenilles, Lapeyrouse Fossat, villes de moins de 5000 habitants).

Nous les avons donc contacté initialement par téléphone afin d'obtenir leur adresse mail et leur accord oral pour répondre à un questionnaire en ligne que nous leur avons envoyé par la suite en juillet 2015.

Nous les avons sollicités à nouveau par mail en septembre et décembre 2015 afin d'avoir un échantillon le plus grand possible.

### **3. Questionnaire**

Le questionnaire réalisé sur google drive était composé de 20 questions dont 4 ouvertes et 16 fermées.

Les items abordés étaient les suivants (Annexe 3) :

- Caractéristiques de l'échantillon (sexe, âge)
- Définition des VC avec le pourcentage de femmes victimes
- Les MG s'estiment-ils compétents dans le repérage de ces femmes et comment les repèrent-ils ?
- Ont-ils déjà pris en charge ces femmes et si oui comment ?

- S'estiment-ils bien formés pour la rédaction du certificat médical descriptif (CMD) avec détermination de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) ?
- Connaissent-ils les différents réseaux de prévention et de lutte contre les VC ?
- Ont-ils déjà sollicité les instances judiciaires dans ce contexte ?
- Pensent-ils être bien formés et informés sur le repérage de ces violences ?
- Ont-ils déjà eu une formation sur ce sujet ?
- Quels sont les freins, selon eux, au repérage de ces VC ?
- Quel est le meilleur moyen selon eux pour repérer ces femmes ?
- Comment améliorer la formation des MG dans ce domaine ?
- Le rôle du MG est-il primordial selon eux dans le repérage de ces violences ?

Les réponses étaient anonymes.

Pour les variables qualitatives nominales avec effectif supérieur à 5 nous avons utilisé le test statistique Chi<sup>2</sup> et lorsque l'effectif était inférieur à 5 nous avons eu recours au Test exact de Fisher. Le logiciel BIOSTATGV a été utilisé pour ces tests statistiques.

Un p inférieur à 0.05 a été retenu comme statistiquement significatif.

#### **4. Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de plusieurs bases de données dont SUDOC, Haute Autorité de Santé (HAS), Banque de Données de Santé Publique (BDSP), PUBMED, Google, la Revue du Praticien Médecine Générale.

## **II. RESULTATS**

### **1. Constitution de l'échantillon**

En excluant les MG ayant refusé de participer à l'enquête, 107 au total ont accepté d'y participer en donnant leur adresse mail.

Les principaux motifs de refus étaient le manque de temps et le manque d'intérêt pour le sujet.

Les réponses ont été recueillies entre juillet 2015 et janvier 2016.

Parmi ces 107 médecins, nous avons 48 femmes et 59 hommes ce qui représentait un sex ratio de 1.23.

Et parmi ces 107 MG, nous en avons 57 travaillant en zone urbaine et 50 travaillant en zone non urbaine.

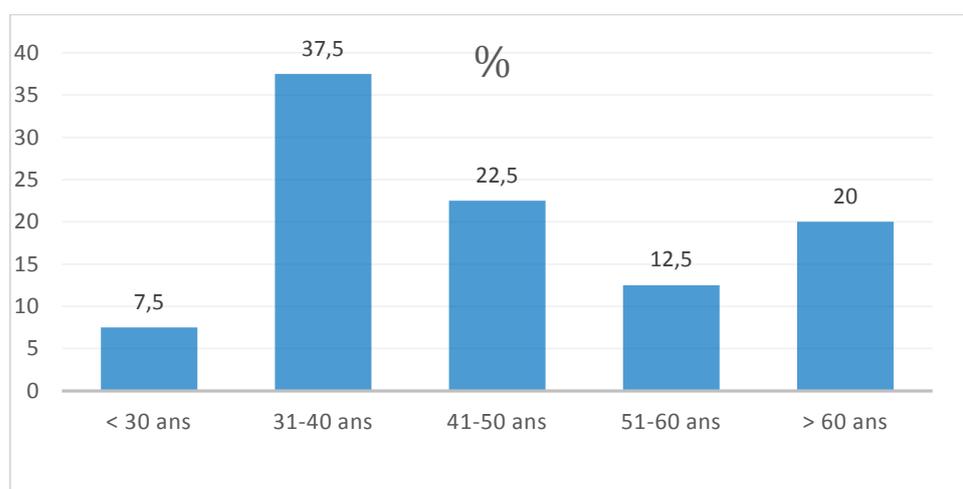
Parmi les 57 questionnaires initialement envoyés dans l'échantillon urbain, nous comptons 25 femmes et 32 hommes (soit un sex ratio de 1.28). Parmi les 50 questionnaires initialement envoyés dans l'échantillon non urbain, nous comptons 23 femmes et 27 hommes (soit un sex ratio de 1.17).

### **2. Population totale**

Nous avons récupéré 40 réponses de questionnaire au total soit 37.4 % de réponses. (Annexe 4)

#### **2.1 Caractéristiques**

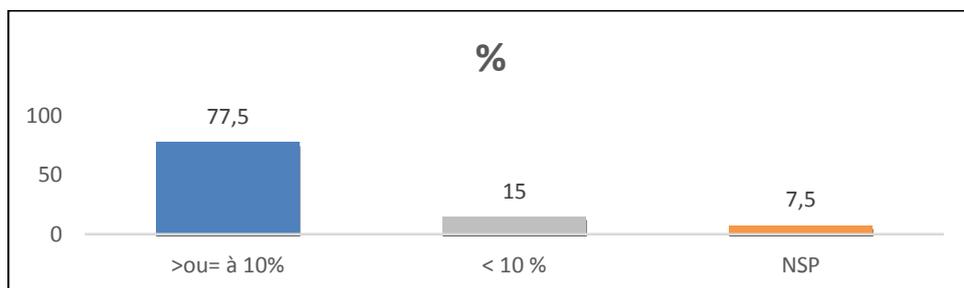
Sur les 40 réponses au questionnaire, 25 correspondaient à des médecins femmes soit 62.5% et 15 à des médecins hommes soit 37.5%.



*Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon l'âge*

## 2.2 Définition des VC et pourcentage de femmes victimes selon les MG

90 % (n=36) des MG ont mentionné les violences physiques et psychologiques dans leur définition des VC.

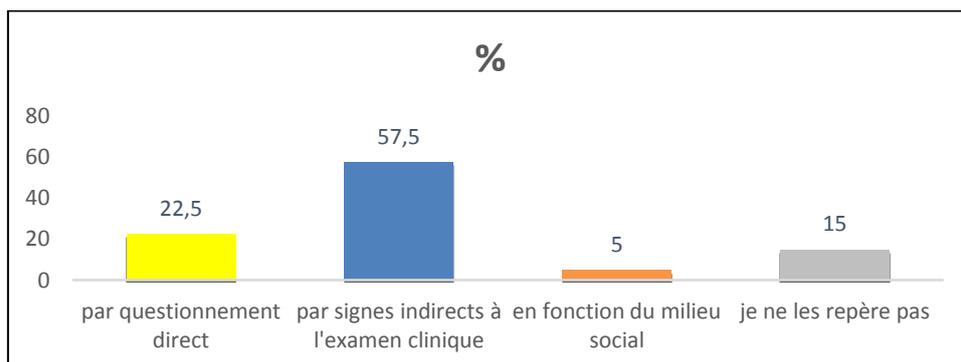


*Figure 2 : Pourcentage de femmes victimes de VC selon les MG*

## 2.3 Auto évaluation des MG concernant le repérage des VC

75 % (n=30) des MG estimaient mal repérer les VC faites aux femmes.

## 2.4 Comment repèrent-ils ces femmes au cabinet de médecine générale ?



*Figure 3 : Comment les MG repèrent-ils les VC faites aux femmes ?*

## 2.5 Prise en charge des femmes victimes de VC par les MG

80% (n=32) des MG interrogés avaient déjà pris en charge une femme victime de VC. Parmi ces 80%, 28.1% (n=9) avaient rédigé un CMD avec détermination de l'ITT, 50% (n=16) avaient rédigé un CMD sans ITT et 21.9% (n=7) n'avaient pas rédigé de CMD.

