

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°52

THESE
Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

par

POYET-POULLET Arnaud

Né le 29 décembre 1973 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2006

**Le médecin généraliste face aux violences
conjugales.
Évaluation de la formation médicale continue en
Pays de la Loire**

Président : Monsieur le Professeur **ROGEZ Jean-Michel**

Directeur de thèse : Madame le Docteur **VAN WASSENHOVE Laure**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION :.....	1
I. La France face aux violences conjugales	2
A. émergence de la question.....	2
1) Rappel historique	2
2) évolution judiciaire	3
B. évaluation des violences conjugales.....	4
1) l'enquête ENVEFF (1) (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France).....	4
2) prise en compte sous l'angle de la santé publique	5
3) Le rapport Henrion (4).....	5
4) commission genre et violence (5)	6
5) En France tous les 4 jours, une femme meurt victime de violences conjugales... (6).....	7
C. les violences conjugales.	9

1) définition.....	9
2) les types de violences (7)	9
3) les cycles de la violence de couple (8)	10
4) la rupture.....	12
5) les facteurs précipitants	12
D. les hommes violents.	14
1) les origines de la violence domestique (9).....	14
2) la place de la violence dans notre vie (10).....	15
3) les hommes violents :	16
II. Le médecin face aux violences conjugales.....	19
A. retentissement sur la santé des femmes (13) (14)	19
1) les aspects traumatologiques	19
2) les impacts psychologiques	20
3) au niveau psychiatrique	21
4) sur le plan gynécologique	22
5) pour les pathologies chroniques	22
6) la violence peut aboutir au décès	22
B. La grossesse (15)	23
1) une période à risque	23
2) les conséquences obstétricales	23
3) le travail et l'accouchement.....	24
4) les conséquences fœtales	25
C. les enfants exposés (16).....	26
1) Qui sont-ils ?	26
2) les conséquences sur l'enfant.....	26
3) selon l'âge de l'enfant	27
D. La place du médecin généraliste	29
1) les rôles du médecin (17) (18)	29
2) les difficultés du M.G.....	32
E. Certificats et I.T.T.....	33
1) Importance du certificat.....	33
2) Présentation et contenu	33
3) Proposition d'un barème indicatif des I.T.T (19)	35
III. Analyse de la formation dans la région	37
A. la formation médicale en Pays de la Loire	37
1) Place des violences conjugales dans le cursus universitaire.	37
2) Les séminaires de Formation Médicale Continue.....	37
B. enquête sur la FMC	39
1) Élaboration du questionnaire	39
2) Les résultats.....	41
C. Les enseignements de l'enquête.	51
CONCLUSION	52
Bibliographie.....	53
ANNEXES	55
ANNEXE 1	55
ANNEXE 2	56
ANNEXE 3.....	57
ANNEXE 4.....	61
ANNEXE 5.....	71

INTRODUCTION :

« Pourquoi n'aborderais-tu pas le thème des violences conjugales ? Il y a, encore, tellement de choses à faire ! » Telle fut la réponse de Laure quand, il y a un an et demi, suite à un remplacement, je lui demandais si elle voyait un sujet de thèse ancré dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Pour être franc, il n'y avait pas pour moi, de matière suffisante à une grande réflexion sur l'exercice médical. Les quelques patientes, victimes de violences, qui m'avaient consulté, attendaient surtout à mes yeux, un certificat de coups et blessures pour porter plainte à la police. Je percevais mon rôle moins comme celui d'un médecin face à une personne en souffrance, mais plutôt comme celui d'un expert à qui la justice demande un avis pour statuer. C'est schématique, mais beaucoup de confrères, je pense, le vivent ainsi.

Par la suite, curieux, et ne voulant pas dire non par peur de passer à côté de quelque chose d'important, j'ai demandé plus d'explications au Docteur Van Wassenhove. Elle m'a aidé à mesurer l'ampleur du sujet et la méconnaissance qui entourent cette question. J'ai lu les livres, les documents qu'elle m'avait confiés, réalisant alors combien j'avais sous-estimé le rôle capital du médecin. Ces lectures m'ont permis d'appréhender la triste fréquence de ce douloureux propos, si souvent caché. Les enjeux médicaux et sociaux me semblaient si conséquents. Une des choses les plus troublantes, c'est le fréquent malaise qui suivait la réponse quand des relations me demandaient si j'avais un sujet en vu.

Le vingtième siècle a vu évoluer la condition féminine, permettant la correction de nombreuses inégalités. Ainsi, depuis quelques années, les médias commencent à dénoncer les dramatiques effets de la violence domestique. On en mesure actuellement le poids en terme de santé publique. Cependant, les changements sont lents et de nombreux clichés persistent. Ensemble, nous allons faire le point sur l'état des connaissances actuelles de ce problème, au niveau sociale, judiciaire. Puis, nous en mesurerons les conséquences sur la santé des femmes. Nous nous demanderons qui sont ces hommes violents ? Des tyrans domestiques mais certainement pas des fous.

Si la faculté commence à instruire les futurs praticiens sur l'importance de leur rôle, il n'en est pas de même pour les généralistes hors du cursus universitaire. La formation médicale est le seul moyen, pour ces derniers, d'apprendre comment dépister, réagir et guider leurs patientes victimes de violences. Avant de discuter de l'enquête réalisée, pour évaluer la formation des généralistes de la région, nous verrons, comment le médecin peut soulager et soigner ces patientes.

I. LA FRANCE FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES

A. EMERGENCE DE LA QUESTION

1) *Rappel historique*

La société française des siècles passés subissait la toute puissance maritale et paternelle avec le patriarcat. Les femmes se voyaient confier les tâches familiales et sociales. Elles étaient exclues de la sphère économique.

La cause féministe a remis en cause la place de la femme dans la société permettant le remodelage de la famille contemporaine et la mise en lumière de ces conflits familiaux longtemps inavoués. La problématique des violences conjugales a, dès lors, trouvé sa place dans l'actualité médiatique.

1925: Les députés français accordent le droit de votes aux femmes, ce qui sera repoussé par les sénateurs.

1944: Ordonnance du 21 avril 1944 accordant le droit de vote aux Femmes françaises qu'elles exerceront pour la première fois le 20 avril 1945.

1965: les femmes peuvent exercer une activité professionnelle sans le consentement de leur mari.

1967: légalisation de la contraception.

1970: fondation du MLF (Mouvement pour la Libération des Femmes). Le droit des femmes progresse, elles touchent 90% de leur salaire pendant leurs congés maternité. (12 semaines minimum) .L'autorité parentale se substitue à la puissance paternelle.

1972: Loi sur l'égalité des salaires entre hommes et femmes.

1975: Loi Veil qui légalise l'avortement en France.

1982: la sécurité sociale rembourse les frais médicaux liés à un avortement.

1985: l'égalité des époux dans les régimes matrimoniaux et des parents dans la gestion des enfants mineurs est reconnue.

1987: Les associations féministes se rassemblent pour créer la FNSF: Fédération Nationale Solidarité Féminine.

1989: Première campagne nationale de sensibilisation aux violences conjugales. Création des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes (CDACVF) sous l'autorité des préfets.

1990: Les associations qui aident les victimes peuvent se constituer partie civile.

2000: Loi sur la parité au sein des listes électorales.

2) évolution judiciaire

Au fil du temps, on assiste à une accentuation progressive de la répression des actes de violences conjugales. Avant la fin des années 1980, l'institution judiciaire veillait à rester en dehors de la sphère privée, ce qui se passait entre conjoints ne la regardait pas. Ces événements restaient dans la catégorie des faits-divers. Il existait une certaine tolérance des violences domestiques tant qu'elles se limitaient aux adultes. Seule la protection des enfants justifiait son intervention.

Depuis, plusieurs textes visent à définir la place de la Loi pour stopper les brutalités et protéger les victimes.

Loi du 10 juillet 1989: les mineures victimes de viol peuvent porter plainte jusqu'à 10 ans après leur majorité.

Septembre 1990: arrêt de la cour de cassation admettant la possibilité d'un viol entre époux.

Loi du 22 juillet 1992: nouveau code pénal, la violence entre époux devient un facteur aggravant du délit. Le fait d'être le conjoint, le concubin aggrave les peines encourues en cas d'infraction.

Loi du 15 juin 2000: elle renforce la présomption d'innocence et se donne comme objectif l'amélioration de l'information, de l'accueil, et de la prise en charge des victimes.

Loi du 26 mai 2004: du code civil sur la réforme du divorce, en application depuis le premier janvier 2005 : en cas de violence, la victime obtient en urgence le droit de rester au domicile dont le conjoint est exclu. Elle dispose alors d'une durée de quatre mois pour demander le divorce.

Loi du 4 avril 2006: elle vise à renforcer la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. Le statut d'ancien partenaire (anciens compagnons, ex conjoints et personnes ayant été liées par un PACS) devient un facteur aggravant en cas de violences à l'encontre de leur ex compagne ou de leurs enfants. Ce texte ramène aussi l'âge légal du mariage pour les jeunes filles à 18 ans au lieu de quinze et comprend des clauses sur le mariage forcé, les mutilations sexuelles et le tourisme sexuel.

B. EVALUATION DES VIOLENCES CONJUGALES

En France, avant les années 2000, les seules données relatives aux cas de violences émanaient des études statistiques des institutions que sont la police, la gendarmerie, et les appels reçus par les associations. C'est suite à la conférence Mondiale de la femme de Pékin, en 1995, qu'il fut décidé qu'une évaluation exacte du problème impliquait que les états réalisent des enquêtes plus précises. Voici les principales recherches effectuées, par la suite, en France :

1) l'enquête ENVEFF (1) (*enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*)

a) réalisation :

Elle repose sur la consultation téléphonique de mars à juillet 2000 d'un échantillon de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans.

Il s'agissait de femmes hors institution, interrogées pendant une quarantaine de minutes, sans présence extérieure et de manière confidentielle sur les violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles subies durant les douze derniers mois d'abord, puis sur toute leur vie.

b) résultats :

L'étude a démontrée que 4 % des femmes ont subi au moins une agression physique au cours des douze derniers mois. 11% d'entre elles, déclarent une agression sexuelle au cours de leur vie.

C'est dans le huis clos familial que sont perpétuées le plus de violences de toutes natures. La violence de genre la plus fréquente est intra conjugale. **9% des femmes en couple et 9,5% de la totalité des femmes ont subi des violences conjugales au cours des douze derniers mois.** Les résultats de l'enquête montrent que les victimes ne sont pas que des personnes issues de milieux défavorisés:

- 10% sont des cadres supérieurs,
- 1,2% des femmes au foyer,
- 9% des employées,
- 7,8% des ouvrières.

Aucune couche sociale n'est épargnée. La richesse matérielle n'est pas un bouclier contre les violences, ce qui est à l'opposé de nombreux clichés.

La violence conjugale diffère selon l'âge des victimes : les femmes plus jeunes sont deux fois plus exposées que leurs aînées. Les plus concernées ont entre dix-huit et trente cinq ans.

Cette recherche a objectivé le fort retentissement des sévices sur la santé psychique: 17% de celles ayant vécu un épisode et 25% de celles ayant subi plusieurs épisodes de violence ont un degré de stress post- traumatique élevé. Il existe donc une corrélation importante entre le nombre des incidents violents et la consommation de psychotropes.

c) le secret :

C'est le grand enseignement de l'enquête. De nombreuses femmes parlaient pour la première fois de ce douloureux vécu. Ainsi, plus des 2/3 des femmes contraintes par leur conjoint à des rapports ou pratiques sexuelles forcées avaient gardé le silence, et 39% des victimes avaient caché les agressions physiques.

2) prise en compte sous l'angle de la santé publique

Durant les années 1990, la prise en charge du problème se limite presque exclusivement à l'intervention des acteurs sociaux et judiciaires. Le rôle des médecins, lorsqu'ils se trouvent confrontés aux victimes, se réduisant alors à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgences.

Ensuite on assiste à une prise de conscience du problème en terme de santé publique. D'abord par ces femmes, qui évaluent leur santé comme moyenne (16%) voir médiocre (4%), sans faire pour autant le lien avec leur situation. Elles souffrent plus fréquemment d'affections chroniques, présentent un plus grand risque d'hospitalisation, une consommation élevée de psychotropes sans parler des nombreuses conduites addictives qui en découlent.

Données OMS (2) : D'après les résultats de 48 sondages réalisés dans le monde, 10 à 69% des femmes auraient été agressées physiquement par un partenaire masculin à un moment ou un autre de leur vie. Des travaux laissent supposer que la violence physique dans le cadre d'une relation intime s'accompagne de violences psychologiques et sexuelles (un tiers à plus de la moitié des cas). Les données disponibles au niveau mondial laissent à penser que dans certains pays, 25% des femmes seraient la cible de violences sexuelles infligées par un partenaire.

Sur le plan médical, une femme victime de violence perd une à quatre années de vie en bonne santé. La prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violence est deux fois et demie plus chère que pour une autre femme.

Données du conseil de l'Europe (3) : « Pour les femmes de 16 à 44 ans, la violence domestique serait la principale cause de décès et d'invalidité avant le cancer, les accidents de la route et même la guerre. Elle doit, en conséquence, être traitée comme un problème politique et public, et une violation des droits de l'homme. »

3) Le rapport Henrion (4)

a) Objectifs:

Ces travaux font suite à l'enquête ENVEFF pour évaluer quelle vision les médecins ont du problème et quelle prise en charge ils proposent aux femmes victimes de violence.

Le groupe d'expert réunit sous la présidence du professeur Roger Henrion devait

- recenser les données existantes,
- évaluer l'impact sur la santé des femmes,
- faire des propositions pour améliorer l'information, la formation et la prise en charge des femmes victimes.

Leurs conclusions ont été remises au ministre de la santé en février 2001.

b) Les résultats:

Les grandes conclusions qui s'en dégagent sont les suivantes: premièrement les violences conjugales sont fréquentes, comme nous venons de le voir, mais les médecins ont du mal à appréhender l'importance du phénomène. De plus leurs conséquences sur la santé des femmes et des enfants, pourtant graves, sont fortement sous-estimées.

Deuxièmement les praticiens qui ont un rôle primordial face aux attentes de ces femmes et aux souffrances de ces victimes pour qui ils sont souvent le premier interlocuteur, éprouvent beaucoup de difficultés dans cette prise en charge. Ils n'osent pas approfondir le problème ne sachant quel est leur place et vers qui se tourner.

c) Les propositions:

Elles représentent une plate-forme d'actions prioritaires à mettre en œuvre dont les principaux axes sont:

La sensibilisation du public et des professionnels de santé pour une prise de conscience du phénomène, de sa fréquence et de l'importance de ses conséquences sur la santé des femmes et des enfants.

La nécessité de poursuivre les études à cause de la faible visibilité du phénomène pour améliorer les actions des pouvoirs publics et des professionnels de santé.

La formation et l'information des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des victimes: dépistage, accueil, dossier, certificats, gravité la situation, suivi...

La nécessité de créer des réseaux pour permettre une coordination des différents intervenants dans la prise en charge: travailleurs sociaux, associations, généralistes, spécialistes, magistrats, police.

4) commission genre et violence (5)

a) Objectifs :

Il s'agit d'un travail préparatoire, réalisé en mars 2005 sous la présidence du Docteur Jacques Lebas, à l'élaboration du Plan Violence et Santé.

Le but de la commission est de faire un bilan des conséquences de la violence en France à travers les « rapports de genre », c'est à dire la division historique des rôles entre hommes et femmes.

Cette commission élargit le champ aux violences hors du couple, comme la prostitution ou la pratique de l'excision. Elle tente de finaliser les actions à mettre en place pour sensibiliser tous les acteurs institutionnels.

b) Leurs recommandations:

Objectif 1: mettre les victimes de violences au cœur du système de soins avec un accueil pluridisciplinaire au sein des établissements, la création d'équipes mobiles hospitalières, la constitution de réseaux ville/ hôpital.

Objectif 2: programmes ciblés de réduction des conséquences de la violence pour les femmes enceintes, les victimes de mutilations sexuelles, les prostituées.

Objectif 3: obtenir à partir des outils statistiques des informations fiables et régulièrement actualisées, avec la mise en place de réseaux sentinelles au niveau des services d'urgences et des maternités.

Objectif 4: développer la recherche de consensus des pratiques et des concepts au niveau national, européen et international. Définition des bonnes pratiques sur le repérage des violences, la conservation du secret médical, la détermination des I.T.T.

Objectif 5: développer des centres ressources ayant à disposition des sites Internet sur le mode de celui du SIVIC (21) .

Objectif 6: faire évoluer la formation initiale et continue des professionnels de santé médicale et para-médicale en incluant un module sur « l'impact de la violence sur la santé ».

Objectif 7: mobiliser la Société et les relais d'opinions au niveau national et local.

Objectif 8: évaluer impérativement chaque mesure conduite dans le cadre du plan Violence et Santé.

5) En France tous les 4 jours, une femme meurt victime de violences conjugales... (6)

a) Description:

Le dossier de presse du 23 novembre 2005 du ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité rend compte des résultats d'une enquête sur le recensement des décès liés aux violences conjugales.

Ce travail fut réalisé, grâce à la collaboration des services de police et de gendarmerie, à partir des données collectées sur les années 2003-2004 des cas de morts violentes pour lesquels l'auteur identifié est un membre du couple (mari, concubin, PACS, ancien conjoint, ancien concubin) .

Cette étude ne mesure qu'une partie de l'impact des violences conjugales, celle dont le résultat est le décès de la victime. Son champ d'investigation ne comprend que les cas d'homicides survenant au sein du couple, excluant les faits non élucidés, les disparitions, les cas des femmes endurent des violences graves et répétées, ainsi que celles qui en viennent à se suicider.

b) Résultats:

En France métropolitaine, en moyenne, une femme meurt tous les quatre jours des suites de violences au sein du couple. La moitié d'entre elles subissaient déjà des violences.

Un homme en meurt tous les seize jours. Dans la moitié des cas, la femme auteur du meurtre subissait des violences de sa part.

13% de toutes les morts violentes recensées où l'auteur a été identifié, ont eu lieu dans le cadre du couple dont 1% d'euthanasie. Un décès sur dix résulte de coups portés sans intention de donner la mort.

31% des crimes conjugaux sont liés à la séparation. Les actes commis par des « ex » sont un phénomène essentiellement masculin, souvent rural et toujours avec la volonté de donner la mort.

Dans 25% des cas, auteurs comme victimes étaient sans profession et dans 62% des couples concernés, au moins l'un des deux membres était sans profession. Le fait que les deux conjoints exercent une profession apparaît comme un élément en partie protecteur.

Les violences conjugales sont considérées comme un problème de société depuis une quinzaine d'années. Les diverses enquêtes réalisées en France ont permis de mettre à jour l'importance de ce mal jusqu'alors caché.

On sait désormais qu'avec 10% des femmes concernées les conséquences médicales, au niveau des souffrances physiques et morales endurées, voire, de létalité, sont importantes. La violence de genre interpelle tous les acteurs du maillage institutionnel. Faire en sorte que ces comportements deviennent marginaux, ne relève pas de la lutte des sexes mais s'impose comme une nécessité. Il faut une prise de conscience globale dans la société de l'évolution des rapports hommes-femmes.

C. LES VIOLENCES CONJUGALES.

1) définition

Définition de l'OMS:

Elle inclus « *Tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ». Déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence contre les femmes (Novembre 1993).

La violence est le recours intentionnel à la force physique ou verbale pour parvenir à son but lors d'un conflit. Par extension, elle devient le moyen par lequel un partenaire contrôle, domine, humilie l'autre. Nous ne sommes plus dans le cadre de simples dysfonctionnements du couple susceptibles de se résoudre par une médiation.

La victime dans le cadre des violences conjugales est l'autre personne du couple, qu'il soit concubin, mari, femme, ancien partenaire. Le sexe de la victime reste indéterminé mais toutes les études s'accordent à dire que la violence de genre prédomine dans le sens où l'homme est en position d'opresseur et la femme de victime. Les femmes représentent 95% des victimes de violences conjugales.

Les 5% restant sont des hommes qu'il s'agisse de couples hétéro ou homosexuels. Il importe ne pas les oublier mais pour être plus proche de cette réalité nous ne parlerons que de victimes au féminin.

