

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année : 2024

N° : 137

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

Chloé SCHAAL

Née le 16/11/1993, à Strasbourg (67)

**Repérage et prise en charge des auteurs de violences  
conjugales en médecine générale**

Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes alsaciens

Président de thèse : Professeur BERTSCHY Gilles

Directeur de thèse : Docteur SCHMITT Yannick



## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024  
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
Mme CHARLOUX Anne  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDÉS Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)

**Directeur général :** M. HENNI Samir

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique  
DOLLFUS Héliène Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatologie-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAN Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> , gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie



**B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKLACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique



NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

### B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr<sup>e</sup> Ass. DUMAS Claire  
 Pr<sup>e</sup> Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HERZOG Florent  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELMÉ Anne-Élisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
  - Mme QUOX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - MOULIN Bruno (Néphrologie)
  - PINGET Michel (Endocrinologie)
  - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
  - ROUL Gérard (Cardiologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jehan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Raul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

## Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

## HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17, rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.76.67.67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;*

*Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».*

## REMERCIEMENTS

### Aux membres du jury

Au Président du jury, **Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail. Merci pour l'intérêt que vous y avez porté. Je vous exprime ma plus profonde gratitude et mes remerciements les plus sincères pour votre disponibilité.

À mon directeur de thèse, **Monsieur le Docteur SCHMITT Yannick**

Merci d'avoir accepté de superviser ce travail. Tes conseils et ton soutien m'ont été d'une aide précieuse tout au long de ce projet.

À **Madame la Docteure SANSELME Anne-Elisabeth**

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail. Veuillez accepter ma sincère reconnaissance et ma profonde considération.

À **Madame la Docteure PACE Angelina**

Merci pour votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à ma thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude ainsi que l'expression de mes respectueuses considérations.



### À ma famille

À **ma maman**, merci pour ton soutien indéfectible depuis le début, pour avoir toujours cru en mes capacités et m'avoir encouragée jusqu'au bout.

À **mon papa**, merci de m'avoir transmis ta passion pour la rigueur et ton souci du détail. Même si je n'utiliserai certainement jamais de règle pour pâtisser, ces qualités m'ont été bien utiles tout au long de mes études et le sont encore aujourd'hui dans l'exercice de mon métier.

Je vous dois ma réussite et bien plus encore et je ne pourrai jamais trouver les mots pour vous exprimer toute ma reconnaissance.

À **mes sœurs Léa et Tania**, merci pour toutes ces chamailleries qui ont pimenté notre enfance et pour votre patience à mon égard. Je suis fière du lien qui nous unit aujourd'hui et j'espère que nous pourrons toujours compter les unes sur les autres.

À **mon beau-frère Landry**, le pro de la tarte flambée, et **mon neveu Eliott**, qui a toujours réponse à tout, merci pour ces beaux moments partagés au fil des ans.

À **mes grands-mères**, qui de là-haut continuent de veiller sur nous comme elles l'ont toujours fait. À **mamie Paulette**, merci d'avoir exercé ma mémoire dès mon plus jeune âge grâce à ces nombreuses parties de Memory que nous avons jouées ensemble. À **mamie Louise**, modèle de force et de ténacité . À **Sissi**, ma troisième mamie, qui m'a fait découvrir le tennis et le monde à travers nos nombreux voyages.

À **mon mari Amaury**, depuis notre rencontre en deuxième année de médecine jusqu'à aujourd'hui, tu m'as toujours soutenue, même dans mes innombrables moments de stress... Rassure-toi, c'était juste pour que tu puisses t'exercer en psychothérapie, sujet qui te passionne tant ! Merci pour toutes les belles choses que nous avons déjà vécues ensemble et pour toutes les aventures à venir !

À **ma belle-famille**, merci pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé au sein de votre famille.

À **mes filleuls, Yannick et Agathe**. Je suis fière de pouvoir vous accompagner et de partager avec vous des moments de joie. J'espère être à la hauteur de ce rôle précieux de marraine que vos parents m'ont confié.

À **mon parrain et ma marraine**, qui m'ont eux-mêmes guidée avec beaucoup de bienveillance. Merci pour votre présence et votre soutien.

### À mes amis

À **Sarah**, aka Eleanor Abernathy, aka témoin en or, aka ma partenaire de nage,

À **Valérie**, notre chercheuse, sans qui ce travail n'aurait probablement jamais abouti,

À **Thérèse**, pétillante et toujours motivée pour les aventures les plus folles,

Vous avez été une lumière durant cette décennie de galère. Merci pour tous les moments de joie partagés à la bibliothèque, en vacances, aux journées spa... Et merci de participer à ma formation continue : longue vie au Divan des Strasbourgeois !

À **Denise, Morgane, et Amélie**, amies fidèles durant ces années d'études, merci pour votre soutien, votre écoute et tous ces bons moments.

**Aux moitiés respectives de la team médecine**. Bravo et merci à vous de nous supporter depuis toutes ces années !

À **Maud**, après notre rituel croque-monsieur, place au nouveau rituel pizza. Quelle joie de partager ces moments gastronomiques avec toi !

À **Léa**, amie de lycée, puis colocataire, puis témoin dévouée, merci pour toutes ces années passées ensemble. Mon dos te remercie aussi pour toutes ces séances de rééducation physique... mais aussi psychique, car tu es toujours à l'écoute !

À **Béa et Davi**, ainsi qu'à **Éric et Linda**, bien plus que des compagnons de préparation au mariage, nous sommes devenus amis aujourd'hui. Merci pour tous ces moments de partage et de discussions passionnantes.

À mes maîtres de stage, qui m'ont guidée tout au long de mes études, merci pour votre bienveillance, vos conseils avisés, et votre générosité dans le partage de vos expériences, qui m'ont permis de développer et d'améliorer mes compétences médicales et relationnelles avec les patients.

Enfin, un immense merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail de thèse. Et un grand merci à Mme Lepelletier pour m'avoir accordé de votre temps afin de me présenter le CPCA de Strasbourg.

