

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Axelle MORET

Le 22 janvier 2021

Prise en charge des auteurs de violences conjugales par le médecin généraliste: Une revue narrative de la littérature

Directrices de thèse :
Dr BERODIER Mathilde
Dr MALVEZIN-MARQUIS Sandrine

JURY :

Madame le Professeur Motoko LAHAYE
Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Madame le Docteur Marion VERGNAULT
Madame la Docteur Mathilde BERODIER

Assesseur
Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeur Honoraire	Professeur Emérites
		Professeur ADER Jean-Louis	
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme NOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Jarick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDA Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOUJAA Bruno
Mme PUJECH Manelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytogénétique pathologiques
Mme CORRE Jil	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

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 seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Remerciements et dédicaces

A mon jury :

A **Monsieur le Professeur Pierre Mesthé**, qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre regard éclairé et pour avoir pris le temps de discuter de ce sujet et d'autres ayant attrait à notre beau métier. Votre vision de ce dernier et la passion avec laquelle vous en parlez sont pour moi de vraies sources d'inspiration.

A **Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain**, merci pour tout ce que tu fais pour les internes en général, même si bien sûr j'ai en tête des exemples bien précis. Merci de m'avoir ouvert tes portes avec une simplicité époustouflante et d'avoir accepté de juger ce travail. Ta vision de la médecine générale est inspirante et j'espère garder ce souffle longtemps.

A **Madame le Docteur Marion Vergnault**, merci pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail et d'y apporter votre regard de médecin légiste, éclairant dans ces sujets qui font le pont entre les disciplines.

A **Madame le Docteur Motoko Delahaye**, merci d'avoir accepté de juger mon travail, pour la qualité de votre enseignement et votre implication au DUMG. Votre passion pour notre métier et pour l'Aveyron ont été inspirants au cours de tout mon internat.

A mes formidables directrices de thèse :

- **Madame le Docteur Sandrine Malvezin-Marquis**, merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail, d'avoir été disponible et bienveillante à tout moment. Merci également pour le stage passé ensemble qui a posé les jalons du début de mon exercice, tes encouragements et ton exemple m'ont énormément apporté.
- **Madame le Docteur Mathilde Berodier**, merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse sans me connaître et malgré tes nombreux projets en cours à l'époque! Merci pour ta patience et ta compréhension, tu as rendu ce travail beaucoup plus aisé.

A ma famille, en ayant une pensée tendre pour mon **grand-père Jean**, dont l'absence se fait encore plus ressentir un jour comme celui-ci et pour ma **grand-mère Denise**, meilleure des grands-mères dont on puisse rêver qui m'a aidé par sa gentillesse au cours de mes études et n'a jamais cessé d'être fière de moi. Je vous dédie à tous deux le fruit de ce long labeur.

A mes **parents**, qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici et dont l'éducation aura réussi à faire de moi une jeune femme fermement indépendante et sacrément têtue, ce qui, avouons-le, a été bien pratique ces dix dernières années. A mon **frère** qui est mon premier supporter, ton courage et ta détermination sont pour moi un exemple, je te souhaite de trouver ta voie et que quelques soient tes décisions elles te mènent au bonheur.

A mon **oncle** qui fut le premier à me souffler l'idée de faire médecine et qui a toujours voulu m'aider, à mes tantes Laurence, Janine, Nicole et Jenifer pour votre présence affectueuse.

A **Bertille**, toi qui es bien plus qu'une amie, essentielle, inestimable. Tu as toujours été là, nous le serons toujours l'une pour l'autre et sans toi c'est toute ma vie qui aurait été différente, en tant que femme mais aussi en tant que médecin. Je ne pourrai jamais assez te remercier.

A **Maud** et **Eugénie**, inspirantes et encourageantes au quotidien en tant que personnes et en tant que soignantes. Parmi nos aventures, celle pour devenir médecin est une de mes préférées, mais je vous en parlerai sûrement dans la prochaine lettre.

Aux amis de Nouméa, du théâtre, de l'école, collège, fac, autre encore... **François** pour cette histoire qui dure malgré avoir bien changé de nature mais qui est restée extrêmement bienveillante et enrichissante, **Kenzo** présent à chaque retour calédonien, **Pascale** si drôle et pétillante, **Karole** sœur de cœur malgré les distances, **Marie** tu ne cesseras jamais de m'étonner par ta créativité et ton humour, doublés d'une gentillesse envers ceux que tu aimes qui font de toi « ma chef », **Julie** du bout de l'Inde qui reste gravée comme une alliée précieuse dans tous ces changements de vie... Votre énergie m'accompagne chaque jour, vous qui avez modelé l'être humain que je suis. Merci d'avoir cru en moi si tôt, merci pour les deux trois gifles quand j'en ai eu besoin, merci d'être toujours là comme si on s'était quittés hier.

Aux pépites introduites dans ma vie par Sandy, notamment **Estelle** et ton halo de paix au cœur du 13ème, **Carlito** pour ton regard sur le monde apaisant, ton inépuisable joie et ta présence bienveillante, **Matlong** qui sait tout faire, surtout me faire rire.

A mes amis de Paris, de l'externat, particulièrement **Sarah** pour nos échanges sur la politique, la nature, la culture... ainsi que nos beaux voyages passés et à venir, **Maxime** et ta gentillesse toujours au rendez-vous associée à une curiosité sans borne, Stat pour ton hospitalité époustouflante alliée à un humour et à une gentillesse de fou.. en se promettant un JdR ensemble, **Justine** voisine d'un jour et de toujours et toujours prête pour un thé ou râper des carottes, **Elodie-ma-gueule**, mon petit oiseau qui n'a pas pris sa volée... pour cette amitié à l'épreuve de nos moments les plus beaux et les plus dark, **Lydie** d'un coin de canapé aux rues de Saint Tropez... Les moments à parler du monde autour d'une table basse sont mes points fixes dans l'univers, **Lucie** pour ta compréhension et cette entraide lors des moments un peu moins fun, **Loïc** cinéophile, biérophile, Cabourgophile et surtout amiophile, **Arthur** un peu geek et beaucoup drôle qui a su dédramatiser tout ce qui a pu se passer au cours de ces années et profiter des bons moments, **Cynthia** petite tornade jaune, solaire dans les festivals metal, **Lucas** : ne serait-ce que pour l'humour la guitare et le cinéma espagnol, mais il y a tellement plus, **Anceline** et ton attention pour l'autre qui t'ont mené pour moi jusqu'au bout du monde et au fond de Versailles, **Lan Ahn** car on ne s'oublie pas même loin de la vie parisienne... Vous avez été des alliés fidèles durant l'épreuve Paris VI, partenaires de travail, de fête, de balade, d'une certaine dose de bêtise et de galères... Merci pour votre présence, vos amitiés et votre bienveillance.

Aux Castrais, des deux semestres passés là-bas, mais bien sûr principalement **Lise&co** pour toute cette bonté et ces rires (fois 5), **Marion** ma blonde, coup de cœur du premier semestre car ensemble on a aussi progressé en tant que soignantes pour les autres... et nous-mêmes, **Etienne** pour notre complicité vagabonde, que les voyages soient dans la musique, au sommet du pic de Nore ou à Barcelone, en nous souhaitant encore d'autres aventures, **Elodie** Paluche-et-pas-paupiette-parce-que-c'est-moi-paupiette merci entre

autres pour nos discussions sur le meilleur-être, pour la peinture et ces francs moments de rigolade (et de larmes) dans la maison de l'amour, **Laura** la force tranquille de ce groupe, merci d'avoir été toujours à l'écoute, d'avoir pris le temps de profiter des spectacles, du rugby et du black lion, **Steeven** car au fond on se ressemble beaucoup et c'est aussi pour ça qu'on s'adore, merci à **Chloé** et toi pour les rires, la folie et un peu les pokémons, **Julien** car tu as toujours été là même quand tu y étais pas (bien ouéj), **Alexandre** le tarnais, merci pour ces beaux semestres où on a bien rigolé, merci pour l'entomologie et avoir partagé les moments fous, **Léo** qui n'a pas changé bro' et est toujours là pour passer un bon moment (ou rendre les mauvais moins mauvais), **Priscilla** partenaire de fripe pour le meilleur et pour la ruine, **Pierre** pour ton caractère bien trempé mais ton humour qui dépasse tout, **Virginie et Hugo** les fwewes toujouw la pouw se pwcipiter lentement à boiwe une biewe quand on twouve un cwéneau, **Jonathan** qui nous aide toujours à prendre du recul, **Claire** pour l'amour du craft pour lequel tu es magique et les thés de fins d'après-midi, **Alexis** le taco-tsu-bro, **Brice et Guillaume** qui m'avez juste sauvé la vie, littéralement... Merci d'avoir accompagné le bébé médecin mal assurée que j'ai été. Merci d'avoir été là chaque jour de l'internat et d'avoir participé activement à ma formation ! Au plaisir de trinquer à ce nouvel événement heureux ! Et aussi à la détermination de ne pas se perdre dans ce changement de vie.

A toute l'équipe de la médecine 3, que je referais cent fois s'il le fallait (ou presque). A toute l'équipe des urgences de Castres qui est devenue une petite famille, évidemment maman Josiane mais aussi Marie Jo, Sylvie et tous les autres qui nous avez donné de beaux exemples pour la suite.

Aux Ruthénois, avec spéciale kass-dédi à **Aymerichikito** pour ce coup de foudre amical malgré ton affect pour les chansons douteuses (NoHomo), **Marion** pour ta bienveillance constante mais surtout pendant un VD où tu as été l'amie parfaite, **Alice** pour nos partages sur absolument tous les sujets possibles, **Marie De Pâté** pour ta spontanéité, ton humour et ton sens de l'écoute, **Romane** pour ta gentillesse inébranlable qui prend tantôt la forme de cookie, d'un peigne ou juste d'un beau sourire, **Margaux** pour ta douceur infinie, **Claire** pour qui je refouillerais tout plein de poubelles et pour (entre autres!) m'avoir fait comprendre la beauté des canards, **Benjam** pour le meilleur Toulouse Rodez en 15h avec escale qu'on puisse imaginer, **Jean** qui ne ferait jamais de mal à personne monsieur le doyen, **Baptiste** pour ses merveilleux conseils en matière de soif, de voyage ou de truite, **Marie T** pour ta dévotion AIMG et ton soucis de l'autre toujours intact, **Martin et Pascal** que rien n'obligeait à danser et qui l'ont fait (waw), **Parsou** pour les parsites mais surtout pour les parsoutes : moments plein d'humour et de gentillesse sur fond de Céline Dion, **Onne Lise** pour ton énergie en toute circonstance, dans le soir et pour la fête, **Thibault** et **Camille** pour votre douceur et votre gentillesse... Vous avez été les larmes promises lors du départ d'Aveyron et la chaleur dans ce rude hiver. Merci de ne pas m'en vouloir d'avoir failli tous vous tuer dans un incendie. Oh, et aussi pour la chorégraphie, dont je ne me suis toujours pas remise.

Au service de Rhumatologie de l'hôpital Purpan, tout particulièrement à **Diane, Julia, Quentin et Stéphanie**, qui m'ont fait confiance et m'ont éclairée pendant ces quelques mois, qui ont écouté mes moments de doute et m'ont protégée des tempêtes (ou toute autre forme d'intempérie). Merci pour tout.

A l'AIMG, spécialement à **Loïc, Nolwenn, Félix, Laurie et Camo**, pour tout ce que vous faites ou avez fait pour les étudiants en médecine... Et pour moi. Pour ces beaux projets, notre pierre à l'édifice.

A mes maîtres de stage, hospitaliers ou en cabinet, qui m'ont accueilli chez eux, me soutenant dans la médecine au sens large, l'humain et la science. Aux équipes de ces mêmes services qui m'ont tant appris. Tout particulièrement merci au **Dr Alain Valette** qui a toléré comme personne mon sale caractère quand je n'étais pas d'accord, merci à **Yvonne** et toi d'avoir été si accueillant pendant ce dernier stage. Ainsi qu'au **Dr Carine Puech, sa famille et Elodie**, merci d'avoir toujours tout fait pour me protéger et m'écouter, merci de m'avoir accueillie ; au **Dr Bertrand Castex, Martine et Christine** pour votre accueil, le café et les discussions qui font progresser. Au **Dr Parienté** qui n'a pas hésité à nous inclure dans des formations d'écho ou autre !