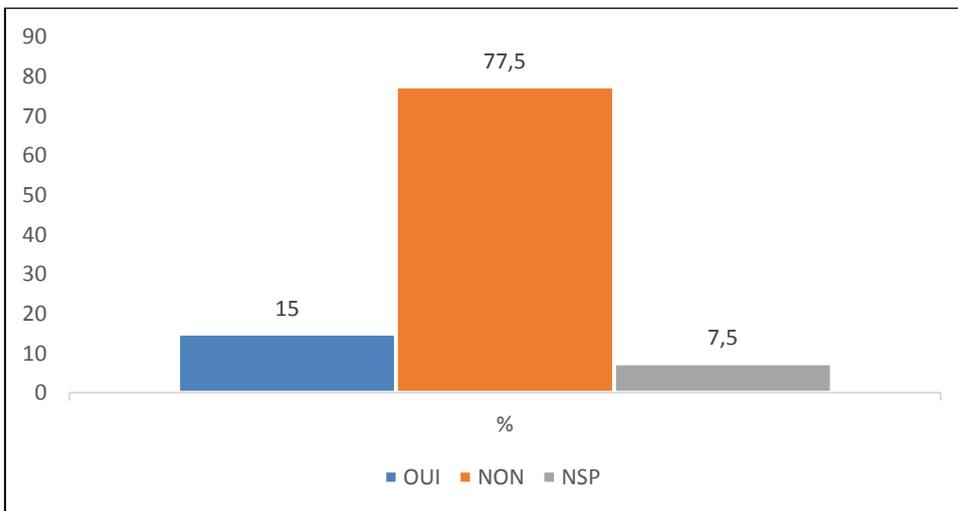


Figure 4 : La formation des MG pour la rédaction du CMD avec ITT est-elle de qualité selon les MG interrogés ?

#### 2.6 Connaissance des réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans la région

22.5% (n=9) des MG connaissaient les réseaux de prévention et de lutte contre les VC.

#### 2.7 Sollicitation des instances judiciaires dans un contexte de VC

Parmi les 80 % de MG qui avaient déjà pris en charge une femme victime de VC, 15.6 % (n=5) avaient sollicité les instances judiciaires.

#### 2.8 Formation et information des MG sur le repérage des VC faites aux femmes

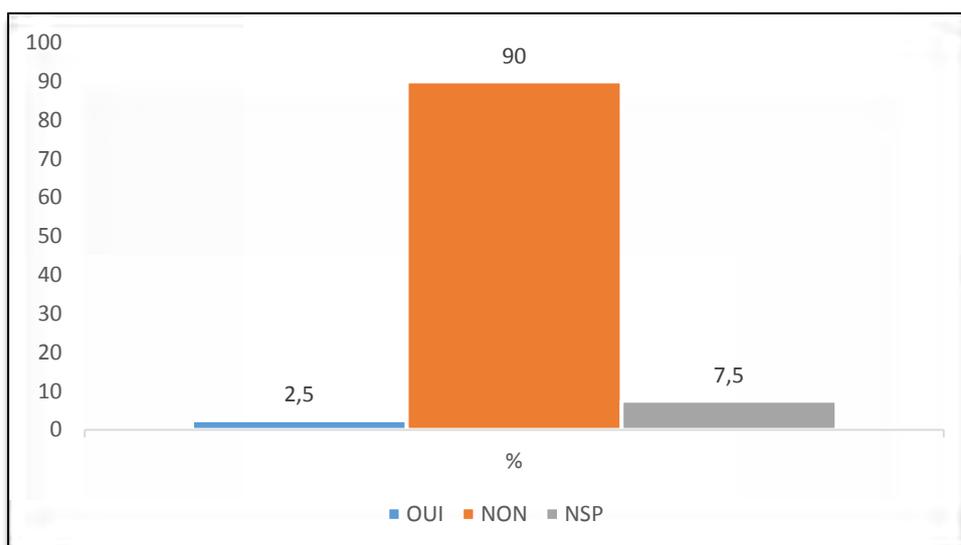
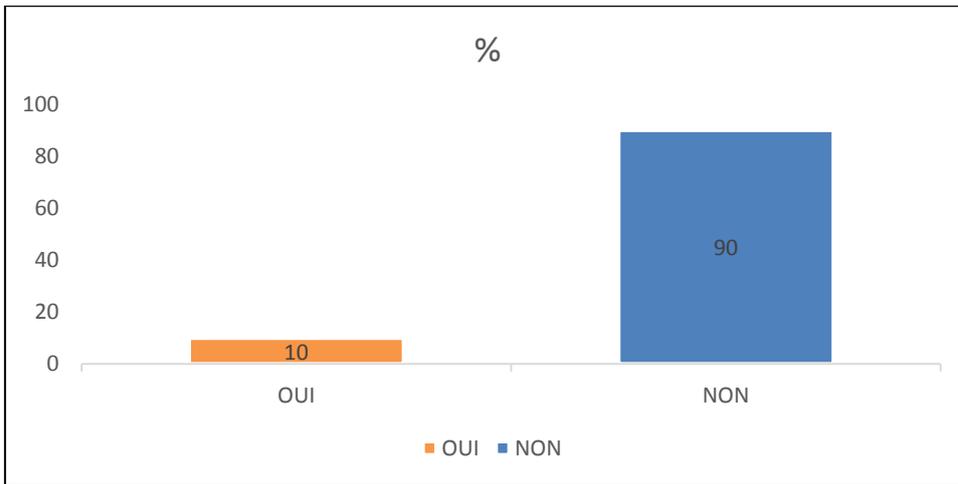
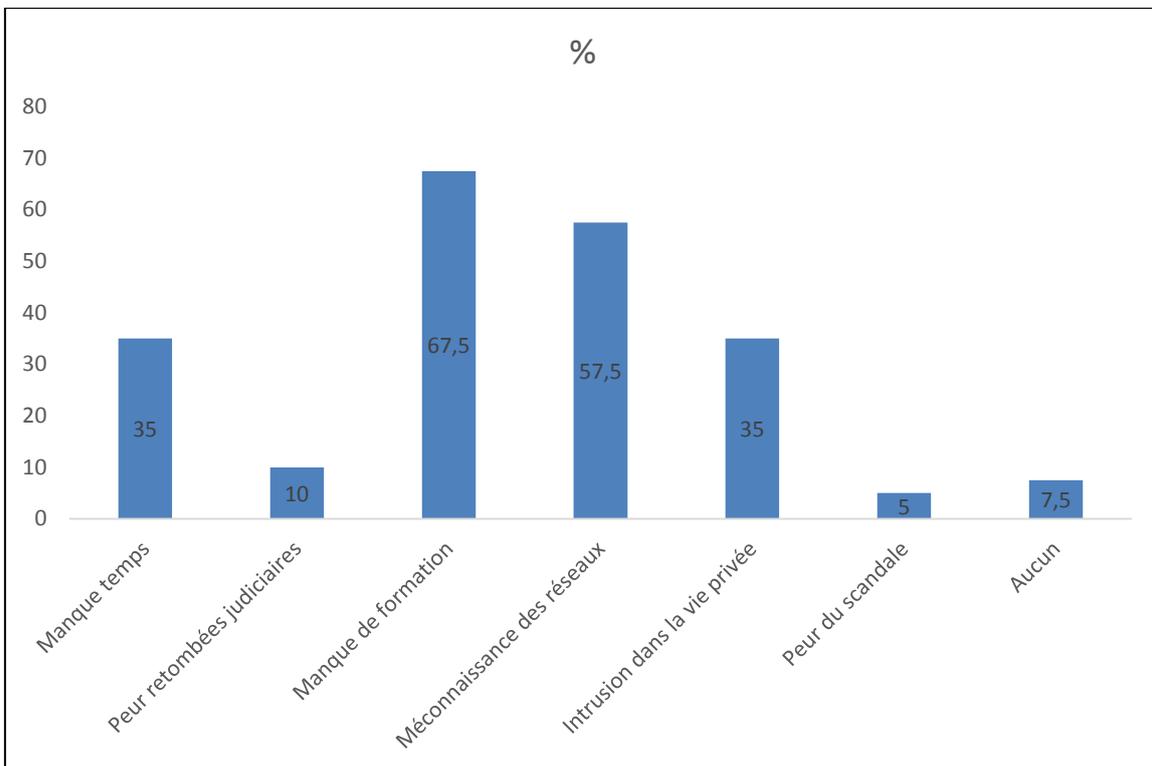


Figure 5 : Les MG s'estiment-ils bien formés et informés sur le repérage des VC faite aux femmes ?