## Table des matières

I.	Introduction .....	22
II.	Matériel et méthode .....	28
A.	Étude de la littérature.....	28
B.	Matériel .....	28
1.	Population de l'étude.....	28
2.	Recrutement.....	28
3.	Aspect éthique .....	29
C.	Méthode .....	29
1.	Etude qualitative .....	29
2.	Entretiens individuels .....	30
3.	Guide d'entretien.....	30
4.	Retranscription .....	31
5.	Codage et analyse.....	31
III.	Résultats .....	32
A.	Les auteurs vus par les médecins généralistes interrogés .....	32
1.	Pas de profil type .....	32
2.	Mais des facteurs de risque identifiés .....	32
a)	Des auteurs principalement masculins présents dans tous les milieux sociaux.....	32
b)	Types de personnalité .....	33
c)	Antécédents médicaux de l'auteur .....	34
3.	Facteurs précipitants les violences conjugales.....	35
a)	Situations à risque de violences conjugales .....	35
b)	Facteurs favorisant le passage à l'acte .....	36
B.	Le repérage des auteurs de violences conjugales par le médecin généraliste .....	36
1.	Freins au dépistage .....	36
a)	L'auteur, une chimère en consultation .....	36
b)	Le médecin, tiraillé entre devoirs et impuissance .....	42
2.	Facteurs facilitants.....	47
a)	Particularités de la position du médecin traitant .....	47
b)	Prise en charge judiciaire .....	48
3.	Le dépistage en pratique.....	49
a)	Reconnaitre les violences .....	49
b)	Repérer et aborder les violences .....	50
C.	Prise en charge de l'auteur par le médecin généraliste .....	52

1.	La place du médecin généraliste .....	52
a)	Conditions préalables à la prise en charge .....	52
b)	Objectifs de la prise en charge.....	53
c)	Une action limitée dans la prise en charge .....	54
2.	Un travail en réseau .....	56
a)	Axe judiciaire .....	56
b)	Axe psychiatrique.....	57
c)	Axe social.....	57
d)	Autres intervenants.....	58
3.	Perspectives .....	58
a)	Au niveau du système de santé .....	58
b)	Au niveau de la société.....	59
IV.	Discussion .....	60
A.	Forces et limites .....	60
1.	Forces.....	60
a)	Originalité du sujet.....	60
b)	Choix du type d'étude .....	60
2.	Limites.....	60
a)	Liées au recrutement .....	60
b)	Liées au recueil de données et à l'analyse.....	61
B.	Validité externe de l'étude.....	62
1.	Discussion concernant les représentations et les situations à risque .....	62
a)	Des auteurs principalement masculins et des victimes féminines .....	62
b)	Pas un auteur mais des auteurs.....	62
c)	Concernant les situations à risque.....	67
2.	Discussion concernant le repérage des violences conjugales.....	68
a)	Les freins entravant un dépistage efficace .....	68
b)	Le dépistage en pratique .....	73
3.	Discussion concernant la prise en charge .....	76
a)	Le rôle du médecin généraliste.....	76
b)	Des médecins qui ont besoin d'être accompagnés et de s'appuyer sur un réseau pluridisciplinaire.....	77
4.	Discussion concernant les axes d'amélioration .....	80
a)	Des médecins qui ont besoin d'être formés.....	80
b)	Des médecins qui ont besoin d'outils facilement accessibles .....	81
c)	Perspectives au niveau sociétal .....	82

5. Ouvertures .....	83
V. Conclusion.....	84
VI. Bibliographie .....	85
VII. Annexes.....	93
1. Validation du comité d'éthique de l'Université de Strasbourg.....	93
2. Formulaire de consentement éclairé.....	94
3. Fiche de renseignements socio-démographiques.....	95
4. Guide d'entretien final .....	96
5. Le cycle des violences .....	97
6. La roue du pouvoir et du contrôle (modèle de Duluth).....	98
7. Questions entonnoirs générales et spécifiques .....	99
8. Le modèle transthéorique du changement appliqué aux auteurs de violences conjugales	100
9. Instruments d'aide à l'évaluation des comportements violents.....	101
10. Affiche élaborée par la coordination nationale des CPCA et l'ARSL .....	103



## Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VC : Violences Conjugales

ONVFF : Observatoire National des Violences Faites aux Femmes

VRS : Vécu et Ressenti en matière de Sécurité

DAV : Délégation Aux Victimes

HAS : Haute Autorité de Santé

CPCA : Centre de Prise en Charge et de suivi des Auteurs

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

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physicians

CRAVS : Centre Ressource pour Auteurs de Violences Sexuelles

ARSL : Association de Réinsertion Sociale du Limousin

## I. Introduction

### Définition des violences conjugales

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences conjugales (VC) comme « *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation* ». Cela comprend notamment les actes d'agression physique, les violences sexuelles, les violences psychologiques et tout comportement tyrannique et dominateur (isoler une personne de sa famille et amis, surveiller ses faits et gestes, limiter son accès aux ressources financières, à l'emploi, à l'éducation, aux soins médicaux) (1). Ces comportements s'inscrivent dans une volonté de prendre le pouvoir sur le ou la partenaire. Ils sont à différencier du conflit conjugal, qui est un « *mode relationnel interactif fondé sur un désaccord ponctuel auquel il faut trouver une solution* » (2). Dans ce cas, les deux conjoints sont sur le même plan d'égalité. Chacun a la capacité d'exprimer et de défendre son point de vue, le but étant de prendre le pouvoir sur la situation mais pas sur l'autre.

### Epidémiologie des violences conjugales

Les VC restent malheureusement un phénomène fréquent. Le rapport annuel de l'Observatoire National des Violences Faites aux Femmes (ONVFF) fait état de 321 000 femmes majeures qui déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint en 2022, dont 7 sur 10 déclarent avoir subi des faits répétés (3). Le rapport « *Vécu et Ressenti en matière de Sécurité* » (VRS) estime à 100 000 le nombre d'hommes victimes de VC en 2022 (4).

L'enquête Virage réalisée en 2015 révèle que les femmes et les hommes ne subissent pas le même type de violence. Ces derniers décrivent plutôt des violences psychologiques ponctuelles et de moindre gravité, alors que les femmes déclarent des violences multiformes graves et/ou répétées (5).

*Les violences conjugales, un problème de santé publique majeur*

Les VC sont, depuis plusieurs années, au cœur des priorités nationales, comme en témoigne le développement de campagnes de sensibilisation, de plans d'objectifs triennaux et de textes législatifs au cours des quatre dernières décennies (6). Engendrant un coût estimé de 3,6 milliards d'euro en 2012 (7), elles représentent un véritable enjeu de santé publique, car les conséquences sur la santé des victimes, des enfants mais également des auteurs eux-mêmes sont nombreuses.