Aux familles qui m'ont accueillie comme une des leurs pendant toutes ces années et ils sont nombreux : Les **Courtemanche** bien sûr, grâce à qui Tracy sera toujours mon village. Les **Bihan-Gallic**, spécialement à Anne pour sa bienveillance maternelle. Les **Courtot** pour ces fêtes de fin d'année mais aussi et surtout votre présence quoi qu'il arrive. Les **Porteils-Closque-Mol**, pour ce refuge du 82 et de la banlieue de Calcutta et m'avoir fait me sentir avec vous comme chez moi. **On parle peu de comme ça peut manquer de se sentir protégé quand on part loin de chez soi pendant si longtemps. Merci d'avoir été mes remparts. J'espère pouvoir redonner de cette lumière à d'autres.**

A **Sandy**, bien entendu, à qui je n'ai rien à apprendre dans cette dédicace. À l'image de nos douze (et douces) premières années, je vous souhaite de continuer d'être les meilleures personnes possibles l'un pour l'autre. Je t'aime. Poivron à la farine.

A **Zéphyr**, tant d'amour et de fabulosité dans un si petit bonhomme. Merci de rendre la vie plus belle depuis avant même ta naissance, j'ai si hâte de découvrir le monde avec toi. Je t'aime.

A tous ceux, trop nombreux pour les citer, hommes et femmes, soignants ou patients, enseignants ou simples personnes bienveillantes, que j'ai eu la chance de croiser et qui m'ont encouragée à me dépasser.

Je vous souhaite à tous beaucoup de bonheur. Les remerciements de cette thèse me donnent l'occasion de vous rappeler que je vous aime et que sans vous, ça aurait sûrement été possible, mais 'achement plus difficile et beaucoup moins drôle.

TABLE DES MATIERES

<u>I/ Introduction et avant-propos</u>	15
A) Les violences conjugales.....	15
B) Rôle du médecin généraliste.....	15
C) Objectifs de l'étude.....	16
<u>II/ Matériel et méthode</u>	17
A) Moteurs de recherche choisis.....	17
B) Formulation de l'équation de recherche.....	17
C) Critères de sélection des articles.....	19
D) Critères d'exclusion des articles.....	19
<u>III/ Résultats</u>	21
A) Diagramme de flux et organisation de la recherche.....	21
i) Diagramme de flux.....	21
ii) Extraction des données.....	21
iii) Analyse des données.....	31
B) Avis et freins des médecins généralistes concernant la prise en charge des auteurs de violence conjugale.....	31
C) Prise en charge initiale	31
i) Condition de découverte, repérage par le médecin généraliste.....	32
ii) Etat de santé et typologie des auteurs.....	33
D) Evaluation de la dangerosité.....	34
E) Prise en charge de la violence.....	35
i) Information au patient, écoute, conseil.....	35
ii) Encouragement au changement.....	36
iii) Travail en réseau.....	37
iv) Adressage à des groupes et suivi.....	37
F) Prise en charge psychiatrique.....	38
G) Prise en charge des addictions.....	39
i) Dépistage de la consommation d'alcool : intérêt en pratique.....	39
ii) Autres toxiques.....	39
iii) Orientation et traitement.....	39
H) Suivi du couple, de la famille.....	40
i) Conseil familial, consultation groupée, secret médical.....	40
ii) Apprentissage de techniques de gestion des conflits.....	40
iii) Cas particulier de la violence des femmes.....	41
iv) Autres modèles conjugaux.....	41
<u>IV/ Discussion</u>	42
A) Le médecin généraliste et ses freins dans la prise en charge des auteurs de violence conjugale.....	42
B) Forces.....	42
C) Faiblesses.....	43
D) Perspectives en France.....	44

<u>V/ Conclusion</u>	45
<u>VI/ Bibliographie</u>	46
<u>VII/ Annexes</u>	49
Annexe 1: Conflict Tactic Scale	49
Annexe 2: Echelles d'évaluation de la dangerosité immédiate SARA et ODARA	50
Annexe 3: Mesures juridiques à l'encontre des auteurs de violences conjugales	52

I/ Introduction et avant-propos

A) Les violences conjugales

La violence conjugale concerne en France une femme sur dix. Tous les deux jours et demi nous déplorons le décès d'une femme victime, soit 149 en 2019, tous les treize jours celui d'un homme dans ce contexte, souvent dans un cadre de riposte. Un grand nombre d'enfants, 25 en 2016, ont trouvé la mort suite à une violence conjugale. Les morbidités imputées sur le plan psychiatrique mais aussi somatique sont immenses (1).

En France, le plan triennal 2016-2019 interministériel de lutte contre toute forme de violence faites aux femmes est d'améliorer la lutte contre la récurrence par l'élaboration d'outils à l'attention des professionnels (2). Les actions concrètes proposées sont en partie orientées vers les auteurs de violences, notamment en faisant l'état des lieux des dispositifs de prévention de la récurrence, réalisant des documents à leur attention afin de les sensibiliser et en développant les stages de responsabilisation sur l'ensemble du territoire. Ces dispositifs sont intéressants mais n'incluent pas les médecins généralistes, alors même que le ministère de la santé fait partie des rédacteurs.

La France a pourtant ratifié la convention d'Istanbul en 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. L'article 15 dispose que les pays signataires « dispensent ou renforcent la formation adéquate des professionnels pertinents ayant affaire aux victimes ou aux auteurs de tous les actes de violence couverts par le champ d'application de la présente Convention, sur la prévention et la détection de cette violence, l'égalité entre les femmes et les hommes, les besoins et les droits des victimes, ainsi que sur la manière de prévenir la victimisation secondaire. » (3).

B) Rôle du médecin généraliste

La société mondiale de médecine générale (WONCA) définit la médecine générale comme une discipline scientifique et universitaire, spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Les médecins généralistes sont bien souvent le premier contact de la personne avec le système de soins (4).

Ils peuvent être médecin traitant de chaque patient et sont chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Les personnes sont par définition soignées dans leur propre contexte familial, communautaire et culturel. Nous ne pouvons donc pas séparer le

médecin généraliste de la responsabilité de santé publique qui découle de sa pratique médicale.

En somme, le médecin généraliste est un acteur du dépistage de première ligne mais aussi un point d'information et d'orientation obligé vers les personnels et structures médicaux, sociaux et paramédicaux.

S'il doit être garant de la bonne santé physique, mentale et sociale de ses patients et leurs familles, alors il doit se préoccuper des questions sociétales les impactant, notamment les violences familiales, pas seulement lorsqu'elles en sont victimes mais aussi auteures ou si elles y sont exposées et notoirement lors des périodes critiques de déclenchement des violences (grossesses, changements dans la vie...).

Peu de travaux ont été réalisés sur les auteurs de ces violences, homme ou femme, pourtant statistiquement aussi nombreux que leur victimes et présents également dans les cabinets de médecine générale. Pourtant, les données existantes tendent à montrer que le bénéfice de les prendre en charge est conséquent. Intellectuellement, en cas d'efficacité, la diminution des violences pourrait être importante.

C) Objectifs de cette étude

Notre objectif principal était de définir la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'auteur de violences conjugales, les spécificités, les points de vigilance et la conduite à tenir en consultation.

L'objectif secondaire de cette recherche était d'identifier les intervenants possibles dans de telles prises en charge.

II/ Matériel et méthode

A) Moteurs de recherche sélectionnés

Les moteurs de recherche ont été sélectionnés pour la pertinence de leurs contenus, il s'agit de :

- PubMed, base de données de la National Library of Medicine ;
- PsychINFO, base de données de l'American Psychological Association (APA) indexant des revues consacrées à la psychologie et à des disciplines adjacentes (médecine, psychiatrie, éducation...) ;
- Persée, portail de diffusion de publications scientifiques touchant aux sciences humaines et sociales, mis en place par les ministères de l'éducation nationale et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche en 2005 ;
- Le Cairn, portail web de ressources en sciences humaines et sociales des maisons d'édition Belin, De Boeck, La Découverte, Bibliothèque nationale de France, Presses universitaires de France (PUF) et Eres. D'autres maisons d'édition privées se sont jointes ;
- Cochrane, base de données d'Evidence Based Medecine (médecine fondée sur les preuves) comprenant des revues systématiques, protocoles de recherches, méta-analyses axés sur la prévention, le diagnostic, la thérapeutique et la rééducation ;
- Web Of Science, base de données multidisciplinaire permettant de trouver des articles issus de 10 000 revues scientifiques majeures ;
- SUDOC, Système universitaire de documentation, catalogue collectif des bibliothèques de l'enseignement supérieur permettant notamment de trouver des thèses françaises.

B) Formulation de l'équation de recherche

Pour établir l'équation de recherche, il a fallu déterminer les mots clés de l'étude, à savoir la violence conjugale, la prise en charge par le médecin généraliste et les auteurs de ces violences, sans discrimination de sexe, de type de couple ou de type de violence.

La réflexion a commencé avec des termes MeSH :

- Violence conjugale, les termes MeSH correspondant sont : "intimate partner violence" ou "domestic violence"
- Le médecin généraliste : "general practi*" ou "primary care" ou "Physician's Role" ou "prevention and control" ou "practice guidelines"

- L'auteur de violence conjugale en soi n'a pas d'équivalent MeSH term précis. Les traductions peuvent être "perpetrator" ou "batterer". Suite à des recherches préliminaires sur le sujet, le mot clé cité était toujours "batterer", c'est donc celui-ci qui a été retenu dans l'équation.

Les langues retenues étaient l'anglais et le français.

La recherche concernait les articles parus entre 2000 et juin 2019.

Pour aboutir sur PubMed à: **((("batterer" AND (Intimate partner violence OR domestic violence) AND (general practi* OR primary care OR Physician* OR prevention and control OR practice guidelines OR Family Medicine)))) AND ("2000":"2019/06/30"[dp]) AND ("english" OR "french" [la])**

Les mots clés de recherche ont été adaptés en fonction des différents moteurs selon méthode décrite dans le tableau suivant (cf. figure 1).

Base de données	Interface de recherche	Vocabulaire utilisé	Mots clés utilisés
Medline	Pubmed	MeSH	((("batterer" AND (Intimate partner violence OR domestic violence) AND (general practi* OR primary care OR Physician* OR prevention and control OR practice guidelines OR Family Medicine)))) AND ("2000":"2019/06/30"[dp]) AND ("english" OR "french" [la])
Psych' INFO	psycnet.apa.org	Thésaurus of psychological index term	Idem.
Persée	www.persee.fr	Mots clés français ou anglais	“intimate partner violence,” “perpetration/or,” “domestic violence,” “guidelines”, “batterers”, “intervention/treatment”, dans diverses combinaisons, en français ou en anglais.

Web of Science	www.webofknowledge.com	Mots clés en anglais	batterer AND (Intimate partner violence OR domestic violence) AND (general practi* OR primary care OR Physician's Role OR prevention and control OR practice guidelines*) avec filtres temporels (2000-2019) et filtres de langage
Cochrane	www.cochranelibrary.com	MeSH	((("batterer" AND (Intimate partner violence OR domestic violence) AND (general practi* OR primary care OR Physician* OR prevention and control OR practice guidelines OR Family Medicine)))) AND ("2000":"2019/06/30"[dp]) AND ("english" OR "french" [la])
le Cairn	www.cairn.info	Mots clés en français	Combinaisons des mots clés de notre équations de recherche traduits en français
SUDOC	http://www.sudoc.abes.fr/	Mots clés en français	idem

Figure 1. Moteurs de recherche utilisés et mots clés utilisés.