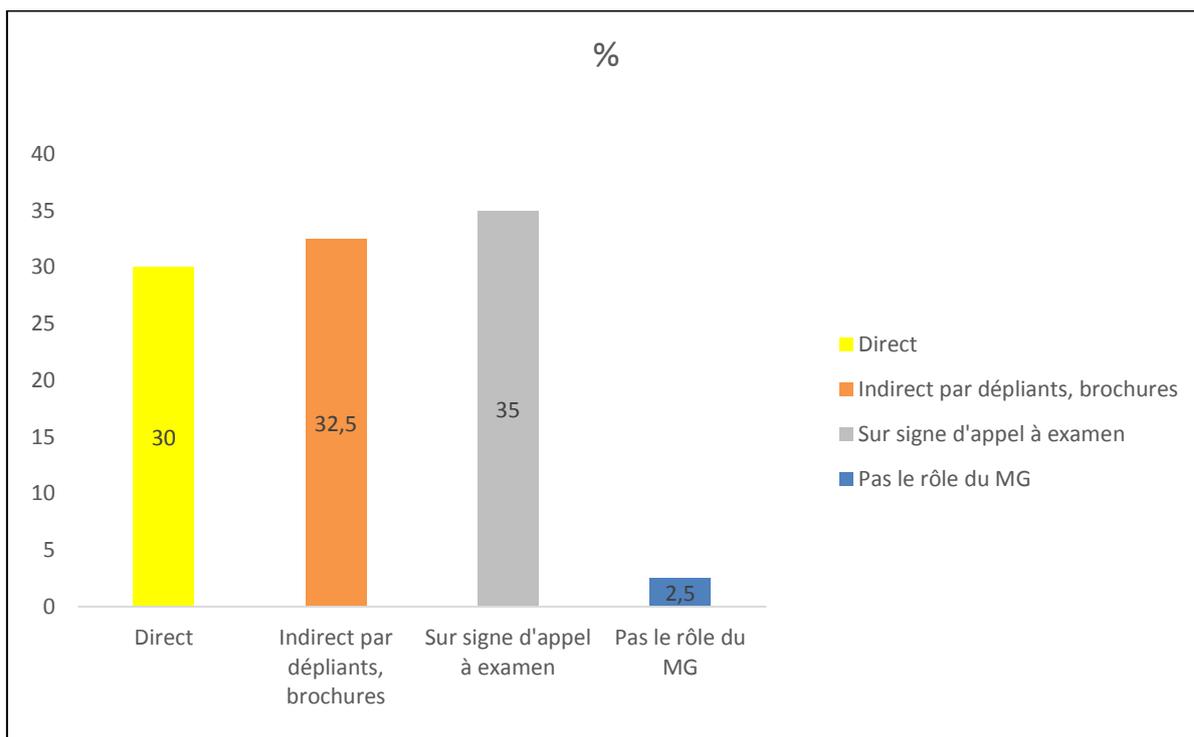
*Figure 6 : Proportion de MG ayant reçu ou non une formation sur le repérage des VC*

### 2.9 Freins au repérage des VC en médecine générale



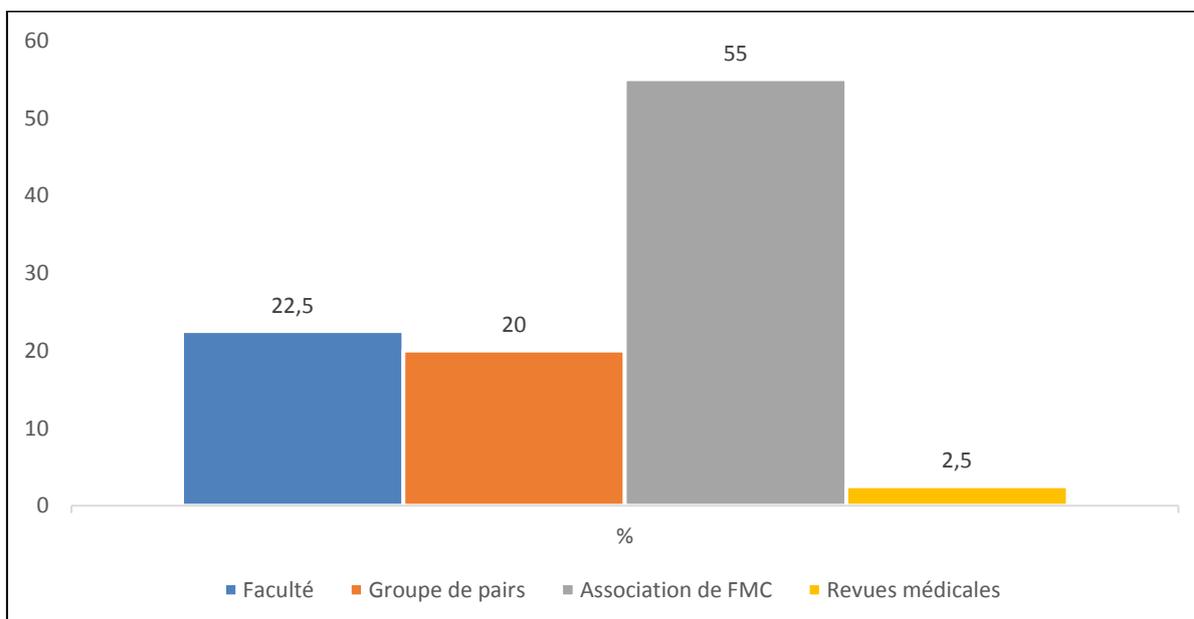
*Figure 7 : Freins au repérage des VC en médecine générale selon les MG*

## 2.10 Meilleur moyen de dépistage



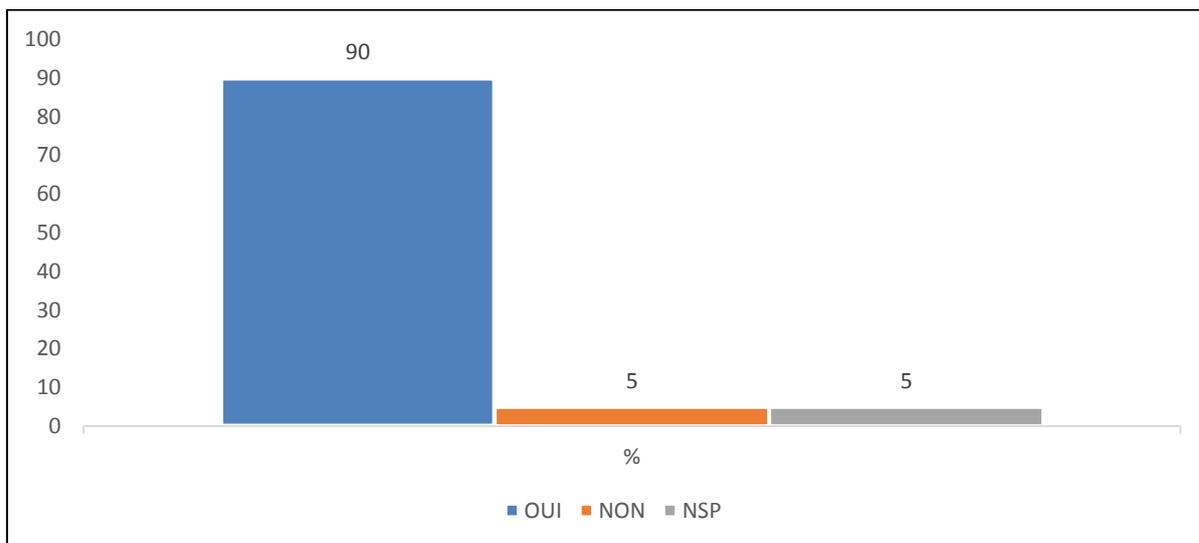
*Figure 8 : Meilleur moyen de dépistage des VC selon les MG*

## 2.11 Comment améliorer la formation des MG ?



*Figure 9 : Point de vue des MG sur comment améliorer leur formation sur le repérage des VC faites aux femmes*

2.12 Evaluation du rôle du médecin généraliste dans le repérage des VC faites aux femmes



*Figure 10 : Les MG estiment-ils que leur rôle est primordial dans le repérage des VC faites aux femmes ?*

### **3. Echantillon urbain**

Nous avons récupéré 20 questionnaires soit un pourcentage de réponse de 35 % dans l'échantillon urbain. (Annexe 4)

#### 3.1 Caractéristiques

Il est constitué de 50% (n=10) de femmes et 50% (n=10) d'hommes. 5% (n=1) avaient moins de 30 ans, 35% (n=7) avaient entre 31 et 40 ans, 30% (n=6) avaient entre 41 et 50 ans, 5% (n=1) avaient entre 51 et 60 ans, et 25% (n=5) avaient plus de 60 ans.