Du côté des victimes, on relève des conséquences d'ordre traumatologique, gynéco-obstétrique, psychiatrique avec notamment un surrisque de syndrome dépressif, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'abus de substances psychoactives et de tentatives de suicide (8). Des études ont mis en évidence que les femmes ayant subi des VC sont plus à risque de présenter des problèmes chroniques de santé, tels que des maux de tête, des douleurs chroniques, un syndrome du côlon irritable ou encore des troubles gastro-intestinaux (9). De plus, on observe une persistance des conséquences sur la santé même lorsque les violences s'arrêtent (6,8). Au-delà de l'impact sur la santé, les VC présentent également des répercussions sociales, administratives et professionnelles pour les victimes (6).

Les VC sont également un facteur de mortalité. La Délégation aux victimes (DAV) fait état, en 2022, de 118 femmes tuées contre 27 hommes tués avec 81% des victimes qui sont des femmes et 84% des auteurs qui sont des hommes (10). Une femme décède tous les 3 jours à cause de VC, et un homme tous les 13 jours. Enfin, à l'échelle mondiale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la VC arrive au troisième rang des facteurs de risque réduisant l'espérance de vie (11).

Les enfants témoins de VC en subissent également les conséquences. Leur santé mentale et physique, leur développement cognitif et scolaire, et leur fonctionnement social peuvent être altérés (6).

L'impact des VC sur la santé des auteurs a été peu étudié. Les auteurs se trouvent affectés par divers traumatismes, des pathologies psychiatriques, des comportements sexuels à risque, des insomnies et des troubles digestifs (12). Dans cette étude nord-américaine, des hommes auteurs de VC font état d'un certain nombre de conséquences personnelles résultant de leur comportement, notamment la dépression, l'anxiété et l'impact négatif sur leurs capacités professionnelles et relationnelles (13).

### *Pourquoi s'intéresser aux auteurs de violences conjugales ?*

La littérature scientifique actuelle est assez riche concernant le dépistage et la prise en charge des victimes de VC. Il en découle des mesures politiques importantes ces dernières décennies dans la protection des victimes (6,14). Malgré cela, le taux de récurrence reste important (3,10).

Compte tenu de tous ces éléments, il semble intéressant d'envisager la problématique des VC dans sa globalité. Qui dit victime dit auteur. S'intéresser à l'auteur peut permettre de parvenir à une meilleure compréhension des dynamiques sous-jacentes dans le but de :

- Prévenir les récurrences ;
- Protéger les victimes : en offrant un soutien aux auteurs de VC pour changer leur comportement, on peut contribuer indirectement à la protection des victimes potentielles, qui sont souvent les partenaires et les enfants ;
- Responsabiliser les auteurs : prendre en charge les auteurs de VC peut contribuer à les rendre responsables de leurs actes et à les amener à répondre de leurs comportements devant la justice, tout en favorisant leur réhabilitation ;
- D'intervenir de manière précoce : en intervenant auprès des auteurs de VC dès les premiers signes de comportement abusif, on peut empêcher la situation de s'aggraver et réduire les dommages infligés aux victimes ;

- Réparer les relations : pour les couples où il y a eu de la violence, la prise en charge des auteurs peut aider à restaurer la confiance et à reconstruire la relation, si les deux partenaires sont engagés dans ce processus.

Bien évidemment, la prise en charge et la sécurité des victimes restent primordiales et cela n'est pas remis en question dans ce travail.

### *Le médecin généraliste, en première ligne face aux violences conjugales*

Les victimes, tout comme les auteurs, consultent en médecine générale. Parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, 25% ont consulté un médecin (15) et on estime que 3 à 4 femmes sur 10 peuvent être victimes de VC dans nos salles d'attente en cabinet de médecine générale (16). Aujourd'hui, le rôle du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge des victimes est clairement établi puisqu'il fait partie, selon le rapport Henrion (17), des trois catégories de praticiens qui sont en première ligne pour les victimes de VC, tout comme les urgentistes et les gynécologues-obstétriciens. La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi en 2019 des recommandations claires, à destination des médecins généralistes, concernant le dépistage et la prise en charge des victimes (6). Mais qu'en est-il des auteurs ?

Une étude nord-américaine a examiné le recours au système de soins par les auteurs de VC. Sur les 133 participants, 42% ont eu un contact avec le système de soins dans les 6 mois précédents dont 29% avec un médecin de premiers recours (18). On peut donc supposer que les auteurs de VC sont également présents parmi la patientèle d'un médecin mais restent pourtant *invisibles* (19). De plus, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations françaises sur lesquelles les médecins généralistes peuvent s'appuyer pour faciliter et améliorer le repérage ainsi que la prise en charge de ces auteurs.

### Evolution de la prise en charge actuelle des auteurs de violences conjugales

Cette prise en charge, qui était essentiellement judiciaire, a bien évolué ces dernières années. L'extension de la notion d'injonction aux soins en 2007 aux auteurs de VC, les stages de responsabilisation institués par la loi de 2014, et le développement de Centres de Prise en Charge et de suivi des Auteurs (CPCA) ont permis de compléter la sanction pénale d'un accompagnement socio-médico-psychologique (2).

Plus récemment, une prise de conscience politique a abouti à une intégration des auteurs dans la réflexion sur la prévention des VC et de leurs récidives. Ainsi, parmi les mesures formulées lors du Grenelle contre les VC en 2019, figure celle d'une amélioration de la prise en charge et du suivi des auteurs (20). Trente CPCA répartis sur l'ensemble du territoire ont été créés depuis 2020. En 2022, ce sont donc 13 985 auteurs qui ont été orientés vers les CPCA dont 90% dans le cadre d'une mesure judiciaire, 10% dans le cadre d'une démarche volontaire et plus de 3 500 auteurs ont bénéficié d'un suivi psychologique (21). En parallèle, une ligne d'écoute « *Ne frappez pas* », gérée par la Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiales (FNACAV) et à destination des auteurs, a été mise en place en avril 2020 (22).

Bien que la prise en charge actuelle des auteurs de VC ait évolué avec une intégration du milieu médical, la place du médecin généraliste semble très réduite. Or, nous avons vu précédemment qu'il est en première ligne dans les VC et peut donc être confronté aux auteurs. Son rôle central concernant les victimes nous amène donc à nous questionner sur la place qu'il pourrait occuper dans la prise en charge globale et préventive des auteurs de VC.

L'objectif principal de cette étude consiste à explorer les pratiques du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge des auteurs de VC.



L'objectif secondaire vise à élaborer des pistes d'amélioration destinées aux médecins généralistes pour l'accompagnement de ces patients.