C) Critères d'inclusion et de sélection des articles

Les critères d'inclusion ont été définis à priori :

- Articles traitants de la prise en charge des auteurs de violence conjugale
- Prise en charge médicale par le médecin généraliste ou organisation de soin à laquelle ce dernier peut participer

Nous avons sélectionné tous types d'articles scientifiques.

Une première sélection a été réalisée à partir des titres et abstracts.

Une seconde a été réalisée après lecture complète des textes des articles précédemment sélectionnés et correspondant aux critères d'inclusion.

D) Critères d'exclusion des articles

Une lecture complète des textes a permis d'en éliminer une partie pour différents motifs

:

- Peu applicables à la médecine générale/au soin premier
- Non en rapport avec la prise en charge
- Hors sujet, suite à un abstract inexistant ou très générique (prise en charge des enfants, statistiques...)
- Non disponibles

III/ Résultats

A) Diagramme de flux et organisation de la recherche

i) Diagramme de flux

Notre recherche a permis de trouver un total de 1303 articles.

L'ensemble du processus de sélection des 32 articles retenus est résumé dans le diagramme de flux ci-dessous (figure 2)

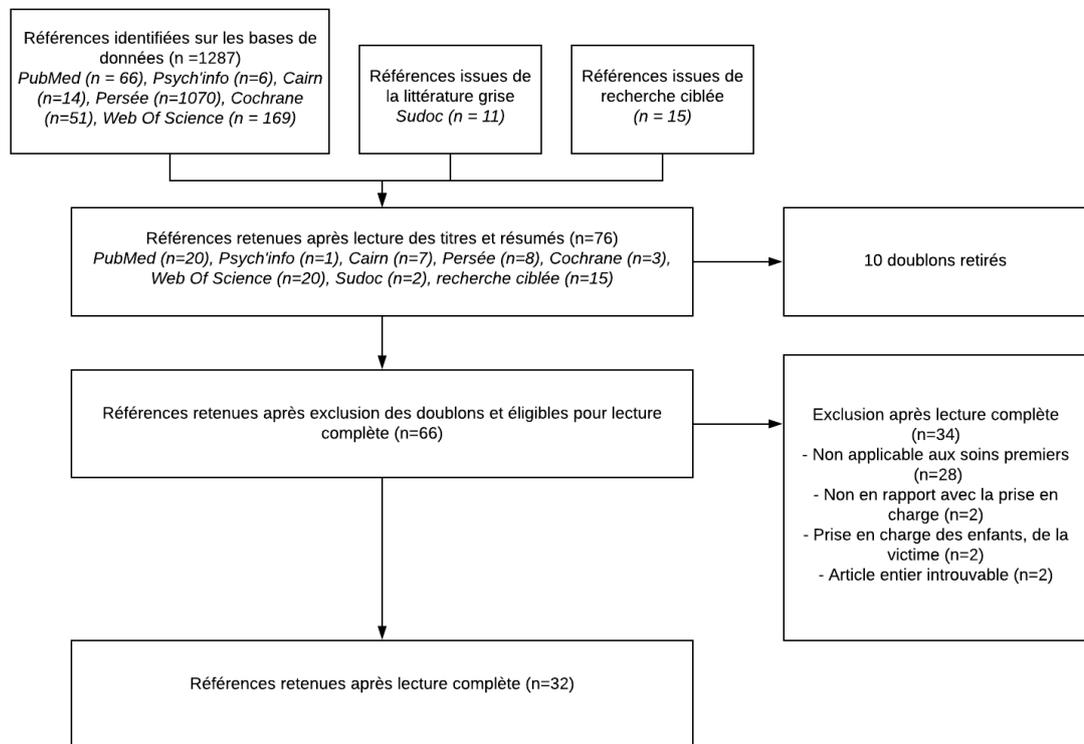


Figure 2. Diagramme de flux

Notre recherche a inclus des études de différents types :

- Recommandations ou avis d'experts : 10 articles
- Revues de littérature : 9 articles
- Etudes qualitatives : 9 articles
- Etudes comparatives de groupes, randomisées ou non : 4 articles

ii) Extraction des données

L'extraction des données a été faite article par article selon la figure 3.

Auteur	Titre	Méthodologie	Résultats
Année			
Pays			
Harway, M 2002 USA	Intimate Partner Abuse and Relationship Violence Working Group	Recommandation d'experts	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque de létalité • Situations où orienter vers la thérapie de couple est dangereuse • Conseils pour prise en charge de couple homosexuels/trans
Coutanceau R 2012 France	Dangerosité criminologique et prévention de la récurrence : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme	Recommandation d'experts	<ul style="list-style-type: none"> • Importance d'évaluer le risque de récurrence et le risque tout court pour déterminer l'intensité du suivi. • Classifier l'auteur en fonction des pathologies psychiatriques, de la personnalité ou autre afin de mieux organiser le suivi.
Matthieu C 2012 France	Déterminants conjugaux et personnels de la violence maritale féminine chez les couples où l'homme consulte pour violence conjugale	Etude qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Réciprocité des violences fréquente • Violence féminine plus réactionnelle (à d'autres types de violence ou défaut de communication), plutôt psychologique et ayant moins de conséquence biopsychosociales (en tous cas reconnues) • L'alcool a de l'importance dans violence des hommes et a priori pas des femmes
Delage M 2012 France	Les violences conjugales, phénomène social, problème systémique	Recommandation d'experts	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'un travail des professionnels en réseau. Nécessité d'inclure les auteurs de violence conjugale dans des programmes psychoéducatifs.
Roy V 2019 Québec	Perception des participantes sur les effets d'un programme pour les	Etude qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Explication des violences faites par les femmes • Approche du réseau de prise en charge existant au Québec, points importants des évolutions notées par les femmes ayant suivi le programme, stratégies alternatives à la violence et leur mise en pratique

	femmes exerçant de la violence		
Smedslund G 2011 Norvège	Cognitive Behavioural Therapy for Men Who Physically Abuse their Female Partner	Revue de la littérature	Les thérapies cognitivo comportementales ou TCC pratiquées par différents praticiens ont peu montré leur efficacité dans le cadre de la violence mais une étude serait plutôt en faveur dans un cadre de prise en charge multimodale incluant la TCC pour l'alcool
Penti B 2017 USA	Physicians' Experiences with Male Patients Who Perpetrate Intimate Partner Violence	Etude qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Les généralistes ne sont pas préparés, non formés, mais ont une position privilégiée de par la relation avec le patient et la possibilité d'intégrer la violence dans un cadre plus large. • Les auteurs de violence conjugale consultent régulièrement, sans forcément préciser. • L'article liste comment les médecins généralistes apprennent que leur patient est violent et de quelles comorbidités ils s'enquient.
Penti B 2018 USA	The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration: A Literature Review	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> • Impact sur la santé des auteurs (liste). • Conseil d'aborder le sujet, de ne pas suivre les deux parties. • Évaluer le risque. Évaluer l'intensité de la violence. • Apprécier la propension à changer : entretien motivationnel. • Eduquer à la gestion des comportements violents, proposer par exemple le "time out". • Adresser pour suivi psychologique ou addictologique si besoin. • Suivre régulièrement dans le changement.
Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2014	Abuse and violence - Working with our patient in general practice. The white book, dealing with perpetrator in clinical practice.	Recommandation d'expert	Recommandations pour la pratique : - Ne pas traiter les deux parties (même si cela est très difficile en rural) car : dangereux (risque de briser par inadvertance le secret médical), impossible de rester objectif. - Ne pas oublier d'adresser pour l'alcool et les pathologies psychiatriques. - Garder à l'esprit que les auteurs minimisent leur responsabilités et qu'ils consultent plus que les autres.

Australie			<p>- Orientation vers des centres de gestion de la violence, en fonction de la volonté de changement de la personne. Si pas prêt : travailler la question. Parler de la ligne d'appel d'aide pour les auteurs (existe aussi en France)</p> <p>- Important de suivre l'auteur et ses changements, de monitorer l'état de santé de la famille.</p> <p>Conseils de consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre l'histoire de la violence, s'informer sur les antécédents psychiatriques, les toxiques et la détention d'une arme. • Renforcer l'idée que la violence n'est pas normale mais condamner l'acte, pas la personne. • Encourager la personne à chercher de l'aide et à accepter ses responsabilités. • Être conscient que cela peut être compliqué de voir le patient ainsi pour le médecin, que cela peut augmenter le stress et la tension, voire que le patient peut se sentir épié. • Essayer de maximiser l'empathie pour diminuer ces risques. • Utiliser des questions ouvertes telles que "comment ça va à la maison ?" ou "est ce que vous ou votre partenaire avez déjà été blessé?". Après avoir amorcé en confiance la discussion, poser des questions plus précises comme "Comment faites-vous quand vous êtes en colère?", "Comment réagissent vos enfants quand vous êtes en colère?". • Gestion de la minimisation : ne pas laisser le patient s'épancher sur les responsabilités de la victime ("Vous connaissez les femmes..." "Elle ne sait pas tenir une maison", etc) et ramener la conversation sur lui.
Hegarty K 2016	Identifying and responding to men	Recommandation d'expert	<ul style="list-style-type: none"> • Identification : savoir qu'ils sous-estiment leur violence et leur responsabilité. <p>Liste de questions pour savoir s'il y a violence ou pas.</p>

Australie	who use violence in their intimate relationships		<ul style="list-style-type: none"> • Gestion : évaluer, préparer la personne à accepter les groupe de traitement des hommes violents, entre-temps faire en sorte de diminuer le risque. • Informer les patients de répercussions sur eux et sur les enfants, en restant neutre et tentant d'être constructif. Insister sur la possibilité d'être un bon père. • Utiliser des techniques d'entretien motivationnel. Parler des ambivalences et les différents comportements en fonction de l'interlocuteur (vous frapperiez votre patron?). • Faire attention à la confidentialité et essayer de n'en suivre qu'un des deux
Taft et al 2004	General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study	Etude qualitative	Ne pas gérer le couple, faire attention à sa propre ambivalence, ne pas juger, ne pas briser le secret médical. Toujours demander le consentement de la victime.
Australia			
Williamson et Al 2014	Health professionals responding to men for safety (HERMES): feasibility of a general practice training intervention to improve the response to male patients who have experienced or perpetrated domestic violence and abuse	Recommandation d'expert	Evaluation de deux heures de formation aux médecins généralistes sur les auteurs de violence conjugale : se sentent plus prêts, repèrent plus, orientent un peu plus les auteurs. Information clé : Les auteurs de violence conjugale consultent plus que les autres mais sans parler de cette problématique. Freins actuels des médecins généralistes : complexité de la situation, se sentent peu préparés
Angleterre			
Warshaw C 1996	Improving the health care response to	Revue de la littérature	Propositions de l'équivalent ARS Alabama :

Etats Unis	domestic violence : A resource manual for health care providers		<ul style="list-style-type: none"> - Attention à la confidentialité entre les parties même si la demande émane de la victime. - Ne jamais en parler en présence des deux. Attention car le silence du MG face à l'auteur peut être interprété comme un accord tacite. - Apprendre à voir la violence conjugale comme un problème de santé. - Informations à donner sur les dimensions légales du problème et sur les conséquences sur la santé de tous les membres de la famille. - S'appuyer sur ce que dit l'auteur et le reprendre, ne pas inférer, rester calme, se poser en allié pour le mieux-être de la famille. - Évaluer le danger de létalité : intensité, fréquence et type de violence. Opportunité (Séparé? Mesure de protection?). Recherche de facteurs qui diminuent le contrôle (alcool, drogue). Recherche du caractère obsessionnel du patient et du désespoir. Recherche de l'intensité du stress vécu.
Kinberg 2008	Addressing Intimate Partner Violence with Male Patients: A Review and Introduction of Pilot Guidelines	Recommandation d'expert	<p>La violence est plus intense si couple hétérosexuel.</p> <p>Conseils aux généralistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voir le patient seul. - Poser des questions sur l'historique de la violence, d'abord indirectes puis directes. - Aux Etats Unis possible d'avertir la victime si danger (pas le cas partout). - Attention aux toxiques et pathologies psychiatriques. - Ne pas oublier qu'un homme peut être victime et une femme auteure. - Attention aux auteurs qui se "victimisent". - Attention à la sécurité des membres de la famille en premier, ne pas hésiter à protéger et déléguer le suivi d'un des patients s'il faut. - Les institutions en charge du soin primaire aux Etats Unis proposent d'intervenir auprès des enfants pour prévenir la violence et construire des bases relationnelles plus saines à l'avenir. Des formations pour une meilleure parentalité (sous forme de groupes) sont aussi à l'étude pour des parents violents. - L'article soulève la difficulté de distinguer la perpétration de la victimisation des hommes dans certaines consultations.
Etats Unis			
H M. Farrell 2011	Batterers: A Review of Violence and Risk Assessment Tools	Revue de la littérature	Échelles de stadification du risque de létalité à partir du conjoint violent (ODARA et SARA).
Etats Unis			