#### 3.2 Définition des VC et pourcentage de femmes victimes selon les MG

85% (n=17) des médecins ont mentionné les violences physiques et psychologiques dans leur définition des VC. 65% (n=13) des médecins considéraient qu'au moins 10% des femmes étaient victimes de VC. 25% (n=5) d'entre eux évaluaient ce pourcentage inférieur à 10.

#### 3.3 Auto évaluation des MG concernant le repérage des VC

75% (n=15) des MG estimaient qu'ils repéraient mal les VC.

#### 3.4 Comment repèrent-ils ces femmes au cabinet de médecine générale ?

15% (n=3) des MG les repéraient par questionnement direct, 55% (n=11) par des signes indirects à l'examen clinique, 5% (n=1) en fonction du milieu social et 25% (n=5) ne les repéraient pas.

#### 3.5 Prise en charge des femmes victimes de VC

80% (n=16) des MG avaient déjà pris en charge une femme victime de VC. Parmi ses 80%, 18.75% (n=3) avaient rédigé un CMD avec détermination d'ITT, 62.5% (n=10) avaient rédigé un CMD sans détermination d'ITT, et 18.75% (n=3) n'avaient pas rédigé de CMD.

80% (n=16) estimaient être mal formé pour la rédaction du CMD avec détermination de l'ITT.

#### 3.6 Connaissance des réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans la région

15% (n=3) des MG connaissaient les réseaux de lutte et de prévention contre les VC faites

aux femmes de leur région.

### 3.7 Sollicitation des instances judiciaires dans un contexte de VC

Parmi les 80% des MG ayant déjà pris en charge une femme victime de VC, 18.75% (n=3) avaient sollicité les instances judiciaires en faisant un signalement auprès du procureur, en conseillant la patiente de porter plainte ou en contactant la gendarmerie.

### 3.8 Formation et information des MG sur le repérage des VC faites aux femmes

95% (n=19) des MG interrogés dans l'échantillon urbain estimaient ne pas être bien formé et informé sur le repérage des VC faites aux femmes.

10% (n=2) avaient suivi une formation complémentaire sur le sujet.

### 3.9 Freins au repérage des VC en MG

Selon les MG interrogés, les freins étaient le manque de temps pour 40% (n=8) d'entre eux, la peur des retombées judiciaires pour 10% (n=2) d'entre eux, le manque de formation pour 75% (n=15) d'entre eux, la méconnaissance des réseaux pour 60% (n=12), l'intrusion dans la vie privée pour 40% (n=8), la peur du scandale pour 5% (n=1). Et pour 10% (n=2) des MG il n'y avait aucun frein.

### 3.10 Meilleur moyen de dépistage

Le meilleur moyen de dépistage était pour 15% (n=3) des MG le dépistage systématique par questionnement direct, pour 40% (n=8) le dépistage indirect par dépliants et brochures, pour 40% (n=8) sur signes d'appel à l'examen clinique et pour 5% (n=1) ce n'était pas le rôle du MG.

### 3.11 Comment améliorer la formation des MG ?

L'amélioration de la formation des MG sur le repérage des VC faites aux femmes passait par une meilleure formation à la faculté de médecine pour 25% (n=5) des MG interrogés, des groupes de pairs pour 15% (n=3), des associations de FMC pour 55% (n=11) et les revues médicales pour 5% (n=1).

### 3.12 Evaluation du rôle du MG dans le repérage des VC faites aux femmes

85% (n=17) des MG estimaient que le rôle du médecin généraliste était primordial dans le repérage des VC faites aux femmes.

#### **4. Echantillon non urbain**

Nous avons pu récupérer 20 questionnaires ce qui correspond à 40 % de réponses dans l'échantillon non urbain. (Annexe 4)

##### 4.1 Caractéristiques

Il était constitué de 75% (n=15) de femmes et 25% (n=5) d'hommes. 10% (n=2) avaient moins de 30 ans, 40% (n=8) avaient entre 31 et 40 ans, 15% (n=3) avaient un âge compris entre 41 et 50 ans, 20% (n=4) avaient entre 51 et 60 ans, et 15% (n=3) avaient plus de 60 ans.

##### 4.2 Définition des VC et pourcentage de femmes victimes selon les MG

Pour 95% (n=19) des MG, les VC désignaient les violences physiques et psychologiques. 90% (n=18) estimaient qu'au moins 10% des femmes en étaient victime.

##### 4.3 Auto évaluation des MG concernant le repérage des VC

75% (n=15) des MG de cet échantillon estimaient ne pas bien repérer les VC faites aux femmes.

##### 4.4 Comment repèrent-ils ces femmes au cabinet de médecine générale ?

30% (n=6) les repéraient par questionnement direct, 60% (n=12) par des signes indirects à l'examen clinique, 5% (n=1) en fonction du milieu social et 5% (n=1) ne les repéraient pas.

##### 4.5 Prise en charge des femmes victimes de VC

80% (n=16) des personnes interrogées avaient déjà pris en charge une femme victime de VC. Parmi eux, 37.5% (n=6) avaient rédigé un CMD avec détermination d'ITT, 37.5% (n=6) avaient rédigé un CMD sans ITT et 25% (n=4) n'avaient pas rédigé de CMD. 75% (n=15) estimaient ne pas être bien formé pour la rédaction du CMD avec détermination de l'ITT.

##### 4.6 Connaissance des réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans la région

30% (n=6) avaient connaissance des différents réseaux de prévention et lutte contre les VC faites aux femmes dans leur région.

#### 4.7 Sollicitation des instances judiciaires dans un contexte de VC

Parmi les MG ayant déjà pris en charge une femme victime de VC, 12.5% (n=2) avaient sollicité les instances judiciaires en contactant la gendarmerie ou en conseillant à la patiente de porter plainte.

#### 4.8 Formation et information des MG sur le repérage des VC faites aux femmes

Pour 85% (n=17) des personnes interrogées, le médecin généraliste n'était pas bien informé et formé sur le repérage des VC faites aux femmes.

10% (n=2) d'entre eux avaient reçu une formation complémentaire sur le sujet.

#### 4.9 Freins au repérage des VC en MG

Les freins au repérage des VC étaient le manque de temps pour 30% (n=6) de MG, la peur des retombées judiciaires pour 10% (n=2), le manque de formation pour 60% (n=12), la méconnaissance des réseaux pour 55% (n=11), l'intrusion dans la vie privée pour 30% (n=6), la peur du scandale pour 5% (n=1). Pour 5% (n=1), ce n'était pas le rôle du MG.

#### 4.10 Meilleur moyen de dépistage

Le meilleur moyen pour repérer ces femmes était le dépistage systématique par questionnement direct pour 45% (n=9) des MG, le dépistage indirect avec dépliants et brochures pour 25% (n=5), et sur signes d'appel à l'examen clinique pour 30% (n=6).

#### 4.11 Comment améliorer la formation des MG ?

L'amélioration de la formation des MG reposait sur une formation plus complète à la faculté de médecine pour 20% (n=4) des MG interrogés, les groupes de pairs pour 25% (n=5), et sur les associations de FMC pour 55% (n=11) d'entre eux.

#### 4.12 Evaluation du rôle du MG dans le repérage des VC faites aux femmes

95% (n=19) des MG interrogés estimaient que le rôle du MG était primordial dans le repérage des VC faites aux femmes.