## II. Matériel et méthode

### A. Étude de la littérature

Une recherche bibliographique préalable a été réalisée dans les bases de données suivantes : Pubmed, SUDOC, ResearchGate et Google Scholar.

Elle s'est effectuée selon l'algorithme de mots-clés suivants, en français et en anglais : auteurs violences conjugales et médecin généraliste, domestic violence perpetrators, intimate partner violence, general practitioner, primary health care.

### B. Matériel

#### 1. Population de l'étude

Il s'agit de médecins généralistes exerçant en Alsace dans un cabinet. Les critères d'exclusion étaient :

- Être médecin remplaçant ou hospitalier
- Ne pas exercer en Alsace

#### 2. Recrutement

Le recrutement des participants à l'étude s'est déroulé entre juillet 2021 et août 2023. Il a été réalisé initialement par envoi d'un courriel aux médecins généralistes via l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux (URPS-ML) du Grand Est. Cette méthode de recrutement a donné lieu à deux réponses, cependant un des répondants a dû être exclu car il n'exerçait pas en Alsace. Malgré une relance, cette méthode de recrutement n'a abouti qu'à un seul entretien. Par la suite, pour des raisons de faisabilité de l'étude, un recrutement de proche en proche a été décidé. Au total, ce sont 10 médecins qui ont accepté de participer à l'étude. Deux médecins supplémentaires ont été contactés, afin de diversifier la population de l'étude, mais ont refusé de

participer car ils estimaient ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet. Cependant, l'ensemble des entretiens réalisés ont permis d'obtenir une suffisance des données.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Médecin	Age	Genre	Durée d'exercice	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
1	40-49	Féminin	14	Urbain	En maison de santé
2	50-59	Féminin	28	Urbain	En cabinet, seule
3	30-39	Féminin	4	Semi-rural	En cabinet, seule
4	30-39	Féminin	5	Semi-rural	En cabinet, en association
5	30-39	Féminin	8	Semi-rural	En cabinet, seule
6	30-39	Féminin	2	Semi-rural	En cabinet, en association
7	30-39	Féminin	4	Semi-rural	En cabinet, en association
8	30-39	Féminin	2	Semi-rural	En cabinet, en association
9	50-59	Féminin	20	Semi-rural	En cabinet, en association
10	30 – 39	Masculin	8	Semi-rural	En cabinet, en association

### 3. Aspect éthique

Une demande d'avis a été effectuée auprès du Comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg. Celui-ci a émis un avis positif définitif le 05/07/2021 (Annexe 1).

Le consentement des médecins interrogés a été recueilli de manière écrite au début de chaque entretien (Annexe 2). Ils ont été informés qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment durant l'étude. Les données ont été anonymisées.

## C. Méthode

### 1. Etude qualitative

Le sujet de la thèse était de comprendre le vécu des médecins généralistes face aux auteurs de VC en explorant leurs représentations et leur pratique au quotidien. Le choix s'est ainsi porté sur une

méthode qualitative qui permet aux participants de s'exprimer plus librement sur un sujet afin d'obtenir des résultats plus exhaustifs.

## 2. Entretiens individuels

Les données ont été recueillies via des entretiens individuels semi-dirigés car ils favorisent une liberté d'échange autour de plusieurs thématiques définies au préalable. En raison du caractère sensible du sujet que sont les VC, la méthode de recueil par entretiens individuels semblait la plus adaptée. Le participant est seul avec l'investigateur, ce qui crée un climat de confiance, et permet d'aborder des thèmes qui ne l'auraient peut-être pas été dans un cadre collectif comme un *focus group*.

Les dix entretiens se sont déroulés d'août 2021 à juin 2023 et ont tous eu lieu au cabinet des médecins généralistes interrogés. La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes, le plus court ayant duré 19 minutes et le plus long 39 minutes. Avant le début de chaque entretien, le thème de l'étude a été rappelé à chaque participant et ils ont été invités à remplir une fiche de données sociodémographiques anonyme (Annexe 3).

## 3. Guide d'entretien

La grille d'entretien a été réalisée avant le début de l'étude afin de servir de guide. Elle a été élaborée après une recherche bibliographique approfondie sur le sujet, en se basant sur des questions ouvertes. Cela permet aux participants d'aborder spontanément certaines thématiques et de limiter l'influence de l'investigateur.

Le guide était structuré autour de trois grands axes : les représentations que se font les médecins des auteurs de VC, le repérage des auteurs de VC ainsi que leur prise en charge. Il a été testé lors des premiers entretiens puis réévalué tout au long de l'étude. Les nouveaux thèmes qui ont été abordés par les participants, au fur et à mesure des entretiens, ont été rajoutés au guide afin de l'enrichir dans

l'hypothèse de faire émerger de nouvelles idées lors des entretiens suivants. La version finale du guide d'entretien est présentée en annexe 4.

#### 4. Retranscription

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone. Ils ont été retranscrits mot à mot dans un logiciel de traitement de texte, en essayant de retranscrire également le langage non verbal afin de préserver un maximum de données. Aucune reformulation n'a été effectuée pour rester fidèle aux réponses des participants. La retranscription a permis de se familiariser avec les données. Aucun participant n'a interrompu l'entretien, ni ne s'est abstenu de répondre à une question.

#### 5. Codage et analyse

La retranscription a abouti aux « verbatims » sur lesquels l'analyse, s'inspirant de la méthode de la théorisation ancrée, a été effectuée. Cette méthode vise à générer des théories à partir de données recueillies sur le terrain (23).

Dans un premier temps, les verbatims ont été codifiés de manière ouverte, c'est-à-dire qu'ils ont été fragmentés mot par mot en restant au plus près des propos tenus par les participants, afin d'attribuer des étiquettes ou codes correspondant à l'idée principale des groupes de mots analysés. Ensuite, le codage axial a permis de créer des liens entre ces différents codes pour former des catégories plus générales, puis de définir des liens entre ces catégories. Enfin, un double encodage a été effectué sur l'ensemble des entretiens par une personne extérieure à l'étude afin de réduire le biais d'interprétation et d'augmenter la validité interne de l'étude.

### III. Résultats

#### A. Les auteurs vus par les médecins généralistes interrogés

##### 1. Pas de profil type

La quasi-totalité des médecins interrogés considérait qu'il n'y avait pas de profil type concernant les auteurs de VC. Tout le monde peut être concerné, ce qui rend les violences difficiles à déceler.