D Miller 2007	GPs' perception of their role in the identification and management of family violence	Etude qualitative	Généralistes se sentent en bonne position pour dépister du côté des auteurs de violence, mais peu formés et très stressés. Peur d'aggraver la dangerosité. Besoin de référents de la violence intrafamiliale (réseau).
Royaume uni			
HA Mintz 1997	When your patient is a batterer : What you need to know before treating perpetrators of domestic violence	Recommandation d'expert	Typologie des battants, orientation vers les thérapie de groupe. Conseils de sécuriser les familles, de recentrer la responsabilité, de donner des informations aux auteurs sur les conséquences sur la santé de toute la famille des violences. Ouvrir la discussion. Conseils sur prise en charge particulière des psychopathes : ne pas les orienter vers les thérapies de groupes, attention à ne pas semer le doute chez eux que leur victime ait parlé car ils pourraient se venger.
Etats Unis			
Labarre M 2017	Practitioners' Views on IPV and Its Solutions: An Integrative Literature Review	Revue de la littérature	Praticiens très discordants sur comment prendre en charge mais conscients d'une grande diversité de profils des auteurs de violence. Les généralistes font porter la culpabilité en majorité sur l'auteur mais aussi sur la victime.
Canada			
Ferris and al 1997	Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. The Delphi Panel and the Consulting Group	Recommandation d'experts	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours demander le consentement de la victime avant d'en parler au conjoint, la prévenir du risque. Ne pas briser le secret médical ou transmettre les propos qui pourraient envenimer la situation. • Ne pas faire de thérapie conjugale improvisée. • Si le généraliste se sent incapable de gérer la situation, mieux vaut en adresser un des deux à un confrère. Ne pas adresser à un thérapeute de couple. • Discuter avec chacun des deux patients de techniques de gestions des crises et conflits (ex: gestion de la colère pour l'auteur, possibilité de prévoir sa mise en sécurité pour la victime). • Orienter ou traiter comorbidités psychiatriques ou addictologiques.
Etats Unis			
Roy V 2019	How Do Practitioners and Program Managers Working with Male Perpetrators View	Etude qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Trois types de violence conjugale: terrorisme intime, violence situationnelle, violence résistante. Quelques autres typologies mais où se retrouvent celle-ci. • Différents points de vue des médecins qui travaillent avec les auteurs mais ils les considèrent comme responsables de leur violence. La violence doit être interprétée dans son contexte. Parmi les auteurs se trouvent les "gentils" qui
Canada			

	IPV? A Quebec Study		ne savent pas communiquer et s'exprimer et les "manipulateurs" qui veulent du contrôle.
W Falsstewart 2005 Etats Unis	Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment	Revue de la littérature	Échec prévisible du traitement des violence conjugale si pas de traitement de la consommation problématique (alcool, drogue). Penser à dépister les consommations toxiques chez les deux conjoints.
c timko 2012 Etats Unis	Addressing substance abuse and violence in substance use disorder treatment and batterer intervention programs	Etude comparative de deux groupes non randomisée	La consommation de toxiques (alcool, drogue) doit être traitée pendant les suivis de groupes d'auteurs de violence conjugales pour en améliorer les résultats.
SM Thith 2011 Etats Unis	Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence	Recommandation d'expert	Evaluer situation et létalité possible. Adresser à des thérapeutes habitués à gérer la violence conjugale. Soutenir les couples peu importe s'ils veulent rester ensemble.
Maiuro 2008 Etats Unis	State Standards for Domestic Violence Perpetrator Treatment: Current Status, Trends, and Recommendations	Revue de la littérature	Conseils à la consultation : <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la sécurité de la victime. • Proposer à l'auteur de l'aider à gérer sa violence, voire d'aller en thérapie de groupe. • Le tenir responsable de la situation. • Importance de travailler en réseau (psychologues, associations, médecins). Manque d'homogénéité dans les traitements proposés.
Coben J 2002 Etats Unis	Health care use by perpetrators of domestic violence	Etude qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Hommes auteurs (pas de femmes dans l'article) consultent plus que la population générale et beaucoup plus le médecin généraliste, pour blessure (36%), maladie (30%), bilan de santé (20%) ou autre mais sans forcément évoquer la violence. • Aborde une échelle de dépistage de la violence intrafamiliale: Conflict Tactics Scale en cas de doute, selon l'articles les patients répondent à des questions à ce sujet.

			<ul style="list-style-type: none"> L'article insiste sur l'importance d'un réseau une fois le dépistage fait.
Stuart gl 2005	Improving violence outcomes by integrating alcohol treatment	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> Part du constat que si traitement des violences : plus de probabilités que la femme revienne, suivi des couples après traitements. Propose une classification des battants intégrant l'alcool. 16 fois plus de récurrence de la violence si consommation d'alcool. Conseils pour suivi de l'alcool chez ses patients (calendriers, revoir souvent)
Etats Unis			
Stuart gl 2013	Randomized clinical trial examining the incremental efficacy of a 90-minute motivational alcohol intervention as an adjunct to standard batterer intervention for men	Etude randomisée	Entretien unique durant le suivi par les programmes pour la violence permet de diminuer l'intensité des violences, ne diminue pas la violence à un an mais allonge la durée de sobriété.
Etats Unis			
Wistow R 2017	"Time Out": A Strategy for Reducing Men's Violence Against Women in Relationships?	Etude randomisée	Proposition d'une stratégie de "time out" soit d'éloignement prévu et organisé en cas de montée des difficultés conjugales. Explicitation des règles dans l'article. Proposable par le médecin généraliste ou les thérapies de groupe.
Royaume Uni			
CA Crane 2013	Evaluation of a Single-Session Brief Motivational Enhancement Intervention for Partner Abusive Men	Etude randomisée	Montre qu'un entretien motivationnel, sous couvert que le patient ait envie de changer (cf. roue du changement ou readiness to change) l'observance du groupe de traitement est meilleure. NB : dans cet article aide aux praticiens : échelles de mesure de la violence et de la satisfaction conjugale.
Etats Unis			

Sheehan K 2012	Turning points for perpetrators of intimate partner violence	Revue de la littérature	Revue de littérature cherchant les facteurs qui influencent la réussite d'un changement des comportements par les hommes auteurs de violence conjugale. Pas de nomination directe du médecin généraliste mais les facteurs retenus sont : <ul style="list-style-type: none"> • La prise de responsabilité par l'auteur • Les stades du changements (plus le stage est avancé lorsque la prise en charge de groupe commence plus celle-ci réussit). Ces derniers évoluent bien à l'aide d'entretiens motivationnels. Ces entretiens sont d'autant plus efficaces s'ils sont effectués par un soignant qui a une relation de confiance avec le patient.
Canada			
Cailleau-Brunelière G 2018 France	L'accueil des auteurs de violences conjugales par les médecins généralistes	Thèse - Etude qualitative	Les généralistes peu informés, voient la prise en charge de l'auteur comme psychiatrique ou judiciaire. Ils visualisent l'auteur comme un homme impulsif et ont conscience de l'importance des toxiques dans les affaires de violence.
NGUYEN N 2017	Le médecin généraliste face aux auteurs masculins de violence conjugale : représentation, attitudes et prise en charge proposée. Etude qualitative à partir d'entretiens semi dirigés	Thèse - Etude qualitative	Contre transfert très présent, les médecins généralistes sont mal informés sur les possibilités, absence d'un réseau en France pour aider. Difficultés à s'affranchir de la vision négative des auteurs.
France			

Figure 3. Extraction des données des articles.

iii) Analyse des données

Les résultats des études ont tracé les axes de cette thèse, les mêmes sujets revenant régulièrement dans les études. Ces derniers répondent à des problématiques rencontrées par le médecin généraliste :

- Les avis et freins des médecins généralistes sur le sujet
- La prise en charge initiale : du repérage par le médecin généraliste et des conditions de découverte à l'état de santé des auteurs
- L'évaluation de la dangerosité de la situation
- La prise en charge de la violence proprement dite : informations à donner aux patients, encouragements au changement, travail en réseau et adressage aux groupes de paroles
- La prise en charge des comorbidités psychiatriques
- La prise en charge des comorbidités addictologiques
- Le suivi de la famille
- Les cas particuliers (violences des femmes et autres modèles conjugaux)

B) Avis et freins des médecins généralistes concernant la prise en charge des auteurs de violence conjugale

Les thèses existantes concernant la prise en charge des auteurs de violence conjugale par le médecin généraliste sont au nombre de deux et ont traité de manière différentes et dans deux régions l'avis sans autre formation des médecins généralistes sur ce public (5,6).

Les éléments principaux qui ressortent des entretiens sont un profond malaise face au sujet. Certains ont pour conception qu'aider les auteurs n'est pas leur rôle, plutôt celui de la justice ou de la psychiatrie ; d'autres déplorent leur absence de formation sur le sujet, notamment car il n'est pas abordé dans les prises en charge de la violence ; d'autres encore n'entrevoient pas les rouages d'une relation violente (cycle de la violence) et sont dans l'incompréhension face à ces couples, certains font porter la culpabilité sur les deux parties (7,8). Le corollaire est que leurs images des auteurs sont variables, reviennent les idées que l'homme est "malade" ou atteint par une maladie psychiatrique sans avoir d'idée précise sur la pathologie en question. La plupart des médecins interrogés dans les études reconnaissent qu'une grande diversité d'auteurs existent (5-7).

Les ressentis face à la découverte de la violence donnent lieu à un malaise, à une gêne voire à de la peur (pour la victime mais aussi pour le praticien). Le contre transfert est fréquent dans ce contexte, avec un jugement vite porté à l'égard du "coupable" (5,6,9).

Pour autant une partie des médecins interrogés se reconnaît un rôle de premier recours et une place privilégiée pour être au contact des familles dans lesquelles sévit la violence (7,10).

Des formations même courtes sur le sujet peuvent aider à ouvrir les médecins généralistes à cette problématique et à se sentir plus préparés et moins récalcitrants à aborder le sujet en consultation (9,11). Le but étant de démontrer en quoi il s'agit d'un problème de santé à prendre en charge (12).

C) Prise en charge initiale

i) Condition de découverte, repérage par le médecin généraliste

Les auteurs de violence conjugale peuvent être issus de tous les milieux sociaux et ne sont pas forcément des patients non éduqués. Une étude américaine a montré que 30% des hommes inclus dans un programme de soins pour homme battant ont fait des études supérieures (13).

Certaines études tendraient à montrer que les auteurs de violence conjugale, du moins les hommes, consultent plus que la population générale leur médecin généraliste (13). Les motifs retrouvés peuvent être pour un tiers des blessures, pour un tiers des problèmes aigus de santé ou pour 20% des demandes de bilans de santé, la violence n'étant pas forcément évoquée dans ces consultations.

Lors d'enquêtes auprès des médecins généralistes, sont retrouvées plusieurs manières de découverte de la violence de l'auteur (10) :

- Mention par la victime, le plus fréquent
- Mention par l'auteur
- Mention dans le dossier médical (par exemple compte rendu des urgences)
- Comportement observé par le médecin
- Autres (témoignages d'autres patients...)

Les articles encouragent à aborder le sujet lors d'une consultation si elle se déroule dans le calme (14).