Quand les cris, les insultes cèdent la place aux coups lors de crises de plus en plus fréquentes, l'issue de la brutalité se trouve parfois dans le décès de la victime. Dans la violence, il n'y a plus de respect pour l'autre. La relation est « asymétrique » sous des enjeux de domination. Ce n'est pas une simple manifestation ponctuelle d'agressivité. C'est un processus évolutif d'emprise, de contrôle totale avec la volonté de nuire, de détruire la personnalité du partenaire.

2) les types de violences (7)

Outres les gestes qui se voient, qui font mal, il y a ceux qui contraignent, menacent ou font souffrir par procuration. Il y a ce qui est dit et les silences qui pèsent lourds. On regroupe les violences en quatre grands types qui souvent s'imbriquent entre eux. La violence n'est pas figée, elle possède de nombreuses facettes qui peuvent s'exprimer simultanément.

a) Violences verbales et psychologiques:

Elles vont souvent de paires et sont, le plus souvent, les premières manifestations de cette agressivité. Elles peuvent être les seules à se mettre en place.

Cela peut être du mépris, l'absence de parole, de regard, ou à l'inverse un regard menaçant avec une pression permanente sur le conjoint. Ou se manifester aussi par du dénigrement, du mépris continu des actions, des opinions, des valeurs de l'autre.

De manière plus brutale, les hurlements, les insultes, les cris, les obscénités, les menaces, les humiliations publiques et les propos culpabilisants peuvent être quotidiens.

De façon plus insidieuse, la pression du dominant peut s'exercer sur l'environnement avec interdiction de fréquenter la famille, les amis, les relations de travail. La femme finit par se retrouver dans une situation d'isolement total ce qui vient augmenter sa détresse psychologique.

b) Violences physiques:

Cette forme de violence, qui est la plus visible, commence souvent par de l'intimidation physique. C'est aussi ensuite et surtout les coups portés. Ils portent atteinte à l'intégrité corporelle de l'autre. Toutes les formes sont possibles : coups, gifles, morsures, tirage de cheveux, bousculades, brûlures, crachats, voir séquestrations et privation de soins.

Elle s'exerce à mains nues ou avec utilisations d'objets, d'armes. On peut y ajouter la destruction des biens personnels ou la privation des moyens de communication. Cette forme de violence est rarement isolée. Elle est pratiquement toujours accompagnée de violences verbales et peut précéder la violence sexuelle.

c) Violence économique:

Fréquemment associée aux autres. Il s'agit de la privation des biens et des moyens essentiels, avec par exemple, un contrôle au centime près des moindres dépenses, une dispensation parcimonieuse de l'argent pour les frais du ménage.

Quand la femme est salariée, son salaire peut lui être confisqué ou elle peut se retrouver obligée d'arrêter son travail. On y adjoint la violence administrative qui consiste à priver la femme de ses papiers pour l'obliger à rester.

d) Violences sexuelles:

Elles sont souvent minimisées voir méconnues. Elles concernent la partie la plus intime du couple mais il importe de les évaluer pendant l'interrogatoire. Il peut s'agir de sévices sexuels, de viol (viol conjugal reconnu par la loi française), d'une contrainte à la pornographie et même d'exploitation sexuelle.

3) les cycles de la violence de couple (8)

La violence conjugale n'est pas un évènement qui arrive brutalement mais elle est d'installation progressive, par paliers où la fréquence et l'intensité des crises vont crescendo. Cette spirale comporte schématiquement quatre phases:

a) La tension, la montée de la violence:

Cette première phase correspond à une accumulation de tensions, les hommes violents cherchant toujours à contrôler leur proche. Le rapport de domination s'installe. Ils éprouvent une insatisfaction à chaque agissement de l'entourage qui n'est pas conforme à leurs désirs jusqu'à un trop plein qui devient prétexte à une scène d'insultes ou de coups.

b) L'agression, le recours à la violence:

C'est la perte du contrôle par l'homme violent qui déclenche les coups ou d'autres formes de violences associées. La violence est le moyen pour lui de libérer les tensions accumulées. La femme peut être surprise par cette soudaine explosion disproportionnée vis à vis de l'élément déclenchant (qui parfois lui est extérieur). Elle se retrouve alors tiraillée entre son désir de protection qui souhaite que la crise s'arrête et son envie de résister. Le plus souvent, par peur, elle va se soumettre aux exigences de son conjoint pour faire cesser la violence. Lorsque les femmes recherchent de l'aide, c'est souvent lors de cette phase, après une crise.

c) Les excuses, la déresponsabilisation:

A cet instant, l'homme violent cherche à être excusé, mais aussi à minimiser ses actes et leurs conséquences. Il invoque divers motifs à son comportement comme le stress, la colère, l'alcool. Dans la majorité des cas, il est sincère quand il promet de ne plus recommencer. Il peut aussi pleurer ou rester prostré pour montrer son désarroi. D'autres vont mettre en cause leur partenaire, l'accusant de les pousser à bout, de les forcer par leur attitude à agir de la sorte. La victime est alors dans le doute, le remord, la culpabilité. La plupart des femmes pensent que ce sont elles qui doivent changer pour que la violence cesse, se soumettant un peu plus aux désirs du mari.

d) La lune de miel:

Le conjoint cherche à faire oublier le passé. Il veut laisser croire à sa partenaire qu'une telle situation ne se reproduira jamais. L'homme exprime des regrets, offre des cadeaux, manifeste son attachement. Le couple, en quête d'un nouveau départ, en vient à faire des projets d'enfants. La femme reprend espoir, occulte la violence subie. Elle pense que les moments de crise sont passés. C'est à cette période qu'elle retire une éventuelle plainte, revient au domicile conjugal, croit sincèrement que tout va changer. C'est aussi souvent à cette période qu'elle rompt toute relation avec son entourage qui se fatigue de ses volte-face accentuant son isolement et sa dépendance au conjoint.

Mais, si l'homme est demeuré impuni, constatant que ses actes n'ont pas de conséquences dommageables pour lui, il reprend rapidement le pouvoir et le contrôle de sa partenaire. Le couple repart pour un nouveau cycle de violences. Au fil du temps, ces périodes de répit s'estompent jusqu'à disparaître.

Plus le cycle de violence se répètera, plus la femme se sentira incompétente dans sa vie de couple, isolée socialement, avec un profond sentiment de culpabilité, de honte et de responsabilité vis à vis de la violence qu'elle subit.

4) la rupture

C'est le moment où le désir de ne plus subir la situation de violence l'emporte sur la peur. Plus la violence dure depuis longtemps, plus la femme sera isolée et moins elle aura la force de partir. Son départ peut se passer dans l'urgence ou être prémédité comme dans le cas d'un divorce. C'est une période charnière où le danger est à son apogée. La grande détresse psychologique de la femme peut lui faire minimiser les risques dans l'euphorie du départ. Le conjoint violent supporte très mal le fait que sa femme lui échappe. Il fera tout pour la récupérer, « lui pourrir la vie », et même essayer de la détruire. Il faut qu'elle réussisse à mettre hors de portée de son conjoint toutes les affaires et documents qui lui seront nécessaires par la suite. Le départ peut être:

a) Rapide:

La femme quitte le domicile dès les premières crises violentes c'est à dire souvent dès les premières violences physiques. Elle tolérait les insultes mais pas les coups.

b) Différé:

Après plusieurs années de violences conjugales la femme après avoir longtemps cru pouvoir le changer ne trouve plus d'autres solutions pour essayer de sortir de cette spirale.

c) Évolutif:

C'est une succession de départs et de retours du domicile qui risque de lasser les soutiens dont bénéficie la victime; c'est malheureusement la forme de rupture la plus fréquemment observée.

d) Non choisi:

Quand la femme est expulsée par l'homme violent du domicile conjugale. Encore une humiliation de plus.

5) les facteurs précipitants

Ils ne constituent pas la cause des violences conjugales mais leur présence favorise l'apparition des épisodes violents. Leur présence peut augmenter l'intensité des violences. Ils sont plus à considérer comme des facteurs de gravité.

a) Conduites addictives:

Cela inclus l'alcool, les psychotropes, les substances psycho-actives. La notion de prise de drogue apparaît dans 10% des cas de violences. Attention cependant, l'alcoolisme n'est pas une des causes principales de violence. Il peut en être le révélateur, accentuer la violence, mais pas l'origine. La consommation d'alcool favorise pour beaucoup le passage à l'acte par une diminution de la capacité à l'autocritique et une exagération du sentiment de pouvoir.

b) Facteurs socioprofessionnels:

Ils peuvent être, par exemple : l'instabilité professionnelle, le chômage, la précarité (présente dans 52% des cas). Cependant il ne faut pas limiter la violence aux classes populaires. Ce n'est pas l'appartenance sociale qui explique ou non la violence.

c) Évènements familiaux:

La grossesse, la séparation et le divorce sont des périodes propices aux accès de violences. Près de 30% des femmes subissent la violence d'un homme alors qu'elles ne sont plus en couple avec lui. Le risque d'homicide est le plus fort au moment de la rupture.

D. LES HOMMES VIOLENTS.

La violence est inscrite dans la nature profonde de tous les êtres humains. La place qui lui est destinée en fait un puissant moteur de création ou de destruction. Pourquoi certains hommes n'arrivent-ils pas à la canaliser ? Pourquoi nos sociétés, dites modernes, ont-elles du mal à prendre en compte ce phénomène ? Nous allons donc esquisser une ébauche de réponse. Le point commun de toutes les formes de violences conjugales se situe dans le besoin de contrôle de domination voire de négation de l'autre. En fait, ces hommes sont souvent dans une dépendance à l'autre. Dans 90% des cas, ils nient les faits justifiant leur comportement par des provocations ou des fautes qu'ils attribuent à leur partenaires.

1) *les origines de la violence domestique (9)*

De nombreuses disciplines ont tenté de fournir une explication à cette violence. Quatre grands courants théoriques peuvent être identifiés. Chacune des hypothèses qu'ils avancent, essaie à son niveau de trouver dans la nature de l'homme ou dans son environnement la raison première. On en retiendra qu'il n'y a pas de réponse définitive. La seule certitude est qu'il ne s'agit pas d'un comportement inné.

a) le courant psychanalytique/évolutionniste:

Il considère l'agressivité des hommes comme un moyen d'assurer la reproduction de l'espèce en veillant sur la femme, fruit de toutes les convoitises. Les hommes seraient donc victimes de leurs caractéristiques génétiques ou biologiques.

b) les théories de l'apprentissage social:

L'identité des sexes se construit sur des stéréotypes universels qui perdurent. Les hommes doivent être forts, protecteurs, responsables, sérieux, intelligents, rationnels, maîtres de leurs émotions, courageux, entreprenants, ambitieux. En un mot des Leaders. Les femmes, elles, sont faibles, sensibles, fragiles, belles, affectueuses, maternelles, dévouées, aimantes, dociles, passives, versatiles, futiles, bavardes bref subalternes. Cette organisation sexiste est culturellement transmise : « un petit garçon ne doit pas pleurer sinon on le compare à une fillette ». Dans cette optique, la violence masculine n'est plus un instinct biologique ni une maladie mais le produit de l'apprentissage social masculin générant stress et piètre image de soi.

c) la perspective socioculturelle:

Elle résulte des travaux qui ont démontré l'importance des phénomènes de violences conjugales au sein de l'institution familiale diminuant la portée des explications pathologiques individualisantes. La violence est un des symptômes du dysfonctionnement des interactions au sein de l'entité « Famille ». On peut reprocher à cette vision de ne pas prendre en compte la sexualité de la violence. Toutes sont mises au même niveau.

d) la perspective féministe:

Elle insiste sur la hiérarchisation rigide des rapports homme/femme, parent/enfant. Elle relie entre elles toutes les violences que les femmes subissent, critiquant les théories sur les femmes séductrices et provocantes. Les théories féministes se situent au carrefour de l'oppression de classes sociales, de races et de sexes.

2) *la place de la violence dans notre vie* (10)

a) rôle positif de la Violence:

Ce mot comporte une racine greco-latine qui rend compte du désir de vivre à tout prix. Il représente une force brutale, primaire, élémentaire participant de l'instinct de survie. En tant qu'instinct naturel, la violence en soi ne saurait être ni bonne ni mauvaise.

A l'état initial: la violence naturelle n'est qu'une simple réaction automatique de mode primitif. C'est le résultat d'une angoisse d'attaque voir de destruction par un autre mal identifié. Le sujet se sent menacé par un objet extérieur de manière vraiment essentielle, vitale. Les caractéristiques propres de l'objet ne jouent aucun rôle dans la réaction qu'ils déclenchent. La violence n'apporte aucune satisfaction de nature libidinale. Son but est la sauvegarde imaginaire de l'intégralité narcissique du sujet. Cette réaction de défense se fait sans joie et sans culpabilité car le sujet n'a aucune envie précise de nuire à l'objet.

Devenir de cette violence: cette tendance instinctuelle et innée se trouve progressivement intégrée dans d'autres finalités humaines. Au sein du courant libidinal, elle met son potentiel énergétique au service de l'instinct sexuel. De la même manière, celui-ci apporte à la violence d'autres voies d'expressions dans des capacités relationnelles et imaginaires que sont l'amour et la créativité.

Conclusion: La véritable violence naturelle et universelle représente donc une énergie créatrice qui rend compte d'un désir de vivre à tout prix.

b) La violence diffère de l'agressivité:

Cette seconde apparaît plus tardivement lors des étapes de construction de la personnalité. Les réactions d'agressivité concernent toujours un objet nettement identifié. Le sujet lui attribue avec plus ou moins de pertinence des caractéristiques de nature à justifier ses réactions. L'agresseur retire un certain degré de satisfaction plus ou moins érotisé du lien ambivalent qui le lie à l'objet qu'il fait souffrir. On voit donc que contrairement à la violence, l'agressivité requiert une activité mentale assez élaborée.

Substrat de l'agressivité: Elle nécessite donc l'intégration d'une dynamique sexuelle, l'accession à l'ambivalence affective. Ceci semble supposer une structure névrotique avec une problématique triangulaire, génitale et œdipienne. Cette conclusion est remise en cause par beaucoup de psychologues et de psychopathologistes actuels qui ne perçoivent pas le modèle structurel triangulaire et œdipien comme l'alpha de toute la psychogenèse.

Place des structures limites: la problématique oedipienne, pour exister, doit s'appuyer sur des fondamentaux issus des relations primitives mère-enfant. Ceux-ci sont de type narcissique et auto-conservateur. Si un traumatisme psychique, une dévaluation au cours de la période infantile survient avant l'œdipe normal, le Moi cherche alors à l'incorporer aux autres expériences du moment. Il range alors cette perception du côté des menaces pour son intégrité narcissique. La personnalité se forme alors autour d'aménagements de narcissisme fondamental selon des modèles déficitaires plus ou moins pervers. Le sujet n'intégrera alors que très imparfaitement l'imaginaire oedipien normal de tendresse et d'amour. On obtient un mode de fonctionnement imaginaire narcissique avec une fixation plus ou moins partielle de la violence primitive. Le mode de relation du sujet est régi par les intérêts du « Soi », l'autre demeurant un « non Soi ».

Il est très difficile de retrouver la violence naturelle chez l'adulte en bonne santé. On voit souvent, par contre, l'agressivité se manifester dans des actes de violence physique. Elle survient quand la violence naturelle ne trouve pas le moyen de s'intégrer au sein d'une problématique affective mentabilisable de façon mature, aboutissant à la créativité relationnelle.

3) les hommes violents :

Ces hommes facilement étiquetés de « fous » ne sont pas des malades. Leur personnalité, qualifiée de limite et quelque peu névrotique, n'est pas pour autant pathologique. Rares sont parmi les hommes violents, les pervers narcissiques pour qui la violence est instrumentale, les psychopathes antisociaux ou les personnalités rigides comme les obsessionnels ou les paranoïaques. Pour les autres, les états limites, l'instinct violent est celui qui le protège de sa propre destruction.

a) le rôle du mythe:

Malgré une mise en lumière de plus en plus importante de la fréquence des violences conjugales, les clichés sur la personnalité de l'agresseur ont la vie dure. Ils marginalisent le phénomène en le rangeant dans la rubrique des faits divers.

L'homme violent est un malade, un fou: la perception déformée par les médias que la société a des hommes violents, se manifeste souvent lors des retentissants procès pour homicide. La folie est alors employée par les experts juridiques comme un moyen d'atténuer la sanction judiciaire. Ceci facilite le discours social et médiatique. Les phénomènes de violence sont alors présentés comme des actes individuels issus de la pathologie des accusés.

L'homme violent est un alcoolique: cet amalgame revient comme un leitmotiv dès que l'on parle des violences domestiques. Si l'alcool peut cristalliser les phénomènes agressifs, il n'en constitue pas la cause. Cependant, il sert souvent d'excuse pour légitimer la violence. Il est plus simple d'expliquer, d'admettre des errements liés aux effluves éthyliques que d'analyser ce que sous-tend une violence régulière.

b) place de la violence au sein du couple: (11)

La famille est le lieu de toutes les tensions, de la mise en œuvre de la coupure entre les êtres. La constitution du couple révèle le rapport masculin/féminin comme un élément irréductible du réel. Entre eux deux, c'est l'espace vide servant de lien, la place de la Loi, de la Parole. On décrit souvent la violence conjugale comme relative aux couples fusionnels. La femme devenant une mère de substitution pour un conjoint avide d'attention et d'affection. Ces couples ne sont pas dans l'échange et leurs schémas de communication sont souvent conflictuels et rigides.

La violence est en fait la négation de l'altérité en soi et en l'autre, le refus de cette différence. De ce fait elle nie l'être du violent en lui faisant croire en sa toute puissance. Elle l'aveugle en lui faisant miroiter le leurre des représentations narcissiques et donc imaginaires de son Moi. Elle refuse ainsi que « ça parle » (J. Lacan) en chaque homme. Elle annule la parole au profit de la dérision, de l'injure. Le langage du violent nie tout récepteur, clame qu'il n'y en a pas d'autre.

c) La personnalité psychopathique (12):

Il existe en psychologie plus de quarante termes pour rendre compte de cette structure mentale intermédiaire entre l'éclatement psychotique et le conflit névrotique.

D'un point de vue génétique: Comme nous l'avons abordé au sujet de l'agressivité, un traumatisme important survient au moment où s'engageait l'évolution oedipienne normale. Cet émoi pulsionnel survient dans un état du Moi inorganisé et immature sur le plan des capacités d'adaptation et des défenses. Le Moi ne peut pas utiliser le refoulement pour éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive. Il a alors recours à des mécanismes proches de ceux du psychotique : le déni, le refoulement, le dédoublement des images. Le Moi instable fait de coûteux efforts pour se maintenir en dehors des deux lignes de structures vraies, la lignée psychotique étant dépassée et la névrotique non atteinte. Il y a un arrêt de l'évolution libidinale qui se trouve figée dans une sorte de pseudo-latence.

Conséquences: La construction d'une personnalité primaire normale s'articule autour de modèles triangulaires, génitaux et oedipiens aboutissant à une identité secondaire sexuelle qui repose sur une base solide. Le sujet établit alors une relation objectale authentique: l'objet qui sera en lui-même un autre sujet est accepté comme tel parce que de nature différente, de stature égalitaire et de fonction complémentaire. Ce mode de fonctionnement normale n'existe pas chez l'état limite.

Le danger immédiat contre lequel se défend l'état limite, c'est la dépression. Son angoisse de perte d'objet et de dépression découlent d'un vécu perçu comme malheureux sur le plan narcissique. Il espère un avenir meilleur teinté d'espérance, de sauvetage, investit dans la relation de dépendance vis-à-vis de l'autre. Sa relation d'objet est anaclitique (qui se repose sur).

Le passage à l'acte de l'état limite: Pour lui, la violence est un moyen de lutte pour sa survie et contre la dépression. Le passage à l'acte est l'outil préférentiel pour éviter tout contact avec l'angoisse et l'éliminer. La violence permet au sujet d'évacuer sa pensée, de retrouver l'équilibre artificiel auquel il se raccroche. Il tente de se débarrasser de ses angoisses en les faisant porter par autrui. Du point de vue de l'affectivité, on est face à de grands enfants demeurés en période latence avec de grandes hésitations affectives et une angoisse de ne pas maîtriser leurs pulsions. La violence est un moyen de faire croire que l'on possède une personnalité puissante. L'angoisse existentielle sous-jacente a bien du mal à être contenue.