*M2 : « pas de profil type. Je veux dire, tout le monde peut être violent. »*

*M6 : « il n'y a pas forcément de cliché et que c'est justement pour ça que c'est difficile de faire la part des choses souvent. »*

*M8 : « pour moi il y a pas d'archétype, ça peut être n'importe qui pour moi en soit. »*

*M9 : « j'ai pas d'image précise ni profil particulier, ça peut être un peu n'importe qui. »*

Bien que les médecins aient insisté sur l'absence de profil type, ils ont néanmoins identifié certains préjugés qu'ils pouvaient avoir à l'égard des auteurs de VC, notamment en termes de genre, de personnalité et d'antécédents.

##### 2. Mais des facteurs de risque identifiés

###### a) *Des auteurs principalement masculins présents dans tous les milieux sociaux*

Les femmes étaient perçues majoritairement comme des victimes et les hommes comme des auteurs. Cinq médecins ont tout de même précisé une fois, au cours de l'entretien, que les hommes pouvaient également être victimes (M2, M4, M5, M7, M8).

*M4 : « après je dis le type mais enfin y'a aussi des femmes qui peuvent faire des violences physiques ou verbales sur leur conjoint. »*



*M8 : « enfaite depuis avant je te parle des hommes, mais en autre facteur on a les hommes en tête plus que les femmes. »*

Tous les milieux socio-économiques pouvaient être touchés. Cependant, il a été souligné que les milieux précaires étaient potentiellement plus vulnérables, en supposant une utilisation plus fréquente de la violence comme moyen éducatif (M3, M7). M5 considérait qu'il y avait plus de violence verbale dans le milieu agricole.

*M5 : « les hommes agriculteurs sont des hommes souvent un peu plus machos où la femme fait tout à la maison. Je pense que violence verbale est un peu plus fréquente, ils ont plus l'habitude d'avoir bobonne à la maison et de réagir comme ça. »*

*M7 : « les précaires je pense qu'ils sont plus à risque, d'un point de vue éducationnel aussi, les milieux défavorisés malheureusement sont (pause) ... mais je pense que d'un point de vue éducation de l'enfant où l'autorité parentale passe encore par ces gestes-là pour se faire obéir malheureusement, un moyen répressif pour éduquer leurs enfants. »*

#### *b) Types de personnalité*

L'intolérance à la contrariété (M2, M9), l'impulsivité (M3, M5, M6, M7), l'autoritarisme (M4, M6, M8), et l'égoïsme/égoïsme (M2, M10) étaient les caractéristiques les plus fréquemment mentionnées. Les auteurs étaient également assimilés à des personnes agressives (M3, M6), manipulatrices (M5, M10), jalouses (M5), et avec un besoin de contrôle et de domination (M5, M8) pour compenser une faible estime de soi, le comportement violent étant un moyen de se rassurer (M2). D'autres ont noté une attitude plutôt machiste envers les femmes (M5, M9, M10).

*M2 : « il y a forcément une pathologie ou faille narcissique [...]. J'aurais tendance à dire je pense que c'est des gens qui ont des blessures, narcissiques ou autres et qui ont besoin de se rassurer en dominant. »*

*M4 : « pour moi ça va vraiment être le type qui va être dans le contrôle. »*

*M5 : « y'a ce qu'on appelle les pervers narcissiques et je pense les hommes un peu plus jeunes jaloux qui ont besoin de dominer qui ont besoin de gérer ce que font leurs femmes. »*

Deux médecins ont considéré qu'il ne fallait pas s'enfermer dans ces représentations, au risque de méconnaître certains auteurs.

*M6 : « c'est sûr qu'on se représente l'auteur de violence conjugale comme étant le mec un peu impulsif, un peu agressif, autoritaire enfin voilà mais je pense que c'est une fausse idée qu'on se fait et qu'il n'y a pas forcément de cliché et que c'est justement pour ça que c'est difficile de faire la part des choses souvent. »*

*M10 : « on tombe très vite dans les clichés malheureusement je pense, [...], après si on s'enferme là-dedans il y en a plein qu'on trouve pas. »*

### c) *Antécédents médicaux de l'auteur*

#### *Antécédents psychiatriques*

Les médecins interrogés ont majoritairement cité les antécédents psychiatriques (M10), en particulier les syndromes dépressifs sévères (M6, M7), l'hypochondrie (M2, M3), les tentatives de suicide (M7), la schizophrénie (M7), l'anxiété (M3) et les troubles psychosomatiques (M3). Les conduites addictives avec des substances telles que l'alcool et les drogues ont également été évoquées (M6, M7, M8, M9). Enfin, un trouble de la personnalité type narcissique a aussi été cité (M2).

#### *Antécédents dans l'enfance*

Plusieurs médecins ont évoqué les antécédents de violences subies dans l'enfance (maltraitance, violence éducative ordinaire) et le fait d'avoir été témoin de VC dans l'enfance comme étant à risque

d'en perpétrer (M5, M7, M10). Les auteurs reproduiraient alors le modèle familial dans lequel ils ont grandi.

*M5 : « quand ils ont un passé où ils ont eu de la violence, ils peuvent faire comme ils veulent, ils vont reproduire à un moment ou à un autre. »*

*M7 : « je pense qu'ils reproduisent de manière inconsciente le modèle familial dans lequel ils ont vécu, de comment le papa se comportait avec l'image maternelle, comment il réglait ses soucis, pas trop de discussion malheureusement. »*

### Autres antécédents

Un médecin a évoqué les antécédents d'autres violences déjà commises (hors violences conjugales) comme marqueur de risque d'être auteur de VC (M8).

## 3. Facteurs précipitants les violences conjugales

### *a) Situations à risque de violences conjugales*

Les médecins ont identifié des situations à risque de VC. De manière générale, ils ont évoqué toute situation de fatigue, tout épisode de stress ou de changement de vie.

Du point de vue professionnel, les médecins ont souligné le risque accru de VC en lien avec le surmenage professionnel, le chômage, ou un changement d'emploi (M4, M5, M6).

Ils ont également relevé la promiscuité induite par le confinement lié à la COVID-19 comme une situation à risque (M2).

Sur le plan personnel, les difficultés financières (M4, M7), une grossesse (M4, M8), une naissance (M5, M6), ainsi que les enfants en général (enfants en bas âge, passage à l'adolescence) (M3, M4, M5) ont été mentionnés comme des éléments propices aux VC. Les problèmes d'infidélité (M7) et les périodes de séparation/divorce (M10) ont aussi été évoqués.

b) *Facteurs favorisant le passage à l'acte*

Les facteurs favorisant le passage à l'acte mentionnés par les médecins étaient les épisodes d'intoxication aiguë d'alcool ou de drogues (M4, M6, M7, M8, M9).