## 5. Comparaison urbain/non urbain

La comparaison entre l'échantillon urbain et non urbain pour chaque variable du questionnaire retrouvait un p toujours supérieur à 0.05 en utilisant les tests statistiques chi2 ou Fisher en fonction de l'effectif.

*Tableau 1 : Comparaison urbain/non urbain pour chaque item du questionnaire*

		URBAIN (n=20)	NON URBAIN (n=20)	p
<b>Sexe</b>	Homme	10(50%)	5(25%)	0,1
	Femme	10(50%)	15(75%)	
<b>Age</b>	<30 ans	1(5%)	2(10%)	0,53
	31-40 ans	7(35%)	8(40%)	
	41-50 ans	6(30%)	3(15%)	
	51-60 ans	1(5%)	4(20%)	
	> 60 ans	5(25%)	3(15%)	
<b>Définition des VC</b>	physiques et psychologiques	17(85%)	19(95%)	0,6
	autres	3(15%)	1(5%)	
<b>Taux de femmes victimes de VC</b>	<10%	5(25%)	1(5%)	0,09
	>ou=10%	13(65%)	18(90%)	
<b>Estimez vous bien repérer les VC ?</b>	OUI	2(10%)	0(0%)	0,46
	NON	15(75%)	15(75%)	
	NSP	3(15%)	5(25%)	
<b>Comment repérez vous ces femmes ?</b>	par questionnement direct	3(15%)	6(30%)	0,27
	par des signes indirects	11(55%)	12(60%)	
	En fonction du milieu social	1(5%)	1(5%)	
	je ne les repère pas	5(25%)	1(5%)	
<b>Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de VC ?</b>	OUI	16(80%)	16(80%)	1
	NON	4 (20%)	4 (20%)	
<b>Avez-vous rédigé un CMD avec ou sans ITT ?</b>	CMD avec ITT	3(18,75%)	6(37,5%)	0,43
	CMD sans ITT	10(62,5%)	6(37,5%)	
	NON	3(18,75%)	4(25%)	
<b>Estimez vous bien formé pour la rédaction du CMD avec ITT ?</b>	OUI	3(15%)	3(15%)	1
	NON	16(80%)	15(75%)	
	NSP	1(5%)	2(10%)	
<b>Connaissez vous les réseaux d'aide et de prévention ?</b>	OUI	3(15%)	6(30%)	0,45
	NON	17 (85%)	14 (70)	
<b>Avez-vous déjà sollicité les instances judiciaires dans ce contexte?</b>	OUI	3(18,75%)	2(12,5%)	1
	NON	13(81,25%)	14(87,5%)	
<b>Le MG est il bien formé et informé sur le sujet selon vous ?</b>	OUI	0	1(5%)	0,6
	NON	19(95%)	17(85%)	
	NSP	1(5%)	2(10%)	
<b>Avez-vous reçu une formation complémentaire sur le sujet ?</b>	OUI	2(10%)	2(10%)	1
	NON	18(90%)	18(90%)	
<b>Quels sont les freins selon vous ?</b>	manque de temps	8(40%)	6(30%)	1
	peur de retombées judiciaires	2(10%)	2(10%)	
	manque de formation	15(75%)	12(60%)	
	méconnaissance des réseaux	12(60%)	11(55%)	
	intrusion dans la vie privée	8(40%)	6(30%)	
	peur du scandale	1(5%)	1(5%)	
	aucun	2(10%)	1(5%)	
<b>Quel est le meilleur moyen de dépistage ?</b>	systématique direct	3(15%)	9(45%)	0,16
	indirect par dépliant	8(40%)	5(25%)	
	sur signes d'appel à l'examen	8(40%)	6(30%)	
	ce n'est pas le rôle du MG	1(5%)	0(0%)	
	Formation plus complète à la Faculté	5(25%)	4(20%)	
<b>Comment améliorer la formation des MG ?</b>	Groupe de pairs	3(15%)	5(25%)	0,83
	Associations de FMC	11(55%)	11(55%)	
	Revue médicale	1(5%)	0(0%)	
<b>Le rôle du MG est il primordial ?</b>	OUI	17(85%)	19(95%)	0,24
	NON	2(10%)	0(0%)	
	NSP	1(5%)	1(5%)	

### ***III. DISCUSSION***

L'une des forces de notre travail se trouve dans le sujet portant sur le repérage des VC faites aux femmes, véritable problème de santé publique. De plus la comparaison des attitudes des MG, face à ce phénomène, en fonction du lieu d'exercice urbain et non urbain n'a jamais été étudiée dans la littérature.

De surcroît, notre travail est quantitatif alors que nous avons retrouvé surtout des thèses qualitatives sur le sujet.

Nous avons fait le choix de contacter personnellement chaque MG par téléphone afin d'avoir un taux de réponse plus élevé qu'en contactant tous les MG de Haute Garonne par mail via la liste URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

Les deux échantillons obtenus étaient de taille égale.

Notre enquête comporte malgré tout des faiblesses.

Effectivement elle présente un biais de sélection. Nous avons fixé arbitrairement la limite supérieure de 5000 habitants pour les villes où travaillent les MG de l'échantillon non urbain, et la limite inférieure de 20000 habitants pour les villes où exercent les MG de l'échantillon urbain.

Le recrutement des MG a été difficile avec un taux de réponse de 37.4% (n=40).

L'échantillon total était donc composé seulement de 40 MG ce qui est faible et a entraîné une perte de significativité des résultats. De plus on peut noter une majorité de femmes dans l'échantillon total (n=25, 62.5%) ce qui constitue un biais de recrutement.

On peut souligner que sur les 48 médecins femmes de départ, 25 ont répondu soit 52% et 15 médecins hommes ont répondu sur les 59 de départ soit 25.4% ( $p = 0.005$ ). Ces chiffres semblent mettre en évidence que le problème des VC faites aux femmes intéresse plus les médecins femmes que les médecins hommes.

L'échantillon total était plutôt hétérogène sur le plan de l'âge avec une majorité de MG ayant entre 31 et 40 ans (37.5%, n=15). La répartition en fonction des âges était semblable dans l'échantillon urbain par rapport à l'échantillon non urbain. ( $p=0.53$ )

On peut également ajouter que les MG de moins de 40 ans représentaient ici 45% des réponses (n=18) alors que cette tranche d'âge représente seulement 14% de MG exerçant en Haute Garonne. (23) Ces chiffres tendent à montrer une meilleure sensibilisation de la jeune génération de MG.

D'après les données actuelles, l'âge moyen est de 50.7 ans pour les MG de Haute Garonne et 51.9 ans pour la région midi Pyrénées. (24)

Dans les deux groupes, la majorité des MG a inclus les violences physiques et psychologiques dans leur définition des VC et a conscience de l'ampleur du problème. Ceci est en opposition avec le rapport Henrion de 2001 qui décrivait la « méconnaissance de la fréquence et de la gravité des VC » par le milieu médical dont les MG. (25) Les mentalités semblent donc évoluer depuis 15 ans.

La majorité des MG soit 75% (n=30) estime ne pas bien repérer les femmes victimes de VC ce qui est considérable. Le point de vue est le même dans les deux échantillons. (p=0.46)

Dans les deux groupes, les MG repèrent surtout ces femmes par des signes indirects à l'examen clinique.

La plupart des MG de l'échantillon global (80%, n=32) a déjà pris en charge ces femmes. Ceux-ci ont rédigé un CMD dans 78% des cas (n=25) mais la détermination de l'ITT n'a pas été réalisée et semble donc poser problème dans 50% des cas (n=16). Encore une fois pour ces critères-là, il n'y a pas de différences significatives entre urbain et non urbain. (p=0.43)

De plus, 77.5% (n=31) de tous les MG interrogés estime être mal formés pour la rédaction du CMD avec détermination de l'ITT.