Dans les recommandations australiennes les questions ouvertes sont plus appropriées comme « Comment ça va à la maison ? » ou « Comment cela se passe lors d'une dispute ou lorsque vous vous mettez en colère ? », avant de recentrer autour de questions de violences : « Vous ou votre partenaire avez-vous déjà été blessé ? » ou d'inclure le ressenti des enfants afin de faire

réaliser le problème par un biais détourné : « Comment réagissent vos enfants lorsque vous êtes en colère ? » (15).

Les patients interrogés disent qu'ils répondraient à des questions de ce type, le praticien peut pour autant ne pas se sentir près à les poser. Lors d'une suspicion de violence, des échelles sont proposées pour confirmer le doute, comme la Conflict Tactics Scale (cf. annexe 1), dont la version révisée est courte et peut être utilisée en cabinet (13,16).

ii) Etat de santé et typologie des auteurs

Il existe différentes typologies de "celui qui bat", globalement décrivant les auteurs masculins. Nous en présenterons trois parmi les plus fréquemment utilisées et reprises.

Une des premières classification est celle d'Holtzworth et Munroe (17). Elle sépare les hommes violents uniquement dans le contexte familial, ceux qui ont une personnalité dysphorique ou borderline et ceux du type antisocial. L'importance des violences est croissante du premier au troisième type. Les premiers n'ont théoriquement pas de problème psychologique et psychiatrique, les seconds sont instables sur le plan de la personnalité et les derniers peuvent aller jusqu'à commettre des crimes.

La classification de Dutton, ultérieure, propose trois catégories d'hommes violents (17):

- Les hommes cyclothymiques, jaloux qui peuvent avoir des accès de violence. Ils se caractérisent par l'instabilité de leur humeur et une grande irritabilité, symptôme d'une peur de l'abandon. Au niveau du DSM IV il s'agit d'un trouble de la personnalité limite.
- Les psychopathes qui exercent de la violence conjugale mais aussi hors de leur famille, ces personnes ont souvent des démêlés avec la justice et peu d'empathie et de regret. Il s'agirait de patients antisociaux.
- Les hommes surcontrôlés qui exercent une violence psychologique, sont perfectionnistes et fuient les conflits. Ils sont le terrain de conflits intrapsychiques et de colère importants. Ils ressortiraient de troubles de la personnalité évitante, dépendante ou passive agressive.

Le docteur Roland Coutanceau, psychiatre expert référent français dans la prise en charge psychiatrique des auteurs de violence conjugale, décrit trois profils cliniques (18) :

- Le patient à tonalité immaturo névrotique a un psychisme dans le spectre de la normalité. Il a une volonté de domination mais souffre de ce qu'il fait subir. Il est

relativement attentif à sa compagne et ses enfants. Ce profil correspondrait à 20% des cas et serait accessible à la psychothérapie.

- Dans la majorité des cas il parle de sujets mal structurés, présentant des fragilités diverses, instables sur le plan émotionnel et agressif. Ils seraient en proie à la jalousie ou la peur de perdre l'autre et seraient fortement égocentriques.
- Le dernier profil est le patient égocentrique à l'extrême, paranoïaque et mégalomane, pour qui la violence est le moyen d'expression de conflits internes permanents. Le sujet vit difficilement en toute indépendance. L'emprise est maximale sur sa compagne.

Les profils proposés ont quelques caractéristiques semblables mais le consensus principal est qu'il n'y a pas un seul type d'homme violent. Ils partagent cependant tous une limite dans leurs relations avec eux-mêmes ou les autres qui les pousse à la violence (8).

Les conséquences sur la santé des auteurs de violence sont nombreuses (14) :

- Regret, dépression
- Echecs professionnels
- Incarcération ou autres démêlés avec la justice
- Divorce, séparation familiale
- Traumatismes divers
- Pathologies psychiatriques
- Comportements sexuels à risque
- Insomnies
- Troubles digestifs

Ce catalogue est non exhaustif et non spécifique mais cette donnée doit rester à l'esprit du praticien qui n'aura pas que la violence à prendre en charge chez le patient. Un passé traumatique est fréquent chez les auteurs de violence et peut également être dépisté (13,14,19).

D) Evaluation de la dangerosité

Dans des affaires de violences conjugales, du fait de leur létalité potentielle, il faut prioriser la sécurité de la victime, il s'agit d'ailleurs d'une des plus grandes peurs des généralistes interrogés (9). Cela commence par le respect du secret médical (8).

Puis la létalité potentielle de la situation doit être explorée.

Il n'y a pas de test diagnostique précis mais un certain nombre d'indices sont plus inquiétants et doivent alerter le praticien sur un éventuel passage à l'acte ; ils sont différents de la dangerosité psychiatrique (19–21).

L'intensité du risque permet de jauger de la fréquence et de la rigueur du suivi (22).

Pour faciliter l'enquête, des échelles proposées évaluent la dangerosité immédiate comme SARA ou ODARA (cf. annexe) (21).

En recoupant les échelles, certains critères ressortent (14) :

- Présence d'une arme à la maison
- Menaces préalables avec une arme ou menaces de mort
- Eloignement du partenaire qui a un grand besoin de contrôle
- Episode de violence dû à un accès de jalousie
- Usage de drogues illégales
- Menaces de suicide par l'auteur
- Comportement de harcèlement

Les articles américains insistent sur l'obligation de signaler les grands risques de féminicide à la justice par le médecin. En France, sans l'accord de la victime, cela n'est pas possible. Cependant, le Grenelle des Violences Conjugales ayant eu lieu fin 2019 abordait la possibilité de modifier la loi concernant le secret médical, ajoutant l'exception de grave danger. Elle viendrait s'ajouter aux dérogations au secret médical déjà existantes qui concernent les mineurs et les personnes vulnérables (23). La logique derrière cette modification est que l'emprise exercée par un conjoint violent empêche la personne de prendre soin d'elle.

E) Prise en charge de la violence

i) Information au patient, écoute, conseil

Lorsque les auteurs abordent leurs comportements violents, un mécanisme psychique de protection leur fait minimiser leurs actes (15). Les praticiens doivent le savoir, y être préparés et ne pas juger un tel comportement. Initialement, de manière plus ou moins consciente, les auteurs sous-estiment la violence de leurs actes et leur responsabilité (24).

L'auteur aura tendance à faire porter la culpabilité sur sa victime : « Vous savez comment sont les femmes » « Elle en veut toujours plus », etc. Ces dires font partie du processus de normalisation de la violence par l'auteur (15,19).

Il est important d'écouter l'auteur sans juger, d'ouvrir la discussion et de proposer une écoute empathique (17,25,26).

C'est justement le point de la responsabilité qu'il est important de discuter avec lui. Une étude sur les facteurs qui ont permis à des hommes de sortir de la violence relève les événements qui ont permis d'aboutir à un changement : la grande majorité évoquent leur prise de responsabilité (27). Le rôle du médecin généraliste est de le tenir pour responsable de ses actes sans l'agresser (28). Le risque d'une confrontation violente avec le patient pourrait être de le braquer voire d'augmenter le stress et la tension familiale (24). Une manière de faire est de toujours rebondir sur les dires de l'auteur, sans inférer (12). Les questions ouvertes permettent d'ouvrir la conversation sans jugement, par exemple « Quand vous dites que ça vous fait « péter un plomb », qu'entendez-vous ? » (19).

Certaines recommandations mettent en garde contre le silence prolongé lors des entretiens, ce dernier pouvant être interprété comme un accord tacite du médecin sur ces pratiques et mettre en danger la victime (12).

Le médecin généraliste a un devoir d'information auprès de ses patients. Il peut être la personne qui informe l'auteur des dimensions légales de la violence (cf. annexe 2) mais aussi des conséquences sur la santé de tous les membres de la famille (12). Il peut être un pilier dans la prise de conscience.

Il importe au médecin généraliste d'être constructif et positif, d'insister sur la possibilité d'amélioration de la situation (24).

Il n'incombe pas au médecin généraliste de conseiller sur l'avenir du couple (26).

ii) Encouragement au changement

Les mécanismes psychiques de la violence peuvent s'apparenter à une forme d'addiction, c'est à partir de là que des études se sont intéressées à la possibilité de la prendre en charge comme telle. C'est-à-dire de considérer qu'il est possible de curer le comportement, de l'amener à changer via des prises en charge spécifiques (27).

Théoriquement, le changement de comportement est souvent modélisé comme une roue, le sujet passant d'étape en étape selon sa préparation. La précontemplation est l'état précédant l'amorce du changement, la personne ne se sentant pas capable de commencer. Puis viennent la contemplation, où le changement est considéré puis les phases de détermination puis d'action, suivies d'une consolidation du changement ou d'une rechute.

Les praticiens peuvent évaluer le stade où se trouve le patient et d'aider à une progression. Plus la prise en charge de la violence commence lorsque le stade motivationnel est avancé, mieux elle réussit, selon des auteurs de violence conjugale interrogés (27).

Afin d'évoluer dans les stades, le praticien peut utiliser les techniques d'entretien motivationnel. Il a été montré qu'un entretien motivationnel, même unique peut améliorer l'observance d'une thérapie de groupe par la suite (16,27). Les entretiens sont d'autant plus efficaces qu'il existe une relation de confiance entre le praticien et le sujet (27).

iii) Travail en réseau

Dans les études et thèses cherchant l'avis des médecins généralistes sur notre sujet, la demande de travailler en réseau est forte (5,9).

Dans certains pays, ces réseaux existent, avec des plateformes téléphoniques susceptibles d'aider à gérer les situations critiques (8). Il ne s'agit pas d'une suite de consultations ou de lieux où doivent se rendre les auteurs mais de partenaires de soin potentiels, en lien les uns avec les autres, médicaux, psychologues, assistants sociaux ou associations, formés à la prise en charge des auteurs de violence conjugale. L'intérêt est d'offrir une prise en charge la plus optimale possible et de ne pas laisser un praticien isolé en difficulté. D'une certaine façon et par le biais associatif, ces réseaux existent pour les victimes de violence conjugale (29).

En France, la Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales et Familiales (FNACAV), rassemble déjà toutes les associations spécialisées dans ce sujet.

iv) Adressage à des groupes et suivi

La thérapie de couple est déconseillée par des recommandations d'experts (14,20). Notamment lorsque les tensions sont peu explorées préalablement individuellement et lorsque l'auteur paraît impulsif (20).

Les programmes de traitement de la violence conjugale sont le plus souvent des réunions de groupe, avec des séances régulières pendant plusieurs semaines voire mois. Il s'agit d'une thérapie peu coûteuse en moyen financier et matériel, facile à mettre en place pour un nombre important d'auteurs. Les personnes peuvent s'y rendre de manière autonome, souvent poussés par leur famille, conjointe ou médecin, ou contraints par la justice.

Animés par des psychologues, des thérapeutes familiaux ou des médecins par équipe de deux (pour éviter au maximum les transferts), ils sont souvent accompagnés de prise en charge individuelle. Leur but donner davantage de sens à la mesure judiciaire. Une grande partie du travail se fait sur la déconstruction de la victimisation de l'auteur qui pour fuir une forme de culpabilité et sa responsabilité se pose en victime d'une situation conjugale difficile. De nombreuses études ont évalué cette pratique, la résultante étant qu'elles sont au moins un peu efficaces dans la prévention de la réitération (30,31).

Ces groupes sont peu nombreux en France mais coordonnés par la FNACAV. Il existe peu de groupes d'auteurs féminins, ces dernières sont plutôt suivies individuellement dans les mêmes structures (32).

Il s'agit pour l'instant du traitement de référence des auteurs de violence conjugale, recommandé par les instances australiennes, américaines ou encore québécoises (14,15,17,28). Le rôle du médecin généraliste est d'adresser le patient vers ces groupes et de le suivre en consultation en parallèle afin de l'encourager et d'aider au changement.

Les institutions en charge du soin primaire aux Etats Unis proposent d'intervenir auprès des enfants pour prévenir la violence et construire des bases relationnelles plus saines à l'avenir. Des formations pour une meilleure parentalité, également sous forme de groupes, sont à l'étude pour des parents violents (19).