Sans chercher à le déresponsabiliser, ni à minimiser ses actes, l'homme violent nous apparaît donc comme une personne en souffrance qui, dans le cas des états limites, lutte pour ne pas sombrer dans la dépression. Sa violence lui sert de bouée de secours. Il n'a pas réussi à intégrer l'instinct violent naturel faute d'exemples environnementaux. Il a souvent lui-même un passé d'enfant maltraité ou témoin des violences paternelles. Pour lui, son comportement de chef de famille est en accord avec les schémas sociaux. Il ne mesure pas ses excès tendant à les minimiser.

II. LE MEDECIN FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES

Pour être en mesure de bien venir en aide à ces patientes, le médecin se doit de savoir combien ce mal social a de graves répercussions sur le plan médical. Cette blessure, qui peut rester longtemps cachée, pèse sur toute la sphère familiale. Le clinicien doit s'enquérir des traces et séquelles physiques ou psychiques dont souffre la victime. Il ne doit pas oublier de prendre en charge les enfants du couple. Qu'il est lourd le poids de ce secret familial à ces jeunes épaules.

Quelle que soit sa spécialité, le thérapeute joue un rôle clé dans le dépistage. En première ligne se trouvent le médecin généraliste, l'urgentiste et le gynécologue obstétricien. Mais d'autres catégories comme les pédiatres, les psychiatres, les chirurgiens orthopédiques, les addictologues, les médecins du travail sont intéressés à divers titres. Parmi les services hospitaliers, les services d'urgences occupent une place privilégiée, grâce à une certaine forme d'anonymat et leur place pour traiter les pathologies en lien avec les violences conjugales (traumatologie, tentatives de suicides, abus d'alcool).

A. RETENTISSEMENT SUR LA SANTE DES FEMMES (13) (14)

1) les aspects traumatologiques

a) Les lésions traumatiques :

Elles sont la conséquence des coups reçus. Souvent de nature, d'âge et de localisation variée. Les plus fréquentes sont les plaies, les brûlures, les fractures, les hématomes, les morsures et les traces de strangulation.

Dans la majorité des cas les lésions sont dues à des coups donnés à main nue mais toutes sortes d'objets peuvent être utilisés. Les parties du corps cachées, parce que non visibles ou bien le visage et les extrémités, parce que plus accessibles, sont fréquemment touchés. L'emploi d'une arme reste rare mais sa survenue constitue un critère de gravité important auquel le médecin doit être attentif.

Ces violences s'accompagnent d'injures, de menaces et précèdent souvent des rapports sexuels forcés.

b) Leurs conséquences:

La femme peut souffrir à divers degrés d'une fatigue intense, de douleurs musculaires qui limitent son activité, de séquelles sensorielles (baisse acuité visuelle, auditive), d'impotences fonctionnelles variables. Tous ces éléments sont importants pour la rédaction du certificat d'incapacité totale de travail (I.T.T.). Il importe de les archiver dans le dossier au même titre que l'évaluation des séquelles psychologiques.

2) *les impacts psychologiques*

A côté de la violence physique meurtrissant le corps la violence psychologique bien que moins démonstrative blesse tout aussi profondément la victime . Elle subit souvent les pires avanies pendant des années mais cherche malgré tout à excuser son partenaire. Cette violence insidieuse faite de mépris et d'humiliation peut entraîner de nombreux troubles:

a) Troubles émotionnels:

Ils se manifestent par une colère mal contenue, un sentiment de honte, de culpabilité, d'humiliation, un état d'anxiété, de panique, de terreur permanente.

b) Troubles psychosomatiques:

On peut trouver de manière isolée ou associée des troubles digestifs, des lombalgies chroniques, des céphalées, une asthénie, des crises de tachycardie et de palpitations, des difficultés respiratoires et des sensations de malaises.

c) Troubles du sommeil:

Avec des insomnies, des réveils nocturnes, des cauchemars; ou simplement une femme qui ne s'autorise à dormir que quand son conjoint dort, de peur d'être agressée.

d) Troubles de l'alimentation:

Avec une perte de l'appétit, l'anorexie, la boulimie ou des victimes qui ne peuvent s'alimenter de manière régulière car privées de toute autonomie financière dans le cadre des violences économiques.

e) Trouble cognitifs:

Il s'agit de femmes qui souffrent de difficultés de concentration, d'attention, avec possibles pertes de mémoire qui rendent le parcours et les démarches nécessaires pour pouvoir sortir de cette situation d'autant plus insurmontables.

3) au niveau psychiatrique

a) États d'anxiété et de panique

C'est la réponse directe de l'exposition au stress quotidien, la dépression en étant la conséquence. 5% des femmes victimes de violences ont fait une tentative de suicide contre 0,2 % chez les femmes n'en ayant pas subi. Dans les études anglo-saxonnes, 50% des femmes victimes souffrent de dépression et 29% ont fait une tentative de suicide.

b) Prescription de médicaments psychiques et antalgiques:

Ces patientes reçoivent cinq fois plus fréquemment de traitements psychotropes que le reste de la population. Pour faire face à l'anxiété, elles abusent de substances psychoactives (tabac, alcool, médicaments, drogues).

c) Le syndrome de stress post-traumatique:

Il est commun à toutes les personnes victimes d'un événement traumatisant qu'elles revivent sous formes de réminiscences involontaires.

Ces retours en arrière peuvent entraîner une telle détresse que la personne va tout faire pour éviter les stimuli pouvant être associés à l'événement initial. La durée de ce processus est variable, de quelques semaines à une vie entière. Ce syndrome associe:

- une ré-expérience des événements du traumatisme,
- des réactions émotionnelles et physiques provoquées par un événement qui rappelle le traumatisme,
- une stratégie d'évitement des activités, lieux, pensées et/ou conversations susceptibles de rappeler le traumatisme,
- un état d'hyper excitation avec des réactions d'hyper vigilance, une irritabilité, des troubles du sommeil et de la concentration.
- des troubles dissociatifs: déréalisation / dépersonnalisation.

La moitié des femmes violentées souffre d'un syndrome post-traumatique. La proportion augmente pour les femmes victimes de violences sexuelles. Il existe donc une forte corrélation entre les violences subies et le niveau de stress post-traumatique.

d) Des troubles psychotiques:

Certains sont une forme clinique du stress post-traumatique. Ils sont liés à des états de désorientation, de confusion mentale, des pensées délirantes ou paranoïaques. Il ne s'agit pas de psychose schizophrénique.

4) sur le plan gynécologique

a) Les affections génitales:

On peut objectiver des lésions traumatiques périnéales lors des rapports accompagnés de violences. Plus simplement, on retrouve les infections génitales et urinaires à répétition, les MST, les douleurs pelviennes chroniques, les troubles des règles et de la sexualité (dyspareunie, vaginisme, anorgasmie).

b) Les mutilations sexuelles féminines:

Ceci inclut toutes les interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical. On estime, en France, à 60 000 le nombre de femmes ou de fillettes mutilées ou menacées de l'être. Ces pratiques sont sources de nombreuses complications gynécologiques et obstétricales.

5) pour les pathologies chroniques

Le diabète, l'asthme, les maladies coronariennes.. nécessitent un traitement continu, des soins réguliers et une bonne observance du malade. Ces maladies sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées par les violences. L'agresseur peut aussi empêcher sa femme de consulter : annulation, des rendez-vous, refus de la conduire .Il peut se servir de sa maladie pour la confiner dans une situation de dépendance ; ainsi il choisit de donner ou non le traitement, jette les médicaments.

6) la violence peut aboutir au décès

Les violences conjugales sont une des causes principales de mortalité des femmes. Le décès par homicide ou suite à des lésions traumatiques graves est parfois le terme fatal de la violence. Comme vu précédemment, il peut être la conséquence d'une carence en soins par privation. Le suicide, pour certaines femmes, étant l'issue ultime de la violence. On estime que les femmes victimes de violence font cinq fois plus de tentatives de suicide que dans la population générale. Rappelons qu'en France, une femme meurt tous les quatre jours du fait, de violence conjugale.

B. LA GROSSESSE (15)

Ce moment de vulnérabilité physique et psychologique de la femme constitue un facteur déclenchant ou aggravant de la violence. Elle est sans doute aussi plus sensible aux situations de violence de par son désir de protéger son enfant. L'homme violent vit alors une période de grande déstabilisation. La femme va devenir mère, avoir une autre personne à servir, d'où la perte de sa toute puissance au foyer.

1) une période à risque

Il ressort des diverses enquêtes que 3 à 8 % des femmes enceintes sont victimes de violences conjugales et 4% le sont dans l'année suivant la grossesse. De plus, 40% des femmes battues l'ont été pendant leur grossesse.

Sur le plan psychologiques, le partenaire violent peut nier la grossesse de sa femme, manifester du dégoût pour son apparence physique, réfuter sa paternité, menacer d'enlever l'enfant, mettre en doute constamment les capacités de la femme à être une bonne mère. Il peut aussi imposer une grossesse non désirée ou au contraire la pousser à une interruption de grossesse. Pour les violences physiques, elles demeurent du même ordre avec en plus les risques relatifs aux coups reçus dans le ventre. 25% des morts maternelles sont secondaires à des violences physiques perpétrées par le père biologique.

Sur le plan économique il peut empêcher sa femme d'aller aux examens et aux consultations obstétricales, l'empêcher de s'alimenter correctement ou ne pas lui permettre de préparer le domicile pour la venue de l'enfant. Il peut aussi l'épuiser au travail ou l'empêcher de dormir.

2) les conséquences obstétricales

a) Fausses couches et avortements spontanés:

3 à 6% des femmes enceintes déclarent avoir été victimes de violences pendant la grossesse. Parmi elles, 31% ont déjà vécu des fausses couches contre 17% chez les autres femmes. Selon une étude chilienne le risque d'avortement spontané est 1,44 fois plus élevé en cas de violences conjugales que dans la population générale.

b) Ruptures prématurés des membranes et MAP :

Les traumatismes physiques sollicitent l'utérus, ceci cause des contractions utérines avec risque de MAP (menace d'accouchement prématuré). Le stress psychologique engendre également des contractions. Une étude américaine de 2001 montre une augmentation du risque d'accouchement prématuré en cas de stress psychologique chronique par l'augmentation des niveaux de CRH (corticotropin releasing hormone). Le CRH étant le régulateur de l'ACTH.

c) Anémie, infections vaginales, urinaires, rénales:

Ces risques sont apparus significativement plus élevés dans de nombreuses études.

d) Toxémie gravidique:

Une étude chilienne de 1998 montre une prévalence 1,5 fois plus élevée en cas de violences conjugales.

e) Décollement placentaire, hémorragies fœto-maternelles, ruptures utérines:

Des traumatismes violents et fréquents sur l'abdomen peuvent conduire au décès de la mère et/ou du fœtus.

f) Abus de substances toxiques:

Que ce soit le tabac, l'alcool, les drogues ou les médicaments à visée antalgique ou psychique. Il s'agit souvent de tentatives « d'automédication » pour faire face à l'anxiété avec un risque potentiel sur le déroulement de la grossesse: retard de croissance intra utérin, syndromes poly-malformatifs, syndrome de sevrage néonatal.

3) le travail et l'accouchement

a) Syndrome de stress post traumatique:

Il peut survenir lors du travail, surtout si la femme a subi des abus sexuels qu'elle risque de visualiser lors des examens médicaux de l'accouchement. Moment de grande fragilité psychique où resurgissent les angoisses; la peur de la réaction du père, du devenir de l'enfant, du retour au domicile.

b) Comportements inhabituels de la mère:

Avec la progression du travail et l'augmentation de la douleur, la femme peut avoir un sentiment de perte de contrôle, source de réactions extrêmes: cris, inexpressive qui va subitement pleurer, terreur incontrôlable.

c) Prolongation du travail, stagnation de la dilatation:

On se trouve face à une mère qui souhaite que le travail et la douleur restent à un niveau contrôlable, de peur de devenir vulnérable.

d) Suite de couches:

L'angoisse et le malaise de la mère peuvent s'exprimer par une carence ou une absence de soins à l'enfant.

Possibles douleurs pelviennes et abdominales chroniques qui persistent.

4) les conséquences fœtales

Les principales conséquences de la violence sur le fœtus sont une diminution du poids de naissance, une souffrance fœtale, des lésions fœtales en cas de traumatisme maternel et plus rarement une mort in utero.

On ne sait dire pour l'instant si les capacités sensorielles du fœtus lui permettent d'avoir une sensibilité douloureuse mais la mise en place des connexions thalamocorticales à partir de 26 SA le laisse supposer.

Les violences conjugales ont aussi un retentissement sur la qualité du lien mère-enfant. On peut observer des réactions de délaissement de l'enfant, des transferts de culpabilité « je suis restée à cause de toi » ou une attitude de surprotection de l'enfant. Des syndromes de Münchhausen par procuration (pathologie simulée par l'enfant, entretenue par la mère) peuvent survenir.

Le risque de maltraitance à enfant dans les situations de violences conjugales est non négligeable:il serait six à quinze fois plus élevé qu'il s'agisse de violences psychologiques ou physiques.

C. LES ENFANTS EXPOSES (16)

1) *Qui sont-ils ?*

Quand on mesure les conséquences de la violence conjugale sur les femmes qui la subissent régulièrement, on en vient à savoir quels peuvent être les effets sur les enfants. Dès que la violence, sortant du couple, touche l'enfant ; il en devient une victime à part entière. Il rentre dans la catégorie des enfants maltraités. Depuis plusieurs années, l'intervention de plus en plus précoce des acteurs médicaux, sociaux et judiciaires tente de leur venir rapidement en aide.

Cependant la société reste relativement démunie face à ceux qui ne sont pas victimes directement des coups, mais « simples témoins » des souffrances de leur mère. Il n'existe pas, à l'heure actuelle en France, de mesure de ce phénomène. Les principales données sur les « enfants exposés la violence conjugale et familiale » nous viennent du Canada (9). C'est un terme plus complet que celui témoin qui englobe le fait de voir, d'entendre, d'observer les effets de la violence et de vivre dans la peur.

Il ressort de cette étude que 29% des canadiennes sont victimes de violences de la part de leurs époux et conjoints. 39% de ces victimes affirment que leurs enfants en ont été témoins. Autrement dit, 11 à 23% des enfants canadiens sont témoins d'actes de violence envers leur mère (étude Johnson en 1996).

2) *les conséquences sur l'enfant*

La violence conjugale, moyen d'expression du pouvoir autoritaire du père impose souvent à toute la famille le poids d'un lourd secret. Il y a ce « conflit de loyauté » qui écartèle lorsque l'on est forcé de prendre position pour sa mère mais contre son père. On apprend aux enfants à ne pas en parler et on menace de punitions s'ils disent quelque chose. Certaines familles déménagent chaque fois que la violence risque d'être découverte. Toujours se rappeler que dans ces foyers, les enfants courent eux-même un risque accru de violences physiques et sexuelles de la part de l'agresseur de leur mère.

Cet enfant se morcelle et se construit tant bien que mal dans un référentiel de violence.

a) *Comportements agressifs et indiscipline:*

Les enfants témoins deviennent souvent agressifs envers leurs frères et sœurs, leurs pairs, et les enseignants. La destruction de biens, la tendance à se battre leur font courir le risque de devenir des délinquants juvéniles.

La qualité de la relation entre l'enfant et le monde éducatif constitue un bon signe d'appel pour le médecin. La phobie scolaire où l'enfant cherche à rester près de sa mère pour mieux la protéger en est un bon exemple.

b) Problèmes affectifs et intériorisation:

Sur le plan psychologique, on retrouve l'anxiété, la dépression, la faible estime de soi, la léthargie. D'autres souffrent de troubles somatiques en lien avec une forte tension interne. Pour les filles, on se retrouve face à des enfants éprouvant la nécessité d'avoir un comportement parfait.

c) Syndrome de stress post traumatique:

Suite au danger de mort ou blessure grave d'une personne proche, le comportement de l'enfant devient agité ou désorganisé. Comme chez l'adulte, cela peut se manifester par des troubles du sommeil, une irritabilité, des crises de colère, des difficultés de concentration, de l'hyper vigilance.

d) Symptômes plus subtils:

D'autres symptômes, des attitudes inappropriées dans l'utilisation de la violence pour résoudre des conflits, du dédain à l'égard de la violence faite aux femmes, une grande difficulté à avoir des relations intimes stables, peuvent être évocateurs. Les signes sont fonction de plusieurs facteurs: arrêt ou persistance de la violence, sentiment d'insécurité éprouvé par l'enfant et la mère, durée et intensité des actes de violence observés, capacités d'adaptation de l'enfant.

3) selon l'âge de l'enfant

a) De la naissance à deux ans:

Le stress ressenti par l'enfant est mesurable sur son rythme cardiaque, ses réflexes psychogalvaniques, ses pleurs. Il y a un risque important de maltraitance physique s'il est près de sa mère quand elle est frappée. D'un point de vue clinique, on objective un retard staturo pondéral et du développement.

Selon les travaux de Perry (1995), l'exposition à la violence traumatique altère le développement du système nerveux central, prédisposant le sujet à être plus impulsif, réactif et violent. Ces jeunes enfants souffrent d'hyper vigilance avec hypersensibilité agressive.

b) Enfants préscolaires:

Ils sont gravement perturbés par la violence entre les parents même dans les formes minimales. Ils s'arrêtent de jouer et d'explorer pour manifester leur détresse et se rapprocher de leur mère.

Ils peuvent imiter le comportement des parents en attaquant leurs compagnons ou leur fratrie. Ce sont des enfants difficiles à contrôler, faisant preuve de cruauté envers les animaux et destructeurs de biens.

c) Enfants de 6 à 11 ans:

Ils manifestent leur détresse par des actes violents sur les femmes, un repli sur eux-même à l'école avec troubles de l'attention. Ils ne participent pas activement à la vie scolaire et manifestent des convictions stéréotypées sur le rôle des hommes et des femmes. Ils peuvent présenter des troubles anxieux allant jusqu' à la dépression.

d) Adolescence:

Quand ils arrivent à cette âge, l'absentéisme scolaire devient problématique. Certains abandonnent les études et s'enfuient de chez eux. Ils ont du mal à se projeter dans l'avenir adoptant un comportement d'évitement des difficultés. Par la suite, la dépression, les conduites addictives et le suicide sont possibles.

Comme pour ceux qui souffrent directement de la violence, la simple exposition de l'enfant à celle-ci est lourde de conséquences. La levée d'un tel secret, chose qui n'est jamais simple, remet en cause « l'équilibre familial ». Le premier interlocuteur susceptible d'oser lever le voile reste souvent, pour la mère comme pour l'enfant, le médecin généraliste.

D. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

Le médecin, qu'il soit généraliste mais également urgentiste ou gynécologue est souvent le premier interlocuteur dans les situations de violence. C'est un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des victimes. Mais ceci sous-entend, qu'il possède la connaissance nécessaire au dépistage.

1) *les rôles du médecin* (17) (18)

a) Dépister les violences:

Cela peut sembler facile face à des lésions visibles, dont la topographie et la multiplicité sont évocatrices. Il devient plus difficile, derrière le trouble somatique ou la demande passagère d'anxiolytiques, de soupçonner un appel à l'aide. Il faut de la perspicacité.

Certaines attitudes de la patiente peuvent être évocatrices: femme craintive, apathique, irritable. C'est, cette patiente, agressive qui recherche désespérément le clash. Ou, toutes ces autres, autoritaires, pénibles, trop timides, trop effacées, exaspérantes, toujours en retard et dont le téléphone sonne pendant la consultation « désolée, c'est mon mari qui s'inquiète » . C'est avec ces femmes-là, qu'il faut parler des violences. Le médecin doit alors, par quelques interrogations, tenter de mettre à jour les dysfonctionnements de la vie conjugale: *qu'est ce qui vous rend triste ? Vous entendez-vous bien avec votre mari ? Vous disputez-vous souvent ? Un de vos proches vous maltraite-il ?*

Dans d'autres situations, c'est la présence d'un mari trop prévenant, répondant à la place de son épouse qui doit attirer l'attention.

b) Accueillir et être à l'écoute:

C'est être disponible et savoir engager le dialogue. Il s'agit pour le praticien d'instaurer un climat de confiance propice à lever les peurs et les angoisses de ces femmes. Savoir poser des questions simples pour qu'elles racontent leur histoire. Ceci est d'autant plus difficile que la femme, a souvent une première réaction qui consiste à nier la violence, à la minimiser. Elle refuse d'admettre l'anormalité de la situation ramenant les crises à de simples accidents. Le médecin se retrouve en face d'une personne souvent humiliée, dépressive. C'est la parole qui permet à la patiente de sortir de la honte et de l'isolement, de repérer ses propres besoins et de cheminer dans sa réflexion.