B. Le repérage des auteurs de violences conjugales par le médecin généraliste

1. Freins au dépistage

Le dépistage des auteurs de VC a été perçu comme difficile pour l'ensemble des répondants. Des mots comme « *dur* », « *délicat* », « *impossible* » ont été utilisés à plusieurs reprises pour exprimer leur mal-être face aux auteurs.

Les médecins interrogés n'abordaient pas spontanément la question des VC avec les auteurs. Au-delà des idées préconçues qu'ils pouvaient avoir, ils ont identifié plusieurs éléments faisant obstacle à ce repérage aussi bien de leur côté que du côté du patient.

a) *L'auteur, une chimère en consultation*

*Un auteur qui consulte peu ou pour d'autres motifs*

Globalement, les médecins ont exprimé le sentiment d'être peu confrontés à la problématique des auteurs de VC. Pour eux, l'auteur consulte peu ou alors pour d'autres raisons. Toutefois, cette constatation a été relativisée par un médecin qui l'attribue à son manque de compétence sur le sujet.

*M6 : « ben enfaite une consultation en cabinet avec un auteur de violence j'en ai jamais eu je crois.*

*[...] Probablement que j'ai pas repéré parce qu'il doit y en avoir, c'est sûr. »*

*M9 : « sur ma patientèle totale, beaucoup de cas de violences avérées non j'en ai pas beaucoup. »*

*M10 : « auteurs je sais pas si j'en ai beaucoup. »*

Dès lors que les auteurs consultaient, il s'agissait de motifs variés, mais pas pour parler de la problématique de violence :

- Insomnie (M3)
- Douleur abdominale chronique (M3), syndrome douloureux chronique (M10)
- Eczéma (M4), éruption cutanée (M5)
- Syndrome grippal (M4, M6)
- Trouble de la consommation d'alcool (M8, M9)
- Renouvellement de traitement (M3, M10)

Aborder la problématique des violences, alors que le motif de consultation était autre, était perçu comme difficilement réalisable par les médecins.

*M4 : « ils viennent pas directement pour ça donc la difficulté c'est d'aborder le sujet dans un motif tout à fait autre si on le suspecte. C'est difficile de le placer quand quelqu'un vient parce qu'il a mal à la gorge ou qu'il tousse depuis deux jours. »*

*M9 : « je me vois mal, s'il vient pour un rhume, d'aborder le sujet des violences. [...] Le tout-venant qui vient pour autre chose, j'ai aucun moyen moi de dépister. »*

#### *Une identification plutôt indirecte des auteurs*

Les auteurs eux-mêmes n'abordaient pas spontanément leurs actes violents en consultation.

*M4 : « enfin en tous cas moi je n'ai vu de personnes qui sont venues en me disant : bah voilà je viens parce que j'ai frappé ma femme ou parce que je suis violent. »*

*M9 : « j'ai jamais eu quelqu'un venir en couple en disant « ben voilà on a un problème de violences conjugales », ça ça n'existe pas. »*

La honte (M4, M5, M9, M10) ainsi que la peur des répercussions personnelles étaient identifiées comme empêchant un auteur d'en parler. Ces répercussions pouvaient intervenir à plusieurs niveaux :

- Au niveau de sa santé : moins bonne prise en charge médicale (M3), peur de perdre la confiance de son médecin (M4, M5)
- Au niveau moral : peur d'être jugé (M3, M5, M10)
- Au niveau pénal : peur d'être dénoncé et que cela entraîne des poursuites judiciaires (M3, M4, M5, M9).

Enfin, les auteurs pouvaient aussi ne pas avoir conscience que leur comportement relevait de la VC et n'allaient donc pas aborder le sujet (M3, M4, M5).

*M4 : « certains n'ont pas conscience que ce sont des actes de violence comme ce qu'on appelle les violences éducatives ordinaires sur les enfants, la fessée, la claque, ça peut être puni alors que pour d'autres ça peut paraître comme des actes d'éducation banaux. Je pense que là en effet le fait d'insulter de rabaisser sa femme, ça peut être une habitude et ils voient même pas le problème quand c'est une « simple » violence verbale. »*

De ce fait, l'identification des auteurs de VC était majoritairement indirecte et s'effectuait surtout via la victime ou les enfants, puis enfin seulement par l'auteur.

La victime apparaissait comme étant la principale voie d'identification des auteurs. Elle était le plus souvent à l'origine de la révélation des violences, que ce soit de manière directe ou indirecte.

*M1 : « parce qu'enfaite on découvre finalement que quelqu'un était auteur parce que quelqu'un a témoigné, qu'il était victime parce que l'auteur il va jamais en parler lui-même. »*

D'une part, repérer les violences chez la victime était perçu comme plus facile et donc le dépistage était effectué de manière plus fréquente.

*M1 : « c'est vrai qu'on fait les femmes en systématique. »*

*M3 : « c'est quand même plus facile d'arriver à dépister même si c'est pas toujours dit, un inconfort ou malaisance de la part de la victime que l'auteur en lui-même. »*

*M5 : « du côté des victimes c'est des questions que je pose quand même plus fréquemment. »*

D'autre part, certains indices repérés chez les victimes pouvaient inciter les médecins à envisager des cas de VC. Cela comprend notamment la découverte de blessures physiques lors de l'examen médical (M2, M4), ainsi que les comportements observés chez certaines victimes, particulièrement lors des consultations impliquant la ou le conjoint violent. Ces comportements, mentionnés par tous les interrogés, se manifestent par un repli sur soi, avec une victime effacée et qui parle peu. Leur présence entraînait un dépistage plutôt du côté de la victime.

*M1 : « comme dit, y'a des signes qui nous alertent mais on va se tourner plutôt vers la victime pour dépister, c'est pas lui, c'est elle qui va nous dire que lui est. »*

*M4 : « puis après éventuellement toutes les traces physiques qu'il peut y avoir au niveau corporel et puis ouais vraiment en présence de monsieur le fait que la femme soit plus renfermée, mal à l'aise et dise pas grand-chose quoi. »*

Ensuite, selon deux médecins, les enfants pouvaient également servir de voie d'identification des VC au sein du couple. Il s'agissait là aussi de signes plutôt indirects, comme la présence de problèmes de santé (M5) ou alors un comportement anormal des enfants en consultation. Ces comportements se manifestent par des enfants renfermés, qui s'expriment peu, et avec des parents répondant à leur place (M7). Ces deux médecins proposaient alors de repérer les VC dans un couple en questionnant les enfants.