Ces données sont en accord avec celles d'une enquête réalisée en 2006 dans le cadre d'une thèse de médecine générale intitulée « le MG face aux VC : évaluation de la FMC en pays de Loire » et qui mettait en avant que le certificat médical avait encore « du mal à trouver sa place dans la stratégie du médecin » et que l'estimation de l'ITT était « source d'approximation ». (26) Si la réalisation du CMD semble évidente pour une majorité des MG aujourd'hui, le problème de la détermination de l'ITT se pose encore. La formation des MG dans ce domaine semble donc insuffisante. (27)

Seulement 22.5% (n=9) de l'ensemble des MG interrogés connaissaient les réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans leur région, dont n=3(15%) dans l'échantillon urbain et n=6 (30%) dans l'échantillon non urbain. Le test statistique de fisher, retrouvant un p=0.45, ne permet pas de mettre en évidence une différence

significative entre les deux échantillons. Néanmoins, dans l'échantillon urbain, les MG nous ont mentionné seulement deux noms de réseaux (3919, solidarité femmes) contre huit (PREVIOS, SAVIM, 3919, Planning familial, AVAC, FNSF, SAVIF, SOS femmes) dans l'échantillon non urbain. Ces résultats tendent à montrer une meilleure connaissance des réseaux pour les MG travaillant en zone non urbaine.

La majorité des MG questionnés (90%, n=36) estimait être mal formée et informée sur le repérage des VC faites aux femmes. Les principaux freins mis en évidence par les MG étaient le manque de formation (67.5%, n=27), et la méconnaissance des réseaux (57.5%, n=23). Ces résultats sont en accord avec une thèse qualitative de 2013 intitulée « obstacles au repérage et à la prise en charge des VC en médecine générale » mettant en évidence une difficulté au repérage du fait « d'un manque de formation et de travail en réseau ». (28)

Un travail de 2012 sur l'évolution des pratiques des MG en 10 ans a montré que même si les VC restaient « insuffisamment repérées », elles étaient « mieux repérées » et la rédaction du CMD était presque systématique. Les MG se jugeaient malgré tout « mal formés et informés sur l'accompagnement de ces femmes ». (29)

Néanmoins, une minorité (10%, n=4) a suivi une formation complémentaire sur le sujet. On peut supposer que le manque de temps des MG est à l'origine de leur manque d'investissement dans ce domaine.

Plusieurs travaux de thèse ont mis en évidence des résistances des MG, face aux VC, liées à un sentiment « d'intrusion dans la vie privée ». (30) (31)

Ceci est en accord avec nos résultats qui montrent que 35% des MG (n=14) estiment que ce sentiment est une limite au repérage des VC.

En effet, la crainte de se retrouver personnellement impliqué et de passer d'une relation médicale et professionnelle à celle d'un confident, témoin ou protagoniste peut faire redouter au médecin d'assumer la prise en charge de ces femmes.

Derrière l'insuffisance de formation, de travail en réseau et la sensation d'intrusion dans la vie privée, se pose aussi la question du secret médical. D'après l'article 226-14, il ne peut être brisé que si la victime est mineure ou en situation de vulnérabilité avérée. (32) (33)

Le questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence le meilleur moyen de dépister ces femmes. En effet sur la totalité des MG interrogés, environ 1/3 préfère le dépistage systématique direct, 1/3 le dépistage indirect par dépliants et brochures et 1/3 le dépistage

sur signes d'appel. On peut noter que dans l'échantillon non urbain, 45% des MG (n=9) pensaient que le dépistage systématique était le meilleur moyen de repérer ces femmes contre 15% dans l'échantillon urbain (n=3). Du fait d'un effectif petit, cette différence apparaît comme non significative ( $p=0.16$ ) mais montre une tendance au dépistage systématique direct en zone non urbaine. Ces données peuvent s'expliquer par une proximité plus importante du MG avec ses patientes en zone non urbaine.

Un travail réalisé sur Toulouse en 2011 (22) montrait un « rejet » du dépistage systématique des VC par les MG de Haute Garonne. On peut donc supposer que les mentalités commencent à changer sur ce point. D'autant plus que les femmes « attendent une aide et une implication du MG » selon deux thèses réalisées en 2010 et 2012 (34) (35) (36)

Pour la majorité des MG interrogés (55%, n=22), la meilleure façon d'améliorer la formation des MG sur le sujet est la Formation Médicale Continue (FMC). Il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes. ( $p=0.83$ )

Le rôle du MG dans le repérage des VC faites aux femmes est primordial pour la majorité des MG interrogés (90%, n=36).

Ce travail n'a donc pas mis en évidence de différences statistiquement significatives entre les échantillons urbain et non urbain. Ceci est probablement dû en partie au fait que l'effectif de chacun des deux échantillons est trop petit.

#### ***IV. CONCLUSION***

La violence au sein du couple a une incidence majeure sur la santé des femmes, que ce soit du fait des blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elle peut engendrer.

La violence conjugale peut toucher tous les milieux socio-économiques, quelque soit le statut social, l'âge, le niveau de scolarité, la profession, la race ou la religion.

Depuis 2007, le gouvernement français développe des plans de lutte contre les violences faites aux femmes afin de mieux identifier les victimes et d'améliorer leur prise en charge notamment sur le plan juridique et social.

Même si la formation des professionnels de santé se développe, des progrès importants restent à faire concernant la formation de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les VC, et notamment les MG.

La violence conjugale est un véritable problème de santé publique nécessitant une approche médicale pluridisciplinaire.

Notre travail montre bien que les MG de Haute Garonne ont pleine conscience du problème mais ont encore des difficultés à repérer ces femmes du fait d'un manque de formation et un travail en réseau insuffisant.

Ces difficultés semblent se présenter quelque soit le lieu d'exercice du médecin.

Le développement de la FMC sur le sujet apparaît comme le moyen le plus adapté aux MG libéraux pour se former sur le repérage des VC faites aux femmes.

Le médecin généraliste apparaît en première ligne tant dans la prévention primaire en informant, secondaire en repérant et prenant en charge ces victimes que tertiaire par le suivi des victimes.

Son rôle est donc primordial.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La violence à l'encontre des femmes .  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
2. Convention d'Istanbul. Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. <http://www.coe.int/web/istanbul-convention>
3. BURGUIERE A. Histoire de la violence conjugale. Sociol SANTE. déc 1998;(18):58-67.
4. Violence domestique. Commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes. Assemblée parlementaire. 17 juillet 2002.  
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-iewHTML.asp?FileID=9815&lang=fr>
5. 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. [http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF\\_221120131.pdf](http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf)
6. Ministère des droits des femmes. THEME 6 : Violences faites aux femmes. Chiffres clés-Edition 2014. Vers l'égalité réelle entre les femmes et le hommes.  
[http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite\\_Femmes\\_Hommes\\_T6\\_bd.pdf](http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite_Femmes_Hommes_T6_bd.pdf)
7. Nectoux M., Mugnier C., Baffert S., Albagly M., Thélot B. Evaluation économique des violences conjugales en France. Santé Publique 4/2010. : 405-416
8. Walker, L. E. (1979). The battered woman. New York: Harper & Row
9. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)  
[http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat\\_France.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf)
10. MOREL C. Violences conjugales et grossesse. Doss Obstet. mars 2002;(303):18-9.
11. Gaspard E, Osterreicher S. Y a-t-il un lien entre les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse pour une femme et l'existence de violences conjugales au sein de son couple ? Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2011.
12. SYMES L, MADDoux J, MAC FARLENE J. Physical and sexual intimate partner

- violence, women's health and children's behavioural functioning : entry analysis of a seven-year prospective study. *J Clin Nurs.* oct 2014;23(19-20):2909-18.
13. Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED). Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques.  
[http://www.oned.gouv.fr/system/files/oned\\_eevc\\_1.pdf](http://www.oned.gouv.fr/system/files/oned_eevc_1.pdf)
  14. Ministère de l'intérieur, Délégation Aux Victimes. Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple année 2014  
<http://www.interieur.gouv.fr/content/download/84148/616887/file/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014.pdf>
  15. Ministère des droits des femmes. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. N°1- Novembre 2013. <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/02/Lettre-Observatoire-nov-2013.pdf>
  16. Bauer A., Soullez C. Les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » INSEE-ONDRP 2007 à 2012.  
[http://www.inhesj.fr/sites/default/files/files/Mini\\_synthese\\_CR.pdf](http://www.inhesj.fr/sites/default/files/files/Mini_synthese_CR.pdf)
  17. Morts violentes au sein du couple : 118 femmes décédées en 2014. Communiqué de presse commun de Bernard Cazeneuve, ministre de l'intérieur, de Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes et de Pascale Boistard, secrétaire d'Etat chargée des Droits des femmes du mercredi 10 juin 2015.  
<http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Morts-violentes-au-sein-du-couple-118-femmes-decede-es-en-2014>.
  18. Woimant M. Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
  19. Court métrage Anna réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Bénéïm.
  20. D'HAUWE P. Le médecin généraliste face à la violence conjugale - Fédération des maisons médicales. Janvier 2008. <http://www.maisonmedicale.org/Le-medecin-generaliste-face-a-la.html>
  21. Lazimi G. The general practitioner's role in identifying and supporting female victims