Pour un « médecin de famille » ce n'est jamais simple mettre à jour ces violences. Il se trouve obligé de devoir prendre partie au sein d'un couple qu'il connaît parfois de longue date. Ce qui peut être un frein dans sa prise en charge.

c) Rappeler ses droits à la patiente:

D'abord bien lui dire que cette situation n'est pas normale. Que l'attitude de son mari à son égard est un délit. La qualité de conjoint ou de concubin dans le cas d'atteintes volontaires à l'intégrité d'une personne constitue une circonstance aggravante.

Il faut rassurer la patiente, le dépôt d'une plainte n'entraînera pas nécessairement l'incarcération du conjoint. De même, les enfants du couple ne seront pas placés dans un foyer.

d) Déterminer le contexte:

La femme victime de violences est entraînée dans une spirale au sein de laquelle les périodes de crises alternent avec des phases d'accalmie. Il est important que le médecin connaisse cette notion de cycle . Il peut évaluer où en est le couple et mieux comprendre les attentes de sa patiente. Il risque moins d'être déstabilisé par son apparente indécision.

Une patiente, très revendicative après une crise, reviendra quelques mois plus tard, la minimisant complètement, avouant qu'elle a retiré sa plainte, qu'elle est heureuse et attend un enfant de son conjoint,...jusqu'à la prochaine crise. Ce volte-face peut, s'il se répète trop souvent, finir par exaspérer le praticien.

C'est lorsque les cycles se répètent de plus en plus fréquemment, sans période de répit, que la rupture semble possible. Cependant, la femme n'a souvent plus la force de partir. La lassitude, celle de son entourage, la honte d'avoir tant subi d'humiliations, la peur des représailles pour elle et ses enfants, la crainte de ne pouvoir faire face aux difficultés matérielles, l'isolement, le manque de confiance en elle et dans l'institution judiciaire, sont autant de difficultés à surmonter.

e) Évaluer la gravité:

L'intensité des violences peut s'évaluer physiquement par le type et la taille des lésions visibles ainsi que par l'impotence fonctionnelle qui en résulte. La fréquence des scènes ainsi que l'accentuation de la violence sont des éléments importants. Le médecin doit aussi s'enquérir des conséquences psychologiques. Il faut impérativement rechercher un potentiel risque suicidaire et la prise de substances psycho actives.

La grossesse de par la fragilité de la femme enceinte et le retentissement possible des violences doit être considérée comme un critère de gravité justifiant la protection immédiate de la femme.

Le médecin doit mesurer les conséquences du climat de violence sur les enfants, savoir s'ils sont présents durant la crise ou victimes de maltraitements.

La séparation est une étape délicate avec risque de violences extrêmes. Comme autres critères de gravité sont à rechercher :

- les menaces de mort,
- l'utilisation d'armes
- la présence d'armes au domicile, donnée primordiale.
- le contexte d'alcoolisation du partenaire et ses possibles antécédents judiciaires (surtout si de précédentes condamnations n'ont pas modifié le comportement de l'agresseur).

Tous ces éléments permettent au médecin d'évaluer le terrain familial.

La notion d'un risque élevé peut justifier l'éloignement immédiat ou une hospitalisation en urgence. Dans tous les cas, il convient d'orienter la patiente vers une association d'aide aux victimes. Le médecin peut et doit lever le secret médical pour faire une déclaration au procureur de la république s'il pense que la survie de sa patiente est menacée. C'est un cas de personne majeure vulnérable. Ne pas l'aider relève de la non-assistance à personne en péril. En matière de maltraitance, le médecin peut déroger au secret professionnel, article 226-14 du Code Pénal. Il n'est pas opposable « *au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constaté sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* ».

f) Assurer les soins et faire un dossier:

Le bilan des lésions peut nécessiter un avis spécialisé (ORL, ophtalmologiste, gynécologue, psychiatre...) ou des examens complémentaires. Les soins concernent les lésions constatées mais aussi les possibles manifestations douloureuses immédiates et/ou le retentissement psychologique: insomnie, dépression, angoisse.

La délivrance du certificat médical, auquel tout médecin traitant est tenu, peut être différée mais il importe de noter tous les faits, objectifs et subjectifs, dans le dossier: début des violences, type, fréquence, contexte, critères de gravité, lésions constatées, retentissement fonctionnel et psychique.

g) Rédaction du certificat:

Il s'agit d'un document médico-légal, un acte médical descriptif témoignant des dires de la patiente, décrivant les lésions, leurs conséquences cliniques ainsi que le retentissement physique, fonctionnel et psychologique des violences subies par la femme. Nous en parlerons plus longuement par la suite.

h) Orienter vers des structures d'aide:

Selon la demande et les besoins de la patiente. Une femme suite à une crise violente, consultera afin d'obtenir le certificat médical, pour déposer une plainte à la gendarmerie. Si elle souhaite quitter le domicile, le généraliste l'orientera vers les organismes d'aide aux victimes.

Par contre, si les violences sont mises à jour chez une patiente dépressive connue, il convient de lui proposer un soutien psychologique et des liens vers des associations. Elle n'est pas dans une démarche de départ mais de réflexion.

Cependant l'orientation vers un psychologue ne doit jamais être une réponse isolée face aux problèmes de violence. Si l'accompagnement psychologique est important, il ne doit pas laisser croire à la patiente qu'elle est responsable des violences et que c'est son comportement qu'il faut changer. Le médecin doit mesurer la présence et la solidité du réseau familial ou amical de soutien. Au moment du départ, il faut s'assurer que le lieu d'hébergement ne soit pas connu du conjoint.

Les associations spécialisées dans la lutte contre la violence et l'aide aux victimes proposent aux femmes une écoute, un accompagnement, une aide dans les démarches administratives et judiciaires, et en cas de nécessité, un logement d'urgence.

Si l'orientation vers la police et la gendarmerie avec un certificat médical constitue une réponse concrète et rapide, elle ne saurait se suffire en soi. Seule une réelle coordination entre les différents professionnels permet de dépasser le sentiment d'impuissance souvent souligné par les médecins généralistes.

2) les difficultés du M.G

a) Liées à leur méconnaissance du problème:

Beaucoup de médecins ignorent l'ampleur du problème et méconnaissent le polymorphisme des violences. Ils pensent que le phénomène est réservé aux couches défavorisées et ne peut toucher leur patientèle. Ils n'osent pas s'introduire dans la vie privée du couple craignant d'offenser la patiente par ses questions. Ceci se traduit souvent par une tendance, à gérer seul le problème, à rédiger des certificats de manière incorrecte et par un dépistage insuffisant .

b) Liées à l'exercice du métier:

Certains généralistes se plaignent du manque de temps nécessaire à écouter et rassurer une patiente traumatisée. D'autres se méfient des conséquences du certificat médical et des possibles retombées judiciaires.

La situation d'un point de vue légale est délicate: pris entre leurs obligations de porter secours, de protéger les patientes et le code de déontologie médicale qui prévoit des punitions pour violation du secret médical. On peut comprendre la réticence du médecin à croire l'un plutôt que l'autre des deux protagonistes quand il les connaît depuis longtemps avec parfois la crainte des risques encourus pour sa prise de position.

c) Liées au comportement des femmes:

Certains médecins sont découragés par la complexité du problème et l'ambivalence de certaines patientes. Très revendicatives ou complètement abattues après une crise mais qui de manière contradictoire refuseront de quitter leur compagnon ou de porter plainte.

Il n'est pas facile de prendre en charge ces patientes. Elle se culpabilisent beaucoup, se sentent responsables des crises, se reprochent de ne pas réussir à trouver « la bonne conduite » vis-à-vis de leurs conjoints, et éprouvent des sentiments contradictoires à son égard, tout en gardant l'espoir de pouvoir le changer.

Face à ces femmes souvent isolées, incapables d'envisager leur départ , effrayées par les réactions du mari ou par les conséquences pour leurs enfants ; le médecin, s'il reste seul, peut vite se sentir découragé.

d) Liées à l'histoire du praticien:

Ce dernier peut avoir une histoire personnelle de violence intra familiale en tant que témoin ou victime de sévices sexuels subis dans l'enfance qui parasite son jugement et sa capacité à intervenir face à cette problématique.

E. CERTIFICATS ET I.T.T.

1) *Importance du certificat*

Plus qu'une formalité administrative, c'est un acte médical authentique, attestant par écrit de la part d'un professionnel extérieur au cercle familial, l'existence de lésions traumatiques et/ou de symptômes traduisant une souffrance psychologique. Toute attestation écrite de la part d'un professionnel a toujours une valeur juridique: le médecin engage sa responsabilité pénale, civile et disciplinaire.

Le certificat établi à la demande de l'intéressé doit lui être remis en main propre. Le patient peut l'utiliser pour déposer une plainte, demander réparation ou indemnisation d'un préjudice subi. Le fait de notifier par écrit, à la victime ce qu'elle subit, permet une prise de conscience de la gravité de sa situation. Il contribue ainsi à une certaine reconnaissance des violences endurées.

C'est donc pour la patiente comme pour l'institution judiciaire un document des plus importants qui doit être établi, pour un usage donné, avec une attention toute particulière.

2) *Présentation et contenu*

Ce document rend compte d'une intervention médicale reflétant le savoir-faire du praticien. Il doit être compréhensible de la patiente et d'autres lecteurs non-médecins auxquels il s'adresse, d'où la nécessité d'une écriture lisible, avec des termes simples et précis en évitant le jargon médical et les abréviations. (**ANNEXE 1**)

a) La présentation:

Elle comprend l'identité du médecin généraliste, l'identité et l'âge de la patiente, la date de l'examen clinique et précise le demandeur et le destinataire du document. Pour la patiente, il sera précisé: « Fait à la demande de l'intéressée et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit ».

b) Les circonstances des faits:

Selon l'article 4 du code de déontologie médicale « *lorsqu'un médecin est sollicité pour délivrer un certificat dans le cas de coups et blessures,..., il doit se garder de tous commentaires, notamment de faire allusion à des faits ou à des circonstances dont il n'a pas été témoin* ». Il importe alors de bien mettre au conditionnel ou entre guillemets les éléments qui sont rapportés par la victime : date, lieu de l'agression, déroulement, auteurs des violences, type de violence. Exemple: elle me dit « j'ai été victime le (date) à(lieu) par (agresseur)de coups reçus(localisation)... » Ou elle me dit qu'elle aurait été victime le (date) à (lieu) par (agresseur). Elle aurait reçu des coups (localisation)

c) Les doléances de la victime:

Le médecin généraliste se doit de relever l'ensemble des plaintes physiques (douleurs) et psychologiques (insomnies, anxiété) déclarées par la patiente.

d) La description des lésions:

Le médecin « *doit décrire objectivement ce qu'il a constaté et dresser un bilan complet et descriptif des lésions observées* » selon le code de Déontologie médicale. Une lésion physique se définit par son type, sa couleur, sa localisation, sa dimension. Il importe de bien différencier une ecchymose d'un hématome même si toutes les deux sont des contusions secondaires à l'action d'agents contondants. Au premier degré, l'ecchymose est une infiltration sanguine des tissus, l'hématome est une collection sanguine dans une cavité néoformée signe de second degré. Elle traduit des ruptures vasculaires, signe d'une plus grande violence. Aux signes visibles il faut ajouter la description des troubles psychologiques décrits par la patiente. Il faut quantifier l'état de stress résultant des violences.

e) Les séquelles fonctionnelles:

On recherche des zones douloureuses, des limitations à la mobilisation. Ceci permet d'évaluer le retentissement des blessures dans la vie quotidienne et professionnelle de la patiente.

f) Les examens complémentaires et soins:

Le document doit indiquer si des soins (immobilisation, rééducation...), un complément d'investigation (radio, consultations spécialisée..) ou un suivi, sont nécessaires. La durée de l'I.T.T pouvant se trouver modifiée par les résultats.

g) L'arrêt de travail:

Si les lésions ou l'état de santé psychologique de la patiente, sont incompatibles avec son activité professionnelle, le médecin peut être amené à délivrer un arrêt de travail. La durée peut figurer sur le certificat descriptif à titre indicatif.

h) L'I.T.T :

C'est une notion de jurisprudence qui permet une interprétation médico-judiciaire des constatations médicales pour apprécier la gravité pénale des violences. Bien qu'aucun texte législatif ne définisse l'I.T.T, on peut la considérer comme l'évaluation de la durée, en nombre de jours, pendant laquelle une personne blessée, victime de coups et blessures lors d'une agression, va avoir un état d'incapacité.

L'Incapacité Totale de Travail n'exige pas que l'incapacité constatée soit absolue et interdise au blessé le moindre effort musculaire. On mesure la perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, alimentation, déplacement...).

La durée de l'I.T.T détermine en matière de violences volontaires la compétence du tribunal. Selon le code pénal, le tribunal de police est compétent pour toutes les affaires où l'I.T.T est inférieure à 8 jours sans circonstance aggravante alors que le tribunal correctionnel est compétent pour toutes les affaires où l'I.T.T est supérieure à 8 jours ou inférieure à 8 jours avec circonstances aggravantes. Dans le cadre des violences conjugales, ce n'est pas la durée de l'I.T.T qui détermine le tribunal compétent puisqu'il s'agit toujours d'un délit donc relevant du tribunal correctionnel.

Si une hospitalisation ou une immobilisation est nécessaire, la durée du séjour ou la durée d'immobilisation plâtrée constitue la durée minimale de l'I.T.T. Hormis ces cas, la durée est assujettie à l'évaluation par le médecin du retentissement fonctionnel et psychique des lésions entraînant une grande disparité dans les appréciations. Son objectivité peut être faussée par sa proximité avec la victime, la peur de représailles, les pressions familiales, la connaissance du « présumé auteur »... .

Le médecin se doit de réévaluer la durée en fonction des examens complémentaires prescrits, de l'évolution des lésions ou des avis spécialistes. Il doit noter sur le certificat « sous réserve de l'évolution et du résultat des examens... », permettant ainsi une meilleure estimation des conséquences des violences subies.

3) Proposition d'un barème indicatif des I.T.T (19)

Projet à partir d'études réalisées par les docteurs *Geoffroy Lorin de la Grandmaison* et *Michel Durigon* du service d'anatomie pathologique et de médecine légale de l'hôpital Raymond Poincaré. Face à l'absence d'échelle d'évaluation objective de l'I.T.T et devant la grande disparité entre médecins ou parfois pour un même médecin face à des lésions similaires dans la détermination des I.T.T, ils proposent un barème qui se veut simple, reproductible, facile et rapide.

Ce barème vise à être un outil susceptible de fournir une aide à une évaluation plus objective de l'I.T.T et non comme un carcan privant le médecin de son appréciation clinique personnelle de chaque victime. Il s'inspire du barème fonctionnel utilisé en dommage corporel pour l'évaluation de l'incapacité permanente partielle (IPP). Deux éléments d'évaluation participent au barème: un score lésionnel, en fonction du type, de nombre et de la taille maximale des lésions traumatiques constatées chez la victime et un index de gêne fonctionnelle globale. **(ANNEXE 2)**

a) Calcul du score lésionnel:

On prend d'abord en compte le type le plus grave de lésions constatées, selon une échelle de gravité allant de 1 à 7. Les abrasions et brûlures 1^{er} degré valant 1, les ecchymoses et raideur ostéo-articulaire 2, les hématomes et plaies 3, les brûlures de 2^{ème} degré et plus 4, les entorses 5, les luxations 6, les fractures 7.

Le second critère est le nombre total de lésions traumatiques observées selon une échelle allant de 0 à 3: une lésion unique étant nulle, deux à cinq lésions valant 1, de six à dix lésions 2, plus de dix 3.

On définit un troisième critère selon la taille du plus grand axe de la plus grande lésion sur une échelle de gravité allant de 0 à 3 : moins de un centimètre étant nul, de un à cinq centimètres valant 1, de six à dix centimètres 2 et plus de dix centimètres 3.

Le score lésionnel total correspondant à la somme des valeurs obtenues pour les trois échelles de gravité. Ce chiffre variant de 1 à 13.

b) Index de gêne fonctionnel globale:

Celui-ci vient pondérer le score lésionnel afin de renseigner le juge sur le retentissement fonctionnel des blessures subies. Il s'apprécie selon une échelle de gravité allant de 0 à 3: l'absence de gêne étant nulle, une gêne discrète valant 1, une gêne modérée 2, une gêne sévère 3. Il représente la difficulté dans les gestes de la vie courante liée aux blessures subies. Cet index est multiplié par 2 si les blessures touchent le membre supérieur correspondant à la main dominante.

c) Index d'incapacité brut:

Il est égal au score lésionnel multiplié par l'index de gêne fonctionnel global. Selon une table de correspondance, cet index d'incapacité brut donne un index d'incapacité en jours, selon une fourchette. La valeur de l'I.T.T correspondant à cet index d'incapacité en jours additionné de la durée d'immobilisation et de la durée d'hospitalisation si celles-ci sont nécessaires.

d) Les avantages du barème:

L'évaluation de l'I.T.T se concentre sur la gêne fonctionnelle globale, ainsi toutes les lésions traumatiques dépourvues de conséquences fonctionnelles correspondent à une I.T.T nulle. Il permet aussi d'éviter des durées proches de la limite des 8 jours qui peuvent être ambiguës sur le plan judiciaire. Il permet au non-médecin, en particulier le juge de mieux évaluer la durée de l'I.T.T fixée, tout en laissant au médecin une grande liberté dans l'appréciation de la gêne fonctionnelle.

e) Les limites du barème: (20)

En voulant à tous prix faire correspondre l'ITT avec une limitation fonctionnelle objective, une victime qui ne présente pas de gêne fonctionnelle physique peut se retrouver avec une ITT nulle d'après le barème. Ceci pouvant être vécu par le patient comme un déni de son traumatisme pouvant ajouter un sentiment de rejet, l'impression de ne pas être pris au sérieux.

L'appréciation des répercussions psychologiques échappe complètement à ce barème sauf si on les incorpore dans l'évaluation du degré de gêne fonctionnelle. C'est la part de subjectivité que conserve le praticien.

Pour certaines lésions qui demandent un avis spécialisé, le médecin se retrouve en difficulté pour fixer une ITT première : lésions de la sphère ORL sans gêne fonctionnelle (fracture os propres du nez, acouphènes, dévitalisation, fracture dentaire), lésions ophtalmologiques, avis psychiatrique pour syndrome de stress post traumatique.

Sur le long terme, le barème mais aussi l'I.T.T de manière générale ne prend pas en compte le préjudice esthétique et le retentissement psychologique qui peuvent découler de certaines blessures.

III. ANALYSE DE LA FORMATION DANS LA REGION

A. LA FORMATION MEDICALE EN PAYS DE LA LOIRE

La formation des médecins généralistes en Pays de la Loire comme dans les autres facultés repose sur deux axes complémentaires: d'abord la formation universitaire initiale qui se déroule tout au long du cursus puis les formations annexes facultatives auxquelles est tenu le praticien hors du cadre universitaire: c'est la formation médicale continue. Le médecin se doit de faire un quota de formation annuelle mais conserve toute sa liberté de choix des séminaires qui lui semblent utiles à sa pratique.

1) Place des violences conjugales dans le cursus universitaire.

Jusqu'en 2003 ce phénomène de société n'était pas abordé durant le cursus universitaire. Depuis, deux temps de formations ont déjà eu lieu:

a) durant le second cycle:

Au cours de l'année 2005 les étudiants en stages de gynéco-obstétriques en janvier et mars ont bénéficié d'enseignements dirigés animés par le Professeur Philippe et le docteur Van Wassehove sur le thème des violences conjugales.

b) au cours du troisième cycle:

Les étudiants résidents qui se préparent à devenir des médecins généralistes reçoivent depuis l'année universitaire 2003-2004 un journée de formation sur les problèmes de couple. La matinée étant axée sur les dysfonctionnements du couple. On y aborde les problèmes relationnels, pour lesquelles le généraliste peut jouer le rôle de médiateur. L'après midi se consacre aux violences conjugales, les jeunes résidents bénéficiant d'une initiation à cette problématique au travers du jeu de l'oie. Un des objectifs de la journée étant une mise en parallèle des deux thèmes appelant de la part du médecin des prises en charges opposées.

2) Les séminaires de Formation Médicale Continue.