*M5 : « souvent je demande aux enfants quand je vois qu'ils sont pas bien, ou qu'il y a un problème d'énurésie nocturne, de douleur abdo tout le temps, souvent quand c'est des parents divorcés, je leur demande souvent, même devant les parents, comment ça se passe à la maison avec papa/maman, je*

*leur demande parfois si ça crie, des trucs comme et oui parfois ça permet de ... les enfants ils racontent. »*

Enfin, l'auteur, ou plutôt son interaction avec la victime en consultation, a aussi été relevé par l'ensemble des médecins comme indice devant faire suspecter une situation de violence dans le couple. Des comportements envahissants et directifs (couper la parole, contredire, prendre des décisions à la place de la victime) ainsi que l'observation d'une dynamique conflictuelle au sein du couple pendant la consultation éveillaient les soupçons (M7).

*M3 : « dans les réactions qu'ils peuvent avoir, comment ils interagissent pendant la consultation. On voit que parfois il y a des regards, une volonté de maîtrise de la part d'un des deux sur l'autre ou voir prendre de l'aplomb ou critiquer la réaction de l'un ou de l'autre, on peut quand même repérer certains désaccords. »*

Dans notre étude, l'identification des auteurs de VC se faisait majoritairement de manière indirecte. Cela était d'autant plus difficile, car recevoir ces informations sans qu'elles ne soient révélées par l'auteur positionnait les médecins dans une situation inconfortable et il leur semblait souvent très compliqué d'utiliser ces informations pour approcher directement les auteurs, compte tenu de l'imposition du secret médical (M1, M3, M10) et de la volonté de protéger la victime.

*M3 : « ils essayent chacun de me dire de pas divulguer le contenu de la consultation à l'autre et que la femme me dit qu'il ne faut absolument pas que lui sache, qu'il se doute par mes paroles qu'on a pu parler de ça. Donc c'est assez complexe de l'aborder de manière discrète sans qu'il se doute qu'il y ait eu des mots ou des conversations. »*



Le médecin se retrouvait « *en porte à faux* » entre les deux patients, ce qui nuisait à la relation de confiance (M1, M10).

*M1 : « c'est compliqué parce que dans la consultation on a l'impression qu'il y a du non-dit et c'est pas très agréable. »*

*M10 : « ben ce qui est difficile finalement c'est de se dire qu'on sait des choses sur lui que lui à priori ignore mais finalement, qu'est-ce qu'on fait de l'information ? Donc ça nous met en porte à faux alors que notre rôle de médecin traitant, enfin à mon sens, c'est de garder le lien de confiance avec nos patients. »*

### *Des violences sectorisées et un auteur dans le déni*

Un dernier frein inhérent aux auteurs était la réaction de ces derniers face à leurs actes. Les auteurs avaient tendance à les minimiser et à se déresponsabiliser.

*M2 : « c'est j'ai pas fait exprès et elle, elle l'a pris comme ça mais j'ai pas fait exprès, des bousculades vous savez, tac on passe comme ça et ça c'est pas fait exprès. »*

Ils faisaient preuve de déni, rendant les médecins plus à même d'aider les victimes, plutôt que les auteurs, moins accessibles aux soins.

*M3 : « la victime c'est beaucoup plus facile parce que c'est avoué, parce qu'il y a une souffrance et qu'on peut mettre un mot dessus du coup c'est plus facile de l'accompagner. »*

*M8 : « si eux ne sont pas conscient et acceptent pas l'aide, tu peux attendre longtemps, ça ne marchera pas. »*

Les violences étaient souvent sectorisées à la sphère privée et donc invisibles aux personnes en dehors, ce qui rend le dépistage difficile. Les médecins décrivaient des auteurs plutôt attentionnés en consultation (M4, M8), gentils (M4, M5, M7, M8), respectueux (M8) qui finalement « *donnent bien le change* » (M7) et ils avaient parfois du mal à envisager leur patient comme auteur de VC.

*M3 : « ça a été assez complexe parce qu'il se comporte pas du tout de la même manière avec moi. »*

*M4 : « et quand il vient ici, en effet, j'ai du mal à croire qu'il est violent parce qu'il est tout gentil et tout, il se soucie d'elle. »*

*M8 : « quand on le voit nous en consultation, c'est un monsieur qui est adorable, qui te ramène des chocolats, qui s'excuse toujours d'être en retard. »*

Ce qui expliquait des réactions de surprise lors de la révélation de violences par la victime (M4, M7) et dans les suites, une vigilance plus importante concernant la personne désignée (M5).

*M5 : « ça n'a pas changé ma manière de le prendre en charge mais je faisais plus attention en consultation à ce qu'il faisait ou disait pour voir. Pas si ce qu'elle me disait était vrai mais pour voir comment il se comportait avec moi et comment il était en réalité pour essayer d'avoir un peu les deux versants car moi je l'ai jamais vu agressif. »*

D'autres barrières, cette fois-ci liées aux médecins généralistes, ont également été identifiées.

#### *b) Le médecin, tiraillé entre devoirs et impuissance*

Hormis M9 qui déplorait que cela « commence à faire beaucoup sur nos épaules », les autres médecins ont reconnu qu'il était de leur devoir de repérer les auteurs de VC. Néanmoins, en pratique, ils n'y arrivaient pas et cela pour plusieurs raisons que nous allons détailler.

*M4 : « ce serait de notre ressort de savoir les [auteurs] repérer parce que comme dit c'est pas au boulot que la femme va parler de ses violences si elle en subit. »*

*M5 : « [notre rôle] c'est essayer de mettre le doigt dessus pour les orienter. »*

La priorité donnée aux victimes

Dans le cadre des VC, la victime apparaissait comme une priorité aux yeux des médecins. À plusieurs reprises, le discours était centré sur l'expérience de la victime ou sa prise en charge alors que la question portait sur l'auteur. L'objectif principal des médecins, dans les cas de VC, était de mettre la victime en sécurité, souvent par le biais d'une séparation.