F) Prise en charge psychiatrique

Les comorbidités psychiatriques des auteurs de violence sont supposées fréquentes par les médecins généralistes interrogés (5,6).

Il existe les grandes urgences psychiatriques, situation d'extrême dangerosité où la violence rentre dans un cadre d'une psychose en poussée aiguë (schizophrénie ou délire chronique avec éléments délirants francs au premier plan), d'une bouffée délirante aiguë ou encore d'une dépression majeure à tonalité mélancoliforme avec présence d'éléments délirants. Ces pathologies doivent être orientées en urgence vers une hospitalisation en psychiatrie (22).

Un autre cas particulier est le patient psychopathe, défini par son absence d'empathie et de remords, voire une certaine forme de cruauté. Il existe des échelles pour diagnostiquer cette affection et ces sujets ne sont que peu accessibles à la thérapie ou aux sanctions pénales. La prise en charge de ces personnes est de l'ordre de la psychiatrie (17).

Ce n'est pas la majorité des cas.

Les troubles de la personnalité, les accès anxieux, la dépression avec idéation suicidaire sont des comorbidités fréquentes à toujours rechercher chez les auteurs. Les troubles de gestion de la colère ne sont pas à proprement parler des pathologies psychiatriques, peuvent s'intégrer dans le cadre d'une pathologie borderline, mais requièrent une prise en charge plus psychologique que psychiatrique (14,19,33).

G) Prise en charge des addictions

i) Dépistage de la consommation d'alcool : intérêt en pratique

La consommation excessive d'alcool est une comorbidité fréquente des auteurs de violence conjugale, elle concernerait plus de la moitié des hommes (19). Elle augmente la fréquence et l'intensité des violences. Pour autant, elle est considérée comme un catalyseur et non la cause de ces dernières. L'alcool aurait une place plus importante dans les violences masculines que féminines (34).

Il a été montré que les personnes qui boivent ont seize fois plus de risque de réitérer les violences que les autres (35–37).

Il est important de le dépister chez les deux conjoints, l'alcool pouvant être également consommé en quantité importante par la victime.

ii) Autres toxiques

La méthadone, le cannabis et d'autres drogues illégales sont souvent utilisées par les auteurs de violence conjugale et peuvent précipiter les passages à l'acte d'extrême violence (19).

iii) Orientation et traitement

La prise en charge de la consommation alcoolique des auteurs de violence doit s'intégrer dans la prise en charge de la violence, ou à défaut être menée au préalable.

La plupart des études sur ces consommations encouragent le médecin généraliste à adresser, à un centre d'addictologie ou à des groupes d'alcooliques anonymes (14,24).

Des entretiens motivationnels, même uniques, menés par des thérapeutes (dont des médecins généralistes) ont montré leur efficacité sur l'allongement de la sobriété chez des patients suivis pour de la violence conjugale (38).

Les thérapies cognitivo-comportementales n'ont pas montré d'amélioration dans le cadre des violences mais peuvent donner de bons résultats vis-à-vis des consommations de toxiques (39).

H) Suivi du couple, de la famille

i) Conseil familial, consultation groupée, secret médical

Une attention toute particulière doit être portée au secret médical et au consentement de la victime, notamment lorsque c'est par elle que le médecin apprend les violences. Des propos répétés, même sans être déformés, peuvent envenimer la situation (12,33,40).

Il n'appartient pas au médecin d'inférer que le sujet doit être abordé avec l'auteur si la victime le refuse. Il s'enquiert de la sécurité des membres de la famille et propose son aide mais ne doit pas mettre son ou sa patiente en difficulté (33).

La plupart des études et recommandations sont d'accord sur le fait qu'il vaut mieux éviter de suivre les deux parties du couple, et de consulter les deux en même temps (14), pour autant il n'y a pas de conflit d'intérêt à gérer les deux (33). Il est conseillé d'adresser un des conjoints si le médecin généraliste ne se sent pas d'assurer la prise en charge des deux et pour éviter d'envenimer la situation et d'être pris à partie (14,19,24–26,33).

La prise en charge du patient doit s'effectuer en consultation sans son conjoint (19) mais pour la prise en charge familiale il faut s'intéresser à tous ses membres.

Lors de l'accompagnement des familles il est possible de suivre les évolutions relationnelles, qu'il y ait un traitement de groupe entrepris pour la violence ou pas. Des échelles existent pour jauger de la violence et de la satisfaction conjugale (16).

Dans tous les cas, le suivi des auteurs et des familles doit être régulier (14,19).

ii) Apprentissage de techniques de gestion des conflits

En parallèle de la prise en charge de groupe ou en lieu et place lorsqu'elle est impossible, il existe des techniques de gestions de conflit que le médecin généraliste peut aborder avec le patient, voire avec la famille afin de diminuer le risque et/ou la violence (28).

La technique du « Time out » semble avoir montré de l'efficacité, si elle est bien utilisée (14,19,41). Il s'agit d'un éloignement prévu et organisé en cas de montée des difficultés conjugales. Elle doit être discutée préalablement entre les membres du couple et le thérapeute (médecin généraliste ou thérapeute de groupe). Elle donne de bons résultats d'apaisement si les deux sont d'accord et que la stratégie n'est pas par exemple un moyen d'abandonner le domicile conjugal du jour au lendemain.

Il existe également des comportement à adopter lorsque la colère monte, pour les hommes ou les femmes. Par exemple aller marcher, faire une activité physique autre, tout en verbalisant la difficulté éprouvée. En débrouillant des situations avec les patients de nouvelles normes de

communication peuvent être discutées. En une consultation, la communication non violente ne peut être enseignée, mais des amorces peuvent être posées pour un travail futur (32).

iii) Cas particulier de la violence des femmes

L'écrasante majorité des violences conjugales est causée par des hommes. Cependant, il existe aussi une violence féminine, trois articles en traitent dans notre revue : des recommandations américaines (19), une étude qualitative sur des couples pris en charge pour violence bidirectionnelle (34) et une étude qualitative sur l'avis des femmes sur leur prises en charge (32).

Les praticiens doivent garder à l'esprit que la réciprocité des violences est plus fréquente qu'on ne le suppose et est à rechercher, comme le montre une étude s'intéressant aux comportements violents des épouses de conjoints traités pour leur violence (34).

Leur violence est différente. Elle serait plus souvent psychologique que physique, également impactée par les toxiques (alcool ou stupéfiants divers). La gestion de la colère ressort comme un élément important, avec des difficultés de communication.

Les conséquences physiques de telles violences seraient moindres sur leurs victimes, mais il est judicieux de se demander si la vision sociale de la violence des femmes envers les hommes ne biaise pas ce résultat (34).

Réciproquement, quand une femme est auteure de violence conjugale, il est intéressant de chercher si son conjoint est également violent (20). Il peut parfois être difficile de distinguer la perpétration de la victimisation des hommes dans certaines consultations (19).

Les femmes auteures ont souvent un passé plus traumatique (ex : grande précarité, exposition à la violence) que les autres, qui doit donc être dépisté (32).

iv) Autres modèles conjugaux

Les mécanismes dans les couples homosexuels, en particuliers de femmes, ou comprenant une ou deux personnes trans-identitaires sont mal connus et peu étudiés. Dans notre recherche, un seul article traite de ces spécificité : il s'agit de conseils sur le sujets établis par des docteurs en psychologie dont certains sont spécialistes des questions de genre. Le groupe d'expert postule que les violences des couples homosexuels ne sont pas différentes et que le genre social est plus important que le genre biologique. Les propositions de prises en charge sont identiques à celles vues dans le reste de notre recherche. Leur limite est qu'il n'existe à ce jour, ni à leur connaissance ni à la nôtre, de groupe dédiés aux auteurs issus des communautés LGBT (20).

IV/ Discussion

A) Le médecin généraliste et ses freins dans la prise en charge des auteurs de violence conjugale

Notre étude a permis de mettre en évidence l'importance d'un repérage par le médecin généraliste, d'une prise en charge globale notamment des comorbidités psychiatriques et addictologiques. Une écoute bienveillante et neutre, des entretiens motivationnels et un suivi régulier sont les piliers de la prise en charge par le médecin généraliste. Ce dernier doit informer les auteurs des répercussions de son comportement, sur le plan légal mais aussi sur la santé de sa famille. Il est recommandé pour un même praticien de ne pas suivre les deux parties du couple.

Il est possible et conseillé d'orienter les auteurs de violence vers des groupes de paroles et des associations spécialisés, sachant qu'il n'en existe que peu pour les femmes.

Ce sujet, tant d'actualité qu'il puisse être, reste une part d'ombre de la prise en charge des violences conjugales. Les médecins, comme le reste de la population, n'échappent pas aux idées reçues sur ce sujet. A notre connaissance, aucun enseignement facultaire ne propose de formation à ce sujet. Les médecins ne se sentent pas prêts à prendre en charge des personnes dont ils ne savent que peu de choses et à qui ils ne sauraient quoi proposer.

Notre revue apporte un début de réponse et des possibilités qui restent ouvertes, notamment car les articles cités pour la plupart utilisent des avis de médecins experts mais qu'il n'existe pas de retours sur les prises en charge effectives des médecins généralistes dans leur globalité.

B) Forces

Il n'existe pas, à notre connaissance, de thèses ou d'articles ayant essayé d'être le plus global possible sur les prises en charge des auteurs de violence conjugale et aucune n'utilise des articles en anglais et en français. La diversité des moteurs de recherche utilisés est un apport à notre recherche.

Ce sujet est globalement peu étudié et les médecins généralistes n'en entendent peu ou pas parler lors de leurs formations.

Ce travail aura, nous l'espérons, permis de mettre en avant la nécessité de la mise en place d'un réseau de soin pour aider les généralistes à prendre en charge cette problématique ainsi que de mieux les informer sur leurs possibilités.

C) Faiblesses

Une première limite est celle de la méthode, une revue narrative à un seul chercheur. Malgré la rigueur que nous nous sommes imposés, une revue systématique pourrait renforcer la validité interne de l'étude.

Ce sujet ne se prête pas facilement aux études randomisées double aveugle, il n'existe pas d'étude de fort impact.

Les études comparatives n'ont pu inclure qu'un nombre restreint de sujets, certains refusant de se soumettre à l'étude, mais aussi au vu des difficultés de recrutement dans les associations.

Les recherches ont été menées en gardant à l'esprit le biais d'attrition, lié au recrutement, les médecins généralistes répondants aux études étant probablement déjà plus sensibilisés à la question des violences familiales et les auteurs de violences acceptant d'être interrogés déjà plus avancés dans l'autocritique.

Le biais d'évaluation pouvait aussi être présent, la récurrence des violences pouvant être dissimulée par les auteurs lors de l'évaluation finale.

Enfin, un autre biais à noter est que les revues et recommandations se citent beaucoup les unes les autres et que peu de nouveaux apports sont faits en dehors des avis d'experts.

Ce sujet étant peu étudié, de nombreux aspects de la question restent encore à étudier. Des études devront dans les années à venir explorer via d'autres méthodes ce sujet : par exemple des études de cas concrets suivis par des médecins généralistes sur le long terme.

Il faut souligner également que la violence des couples homosexuels n'est pas très étudiée dans la littérature et que nos résultats ne peuvent donc pas s'y extrapoler.

Les propositions que nous nous permettons d'émettre sont peu applicables dans des contextes de médecine rurale ou isolée, du fait de la difficulté d'organiser un réseau de psychologues et autres paramédicaux dans des endroits isolés. Pour ce qui est de passer la main pour le suivi d'une des deux parties à un confrère, c'est évidemment bien plus difficile dans un désert médical. De plus, le fait que les patients puissent se connaître les uns les autres dans ces endroits serait probablement une limite à l'observance.

Enfin, très peu d'études ont été réalisées en France et ne tiennent pas compte des particularités populationnelles du pays.