La FMC repose sur des séminaires qui se sont déroulés ces trois dernières années selon 3 modes. Les formations « courtes » que sont les tables rondes du soir. Les formations qui sont plus assimilables à des projets d'action qui se déroulent sur une journée voire deux.

a) les FMC courtes:

Il y a eu ces trois dernières années quatre soirées de formation dans la région: deux sur Nantes, une sur Chateaubriand et une à la Roche sur Yon. La durée de ces formations était d'environ deux heures. Une liste de trente cinq médecins concernés par ces séminaires a été établie.

La présentation initiale: elle cherche au travers des chiffres et des études récentes à mettre à jour l'importance et la méconnaissance de cette question. Puis l'intervenant à l'aide de cas cliniques ou d'un jeu de l'oie reprenant les grandes étapes de la vie d'une femme victime de violences re-situe la place du médecin généraliste dans la prise en charge de ces femmes. Le cycle de la violence et la grande détresse de ces femmes sont des notions que les séminaristes doivent avoir intégrées.

Les objectifs: ils visent d'abord une prise de conscience du phénomène avec une sensibilisation des médecins au dépistage des patientes à risque. Et secondairement, si la durée de la formation le permet, une remise à jour des connaissances sur la rédaction du certificat médicale et sur la détermination d'une I.T.T.

b) les formations longues:

Deux colloques sur le sujet ont eu lieu entre janvier 2003 et septembre 2005. L'un a duré deux jours et l'autre une journée. Les temps de formation allant de sept à quatorze heures. Une liste de vingt six médecins participants a été établie.

Le déroulement des séminaires: la formation alterne entre des exposés et des ateliers de groupes. Le contenu des interventions porte sur le contexte épidémiologique, une explication de la spirale de la violence, quand savoir évoquer la violence intra familiale. Les présentations étant le fait des experts généralistes et d'une coordinatrice de SOS femme. Les tables rondes au travers de cas cliniques, mise en situation et jeu de l'oie mettent l'accent sur le dépistage, le fait d'oser questionner la patiente (elle n'attend que cela), et la rédaction du certificat médical.

La formation de deux jours comprend les mêmes temps de formation avec en plus un travail initial sur la représentation qu'a le médecin de la violence conjugale. Un atelier supplémentaire reprend les règles légales et déontologiques relatives au secret professionnel et au devoir d'assistance. Son but est d'expliquer aux généralistes les implications juridiques des documents fournis à la patiente. L'intervention est réalisée par un juriste.

Les objectifs se recourent pour les deux séminaires.

Situer le problème des violences conjugales au plan épidémiologique et socioculturel.

Le dépistage: savoir évoquer une maltraitance conjugale devant des plaintes ou une symptomatologie somatique ou psychiatrique non spécifique. Avoir une attitude d'écoute active et d'empathie face à une femme se plaignant de violences domestiques. Identifier et maîtriser son degré d'implication personnelle dans son attitude de soignant face à ce type de situation.

Évaluer les violences subies et la dangerosité: savoir déterminer les violences subies, évaluer les risques encourus par la femme et les enfants faire un examen médical complet.

Rédiger le certificat médical: connaître les règles de rédaction, celles de détermination de l'I.T.T, le cadre juridique du certificat et des violences conjugales.

Accompagner les patientes: en identifiant les différentes phases et modalités du cheminement psychologique de la victime. L'informer et la conseiller. Si on est son médecin traitant, savoir prendre en charge le conjoint violent.

Orienter : en connaissant les structures d'aide. Pouvoir identifier les rôles et fonctions de chacun des intervenants et travailler en partenariat, en réseau.

B. ENQUETE SUR LA FMC

Au sein du cursus universitaire, la prise en compte de la problématique des violences est quelque chose de très récent. Les médecins n'ayant pas suivi de formation n'ont qu'une idée approximative du sujet. Les informations leur parviennent grâce aux campagnes médiatiques et aux revues professionnelles. Cependant, ils ne mesurent pas l'importance de leur rôle, ne sachant pas dépister les victimes qu'ils reçoivent.

La formation des praticiens constitue, avec l'assistance aux victimes et la sanction juridique, un des principaux piliers de lutte contre les violences domestiques. Encore faut-il que l'enseignement réponde aux objectifs fixés. Le propos de cette investigation est de mesurer l'impact de la formation sur la prise en charge des victimes de violences.

1) *Élaboration du questionnaire*

Pour savoir si la mission de formation avait abouti, il fallait interroger les médecins. C'est ce qui a été effectué à travers cette enquête. Celle-ci tente, à travers une série de neuf questions d'analyser les pratiques actuelles du généraliste. Les huit premières, fermées, évaluent la quantité et la qualité du repérage effectué par le médecin ainsi que les solutions qu'il propose aux victimes. La dernière, demande au praticien d'évaluer la formation, pour savoir, de façon critique, si elle a répondu à ses attentes.

a) le questionnaire:

Il a été adressé à tous les médecins généralistes qui avaient assisté à une formation. Un courrier expliquant les motifs et les objectifs du questionnaire était joint. Les questionnaires étaient anonymes mais numérotés pour permettre un repérage des sous-catégories formation longues ou courtes. Un total de soixante et un questionnaires a été envoyé dont vingt-six pour les formations longues et trente-cinq pour les formations courtes. (**ANNEXE 3**)

b) poser la problématique:

Les trois premières questions de l'enquête ont pour finalité de savoir si le généraliste, une fois sensibilisé, parvient à franchir l'obstacle de ses réticences.

QUESTION 1: *Au cours des 12 derniers mois, parmi vos patientes âgées de 18 ans et plus, combien ont été victimes de violences de la part de leur conjoint, partenaire ou ancien partenaire ? Le médecin est-il à l'écoute ? Au travers du nombre des cas de violence dépistés, on mesure l'intensité du dépistage réalisé.*

QUESTION 2: *Depuis votre formation sur les violences conjugales, réussissez-vous à demander à une femme âgée de 18 ans et plus, si elle a été victime de violences ? Le fait de réussir à poser, sans craintes, cette question des violences, est un objectif prioritaire de la formation.*

QUESTION 3: *Lors de ces mêmes consultations, combien de fois avez-vous mis à jour cette violence, en l'abordant ? On évalue ainsi, combien, parmi les patientes, sont venues solliciter l'aide de leur médecin et combien ont confié leur situation suite au questionnement du praticien.*

c) qui sont ces patientes ?

Pour les cinq questions suivantes du questionnaire on cherche à évaluer de manière plus précise la prise en charge du médecin. Dans cet optique, le praticien détaille les éléments de la consultation des cinq dernières patientes victimes de violence. Préalablement, ces dossiers sont renommés de façon anonyme.

QUESTION 4_: *Quel était le motif de consultation de ces patientes quand vous avez parlé avec elles pour la première fois de violence ?* Le médecin doit rester très attentif face au polymorphisme des demandes émanant de ces patientes. La liste des onze principaux et « autres motifs » de consultation essaye de refléter cette diversité. La grossesse y figure en tant que période à risque élevé d'agressions.

QUESTION 5 : *De quel(s) type(s) de violence s'agissait-il ?* Dans quel climat de souffrance, de dépendance physique, financière se situe la femme ? Reçoit-elle des coups, depuis combien de temps ? Subit-elle des sévices sexuels ? C'est à ce que l'on cherche à évaluer en catégorisant les violences.

QUESTION 6_: *À l'issue de cette consultation, avez-vous rédigé un certificat médical avec incapacité totale de travail (ITT)?* La rédaction, subtile, de ce document médico-légal constitue un temps important de la formation. Il se doit d'être rédigé suite à l'examen de toute patiente maltraitée.

QUESTION 7 : *Avez-vous évalué la dangerosité de la violence subie ?* L'estimation du danger encouru par la patiente et sa famille est un impératif. Avec cette liste de questions, le médecin essaye de mesurer le degré de gravité la situation.

QUESTION 8 : *Quelle prise en charge, avez-vous débuté pour ces patientes ?* Quels sont les intervenants capables de l'aider ? Avec cette interrogation on veut connaître le réseau d'aide que le médecin met à la disposition de sa patiente.

d) Le jugement critique :

La dernière question est une interrogation ouverte où le praticien est libre d'exprimer ses impressions ou ses doutes sur les modifications induites par la formation.

QUESTION 9 : *Personnellement quels changements le séminaire a-t-il entraîné dans votre pratique quotidienne ?*

2) Les résultats.

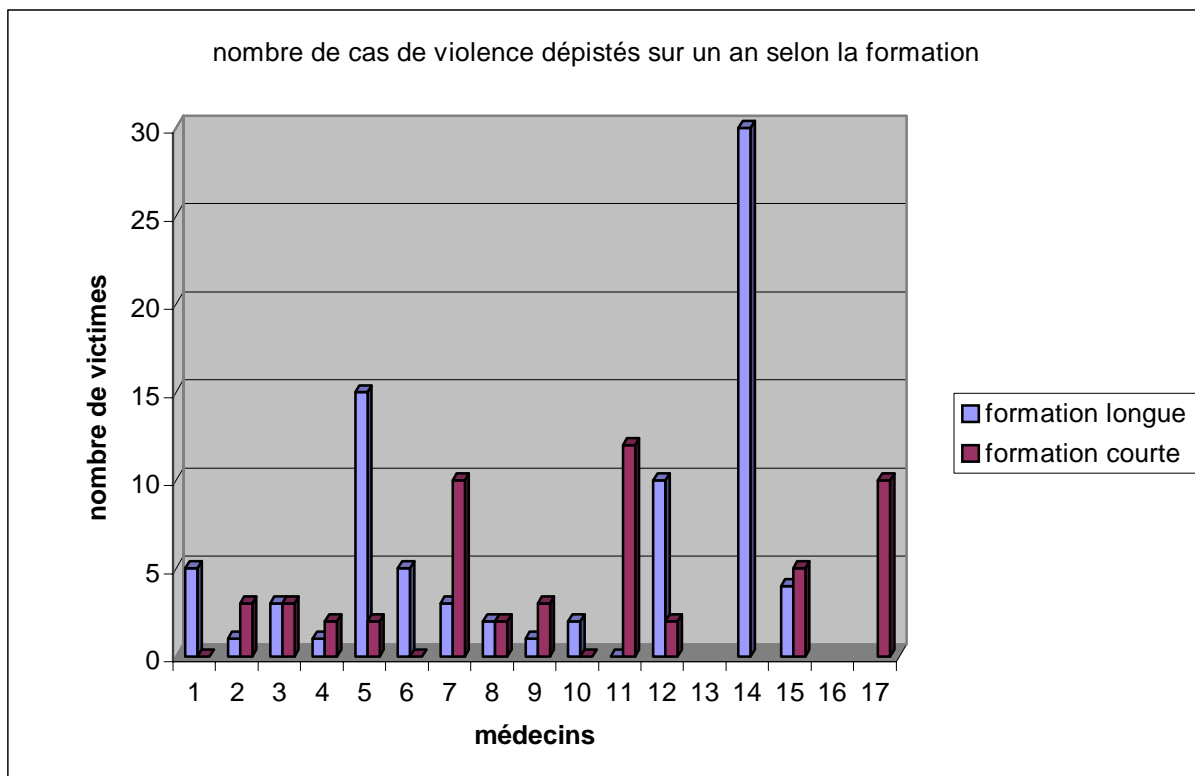
Au total soixante et un médecins ont reçu le questionnaire. Trente trois d'entre eux ont répondu soit 54% de réponses. Pour les formations courtes, dix huit des trente trois médecins interrogés ont renvoyé l'enquête (taux de réponse de 51%). Pour les formations longues, le courrier n'est revenu que pour quinze des vingt six postés (taux de réponse de 57%). Au travers de ces indications, pour les questions quatre à huit, la prise en charge pour violence, de 91 patientes, se trouve détaillée.

a) la découverte des violences.

QUESTION 1 : *Au cours des 12 derniers mois, parmi vos patientes âgées de 18 ans et plus, combien ont été victimes de violences de la part de leur conjoint, partenaire ou ancien partenaire ?*

Sur les 33 médecins interrogés, 28 ont répondu à cette question. Ils ont ainsi totalisé près de 136 patientes victimes de violences conjugales sur une année. On note une grande variabilité du dépistage allant de 0 à 30 patientes selon les médecins (moyenne 4.8 par généraliste dans l'année précédente).

Les 14 praticiens ayant suivi la formation courte en ont dépisté 54 (moyenne de 3.8 par médecin) soit 39% du total. Les 14 autres ayant suivi la formation longue, en ont mis à jour 82 (moyenne de 5.8 par médecin) soit plus de 60% des femmes victimes.

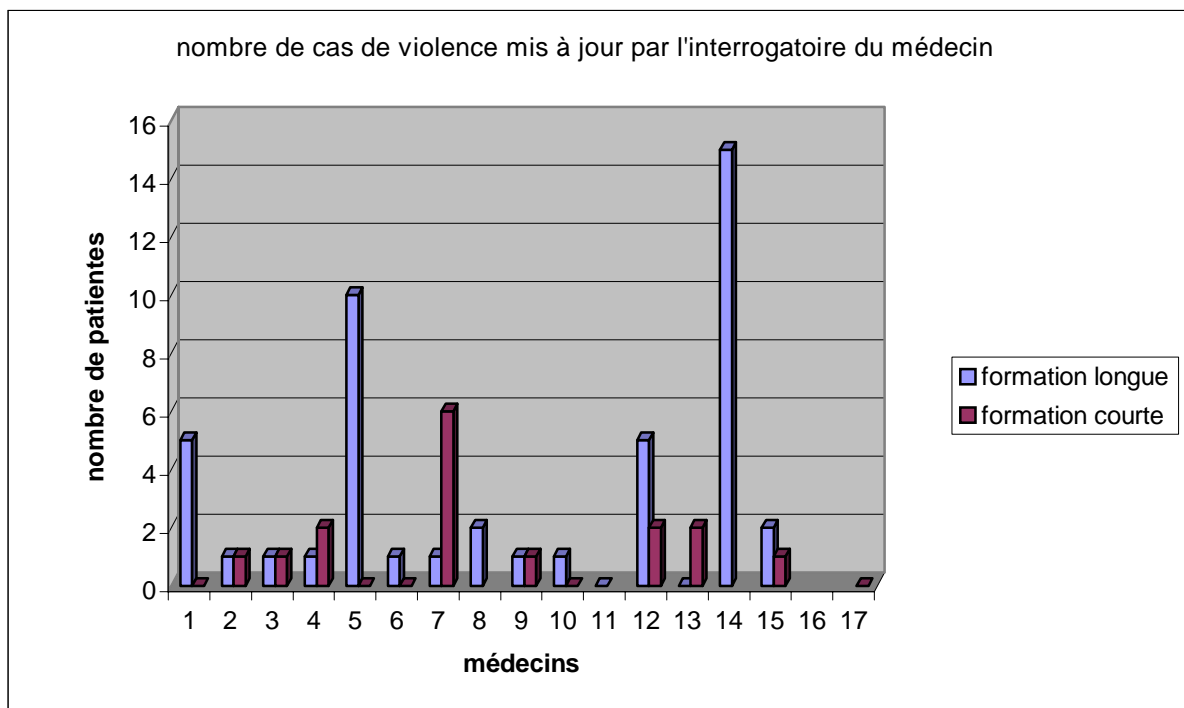


QUESTION 2 : Depuis votre formation sur les violences conjugales, réussissez-vous à demander à une femme âgée de 18ans et plus, si elle a été victime de violences ?

Quand on leur demande si ils posent de manière directe la question des violences lors d'une consultation, trente des trente-deux médecins répondent positivement. Plus de 93% des participants aux formations n'ont plus peur d'aborder le sujet. Seuls deux des praticiens n'arrivent pas à interroger leurs patientes sur ce thème.

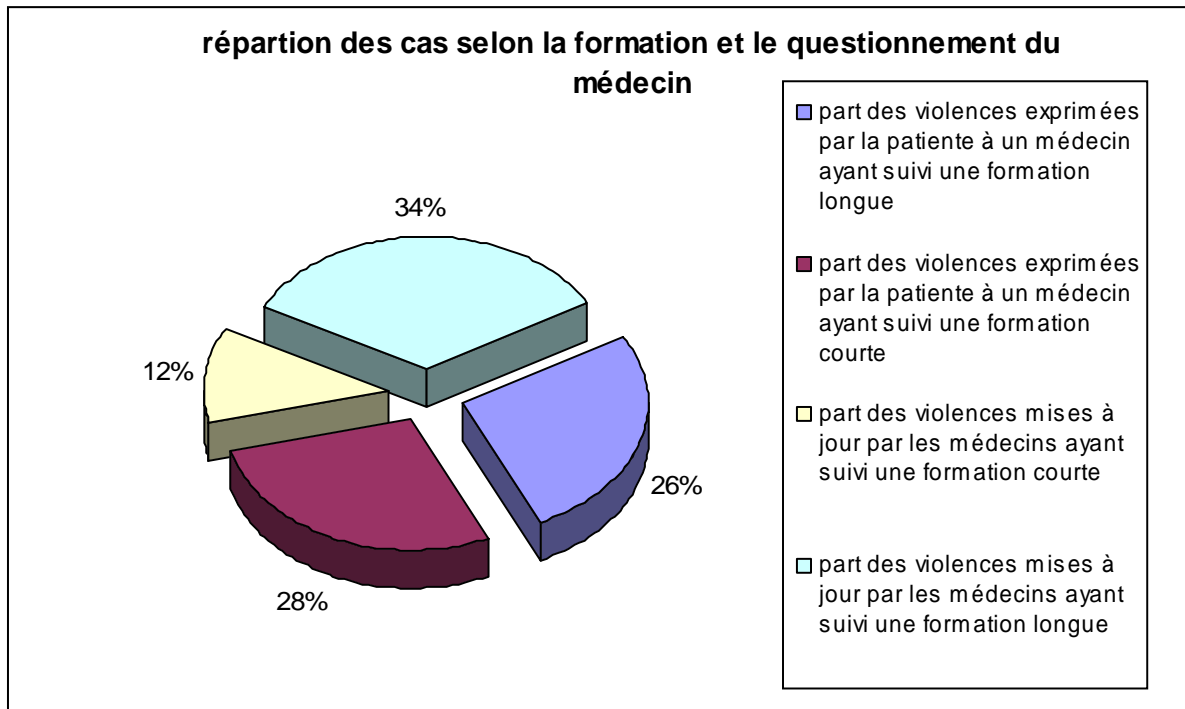
QUESTION 3 : Lors de ces mêmes consultations, combien de fois avez-vous mis à jour cette violence, en l'abordant ?

Vingt sept des médecins ont répondu à cette question. Ils ont ainsi mis à jour de manière directe soixante deux cas de violence (moyenne de 2.3 par médecin). Sur les cent trente six patientes victimes de violence auxquelles ils ont été confrontés durant un an, 45.5% de ces femmes ont fait part de leurs souffrances grâce au questionnement du généraliste. Il existe cependant une grande variabilité des résultats qui vont de un à quinze selon le praticien.



Pour les formations courtes, 38 des 54 patientes ont d'elles-mêmes abordé leur situation. Le médecin en a posé le diagnostic dans 16 cas (moyenne de 1.2 cas par médecin) soit 29% des violences mises à jour dans ce groupe.

Pour les généralistes ayant suivi les formations longues, ils ont directement été responsables de la découverte de 46 cas. Ceci représente 56% des victimes qui se sont présentées à eux (moyenne de 3.2 cas par médecin). Plus de la moitié des patientes ne l'auraient sans doute pas abordé spontanément.



Au niveau diagnostique, les formations ont permis de lever le tabou. Les généralistes sont plus attentifs et arrivent à questionner de manière directe leurs patientes sur ce sujet. On note cependant qu'à l'issue des formations longues le dépistage des médecins est quantitativement supérieur.

b) les patientes victimes de violence.