- of violence. Rev Infirm. nov 2014;205:25-7.
22. Fromental C, Ricaud L. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne: étude qualitative en 2011 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2011.
  23. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi\\_pyrenees\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf)
  24. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Tableau 6. Age moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe  
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
  25. Rapport Henrion, La documentation française  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
  26. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales: évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
  27. Haute Autorité de Santé (HAS). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations de bonne pratique.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat\\_medical\\_initial\\_concernant\\_une\\_personne\\_victime\\_de\\_violences\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf)
  28. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
  29. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
  30. Pantaléon M, Vanwassenhove L. Le médecin généraliste face aux violences

- conjugales: représentations et résistances au changement de pratiques. France; 2013.
31. Lugin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial: intérêt et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
  32. Article 4 du code de santé publique - Secret professionnel. Conseil National de l'Ordre des Médecins.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
  33. Code pénal. Legifrance  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006181756&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
  34. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.
  35. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant: ententes et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2010.
  36. Stephan H., Mesthe P., Beheregaray A., Oustric S. Violences conjugales . La Revue du Praticien MEDEDINE GENERALE. TOME 26. N°881. Mai 2012
  37. Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults : the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;

## ANNEXES

### ANNEXE 1

#### **Différents types de VC**

Les violences entre conjoints et ex-conjoints prennent des formes variées. Elles diffèrent des disputes ou conflits conjugaux dans lesquels deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité.

Elles peuvent être exercées de manière isolée ou combinée. Leurs manifestations sont les suivantes :

- Psychologique ou verbale avec intimidations, humiliations, dévalorisations, chantage affectif, interdiction de fréquenter la famille, des amis, injures, menace
- Physiques avec bousculades, coups avec ou sans objets, morsures, brûlures, séquestration, strangulation...
- Sexuelles avec viols, agressions sexuelles, pratiques imposées
- Economique et patrimoniale avec contrôle des dépenses, des moyens de paiement, interdiction de travailler, confiscation de documents
- Sur les enfants
- Matérielles

#### **Conséquences sur la santé de la femme**

- Conséquences physiques, traumatiques
  - fractures, brûlures, blessures, strangulation, hématomes, atteintes oculaires et ORL, atteintes neurologiques par traumatisme crânien
  - fatigue intense, douleurs chroniques, céphalées, dorso-lombalgies
  - atteintes génito-urinaires
  - pathologies obstétricales (avortement, prématurité, menace d'accouchement prématuré, décollement placentaire, rupture des membranes, hypotrophie fœtale)
  - infections sexuellement transmissibles
  - grossesse non désirée (viol).
- Conséquences psychologiques
  - états dépressifs avec risque de suicide
  - états de stress post traumatique, généralement complexe en raison de la répétition des violences, avec :

- intrusion de pensées, d'images, de sensations, de cauchemars de reviviscences
- évitements des intrusions et des situations qui pourraient rappeler ou symboliser les événements traumatiques subis
- troubles d'hyper activation neurovégétative : état de qui-vive, sursaut, insomnie
- troubles anxieux
- troubles de l'estime de soi, honte, culpabilité
- modification des croyances fondamentales antérieures
- conduites addictives
- épisodes de dépersonnalisation, confusion, stupeur, comportements paradoxaux, dits de « dissociation »
- décompensations des troubles de la personnalité consécutifs à des psycho traumatismes antérieurs vécus dans l'enfance.

➤ Conséquences somatiques

- Chez les victimes d'évènements de vie traumatisants dans l'enfance

Les traumatismes répétés constituent un facteur de risque qui, combiné à une fragilité de terrain, génétique par exemple, est susceptible de déclencher diverses maladies. (37)

- Chez les femmes victimes de violences de la part de leur partenaire intime, la probabilité est deux fois plus élevée d'avoir une consommation accrue d'alcool, de présenter des problèmes de dépressions et de recours à l'avortement. (1) (11)

La violence à l'encontre des femmes peut avoir une issue mortelle qu'il s'agisse d'homicide ou de suicide.

## ANNEXE 2 : Cycle de la violence en quatre phases selon Lenore Walker

Dans une relation conjugale marquée par la violence, ce cycle se répète plusieurs fois et s'accélère avec le temps.



**Repérage des violences conjugales (VC) faites aux femmes en Médecine Générale**

**A propos d'une enquête en Haute Garonne**

\*Obligatoire

**Vous êtes ? \***

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme

**Quel âge avez-vous ? \***

Une seule réponse possible.

- < ou = 30 ans
- entre 31 ans et 40 ans
- entre 41 et 50 ans
- entre 51 et 60 ans
- plus de 60 ans

**Vous exercez en milieu ? \***

Une seule réponse possible.

- Urbain
- Semi rural
- Rural

**Comment définiriez-vous les VC ? \***

**Selon vous, quel pourcentage de femmes est victime de VC en France par an ? \***

**Estimez-vous bien repérer les VC faites aux femmes ? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Ne se prononce pas

**Comment repérez-vous ces femmes ? \***

Une seule réponse possible.

- par questionnement direct
- par des signes indirects à l'examen clinique
- en fonction du milieu social
- je ne les repère pas
- Autre :

**Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de VC ? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

**Si oui, avez-vous rédigé un certificat médical descriptif ? avec détermination d'une Incapacité temporaire de travail (ITT) ? \***

Une seule réponse possible.

- OUI avec détermination d'une ITT
- OUI sans détermination d'une ITT
- NON
- Autre :

**Estimez-vous bien formé pour la rédaction de ce certificat médical descriptif avec ITT ? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Ne se prononce pas
- Autre :

**Connaissez-vous les différents réseaux de prévention et de lutte contre les VC faites aux femmes dans votre région? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

**Si oui, lesquels ?**

**Avez-vous déjà sollicité les instances judiciaires dans un contexte de violences conjugales? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

**Si oui, comment ?**

(signalement...)

**Selon vous, le médecin généraliste est-il bien formé et informé sur le repérage des violences conjugales faites aux femmes? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Ne se prononce pas

**Avez-vous reçu une formation sur le repérage et la prise en charge des VC en Médecine Générale? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

**Quels sont les freins selon vous au repérage des VC en Médecine Générale? \***

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de temps
- Peur des retombées judiciaires
- Manque de formation
- Méconnaissance des réseaux
- Intrusion dans la vie privée
- Peur du scandale
- Aucun
- Autre :

**Selon vous, quel est le meilleur moyen pour dépister ses femmes? \***

Une seule réponse possible.

- Dépistage systématique direct (par questionnaire direct)
- Dépistage indirect par dépliant, brochures
- Dépistage sur signes d'appel
- Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste
- Autre :

**Selon vous, comment améliorer la formation des MG sur ce sujet ? \***

Une seule réponse possible.