D) Perspectives en France

Malgré les projets gouvernementaux et législatifs mentionnés en introduction et la cause des violences domestiques portée grande cause nationale en 2015, peu de moyens sont donnés aux associations ou aux professionnels médicaux et paramédicaux pour permettre une prise en charge correcte des auteurs de violences conjugales, celle-ci étant complexe et longue.

Les réseaux qu'évoquent les études successives semblent donner de bons résultats au Canada (29,32). Ils permettent de faire circuler les informations entre les différents professionnels, de diminuer le sentiment de solitude du médecin face à cette problématique. Les réseaux sont quasiment inexistantes en France en dehors du milieu associatif pur, qui n'a pas vocation à suppléer les réseaux de professionnels, bien qu'ils soient très bien organisés et de grande qualité (5).

Nous pouvons espérer qu'au fil des années nous verrons émerger des subventions et des organismes pertinents pour aider et soutenir ces personnes.

De belles initiatives ont vu le jour à l'étranger. Par exemple, en Suède, le National Centre for Knowledge on Men's Violence Against Women (Centre National de Connaissance sur la Violence des hommes envers les femmes) a créé une ligne téléphonique à destination des hommes violents à visée préventive, il existe une ligne similaire, la Respect Phoneline, au Royaume Uni ainsi qu'un système de mail pour aider les auteurs et les orienter.

En France, des structures novatrices ont vu le jour dernièrement comme la Maison des Rosati (Nord), un centre d'hébergement pour les hommes violents envers leurs compagnes. Ce type d'hébergement existe au Canada depuis 1982 et est arrivé en France suite aux mobilisations des associations féministes. Il s'agit d'une alternative à l'incarcération où les auteurs font l'objet d'un suivi socio-psychologique pour les responsabiliser. Le séjour est d'un à quatre mois. Le travail passe par des groupes de responsabilisation, une sensibilisation aux conséquences de la violence et un travail sur la réinsertion après le séjour.

Selon la FNACAV, la récurrence diminuerait de 20 à 50% pour les participants. Mais ce chiffre n'est repris dans aucune étude avec une méthodologie décrite. Le Grenelle des violences conjugales de 2019 a mis l'accent sur cette pratique et propose de la développer largement sur le territoire français.

V/ Conclusion

Ce travail de thèse tend à montrer que le travail à faire pour la prise en charge des auteurs de violence conjugale est immense.

La mésinformation, les préconceptions sont encore très fréquentes, n'ouvrant pas la porte aux consultations et aux orientations nécessaires. Une formation plus approfondie, qu'elle soit dans le cadre de la formation initiale ou de la formation médicale continue pourrait améliorer cela.

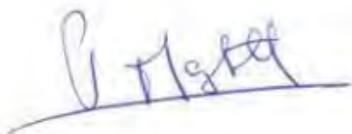
Le médecin généraliste doit garder à l'esprit qu'il peut être confronté à cette problématique et ainsi avoir à la démasquer et à y répondre.

L'accent de la prise en charge doit être mis sur une écoute empathique, sans jugement, voire des entretiens motivationnels afin d'aider le patient vers le changement. Les techniques d'entretien motivationnels semblent être de bons recours pour ce faire.

La priorité devra être de s'enquérir de la sécurité au sein de la famille, de la victime, des enfants et de l'auteur lui-même.

La prise en charge de l'alcool et autres toxique doit être recherchée et traitée, soit par le médecin généraliste soit par un partenaire de soin. Il en va de même des comorbidités psychiatriques.

Vu
Toulouse le 14/4/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Purpan
D. CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



VI/ Bibliographie

1. Site internet du Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes et de la lutte contre les discriminations. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. Paris; 2017. [En ligne disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>].
2. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) – [En ligne, disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>].
3. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. 2011;11.
4. Allen DJ, Heyrman PJ. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002;52.
5. Nelly N. Le médecin généraliste face aux auteurs masculins de violence conjugale : représentation, attitudes et prise en charge proposée. Etude qualitative à partir d'entretiens semi dirigés. [Thèse d'exercice pour le titre de Docteur en Médecine Générale] Université de Nantes - Faculté de Médecine; 2017.
6. Cailleau-Brunelière G. L'accueil des auteurs de violences conjugales par les médecins généralistes [Thèse d'exercice pour le titre de Docteur en Médecine Générale]. France. Université de Lille; 2019.
7. Labarre M, Brodeur N, Roy V, Bousquet M-A. Practitioners' Views on IPV and Its Solutions: An Integrative Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 1 janv 2017; 20 (5): 679-692
8. Roy V, Brodeur N, Labarre M, Bousquet M-A, Sanhueza T. How Do Practitioners and Program Managers Working with Male Perpetrators View IPV? A Quebec Study. *J Fam Violence*. Canada; 2019 [En ligne, disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10896-019-00104-9>]
9. Miller D, Jaye C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Fam Pract*. avr 2007;24(2):95-101.
10. Penti B, Tran H, Timmons J, Rothman EF, Wilkinson J. Physicians' Experiences with Male Patients Who Perpetrate Intimate Partner Violence. *J Am Board Fam Med*. mars 2017;30(2):239-47.
11. Williamson E, Jones SK, Ferrari G, Debbonaire T, Feder G, Hester M. Health professionals responding to men for safety (HERMES): feasibility of a general practice training intervention to improve the response to male patients who have experienced or perpetrated domestic violence and abuse. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(3):281-8.

12. Warshaw C, Ganley AL, Lee D, Durborow N, Salber PR. Improving the Health Care response to domestic violence - A resource manual for health care providers. 2nd edition. San Francisco: The family and prevention fundation; 1996
13. Coben JH, Friedman DI. Health care use by perpetrators of domestic violence. *J Emerg Med.* avr 2002;22(3):313-7.
14. Penti B, Timmons J, Adams D. The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration: A Literature Review. *J Am Board Fam Med.* juill 2018;31(4):635-44.
15. The Royal Australian College of General Practitioners - Dealing with perpetrators in clinical practice [Internet, consulté le 19 août 2019]. [Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/white-book/dealing-with-perpetrators>]
16. Crane CA, Eckhardt CI. Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. *J Couns Psychol.* avr 2013;60(2):180-7.
17. Mintz HA, Cornett FW. When your patient is a batterer: What you need to know before treating perpetrator domestic violence. *Postgrad Med.* avr 1997;101(4):219-28.
18. Coutanceau R, Rapporteur. Auteurs de violences au sein du couple prise en charge et prévention. Paris : La documentation française ; Paris. Commandité par le secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations; 2006. [En ligne, disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000270.pdf>]
19. Kimberg LS. Addressing Intimate Partner Violence with Male Patients: A Review and Introduction of Pilot Guidelines. *J Gen Intern Med.* déc 2008;23(12):2071-8.
20. Harway M, member of the American Psychological association. Intimate Partner Abuse and Relationship Violence Working Group. USA, 2002;87. [En ligne, disponible sur: <http://apa.org/about/division/activities/partner-abuse.pdf>]
21. Farrell HM. Batterers: a review of violence and risk assessment tools. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2011;39(4):562-74.
22. Coutanceau R. Dangersité criminologique et prévention de la récidence : évaluer la dangersité sans stigmatiser l'homme. *Inf Psychiatr.* 28 déc 2012;Volume 88(8):641-6.
23. Code pénal - Article 226-14.
24. Hegarty K. Identifying and responding to men who use violence in their intimate relationships [Revue de The Royal Australian College of General Practitioners]. 4 avril 2016, vol 45, n°4. [En ligne, consulté le 4 août 2019]. [Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2016/april/identifying-and-responding-to-men-who-use-violence-in-their-intimate-relationships/>]
25. Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *BMJ.* 13 mars 2004;328(7440):618.

26. Stith SM, McCollum EE. Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence. *Aggress Violent Behav.* juill 2011;16(4):312-8.
27. Sheehan KA, Thakor S, Stewart DE. Turning points for perpetrators of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse.* janv 2012;13(1):30-40.
28. Maiuro RD, Eberle JA. State Standards for Domestic Violence Perpetrator Treatment: Current Status, Trends, and Recommendations. *Violence Vict.* avr 2008;23(2):133-55.
29. 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.
30. Morrison PK, Hawker L, Cluss PA, Miller E, Fleming R, Bicehouse T, et al. The Challenges of Working With Men Who Perpetrate Partner Violence: Perspectives and Observations of Experts Who Work With Batterer Intervention Programs. *J Interpers Violence.* 1 juin 2018;10.1177/0886260518778258
31. Velonis AJ, Cheff R, Finn D, Davloor W, O'Campo P. Searching for the mechanisms of change: a protocol for a realist review of batterer treatment programmes. *BMJ.* 6 avr 2016;6(4):e010173.
32. Roy V, Damant D, Vu O, Chbat M. Perceptions des participantes sur les effets d'un programme pour les femmes exerçant de la violence. *Criminologie.* 2019;52(1):277-99.
33. Ferris LE. Guidelines for Managing Domestic Abuse When Male and Female Partners Are Patients of the Same Physician. *JAMA J Am Med Assoc.* 10 sept 1997;278(10):851.
34. Mathieu C, Bélanger C. Déterminants conjugaux et personnels de la violence maritale féminine chez les couples où l'homme consulte pour violence conjugale. *Perspect Psy.* 26 sept 2012;Vol. 51(3):286-300.
35. Stuart GL. Improving violence intervention outcomes by integrating alcohol treatment. *J Interpers Violence.* avr 2005;20(4):388-93.
36. Fals-Stewart W, Kennedy C. Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* juill 2005;29(1):5-17.
37. Timko C, Valenstein H, Lin PY, Moos RH, Stuart GL, Cronkite RC. Addressing substance abuse and violence in substance use disorder treatment and batterer intervention programs. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 7 sept 2012;7:37.
38. Stuart GL, Shorey RC, Moore TM, Ramsey SE, Kahler CW, O'Farrell TJ, et al. Randomized clinical trial examining the incremental efficacy of a 90-minute motivational alcohol intervention as an adjunct to standard batterer intervention for men: Alcohol clinical trial for batterers. *Addiction.* août 2013;108(8):1376-84.
39. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Campbell systematic review;* 2011:1
40. Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ.* 4 août 2008;337:a839.

41. Wistow R, Kelly L, Westmarland N. "Time Out": A Strategy for Reducing Men's Violence Against Women in Relationships? *Violence Women*. mai 2017;23(6):730-48.

VII/ Annexes

Annexe 1 : Conflict Tactic Scale

L'échelle des tactiques de conflits ou en anglais la Conflict Tactic Scale est une échelle qui mesure les comportements violents intra-familiaux. La version américaine originale de 1979 (Pr Straus) a été traduite et modifiée plusieurs fois. Il s'agit de l'instrument le plus utilisé en recherche sur la violence intra-familiale.

La version complète comprend quatre-vingt critères.

La version CTS10 n'en comporte que dix et peut être utilisée en cabinet.

La liste des critères est la suivante et concerne des comportements subies par le répondant de la part du conjoint ou ex-conjoint au cours des cinq années précédentes :

1. Est-ce que votre mari/femme/conjoint(e) a menacé de vous frapper avec son poing ou tout autre objet qui aurait pu vous blesser?
2. Est-ce qu'il (elle) vous a lancé, intentionnellement ou dans un geste d'impatience, un objet qui aurait pu vous blesser?
3. Est-ce qu'il (elle) vous a poussé(e), empoigné(e), agrippé(e) ou bousculé(e) d'une façon qui aurait pu vous blesser?
4. Est-ce qu'il (elle) vous a giflé(e)?
5. Est-ce qu'il (elle) vous a donné un coup de pied, mordu(e) ou donné un coup de poing?
6. Est-ce qu'il (elle) vous a frappé(e) avec un objet qui aurait pu vous blesser (exclure les coups portés avec les poings)?
7. Est-ce qu'il (elle) vous a battu(e)?
8. Est-ce qu'il (elle) a tenté de vous étrangler?
9. Est-ce qu'il (elle) a utilisé ou menacé d'utiliser une arme à feu ou un couteau contre vous?
10. Est-ce qu'il (elle) vous a forcé(e) à vous livrer à une activité sexuelle non désirée, en vous menaçant, en vous immobilisant ou en vous brutalisant?