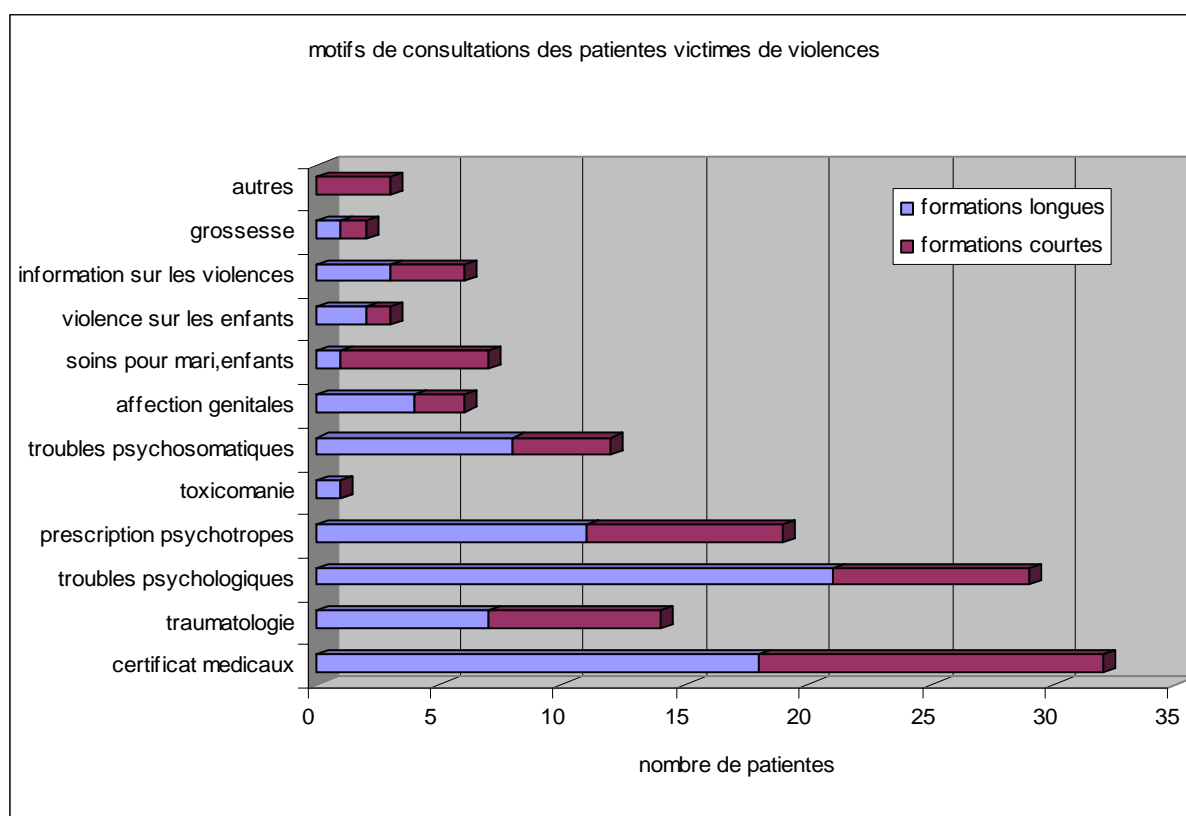
QUESTION 4 : *Quel était le motif de consultation de ces patientes quand vous avez parlé avec elles pour la première fois de violence ?*

Au travers du questionnaire, les médecins ont donné les motifs de consultation de quatre-vingt onze de leurs patientes. On retrouve repartis dans douze catégories cent trente quatre motifs invoqués. Près d'une patiente sur deux consulte sous plusieurs prétextes.

Près de 24% des motifs de consultation concernent la rédaction d'un certificat médical. La consultation est liée à des troubles psychologiques dans 21.5% des cas auxquels s'ajoutent la prescription de psychotropes dans 14% et troubles psychosomatiques pour 9% des demandes de soins. Les comportements toxicomanes comptent pour moins de 1% des cas. Au total le retentissement psychique des violences conjugales justifie plus de 45% des demandes d'examen.

10.5% des motifs de consultation sont d'origine traumatique. Viennent ensuite la demande de soins à destination du mari ou des enfants dans 5.5% des cas, une recherche d'informations sur les violences et des soucis d'affections génitales pour 4.5% des consultations.

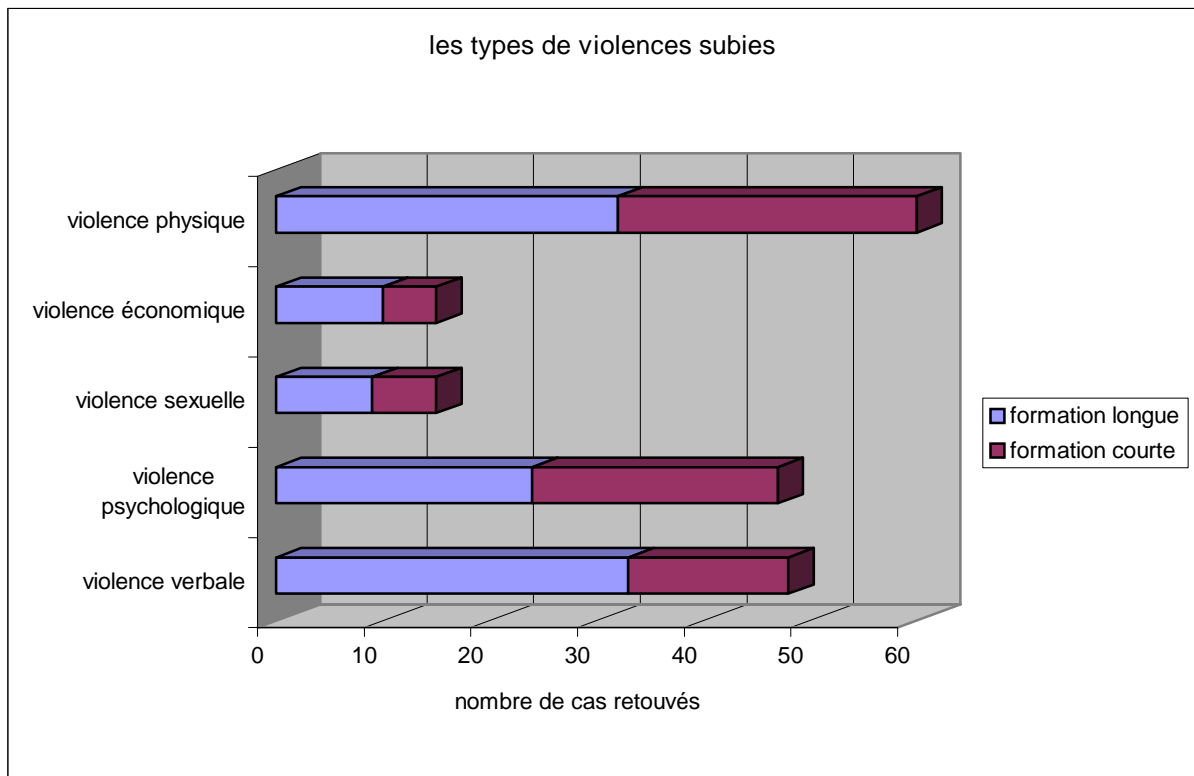
Les violences envers les enfants motivent 2% des consultations, la grossesse 1.5%. Les derniers pourcentages regroupent les motifs « autres » auxquels les médecins ont été confrontés : la contraception, le suivi d'une HTA ou la demande d'aide après une tentative de suicide du conjoint.



QUESTION 5 : De quel(s) type(s) de violence s'agissait-il ?

Pour 91 patientes, les médecins ont répertorié la nature des violences. Les manifestations physiques représentent plus de 32% des violences et concernent plus de 65% des patients. 52% des femmes subissent des violences verbales soit près de 26% des violences endurées. On retrouve ces mêmes chiffres pour la violence psychologique. Des contraintes sexuelles et économiques sont subies par 16% des patientes représentant chacune plus de 8% des types de violences.

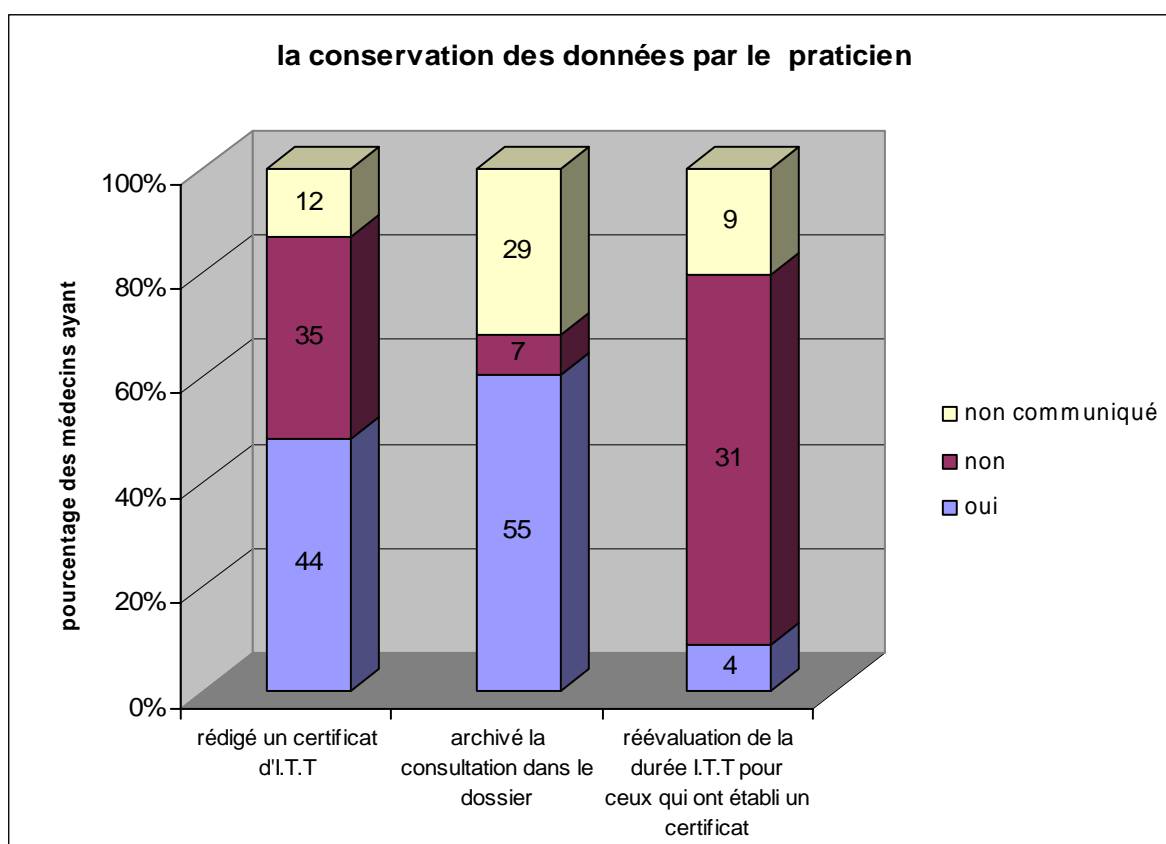
La violence ne se manifeste pas de manière exclusive, chaque femme rapportant avoir subi en moyenne au moins deux expressions de celle-ci.



QUESTION 6 : À l'issue de cette consultation, avez-vous rédigé un certificat médical avec incapacité totale de travail (ITT)?

Les réponses des médecins ne concernent que 79 des 91 patientes, soit 87% des dossiers. Avec un maximum de 24% d'abstention pour les participants aux formations courtes. Pendant ces consultations, un certificat médical a été rédigé pour 55% des victimes concernées. Ce qui sous-entend que près de 45% des patientes n'avaient pas de document écrit du praticien à l'issue de l'entretien.

Une différence notable dans l'archivage des données se fait jour. Les médecins ayant suivi la formation longue ont consigné la consultation dans plus de 75% des cas (pas d'archivage pour 14% et non communiqué dans 11% des cas), ce taux est de 45% pour la formation courte (abstention de réponse dans 55% des cas).



Les médecins ont établi le document pour 44 patientes mais ne peuvent fournir la durée des I.T.T. que pour 21 dossiers. Ceci met en lumière un défaut de sauvegarde des données, alors qu'ils disent avoir répertorié la consultation dans plus de 60% des cas. Ils ne conservent pas tous la trace des certificats remis aux patientes

La longueur de l'incapacité est très variable selon les cas. De manière globale, la moyenne est de 12 jours. On note cependant une grande différence entre les deux enseignements. La moyenne de temps des I.T.T. de la formation courte est de 5,2 jours, celle des séminaires est de 15,9 jours. Cet écart entre les deux ensembles repose sur deux éléments. D'abord par le fait qu'un des médecins ait établi deux certificats avec des I.T.T. nulles, ce qui est médicalement possible, ensuite par la présence d'une valeur extrême l'un des dossiers ayant une durée de trois mois. En excluant cette valeur limite, la moyenne des I.T.T. pour les formations longues est alors de 9,7 jours.

La durée d'une I.T.T. reposant sur l'appréciation subjective de la gêne fonctionnelle par le médecin, il s'avère très difficile de les comparer entre elles.

L'I.T.T du certificat initial n'a pas nécessité de réévaluation dans 70% des cas. 31 dossiers n'ont pas requis un contrôle à distance de celle-ci. Seules 4 patientes ont été réexaminées par leur médecin.

Il est regrettable, que sur les 44 certificats médicaux établis, les praticiens n'aient pu préciser la durée d'incapacité prescrite que pour 21 d'entre eux soit 47%.

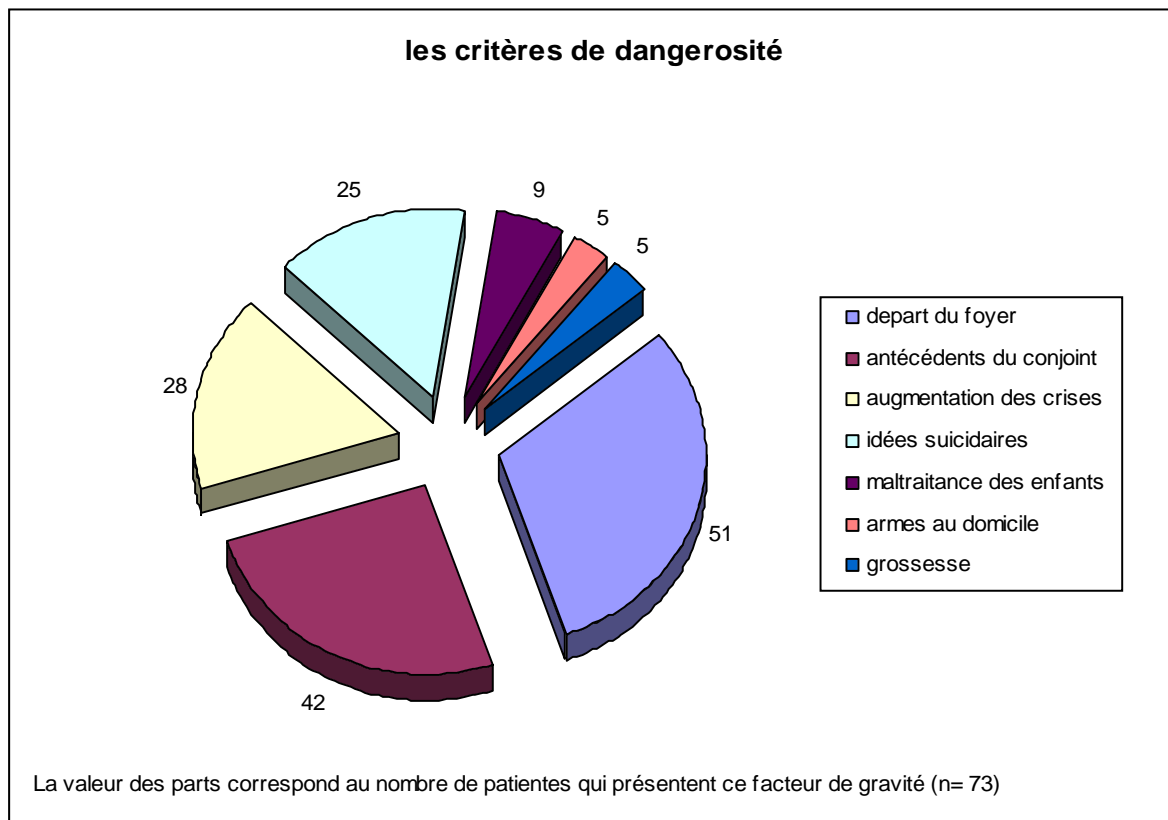
QUESTION 7 : Avez-vous évalué la dangerosité de la violence subie ?

L'évaluation de la dangerosité a été faite pour 73 des dossiers. Il apparaît ainsi que les médecins n'ont pas recherché ces éléments dans près de 20% des cas. En moyenne les patientes présentaient 2.26 facteurs de gravités. Il n'y a pas de différence significative de réponse à cette question selon la formation suivie.

Le premier, commun à 69% des patientes reste le désir de partir. Il représente 31% des facteurs de risque. On retrouve ensuite les antécédents médicaux et judiciaires du conjoint chez plus de 57% des femmes soit 25% des critères de gravités. L'accroissement des crises de violence concernait 38% des victimes (17% des facteurs de risques).

Plus de 34% des patientes face au médecin présentaient des idées suicidaires (15% des situations dangereuses). 12% d'entre elles ont fait part de mauvais traitement envers les enfants (5% des facteurs de risques).

Enfin 6% des patientes étaient enceintes et 6% avouaient au médecin la présence d'armes à feu au domicile (3% des critères de gravités).

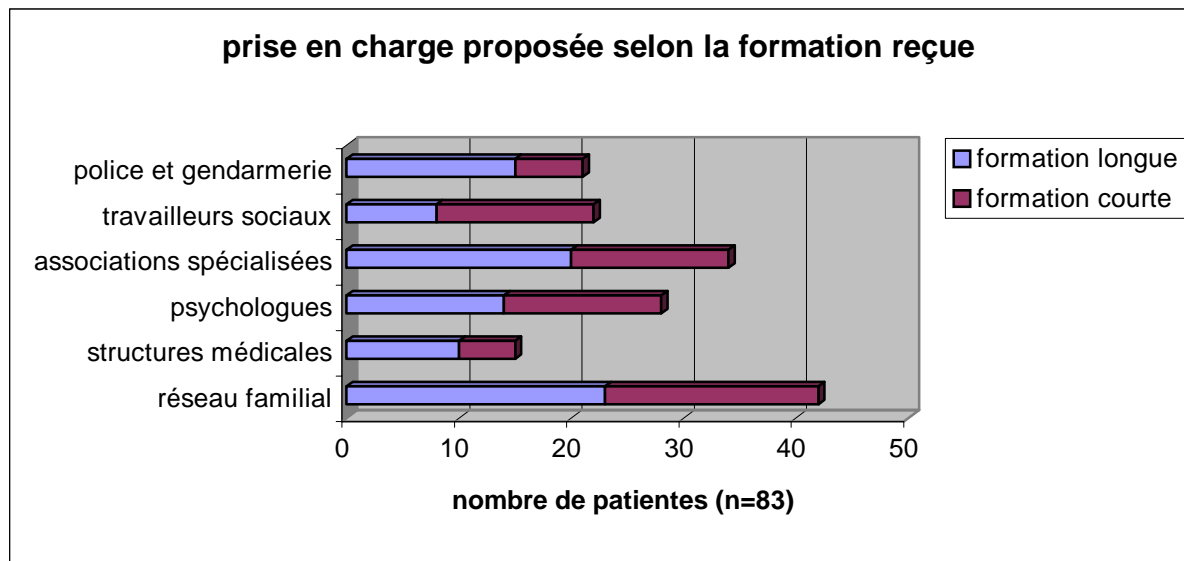


QUESTION 8 : Quelle prise en charge, avez-vous débuté pour ces patientes ?

Quels sont les leviers utilisés par les praticiens ? Ils nous ont faits part des interlocuteurs choisis pour 83 de leurs patientes. Un peu plus de 50% des femmes ont fait appel au réseau familial. Les associations d'aide aux victimes n'ont servi de recours que pour 41% d'entre elles.

Un soutien psychologique a été proposé à 33% d'entre elles. Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'une aide utile, à condition de ne pas être la solution unique apportée par le médecin. Ceci pouvant alors laisser croire à la femme que son comportement est à l'origine des violences. Malheureusement, 7 des 83 patientes n'ont reçu que cette aide de leur généraliste (8% des cas).

La police, la gendarmerie ont été proposées comme un interlocuteur à 25% des femmes mais toujours en association avec d'autres soutiens (une exception sur les vingt et un cas décrits). Les médecins qui ont suivi la formation longue ont adressées 32% des victimes contre seulement 16% pour la formation courte, vers les agents des forces de l'ordre . Ils semblent s'appuyer plus facilement sur le dispositif juridique. Les travailleurs sociaux ont servi de contact à 26% des femmes. Une solution d'hébergement hospitalier a concerné 18% des patientes.



c) Le ressenti personnel

QUESTION 9 : *Personnellement quels changements le séminaire a-t-il entraîné dans votre pratique quotidienne ?*

Quand on leur demande ce que la formation a apporté à leur pratique, près de 46% des médecins mettent en avant la sensibilisation au problème, avec une meilleure compréhension de la situation de ces femmes.