- Formation plus complète à la faculté de médecine
- Groupe de pairs
- Association de FMC
- Revues médicales
- Autre :

**Considérez-vous que le médecin généraliste ait un rôle primordial dans le repérage des femmes victimes de VC ? \***

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Ne se prononce pas

*ANNEXE 4 : Tableau récapitulatif des résultats*

		<b>URBAIN (20)</b>	<b>NON URBAIN (20)</b>	<b>TOTAL (40)</b>
<u>1. Sexe</u>	<b>Homme</b>	10(50%)	5(25%)	15(37,5%)
	<b>Femme</b>	10(50%)	15(75%)	25(62,5%)
<u>2. Age</u>	<b>&lt; 30 ans</b>	1(5%)	2(10%)	3(7,5%)
	<b>31-40 ans</b>	7(35%)	8(40%)	15(37,5%)
	<b>41-50 ans</b>	6(30%)	3(15%)	9(22,5%)
	<b>51-60 ans</b>	1(5%)	4(20%)	5(12,5%)
	<b>&gt; 60 ans</b>	5(25%)	3(15%)	8(20%)
<u>4. Définition des VC</u>	<b>physiques et psychologiques</b>	17 (85%)	19 (95%)	36 (90%)
<u>5. Taux de femmes victime de VC selon les MG</u>	<b>&lt;10%</b>	5(25%)	1(5%)	6(15%)
	<b>&gt;ou=10%</b>	13(65%)	18(90%)	31(77,5%)
	<b>NSP</b>	2(10%)	1(5%)	3(7,5%)
<u>6. Estimez-vous bien repérer les VC?</u>	<b>OUI</b>	2(10%)	0(0%)	2(5%)
<u>bon repérage?</u>	<b>NON</b>	15(75%)	15(75%)	30(75%)
	<b>NSP</b>	3(15%)	5(25%)	8(20%)
<u>7. Comment repérez-vous ces femmes ?</u>	<b>par questionnement direct</b>	3(15%)	6(30%)	9(22,5%)
	<b>par des signes indirects</b>	11(55%)	12(60%)	23(57,5%)
	<b>en fonction du milieu social</b>	1(5%)	1(5%)	2(5%)
	<b>je ne les repère pas</b>	5(25%)	1(5%)	6(15%)
<u>8. Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de VC?</u>	<b>OUI</b>	16(80%)	16(80%)	32(80%)
<u>9. Avez-vous rédigé un CMD avec ITT ?</u>	<b>CMD avec ITT</b>	3(18,75%)	6(37,5%)	9(28,1%)
	<b>CMD sans ITT</b>	10(62,5%)	6(37,5%)	16(50%)
	<b>NON</b>	3(18,75%)	4(25%)	7(21,9%)
<u>10. Estimez-vous bien formé pour la rédaction du CMD avec ITT ?</u>	<b>OUI</b>	3(15%)	3(15%)	6(15%)
	<b>NON</b>	16(80%)	15(75%)	31(77,5%)
	<b>NSP</b>	1(5%)	2(10%)	3(7,5%)
<u>11. Connaissez-vous les réseaux d'aide et de prévention ?</u>	<b>OUI</b>	3(15%)	6(30%)	9(22,5%)
<u>12. Lesquels</u>		3919	Previos, SAVIM, AVAC, Planning familial	
		solidarité femme	FNSF, SAVIF, SOS femme, 3919	
<u>13. Avez-vous déjà sollicité les instances judiciaires dans ce contexte ?</u>	<b>OUI</b>	3(18,75%)	2(12,5%)	5(15,6%)
<u>15. Le MG est-il bien formé et informé sur le sujet?</u>	<b>OUI</b>	0	1(5%)	1(2,5%)
	<b>NON</b>	19(95%)	17(85%)	36(90%)
	<b>NSP</b>	1(5%)	2(10%)	3(7,5%)
<u>16. Avez-vous reçu une formation complémentaire sur le sujet?</u>	<b>OUI</b>	2(10%)	2(10%)	4(10%)

		<b>URBAIN (20)</b>	<b>NON URBAIN (20)</b>	<b>TOTAL (40)</b>
<u>17. Quels sont les freins selon vous ?</u>	<b>Manque de temps</b>	8(40%)	6(30%)	14(35%)
	<b>Peur retombées judiciaires</b>	2(10%)	2(10%)	4(10%)
	<b>Manque de formation</b>	15(75%)	12(60%)	27(67,5)
	<b>Méconnaissance des réseaux</b>	12(60%)	11(55%)	23(57,5%)
	<b>Intrusion dans la vie privée</b>	8(40%)	6(30%)	14(35%)
	<b>Peur du scandale</b>	1(5%)	1(5%)	2(5%)
	<b>AUCUN</b>	2(10%)	1(5%)	3(7,5%)
<u>18. Quel est le meilleur moyen pour dépister ces femmes ?</u>	<b>Direct</b>	3(15%)	9(45%)	12(30%)
	<b>Indirect</b>	8(40%)	5(25%)	13(32,5%)
	<b>Signes appel</b>	8(40%)	6(30%)	14(35%)
	<b>pas rôle du MG</b>	1(5%)	0(0%)	1(2,5%)
<u>19. Comment améliorer la formation des MG ?</u>	<b>Formation plus complète à la Faculté</b>	5(25%)	4(20%)	9(22,5%)
	<b>Groupe de pairs</b>	3(15%)	5(25%)	8(20%)
	<b>Associations de FMC</b>	11(55%)	11(55%)	22(55%)
	<b>Revue médicales</b>	1(5%)	0(0%)	1(2,5%)
<u>20. Le rôle du MG est-il primordial?</u>	<b>OUI</b>	17(85%)	19(95%)	36(90%)
	<b>NON</b>	2(10%)	0(0%)	2(5%)
	<b>NSP</b>	1(5%)	1(5%)	2(5%)

## **Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute Garonne.**

Soutenue publiquement le 05 juillet 2016 à Toulouse

---

### **RESUME :**

Les violences conjugales (VC) concernent une femme sur dix. C'est un véritable problème de santé publique. Les médecins généralistes (MG) semblent avoir un rôle primordial dans le repérage de ces femmes.

**Objectif :** Ce travail a pour objectif principal de mettre en évidence les connaissances et les pratiques des MG de Haute Garonne concernant le repérage des VC faites aux femmes. L'objectif secondaire est de comparer ces éléments entre des MG libéraux travaillant en zone urbaine d'une part et non urbaine d'autre part.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive transversale. Un questionnaire électronique a donc été envoyé aux MG de Haute Garonne.

**Résultats :** Nous avons obtenu 40 réponses (37,4%) dont 20 en zone urbaine et 20 en zone non urbaine. 75% (n=30) des MG estimaient mal repérer ces violences. Les principaux freins étaient le manque de formation pour 67.5% (n=27) et la méconnaissance des réseaux pour 57.5% (n=23). 55% (n=22) estimaient que la Formation Médicale Continue (FMC) était le meilleur moyen d'améliorer la formation des MG sur le sujet. Pour 90% (n=36), le rôle du MG est primordial dans le repérage des VC. La comparaison entre l'échantillon urbain et non urbain retrouve un  $p > 0.05$  pour chaque item du questionnaire.

**Conclusion :** Les MG ont conscience du problème mais ont toujours des difficultés à repérer ces femmes du fait d'un manque de formation et de travail en réseau. Ces difficultés semblent se présenter quelque soit le lieu d'exercice du médecin.

**Mots-clés :** Violences conjugales, Médecins généralistes, Femmes, Repérage

---

## **Screening of spouse abuse in General Medicine. About an investigation in Haute Garonne**

### **ABSTRACT :**

Spouse abuse (SA) concerns one woman on ten. It's a real public health issue. General practitioners (GPs) seem to have a key role in screening these women.

**Purpose :** This work's main goal is to highlight Haute Garonne GP's knowledge and practices concerning SA's screening. The second goal is to compare these results between urban and non urban liberals GPs.

**Methods :** We conducted a transversal descriptive quantitative study. An electronic questionnaire was sent to Haute Garonne GPs.

**Results :** We got 40 answers (37.4%) including 20 in urban area and 20 in non-urban area. 75% (n=30) of GPs thought they have trouble screening SA. The main obstacles were lack of training for 67.5% (n=27) and the ignorance of networks for 57.5% (n=23). 55% (n=22) thought Continuing Medical Education (CME) was the best way to improve GP's training on the subject. For 90% (n=36), GP's role is essential in SA's screening. The difference between urban and non urban sample is  $p > 0.05$  for each questionnaire item.

**Conclusion :** GPs know this problem but still have difficulties screening these women due to a lack of training and networking. These difficulties seem to happen regardless of the exercise doctor's place.

**Keywords :** Spouse abuse, General Practitioners, Women, Screening

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

**Directeur de thèse :** Pr Pierre MESTHE