Annexe 2 : Echelles d'évaluation de la dangerosité immédiate SARA et ODARA

Guide d'évaluation du risque de violence conjugale (SARA), crée au Canada à l'Institut on Family Violence de Colombie-Britannique et il est utilisé dans quinze pays. Il estime les risques de violence et de létalité. Il s'agit d'un guide validé en anglais et français et prévu pour être utilisé par des professionnels de santé ou santé mentale.

Vingt critères le composent et sont les suivants, classés en quatre catégories :

Antécédents criminels

1. Agression antérieure des membres de la famille
2. Agression dans le passé d'étrangers ou de connaissances
3. Non-respect antérieur des conditions liées à la libération conditionnelle/surveillance dans la collectivité

Adaptation psychosociale

4. Problèmes relationnels récents
5. Problèmes d'emploi récents
6. Victime et (ou) témoin de violence familiale comme enfant ou adolescent
7. Toxicomanie/Dépendance récente
8. Idéation ou intention récente d'un suicide/homicide
9. Symptômes psychotiques/maniaques récents
10. Trouble de la personnalité avec colère, impulsivité ou instabilité comportementale

Antécédents en matière de violence conjugale

11. Agression physique antérieure
12. Agression sexuelle/jalousie antérieure à l'égard d'une partenaire intime
13. Utilisation antérieure d'armes ou menaces de mort crédibles
14. Gradation récente de la fréquence ou de la gravité des voies de fait
15. Non-respect antérieur d'ordonnances de non-communication
16. Minimisation extrême ou dénégation des antécédents de voies de fait contre la conjointe
17. Attitude qui soutient ou tolère les voies de fait contre la conjointe

Crime présumé (actuel)

18. Violence et (ou) agression sexuelle grave
19. Utilisation d'armes ou menaces de mort crédibles
20. Non-respect d'une ordonnance de non-communication

Une autre échelle est l'évaluation du risque de violence familiale en Ontario (ODARA). Elle a été conçue initialement pour les agents de police mais peut être utilisée par les services d'aide aux victimes ou les travailleurs de la santé. Elle prédit le risque et la fréquence des violences mais pas leur létalité.

Elle comporte les treize critères suivant :

1. Incident familial antérieur
2. Incident non familial antérieur
3. Condamnation antérieure d'au moins 30 jours
4. Non-respect d'une libération conditionnelle précédente
5. Menace de blesser ou de tuer quelqu'un lors de l'agression évaluée
6. Confinement du conjoint durant/au moment de l'agression évaluée
7. Crainte qu'a la victime d'être agressée de nouveau
8. Deux enfants ou plus
9. Victime ayant un enfant biologique avec un ancien partenaire
10. Antécédents de violence de l'agresseur contre d'autres personnes
11. Abus d'alcool et d'autres drogues par l'agresseur
12. Agression de la victime pendant qu'elle est enceinte
13. Tout obstacle au soutien apporté à la victime

Annexe 3 : Mesures juridiques et peines à l'encontre des auteurs de violence conjugale.

Sanctions pénales : principes, applications

Pour qu'il y ait sanction pénale, il est important que la victime dépose plainte.

Après une plainte, une enquête sera diligentée afin de réunir les éléments nécessaires pour poursuivre, ou non, l'auteur présumé, ceci en vertu de l'**opportunité des poursuites**, principe de procédure pénale selon lequel le parquet décide de poursuivre ou non une personne soupçonnée d'avoir commis une infraction. Il peut ainsi décider d'un classement sans suite, ce qui selon un rapport de 2017 commandé par le gouvernement à l'Inspection Générale de la Justice (IGJ) concerne 80% des plaintes.

Classification et peines encourues :

Toutes les violences envers autrui sont punies par la loi, qu'elles touchent un homme ou une femme, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles.

Depuis 1994 le code pénal admet comme circonstance aggravante les violences commises par un conjoint ou un concubin, en 2006 cette notion s'étend aux cas où le partenaire est lié à la victime par un pacte civil de solidarité mais également lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité.

- En cas de violences physiques :
 - Des violences conjugales ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) inférieure ou égale à 8 jours ou n'ayant pas entraîné d'ITT sont punies au maximum de 3 ans de prison et 45000 euros d'amende.
 - Des violences conjugales ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours sont punies au maximum de 5 ans de prison et 75000 euros d'amende.
 - Si les violences conjugales sont fréquentes, elles peuvent être qualifiées de violences habituelles. La peine maximale est alors de :
 - 5 ans de prison et 75 000 € d'amende, en cas d'ITT inférieure ou égale à 8 jours
 - 10 ans de prison et 150 000 d'amende en cas d'ITT supérieure à 8 jours.
- En cas de violences ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner, la peine encourue est de 20 ans de prison si les violences étaient exceptionnelles et 30 ans si elles étaient répétées. Le droit français distingue l'homicide involontaire du meurtre qui lui est passible de la prison à perpétuité.
- En cas de violences psychologiques,
 - S'il existe du harcèlement moral au sein du couple et qu'il a entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours (souvent pour des troubles psychiatriques) la peine maximale possible est de 3 ans de prison et 45000 euros d'amende.
- En cas de violences sexuelles :
 - Le viol entre conjoint est reconnu depuis 1990. La peine maximale est de 20 ans de prison.
 - Les agressions sexuelles (autres que le viol, donc sans pénétration) sont punies de 7 ans d'emprisonnement et de 100.000 € d'amende.

Ces peines sont citées à titre indicatif et les décisions de justice sont prises en fonction du déroulé du procès. A noter qu'il existe des réductions de peine en cas d'altération du discernement de l'auteur, les experts psychiatres estimant alors que la personne était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement (article 122-1 du code pénal). Les peines privatives de liberté peuvent être réduites du tiers et la détention criminelle à perpétuité peut être ramenée à trente ans, bien sûr ces peines s'assortissent alors de soins.

En parallèle de la plainte, le ou la plaignante ou le parquet peuvent requérir auprès du juge des affaires familiales (au tribunal judiciaire) par le biais d'un CERFA une ordonnance de protection qui prend forme d'une mesure d'éloignement à l'encontre de l'auteur assortie d'une interdiction de rentrer en contact avec la victime. Ce juge se prononce également sur la résidence commune et l'exercice de l'autorité sur les enfants. Cette procédure peut bien évidemment s'accompagner d'une demande d'aide juridictionnelle, formulée par la victime ou l'auteur (frais de justice à coûts réduits). Le juge aux affaires familiales peut également procurer à la victime un "téléphone grave danger" qui permet à cette dernière d'avoir un contact rapide avec la police ou la gendarmerie en cas d'urgence. A partir de début 2020 des bracelets électroniques anti rapprochements seront proposés. Les mesures contenues dans l'ordonnance de protection sont prises pour une durée de 6 mois et peuvent être prolongées. Ces mesures datent de 2010 lorsque les violences faites aux femmes ont été désignées comme grande cause nationale.

Il existe également des mesures alternatives aux poursuites :

- Rappel à la loi, faits soit par un officier de police judiciaire soit en audience de cabinet par un délégué du procureur (souvent d'anciens policiers ou gendarmes).
- Médiation pénale, qui permet de résoudre des litiges ou organiser la réparation d'un dommage subi par la victime, sous couvert de l'accord de cette dernière, par l'intermédiaire d'un médiateur de justice (profession à part).
- Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC ou dans le langage commun "plaider coupable") et composition pénale sont deux propositions de sanction avant procès. Schématiquement le premier est adapté en cas de délit et le second pour des infractions plus légères.
- Obligation d'effectuer des stages de citoyenneté qui coûtent environ 230 euros aux auteurs, cette mesure existe depuis 2014.
- Participer à un groupe d'auteur de violences conjugales, ces derniers sont gratuits et entrent dans le cadre d'une obligation de soin ou d'une médiation judiciaire.

En pratique selon les statistiques du ministère de la justice, en 2015, 78400 affaires concernant des faits de violences conjugales se sont clôturées. Dans un tiers des cas il y a eu non-lieu. Lors des poursuites, 90% des affaires ont reçu une réponse pénale.

Les infractions concernées sont des violences dans la très grande majorité des cas (92,4 %) ; les autres sont des menaces ou du chantage (6,4 %), des violences sexuelles (1,1 %) et enfin des homicides ou tentatives d'homicide (0,2 %).

Les réponses pénales sont partagées :

- Mesure alternative aux poursuites dans 40% des cas, dont deux tiers sont un rappel à la loi.

La composition pénale concerne 4 % des condamnations, il s'agit le plus souvent d'une obligation de faire un stage ou d'avoir un suivi social ou médical, assorti d'une amende.

- 55 % des affaires ont été traitées par le tribunal correctionnel. Des mesures différentes sont prises en fonction de la gravité des faits, la plupart des affaires ont donné lieu à des comparutions immédiates. En cas de faits criminels, une instruction a été ouverte (850 cas). La culpabilité a été reconnue dans 95 % des cas, soit 21 200 condamnations pour 20 660 individus dont 143 infractions criminelles. Le gros des peines était de l'emprisonnement (78%, dont un tiers de condamnation avec sursis).

- Il est à noter que 14 % des condamnés en 2015 pour une infraction de violences conjugales se trouvaient en état de récidive légale, soit une répétition des mêmes faits dans un certain délai constituant une circonstance aggravante. De manière plus large 35 % des personnes étaient en état de réitération, soit répétition des faits sans notion de délai constituant une circonstance aggravante.

**Prise en charge des auteurs de violences conjugales par le médecin généraliste:
Une revue narrative de la littérature**

**DIRECTRICES DE THÈSES : Mathilde BERODIER et Sandrine MALVEZIN-MARQUIS
Soutenance : Toulouse, le 22 janvier 2021**

Introduction : Les violences conjugales sont très fréquentes, y compris dans les cabinets de médecine générale. Peu de données existent sur la prise en charge des auteurs.

Matériel et Méthode : Revue de la littérature narrative avec PubMed, SUDOC, Web Of Science, Cochrane, Persée, Psych'Info et Le Cairn, utilisant les mots clés: "batterer" "intimate partner violence", "domestic violence", "general practi*", "primary care", "Physician*", "prevention and control", "practice guidelines", "family medicine" ou des équivalences, pour des publications entre 2009 et 2019.

Résultats : Les médecins généralistes sont très peu formés et peu préparés à gérer les auteurs de violence alors que ces derniers fréquentent plus les cabinets médicaux que la population générale. Il est recommandé d'aborder le sujet avec les auteurs supposés sans juger. Il est préférable de ne pas suivre le couple, de s'enquérir du risque potentiel et de veiller au respect du secret médical. La meilleure prise en charge est d'adresser à des groupes de paroles et veiller à l'observance. Les comorbidités addictologiques ou psychiatriques sont fréquentes.

Conclusion : Le médecin généraliste a sa place dans la prise en charge des auteurs mais il n'est pas formé. Beaucoup de recherches restent à faire sur le sujet.

**Care of perpetrators of domestic violence by general practitioners :
A narrative literature review**

Introduction : Domestic violence is a primary care problem, often met by general practitioners (GP).

Methods : Search via PubMed, SUDOC, Web Of Science, Cochrane, Persée, Psych'Info et Le Cairn with keywords "batterer" "intimate partner violence", "domestic violence", "general practi*", "primary care", "Physician*", "prevention and control", "practice guidelines", "family medicine" or equivalences for articles made between 2009 and 2019.

Results : GPs are not currently prepared to deal with perpetrators of domestic violence even though they are often consulted by them. It is essential to enquire them about violence without judgement. The best known treatment known is for the offender to participate in group therapy and provide ongoing encouragement. It is preferred to treat couples independently to assess the risks and to maintain confidentiality. Addictions and psychiatric diseases are common in that population.

Conclusion : GP can have a role in care of perpetrators but they are not trained. More studies may help develop it in the future.

MOTS CLÉS : Violence conjugale, auteur, prise en charge, soins premiers, médecin*
général*

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

Faculté de Médecine Ranguel - 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France