50% des praticiens se sentent plus à l'aise pour interroger les patientes. Cette moindre appréhension du dépistage découle d'une plus grande assurance du médecin. Il se sent capable de répondre aux interrogations de la victime.

18% des généralistes insistent sur l'intérêt de connaître un réseau de structures auxquelles ils peuvent se référer.

La bonne rédaction du certificat médical est mise en avant par 18% des médecins. Ce sont ceux qui ont suivi la formation longue semblent en avoir le plus tiré profit. Ils représentent 80% des réponses.

Un seul des 32 praticiens, à l'issue d'une formation longue, ne reconnaît aucune modification de sa pratique, imputable au séminaire.

C. LES ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUETE.

La mise à jour des violences conjugales n'est pas chose aisée dans la pratique quotidienne. L'objectif de sensibilisation des généralistes semble atteint puisque plus de 93% des participants ont intégré cette notion dans l'interrogatoire de leurs patientes en cas de présomption.

Le dépistage des médecins s'est aussi accru, 46% des victimes ayant reconnu leur situation grâce au questionnement de leur généraliste. C'est l'interrogatoire qui a permis à ces femmes de sortir du silence. Les praticiens qui ont suivi les formations longues ont ainsi permis le dépistage actif de 56% de leurs patientes.

Tous les motifs de consultations sont possibles. Ces femmes viennent souvent voir leur médecin pour plusieurs raisons. Pour plus de 45% des cas, les causes motivant l'entretien étaient liées aux retentissements psychologiques des sévices : troubles psychologiques, affections psychosomatiques, prescription de psychotropes, toxicomanie. La consultation se justifie dans 24% des cas par la prescription d'un certificat médical.

L'évaluation des types de violences subies est bien mesurée par les médecins. Les violences sexuelles demeurent probablement sous-estimées, les femmes ayant beaucoup de mal à les exprimer.

Si les généralistes considèrent que le certificat médical occupe une place importante dans la prise en charge des patientes, les résultats de l'enquête prouvent qu'ils le négligent souvent durant la consultation (45% des patientes ne l'ayant pas reçu). De même, la difficulté pour eux de retrouver les éléments qu'ils y ont notés, objective des lacunes dans l'archivage (47% des médecins ne pouvant fournir la durée des I.T.T prescrites).

80% des praticiens pensent à chercher les facteurs de gravité. Outre le fait que plus des deux tiers des patientes expriment la volonté de quitter le foyer, plus de la moitié de leurs conjoints ont des antécédents médicaux ou judiciaires. On peut se demander si l'effet dissuasif des sanctions précédentes était suffisant. Quelle que soit la formation suivie, les généralistes ont correctement mesuré la dangerosité de la situation.

Les médecins connaissent les différents acteurs à qui adresser leurs patientes. La seule des erreurs relevée consiste à ne proposer qu'un soutien psychologique. Ceux qui ont bénéficié de la formation longue renvoient plus facilement vers la police et la gendarmerie, preuve d'une plus grande confiance dans la rédaction des certificats.

De manière générale, les ambitions affichées pour améliorer la prise en charge des patientes victimes de violences ont abouti. La partie qui demeure problématique, car encore mal maîtrisée, concerne le certificat médical avec la détermination de l'incapacité totale de travail. Cependant, la place de ce document est essentielle lorsque l'institution judiciaire doit se prononcer sur des cas de violence. Même si la patiente ne désire pas prendre le certificat à l'issue de la consultation, le généraliste se doit de rédiger et d'archiver le certificat.

CONCLUSION

La violence domestique est malheureusement la plus fréquente des violences de genre. Elle s'exprime dans 95% des cas à l'encontre des femmes. D'après les enquêtes, plus de 10% d'entre elles en sont victimes. Les conséquences sur leur santé représentent un enjeu de santé publique au vu des effets psychologiques, traumatologiques et gynéco-obstétricaux de ces agressions. D'autant que le poids des violences pèse lourdement sur toute la famille. Les résultats, directs en cas de maltraitance ou indirects quand ils ne sont « que » témoins, marquent durablement les enfants.

Les hommes violents sont présents dans toutes les classes sociales. Il ne s'agit ni de malades, ni d'alcooliques mais, le plus souvent, de personnalité dites limite en lutte perpétuelle contre une dépression sous-jacente. Ils contrôlent cette angoisse en faisant souffrir leurs proches souvent investis au sein d'une relation fusionnelle.

Le médecin généraliste, comme interlocuteur privilégié des patients victimes de violence, doit jouer un rôle central dans l'organisation de leur prise en charge. C'est au travers des formations qu'il peut acquérir les compétences nécessaires.

Pour notre région des Pays de la Loire, 61 généralistes ont bénéficié d'une mise à jour de leurs connaissances au cours de ces deux dernières années. L'enquête à laquelle ils ont accepté de répondre, nous a permis de mesurer les effets positifs de la formation. Les praticiens n'hésitant plus à interroger des patientes qui restaient dans le silence. Ils savent évaluer les violences, proposer des solutions adaptées à chaque victime. Ils connaissent désormais tous les intervenants du réseau. Un outil demeure encore mal maîtrisé, le certificat médical, pas assez souvent rédigé et dont l'archivage est insuffisant. C'est pourtant la qualité du certificat qui conditionnera en partie la réponse judiciaire.

La formation sur le thème des violences conjugales continue (**ANNEXE 4**). Cette année, quatre séminaires M.G Form ont eu lieu à Poitiers, Lille, Caen et Paris. Les professionnels de santé auront ainsi la connaissance qui leur faisait défaut pour lutter contre ce fléau. Ils sont désormais en mesure d'informer les patientes (**ANNEXE 5**). C'est notre mobilisation à tous qui fera bouger la société. Le chemin est tracé. Maintenant que nous connaissons les clés de cette prise en charge, c'est à nous d'agir, d'aider et de soulager ces victimes oubliées.

Bibliographie

- 1) Institut de Démographie de l'université Paris 1. ENVEFF, *Les violences envers les femmes au quotidien, rapport final*. Paris: ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État aux droits des femmes; 2001. 240p.
- 2) OMS EUROPE, aide-mémoire 10/02: *Santé publique et violence: faits et chiffres pour l'Europe*. Copenhague le 03 octobre 2002.
http://www.who.int/violence_injury_prevention
- 3) Assemblée Parlementaire du CONSEIL DE L'EUROPE: Recommandation 1582: *Violence domestique à l'encontre des femmes*; texte adopté le 27 septembre 2002.
<http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta02/frec1582.htm>
- 4) HENRION Roger : *Les femmes victimes de violences conjugales et le rôle des professionnels de santé : Rapport au ministère chargé de la santé*. Paris ; La documentation française; 2001.
- 5) LEBAS Jacques : *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé : Commission « genre et violence »*; mars 2005.
- 6) DOSSIER DE PRESSE réalisé à la Demande du Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité. *En France, tous les quatre jours, une femme meurt victime de violences conjugales...* .Daté du 23 Novembre 2005.
- 7) MORVANT Cécile, LEBAS Jacques: *Violences conjugales*; La Revue Du Praticien Médecine Générale; tome 19, N° 702/703, 26 septembre 2005, p.945-953.
- 8) PELTIER-MARTIN Sandrine: *Comment gérer la prise en charge d'une femme victime de violences conjugales en médecine générale ?* Thèse d'exercice en Médecine .Paris 7; 2004 .146p.
- 9) WELZER-LANG Daniel: *Les hommes violents*. INDIGO et Coté-femmes éditions; Paris, 1996.366p.
- 10) BERGERET Jean: *Psychologie pathologique théorique et clinique*. 9^{ème} édition. MASSON; Paris, 2004
- 11) DALIGAND Liliane, GONIN Daniel : *violences et victimes* .MÉditions; Paris, 1993.
- 12) MILLAUD Frédéric, BERGERET Jean: *Ouverture psy : Le passage à l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques*. MASSON; Paris ,1998.
- 13) VALADE Isabelle: *Violences conjugales: quel dépistage en maternité ?* Mémoire de Sages-Femmes. Nantes 2006.63p.
- 14) CHAMBONET Jean-Yves, DOUILLARD Véronique : *La violence conjugale: prise en charge en médecine générale*. La Revue Du Praticien Médecine Générale; tome 14, N°507, 18 septembre 2000, p.1481-85.

- 15) CHAMPENOUX Céline: *Violence conjugale et grossesse*. Mémoire de Sages-Femmes. Dijon; 2003.65p.
- 16) Le centre national d'information sur la violence dans la famille: *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale: guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 1999. 71p
- 17) MORVANT Cécile: *Le Médecin face aux violences conjugales*. Thèse d'exercice en Médecine. Paris 6; 2000.161p
- 18) VAN WASSENHOVE Laure, CADIO Jacqueline: *Violences conjugales: comment dépister et accompagner les femmes qui en sont victimes ?* .La Revue Du Praticien Médecine Générale; tome 18, N° 664/665, 11 octobre 2004, atelier MG FORM.
- 19) LORIN de la GRANDMAISON Geoffroy, DURIGON Michel: *Incapacité totale de travail: proposition d'un barème indicatif*. La Revue Du Praticien Médecine Générale; tome 20, N° 718/719, 30 janvier 2006, p.111-14.
- 20) LASSEUGUETTE K., LORIN de la GRANDMAISON Geoffroy: *intérêts et limites d'un barème indicatif de l'Incapacité Totale de Travail (ITT)*. Journal de Médecine Légale Droit Médical; volume 47, N° 4, 2004, p 123-28.

Les sites à visiter :

- 21) Site de l'institut de l'humanitaire : www.violences.fr
- 22) Site du Ministère de la parité et de l'égalité professionnelle: www.femmes-egalite.gouv.fr
- 23) Site du Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr
- 24) Site du Ministère de la justice: www.justice.gouv.fr
- 25) Site de SOS femmes: www.sosfemmes.com
- 26) Site du Conseil National de l'ordre des médecins: www.conseil-national.medecin.fr

ANNEXES

ANNEXE 1

CERTIFICAT MEDICAL EN CAS DE VIOLENCES CONJUGALES

Je soussigné Docteur :
Exerçant à
En qualité de
Certifie avoir examiné
Le à heures
Nom Prénom
Sexe
Se disant âgée de ans, de nationalité
Et résider :

Elle dit qu'elle aurait été victime de... (retranscription des déclarations du patient)

Le à heures à
De la part d'une personne qui serait
Elle se plaint de... (doléances au jour de l'examen)

Constat médical :

Pour chaque lésion préciser le siège, la nature, le retentissement fonctionnel. Il est souvent utile pour la bonne compréhension de joindre un schéma lésionnel.

Au plan psychologique : ralentissement, état anxieux, dépression, tristesse de l'humeur, idées suicidaires,...

Les lésions constatées ce jour justifient une Incapacité Totale de Travail de Jours, sous réserve de complications. S'il y a lieu, une réévaluation serait souhaitable dans ... jours.
Les examens complémentaires suivants sont prescrits pour compléter le dossier médical.

Les résultats pouvant éventuellement modifier la détermination de l'Incapacité Totale de Travail.

Fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit .

Cachet du médecin

Signature

ANNEXE 2

Les critères d'évaluation du barème de l'I.T.T

	Lésion majeure	Nombre de lésions	Taille maximale des lésions
	M = 1 à 7	N = 0 à 3	T = 0 à 3
SCORE LESIONNEL BRUT SLB = M +N +T	Abrasion = 1 Brûlure 1° = 1	1 lésion = 0	< 1 cm = 0
	Ecchymose = 2 Raideur = 2	2 à 5 lésions = 1	1 à 5 cm = 1
	Hématome = 3 Plaie = 3	6 à 10 lésions = 2	6 à 10 cm = 2
	Brûlure > 1° = 4	Plus de 10 lésions = 3	> 10 cm = 3
	Entorse = 5		
	Luxation = 6		
	Fracture = 7		
GENE FONCTIONNELLE G = 0 à 3 (<i>doublé la valeur si membre supérieur dominant</i>)	Gêne nulle = 0		
	Gêne discrète = 1		
	Gêne modérée = 2		
	Gêne sévère = 3		
Index d'Incapacité Brut = SLB x G			

Correspondance entre l'index d'incapacité brut et l'index d'incapacité en jours

Index d'incapacité Brut	Index d'incapacité en jours
0-4	0-2 jours
5-9	2-4 jours
10-19	4-6 jours
20-24	10-12 jours
25-29	12-14 jours
30 et plus	Plus de 15 jours
<u>Formule de l'I.T.T = index d'incapacité (en jours) + durée d'immobilisation + durée d'hospitalisation.</u>	

ANNEXE 3

Le 24 janvier 2006

Cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je mène une étude sur l'évaluation de la formation médicale dont le thème est les violences conjugales.

Il s'agit d'évaluer en quoi la formation a pu modifier la prise en charge de vos patientes.

Ce problème reste souvent sous-évalué et nous ne disposons que de peu d'études.

Mon but est d'apprécier si la formation a atteint ses objectifs dans le dépistage des patientes victimes de violences conjugales puis leur accompagnement.

Cette étude concerne 80 médecins ayant bénéficié de cette formation, depuis 2 ans.

Les données recueillies dans le questionnaire suivant seront traitées et archivées de manière anonyme.

Je vous demande de me retourner ce questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe, avant le 15 février 2006.

Par avance, je vous remercie de m'accorder 30 minutes de votre temps, si précieux.

Merci aussi pour les femmes que votre vigilance a permis de prendre en charge.

En souhaitant que nous puissions toujours faire mieux...

Bien confraternellement

Arnaud POYET-POULLET

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA FORMATION CONTINUE SUR LES VIOLENCES CONJUGALES

QUESTION 1 :

Au cours des 12 derniers mois, parmi vos patientes âgées de 18 ans et plus, combien ont été victimes de violences de la part de leur conjoint, partenaire ou ancien partenaire ?

.....

QUESTION 2 :

Depuis votre formation sur les violences conjugales, réussissez-vous à demander à une femme âgée de 18 ans et plus, si elle a été victime de violences ?

OUI NON

QUESTION 3 :

Lors de ces mêmes consultations, combien de fois avez-vous mis à jour cette violence, en l'abordant ?

.....

Choisissez les 5 dernières patientes victimes de violence de la part de leur conjoint que vous ayez vu. Nous les appellerons Mmes A, B, C, D et E.

QUESTION 4 :

Quel était le motif de consultation de ces patientes quand vous avez parlé avec elles pour la première fois de violence ?

	A	B	C	D	E
Rédaction de certificats médicaux					
Traumatologie					
Troubles psychologiques					
Prescription d'anxiolytique/anti-dépresseurs /hypnotique					
Toxicomanie					
Troubles psychosomatiques					
Affection génitale					
Suivi de grossesse					
Demande de soins pour le conjoint ou le (ou les) enfant(s)					
Violence sur les enfants					
Information sur les violences conjugales					
Autre motif (préciser)					

QUESTION 5 :

De quel(s) type(s) de violence s'agissait-il ?

	A	B	C	D	E
Verbale					
Psychologique					
Physique					
Sexuelle					
Economique					

QUESTION 6 :

A l'issue de cette consultation, avez-vous rédigé un certificat médical avec incapacité totale de travail (ITT)?

		A	B	C	D	E
Certificat médical	OUI					
	NON					
Durée ITT						
Archivage dans le dossier	OUI					
	NON					
Réévaluation de la durée de l'ITT	OUI					
	NON					

Pourriez-vous me faire parvenir les certificats d'ITT réalisés ?

QUESTION 7 :

Avez-vous évalué la dangerosité de la violence subie ?

	A	B	C	D	E
Désir de départ du foyer					
Augmentation de la fréquence des crises					
Violences sur enfants					
ATCD d'agression par arme					
Idées suicidaires					
Grossesse					
ATCD du conjoint : alcool, psychiatrie...					

QUESTION 8 :

Quelle prise en charge, avez-vous débuté pour ces patientes ?

	A	B	C	D	E
Réseau familial/amical					
Autres structures médicales					
Psychologues					
Associations spécialisées					
Travailleurs sociaux					
Police/gendarmerie					

QUESTION 9 :

Personnellement quels changements le séminaire a-t-il entraîné dans votre pratique quotidienne ?

ANNEXE 4

<p>2^{ème} page d'un projet d'action unique ou de plan FPC 2007 (1^{ère} page ANONYME du dossier scientifique et pédagogique)</p>	<p>N° provisoire EDO-OGC (Ne pas remplir)</p>
<p>PROJET CONCU POUR ET ADRESSE A DES MEDECINS LIBERAUX CONVENTIONNES : Exclusivement généralistes <input checked="" type="checkbox"/> exclusivement spécialistes <input type="checkbox"/> généralistes et spécialistes <input type="checkbox"/></p>	
<p>Projet nouveau OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si NON : Précédemment agréé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Visité : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> n° d'agrément FPC le plus récent : _____</p>	
<p>Pour un projet déjà agréé et visité par le Conseil scientifique : Année de la visite : _____ <input type="checkbox"/> visite demandée <input type="checkbox"/> visite aléatoire</p>	
<p>INTITULE de l'action (six mots maximum) : VIOLENCES CONJUGALES : DU COLLOQUE SINGULIER AU TRAVAIL D'EQUIPE</p>	
<p>NUMERO du THEME (Cf. liste des thèmes, annexe 3) : 12</p>	
<p>proposition d'un module d'évaluation ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/></p>	

VIOLENCES CONJUGALES DU COLLOQUE SINGULIER AU TRAVAIL D'EQUIPE

Justification de la formation

Il ne s'agit pas d'un problème de dysfonctionnement de couple, gérable par médiation, mais d'un processus évolutif d'emprise de l'un des partenaires, où les épisodes de violences, entrecoupés de périodes de rémissions, deviennent de plus en plus fréquents, de plus en plus graves, pouvant aboutir au décès de la femme.

Les études menées en France et en Europe montrent qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique^{1 2}.

C'est dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences physiques, psychologiques et sexuelles. Une femme sur 10 est victime de violences de la part de son conjoint ; 1 femme meurt tous les quatre jours en France du fait de violences conjugales

La grossesse est une période pouvant déclencher ou aggraver les violences ; 25% des morts maternelles sont secondaires à des violences physiques perpétrées par le père biologique. Les enfants peuvent être également des victimes ou témoins des violences subies par leur mère.

Les conséquences sur la santé des femmes sont importantes et se déclinent dans tous les domaines de la médecine générale : traumatologie, pathologies gynécologiques chroniques, fausses couches et accouchements prématurés, consultations répétitives pour elles-mêmes ou les enfants, surconsommation de psychotropes, conduites addictives, dépression, suicide...

Les violences conjugales représentent une des causes principales de mortalité des femmes entre 18 et 50 ans.

Nombreux sont les médecins inconscients de l'ampleur du problème, ou mal à l'aise dans cette prise en charge spécifique, redoutant d'aggraver la situation par une mauvaise prise en charge, ne recueillant pas les données de l'examen clinique, réticents dans la rédaction du certificat médical, ignorant les règles de détermination de l'ITT et n'orientant pas les femmes vers les structures d'aide. 70% des médecins gèrent seuls le problème en prescrivant des psychotropes.

Si le dépistage, l'évaluation et la rédaction du certificat ne peuvent se faire que dans le cadre du colloque singulier, l'accompagnement ne peut se faire qu'en concertation avec les différents intervenants.

A l'issue de la formation, le médecin sera en mesure de poser les questions permettant de dépister et d'évaluer la situation, de rédiger le certificat médical dans les règles de la déontologie en connaissant les éléments permettant de déterminer l'ITT. Il saura accompagner sa patiente en l'informant, en la conseillant et en l'orientant . Il connaîtra les différents partenaires sociaux, médico-judiciaires, médico-psychologiques, associatifs, avec qui il travaillera en partenariat dans cet accompagnement.

¹ HENRION Roger Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Ministère de la santé. Paris: La Documentation française; 2001.p.47

² JASPARD Maryse et l'équipe ENVEFF Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et société janvier 2001;364

Les objectifs

1 - Situer le problème des violences conjugales au plan épidémiologique et socioculturel

2 - Dépister

Evoquer une maltraitance conjugale face à des plaintes ou une symptomatologie somatique ou psychiatrique non spécifique

Avoir une attitude d'écoute active et empathique face à une femme se plaignant des maltraitements de son conjoint.

Identifier et maîtriser son degré d'implication personnelle dans son attitude de soignant face à ce type de situation.

3 - Evaluer les violences subies et la dangerosité

Déterminer les violences subies

Evaluer les risques encourus par la femme et ses enfants

Faire un examen médical

4 - Rédiger le certificat médical

Connaître les règles de rédaction

Connaître les règles de détermination de l'ITT

Connaître le cadre juridique du certificat

5 - Accompagner.

Identifier les différentes phases et modalités du cheminement psychologique d'une femme victime de violences conjugales

Informier et conseiller

Prendre en charge le conjoint violent

6 - Orienter

Connaître les structures d'aide

Identifier les rôles et fonctions de chacun des intervenants

Travailler en partenariat

L'organisation pédagogique

Première demi-journée

Les principaux messages

1 - Identifier les idées reçues, les a priori

2 - Absence de signes spécifiques

3 - Repérer des situations évocatrices et poser la question

9h00-9h30 - Plénière 1

Objectif de la formation

Situer le contexte épidémiologique et socioculturel

Méthode pédagogique

Exposé de l'expert

Intervenants

L'organisateur

Le médecin expert

9h30-11h00 - Atelier 1

Objectif de la formation

Identifier ses propres représentations mentales des violences conjugales

Méthode pédagogique

Photo langage.(Travail en sous groupe)

Déroulement

Question posée : choisissez une photo exprimant au mieux pour vous la violence au sein d'un couple et une photo exprimant au mieux pour vous l'harmonie au sein d'un couple

Après avoir choisi 2 photos chacun dit ce qui a motivé son choix et ce que lui suggère ces photos en liaison avec le thème de la séquence

Par leurs questions, les autres participants vont aider celui qui s'exprime à expliciter sa réflexion

11h00-11h15 PAUSE

11h15-12h30 Atelier 2

Objectif de la formation

Dépister les femmes victimes

Méthode pédagogique

Cas clinique, brainstorming, mise en commun, synthèse

Déroulement

A partir des situations cliniques apportées par les participants, lister :

Les circonstances dans lesquelles le MG a été interpellé pour une maltraitance conjugale

Les indices ayant amené à évoquer la maltraitance

Les signes objectifs relevés

Brainstorming : Travail en sous groupes de 4 à 5 puis mise en commun pour une synthèse

Consignes aux participants

Ecrire une sémiologie évocatrice de maltraitance conjugale

NB : des cas cliniques seront prévus pour palier à d'éventuelles carences des participants

Rôle des experts

Restent en observateurs silencieux,

Repèrent les idées force, les scotomes

12h30-14h00 DEJEUNER

Deuxième demi-journée

Les principaux messages

- 1 - Traduction des violences conjugales dans tous les domaines de la médecine
- 2 - Les enfants « témoins »
- 3 - Comment arriver à dépasser ses réticences à poser les bonnes questions
- 4- Comprendre la spirale de la violence et l'importance de l'évaluation de la dangerosité

14h00-15h00 - Plénière 2

Objectif de la formation

Evaluer les violences subies, le caractère de dangerosité

Méthode pédagogique

Question-réponses, exposé

Déroulement

Réponses des experts aux questions issues du travail en groupe

Exposé : Les diverses modalités d'expression des violences conjugales ; Traductions cliniques, psychologiques et sociales.

Intervenants

La coordinatrice de SOS femme

Un médecin expert

15h00-16h15 - Atelier 3

Objectif de la formation

Faire émerger la parole d'une femme victime de violence

Méthode pédagogique

Jeu de rôle

Rôle des experts

En observateurs silencieux

16h15-16h30 PAUSE

16h30-18h00 - Plénière 3

Objectif de la formation

Identifier les différentes phases et modalités du cheminement d'un couple dont la femme est victime des violences de la part de son conjoint

Méthode pédagogique

Exposé puis débat

Intervenant

Coordinatrice de SOS femme

18h00 FIN DE LA PREMIERE JOURNEE

Troisième demi-journée

Les principaux messages

1 - Repérer les erreurs, les incertitudes, les questionnements

2 - Comprendre les implications juridiques du certificat médical : Pour la patiente, Pour le médecin

9h00-9h15 - Plénière 4

Objectif de la formation

Présenter la deuxième journée

9h15-10h45 - Atelier 4

Objectif de la formation

Rédiger le certificat médical

Méthode pédagogique

Casuistique

Déroulement

Trois situations, 3 sous groupes:

Une femme frappée la veille au soir par son mari et consultant spontanément.

Une femme envoyée par la gendarmerie car elle veut porter plainte contre son mari qui la violence régulièrement.

Une femme ne souhaitant pas porter plainte

En sous groupes:

Analyser chacune des situations

Donner une conduite à tenir : premiers soins, examens complémentaires, orientation, etc.

Rédiger le certificat de constatation de coups et blessures s'il y a lieu.

Mise en commun

Débat à propos de l'analyse des situations et des propositions de conduite à tenir. Le 1° sous groupe propose son analyse de la 1° situation, commentaires des autres sous groupes. Le 2° sous groupe donne son analyse de la situation, les autres commentent, etc.

Rôle des experts

Restent en observateurs, relèvent tous les problèmes posés par les participants

10h45-11h00 PAUSE

11h00-12h30 - Plénière 5

Objectifs de la formation

Reprendre les règles déontologiques de certificat

Connaître les règles de détermination de l'ITT

Énoncer les dispositions juridiques

Méthode pédagogique

Exposé puis débat avec les participants

Rôle des experts

Un représentant du barreau ou un juriste

Un médecin expert

12h30-14h00 DEJEUNER

Quatrième demi-journée

Les principaux messages

- 1 - Accompagnement dans le temps au rythme de la patiente
- 2 - Orienter vers les structures d'aide et prendre en charge le conjoint violent
- 3 - Un travail en concertation ne peut se faire qu'en connaissant les intervenants de proximité

14h00-15h30 - Atelier 5

Objectif de la formation

Identifier le cheminement des patientes, repérer les différents intervenants

Méthode pédagogique

Jeu pédagogique inspiré du jeu de l'oie avec diverses cartes décrivant les étapes et procédures du cheminement d'une femme victime de violences conjugales.

Sont notamment mis en place le conjoint, les enfants, les parents de la victime, une association de femmes en détresse, une amie, une assistante sociale, un avocat, la police ou la gendarmerie, un psychiatre, un juge,

Rôle des experts

Coanimé le jeu avec l'animateur de groupe

15h30-15h45 PAUSE

15h45-17h15 - Plénière 6

Objectif de la formation

Situer les pôles d'intervention respectifs des autres intervenants

Nécessité d'un travail en concertation

Méthode pédagogique

Débat

Intervenants

Un médecin

Un représentant du barreau

Une représentante d'association de femmes en détresse

Un représentant des forces de l'ordre

Un juriste

17h15-17h30

Évaluation

Remise des documents administratifs

17h30 FIN DU SEMINAIRE

Les ressources humaines

Organisateur

Médecin généraliste, formateur national de l'association.

Il aura pour tâche :

De veiller à l'organisation logistique du séminaire

De prendre contact avec les autres intervenants

D'animer l'équipe pédagogique dans son ensemble, veillant à la bonne compréhension et l'adhésion de chacun aux objectifs du séminaire

D'animer les séquences en plénière

De colliger les résultats des évaluations

Animateurs

Tous animateurs formateurs expérimentés, ils auront pour tâche :

D'animer les séquences en ateliers

De faciliter les tâches de production des participants en groupe

D'assurer le lien entre les experts et les participants

Experts

Un médecin ayant une expérience d'expertise dans la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

Il (elle) interviendra sur l'expression clinique, le questionnement, la rédaction du certificat médical, la place du généraliste dans l'accompagnement, les possibilités d'aide au conjoint violent

Présent(e) les deux jours

Une représentante ou coordinatrice d'association d'aide et soutien aux femmes victimes de violences (SOS Femme ou du CEDIFF ou du Planning familial suivant les associations présentes dans la région impliquée dans l'aide aux femmes victimes)

Elle présentera le parcours d'une femme victime, la spirale de violence, les aides possibles auprès des associations

Présente les 2 jours

Un(e) juriste (L'association ADAVI (Association Départementale d'Aide aux Victimes))

Elle donnera le cadre juridique

Présent(e) le 2^o jour

Un officier de gendarmerie ou de police des services participant à la Commission Départementale d'Action contre les Violences envers les femmes. Leurs coordonnées peuvent être obtenues auprès de la Délégation Régionale aux Droits des Femmes (Préfecture)

Il (elle) présentera leur rôle spécifique

Présent(e) l'après midi du 2^o jour

Un(e) avocat(e) spécialisé(e) dans la défense des femmes victimes de violences conjugales (s'adresser aux associations d'aide qui connaissent les avocats spécialisés)

Il(elle) présentera le rôle des avocats et les démarches nécessaires en cas de séparation.

Présent(e) l'après midi du 2^o jour

Bibliographie

- HENRION Roger Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Ministère de la santé. Paris: La Documentation française; 2001.p.47
- JASPARD Maryse et l'équipe ENVEFF Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. Population et société janvier 2001;364 Dossier de presse République Française. Ministère délégué à la cohésion sociale et à la Parité. En France tous les quatre jour une femme meurt victime de violences conjugales... 23 Novembre 2005
- CHAMBONNET J.Y. et coll , La violence conjugale : prise en charge en médecine générale Rev Prat Med Gen -T14 – N° 507, 18 Septembre 2000, 1481-1485
- CHARIOT P, BOUROBKA N . La violence dans le couple : aspect médicaux. Actualité juridique Famille. Ed Dalloz; Décembre 2003
- ROUGE-MAILLART C et coll. Incapacité totale de travail : une rédaction lourde de conséquences. Rev Prat Med Gen 1999;13:1809
- MORVANT C. et coll. Violences conjugales Rev Prat Med Gen, 2005 ; 19 ; 945-954
- VANWASSENHOVE L. et coll. Violences conjugales : comment dépister et accompagner les femmes qui en sont victimes. Rerv Prat Med Gen 2004 ; 18 ; 1059-1060

Les sites à visiter

- Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales. [consulté le 11/03/2006]. Disponible à partir de : URL <www.sivic.org>
- Site du ministère de la santé. Auteurs des fiches : Professeur Roger Henrion, Docteur Cécile Morvant, (Institut de l'Humanitaire) Madame Viviane Monnier (Fédération Nationale Solidarité Femmes), Madame Laurence Prévot (DGS/Sd6D) Les femmes victimes de violences conjugales :le rôle des professionnels de santé - La consultation médicale (6 fiches techniques) Mai 2002, Mise en ligne : juin 2002 [consulté le 11/03/2006]. Disponible à partir de : URL http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/med_violence/femmes/viol2.htm
- Site du ministère de la justice. Victimes de violences au sein du couple. Vos droits et démarches. 03/2005. [consulté le 11/03/2006]. Disponible à partir de : URL <http://www.justice.gouv.fr/publicat/violences.htm>
- Site du ministère de la justice. Brochure à destination des professionnels. Guide de l'action publique. La lutte contre les violences au sein du couple. Mars 2005 (consulté le 11/03/2006) Disponible à partir de : URL <http://www.justice.gouv.fr/publicat/guideviolences.pdf>
- Site de SOS Femmes accueil. [consulté le 11/03/2006]. Disponible à partir de : URL <[SOS Femmes Accueil : http://www.sosfemmes.com/](http://www.sosfemmes.com/)>
- Site de l'Agence de Santé publique du Canada. Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale (consulté le 16/03/2006). Disponible à partir de URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/femexpose_f.html

Les évaluations

L'évaluation de niveau 1

Elle mesure la satisfaction des participants à l'issue de la formation.

Le questionnaire de l'OGC (annexe 6 du cahier des charges) sera rempli par tous les participants en fin de séminaire.

L'évaluation de niveau 2

Elle mesure les acquis en terme de connaissances ou de compétences au cours de la formation. C'est le Pré test / Post test :

PRE-TEST / POST-TEST

	VRAI	FAUX	NSP
Les violences conjugales concernent essentiellement les femmes de faible niveau d'étude et socioprofessionnelle			
Il n'existe pas de manifestation somatique spécifique d'une situation de violence conjugale			
La grossesse est une période d'accalmie dans les couples, le compagnon se pose pendant cette période en protecteur de sa compagne			
L'état de détresse physique et psychologique augmente le seuil de tolérance à la violence, exposant les femmes à ne plus évaluer le degré de gravité de la situation			
Le certificat médical doit mentionner uniquement les lésions physiques observées lors de l'examen clinique			
L'ITT est égale à l'Incapacité Totale de Travail et correspond à l'arrêt de travail fourni par le médecin			
Il est inutile de rédiger un certificat médical si la femme ne souhaite pas porter plainte.			
En cas de violence conjugale la durée de l'ITT détermine la nature du tribunal compétent			

ANNEXE 5

« Madame, vous élevez, seule, un ou plusieurs enfants »

Vous pouvez bénéficier de l'Allocation de parent isolé (API).

→ Vous avez droit à l'API dite « longue » : si vous avez un ou plusieurs enfants de moins de trois ans.
→ Vous avez droit à l'API dite « courte », si vous venez de vivre une rupture familiale, élevez un ou plusieurs enfants, que l'un d'eux soit leur âge, et vous vous retrouvez dans une situation d'urgence.

Votre demande d'API doit être déposée auprès de votre Caisse d'allocations familiales (ou de votre Caisse de mutualité sociale agricole).

« Madame, vous êtes âgée d'au moins 25 ans la moins que vous n'assumiez la charge d'un ou plusieurs enfants ou que vous n'aientendiez un enfant »

Vous pouvez bénéficier du Revenu minimum d'insertion (RMI), pourvu que vos ressources soient inférieures au montant du RMI et que vous concluez un contrat d'insertion.

Vous pouvez retirer et adresser votre demande de RMI :

- au centre communal ou intercommunal d'action sociale de la mairie ;
 - au service départemental d'action sociale ;
 - aux associations et organismes agréés à cette fin ;
 - aux caisses d'allocations familiales ou caisses de mutualité sociale agricole agréées.
- Le versement du RMI est assuré par la caisse d'allocation familiales.

« Madame, vous avez moins de 25 ans et êtes sans enfant »

Vous pouvez bénéficier du Fonds d'aide aux jeunes (FAJ). Adressez-vous au service social départemental ou aux missions locales.

Des associations peuvent vous aider. Contactez-les.

→ **Violences conjugales - Femmes Info Service**

Tél. : 01 40 33 80 60
(Réappel possible)
Écoute et orientation vers les associations spécialisées d'accueil et d'hébergement les plus proches de chez vous, notamment les associations de la Fédération nationale Solidarité femmes.
www.solidaritefemmes.asso.fr

→ **SOS Violences conjugales**

Tél. : 0 800 05 95 95
Appel gratuit
www.ctvazoo.fr

→ **Associations contre les violences faites aux femmes**

au travail (AFTF)
BP 460108 - 75561 Paris Cedex 12
Tél. : 01 45 84 24 24
www.aftf.org

→ **Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles (CNDFF)**

7, rue du Jura - 75013 Paris
Pour obtenir les coordonnées des CIDE départementaux :
www.infolmcs.com

→ **Mouvement français pour le planning familial (MFPF)**

4, square Saint-François - 75011 Paris
Tél. : 01 48 07 29 10
Pour obtenir les coordonnées des associations départementales du MFPF :
www.planning-familial.org

→ **Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM)**

1, rue du Pré-Saint-Gervais
93 691 Pantin Cedex
Tél. : 01 41 83 42 00
Pour obtenir les coordonnées des associations départementales d'aide aux victimes :
www.inavem.org

→ **Fédération nationale des associations d'aide et d'insertion sociale (FNARSI)**

76, rue du Faubourg-Saint-Denis - 75010 Paris
Tél. : 01 48 01 82 00
Pour obtenir les coordonnées des associations régionales membres de la FNARSI :
www.fnars.org

→ **Allô enfance maltraitée**

Numéro vert national : 19
Appel gratuit 24 h/24 h

Pour en savoir plus :
www.femmes-egalite.gouv.fr

Crédit : Scom -  - Septembre 2005



Violence

AGIR, c'est le DIRE

 **Violences conjugales - Femmes Info Service**

01 40 33 80 60

 **Viols**
Viols femmes informations

08 00 05 95 95

 **Violences sexuelles au travail**
Association contre les violences faites aux femmes au travail

01 45 84 24 24



Vous subissez des violences au sein de votre couple ...

Ces violences qui vous bouleversent sont devenues habituelles. Vous endurez des insultes, répétées, des humiliations, des pressions psychologiques, des agressions physiques ou sexuelles. La violence a augmenté avec le temps. Vous connaissez la peur, les menaces, le sentiment de danger pour vous-même et pour vos enfants.

Vous n'avez plus de liens avec votre entourage famille, amis, collègues, voisins. Vous n'osez pas vous confier.

Vous n'avez plus confiance en vous. Vous vous sentez coupable, responsable de l'échec de votre couple et de votre vie de famille, sans autonomie. Vous êtes peut-être sans moyens financiers ou sans travail.

... **Votre situation n'est pas unique**

- La violence conjugale, comme toute autre forme de violence, est punie par la loi.
- Elle est inacceptable.



Vous avez des droits à exercer

Si vous souhaitez des poursuites judiciaires, vous devez porter plainte au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie ou, par écrit, au près du procureur de la République. Il est de votre intérêt de faire constater au plus vite, par un médecin, les violences dont vous avez été victime, mais l'absence de certificat médical n'empêche pas de porter plainte. Si une médiation pénale vous est proposée, vous êtes en droit de la refuser.

Si vous ne souhaitez pas porter plainte,

vous pouvez faire établir une déclaration au commissariat (main courante) ou à la gendarmerie (procès-verbal de renseignements judiciaires).

Dans tous les cas,

vous pouvez faire établir :

- **un certificat médical** délivré avec évaluation de l'incapacité totale de travail (ITT), même si vous n'avez pas d'activité professionnelle, afin de faire constater les traces de coups, les blessures, les traumatismes psychologiques ; expliquez au médecin ce qui vous est arrivé et qui en est l'auteur.
- **des témoignages écrits** de votre famille, d'amis, de voisins, qui devront être datés, signés et accompagnés d'une photocopie de leur pièce d'identité.

des



Vous décidez de rester dans le logement conjugal

Vous pouvez saisir en urgence le juge aux affaires familiales pour obtenir l'attribution du logement conjugal et l'exclusion de votre conjoint violent, avant même de déposer une requête en divorce ou en séparation de corps. Mais, si cette requête n'est pas reçue de posée dans un délai de quatre mois, la mesure d'attribution du domicile sera caduque.

Vous décidez de quitter le logement de la famille

Que vous soyez mariée ou non, vous pouvez vous réfugier chez des amis, dans votre famille, dans un foyer ou un hôtel, et emmener vos enfants, même mineurs, avec vous. Signaler votre départ au commissariat et préciser son motif.

N'oubliez pas d'emporter :

- Les documents officiels : livret de famille, carte d'identité, carte de séjour ...
- Les documents importants : chèques, quittances de loyer, bulletins de salaire, carte d'assurance sociale, carnet de santé, factures...
- Les éléments de preuve en votre possession : témoignages, récépissé du dépôt de plainte, date et numéro d'enregistrement de la déclaration de main courante, copie des ordonnances et jugements rendus, certificat médical...

NOM : **POYET-POULLET**

PRENOM : **ARNAUD**

Titre de thèse

Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire

RESUME

La problématique des violences conjugales n'a investi que récemment le domaine médical. Si les médias permettent une ouverture du débat dans la société, les médecins généralistes, acteurs de première ligne, méconnaissent souvent leur rôle. Les violences domestiques, qui concernent plus de 10% des femmes, constituent un réel enjeu de santé publique. Les conséquences physiques et psychologiques sont importantes. Face aux difficultés de cette prise en charge, nous avons voulu évaluer à travers un questionnaire, si les soixante et un généralistes ayant reçu une formation sur ce thème avaient modifié leurs pratiques. Les résultats de l'enquête montrent la validation des acquis sur l'attention portée au sujet, le dépistage, l'évaluation des violences subies et les acteurs du réseau. Un outil, pourtant primordial, tel que le certificat médical a encore du mal à trouver sa place dans la stratégie du médecin. L'estimation de la durée de l'Incapacité Totale de Travail, instrument d'évaluation juridique, continue d'être source d'approximations.

MOTS-CLES

Violences conjugales, Dépistage, Evaluation, Médecin Généraliste, Certificat, Incapacité Totale de Travail.