*M2 : « ce qui était important pour moi c'était que sa femme le quitte et se mette en sécurité, ce qu'elle a fait. »*

*M6 : « parce que c'est ça le plus important, que la victime soit protégée, c'est le plus urgent. »*

Centrés sur les victimes, les médecins ne pensaient finalement pas aux auteurs qui se cachaient derrière.

*M5 : « je m'étais jamais rendue compte que oui on repérait toujours les femmes mais pas forcément les auteurs. »*

*M6 : « on pense jamais à chercher les auteurs. »*

Ou tout simplement, ils ne voulaient pas voir en leur patient des potentiels agresseurs.

*M6 : « parce que ça peut paraître difficile de penser que quelqu'un qu'on croit connaître comme étant notre patient soit un auteur de violences conjugales. »*

Enfin, la priorité aux victimes se traduisait également par le respect du secret médical. Comme vu précédemment, les médecins ont souvent eu connaissance des violences par le biais des victimes. Ces révélations se font dans le cadre d'une relation de confiance, et si la victime ne donnait pas son accord, les médecins respectaient le souhait de la victime et n'évoquaient pas les violences avec l'auteur présumé.

*M1 : « je peux pas rompre le secret vis-à-vis de la femme. »*

Une relation humaine détériorée

Après la révélation d'un fait de violence par une victime, le regard des médecins changeait vis-à-vis de l'auteur s'il était connu du médecin, ce qui altérait leur relation médecin-patient sur le plan humain. Manque d'empathie (M5, M8, M9, M10), non impartialité (M5, M9, M10), jugement (M7) et même rejet (M1) étaient les sentiments éprouvés par les médecins interrogés.

*M5 : « si ça change la relation avec les patients ? Oui forcément. T'as beau devoir rester impartial, si tu sais que le mec il tape sa femme, tu peux pas rester. »*

Les médecins ont cependant souligné que ce ressenti négatif n'influçait pas leur jugement sur le plan professionnel et qu'ils étaient capables de prendre des décisions médicales appropriées pour assurer le suivi, comme avec n'importe quel autre patient (M1, M5, M6, M8), même si l'investissement serait moins important (M10). Ce suivi relevait plus du « *devoir* » professionnel que du « *plaisir* » (M8).

*M6 : « ah bah oui forcément, on reste quand même humain. J'arriverais quand même à m'en occuper, j'arriverais à prendre les décisions médicales correctes le concernant, ça n'altérerait pas mon jugement mais ça altérerait forcément la relation. »*

*M10 : « ça se limite vraiment au strict minimum professionnel. »*

Et leurs sentiments personnels ne transparaissaient pas lors des consultations suivantes avec l'auteur (M7, M10).

*M7 : « pas en tant que médecin mais en tant qu'être humain, un petit a priori, un petit jugement quand même mais je laisse rien transparaître. »*

### Le manque de temps et de formation

Le manque de temps était reconnu comme frein au dépistage en supposant qu'une telle prise en charge était chronophage (M1, M2, M4, M8, M9, M10).

*M4 : « on a pas envie de le savoir, parce qu'à partir du moment où on le sait, on sait que ça va être un truc chronophage qui va nous prendre du temps. »*

De plus, les médecins se sentaient démunis face à leur manque de connaissances sur le sujet. Le sujet est tabou (M1, M5) et ils regrettaient l'absence de formation initiale ou continue centrée sur les auteurs (M2, M4, M7, M9). Leurs connaissances reposaient avant tout sur l'expérience professionnelle acquise ou personnelle.

*M2 : « le manque de formation par rapport à comment aborder ça, clairement on le fait avec le peu qu'on sait et avec ce qu'on est nous. On se met en résonance. »*

*M4 : « on est pas formé à ça donc moi je bidouille. »*

*M5 : « c'est pas un truc qu'on apprend à la fac, c'est notre vécu et notre expérience qui fait qu'on arrive plus ou moins à faire ou pas. »*

### La peur des représailles

La peur des répercussions aussi bien personnelles (M2, M9) que contre la victime, empêchait les médecins d'aborder le sujet avec les auteurs de VC.

*M2 : « moi j'ai eu une ou deux fois des hommes qui m'ont appelé en me menaçant de tout, qu'ils avaient des relations, qu'ils me feraient du mal. »*

*M9 : « je pense qu'il me faisait peur aussi voyant ce qu'il faisait à sa compagne, j'avais peur surtout qu'à l'époque je travaillais seule dans un cabinet, sachant qu'il y avait le contexte d'alcool, j'avais*

*peur des représailles et aussi si je lui en parle, que va-t-il se passer derrière à la maison, est-ce qu'il va la frapper. C'est un contexte de peur qui s'installe. »*

Être une médecin femme pouvait aussi mettre en difficulté face à un auteur masculin (M9).

*M9 : « après ça nous met un peu en porte à faux surtout en tant que femme, de se dire comment aborder les choses avec l'homme, avec l'image qu'il peut avoir de la femme, etc. je trouve ça très compliqué. »*

### Un médecin isolé face à l'auteur

Les interrogés regrettaient leur isolement face à la problématique sans réels professionnels spécialisés ou structures d'aval locales vers qui se tourner (M6, M8, M10). Et s'ils existaient, M2 déplorait les délais de rendez-vous. Dans ces conditions, M10 en venait à questionner l'intérêt d'une intervention, notamment en termes de repérage.

*M10 : « après se dire finalement qu'est-ce qu'on fait derrière parce que juste demander pour demander et se retrouver ensuite en difficulté de on a l'info mais à qui on passe le relais ? Mais juste avoir l'info pour avoir l'info, c'est quelque part aussi un constat d'échec. »*

### La transgression de la relation de soin entraînant l'arrêt du suivi

Enfin, le risque de transgression de la relation de soin apparaissait également comme un obstacle au repérage efficace des auteurs de VC. Trois médecins s'inquiétaient de savoir s'ils ne dépassaient pas leur champ de compétences en relevant le caractère intrusif et inquisiteur des questions (M1, M3, M10), d'autant plus que, parfois le fait de soupçonner une personne d'être auteur de VC relevait juste d'un ressenti (M2, M5, M10). Ils sont médecins, pas « enquêteurs », mais craignent d'être pris pour « justiciers » (M3).

*M2 : « y'a comme ça instinctivement y'a des gens on sent qui pourrait l'être [...] mais c'est compliqué parce que c'est sous-entendre quelque chose que l'on a pas vu. »*

*M3 : « voilà ils viennent pour quelque chose en particulier et on est pas là pour fouiller dans leur vie. [...] ils pourraient avoir l'impression que quelque part on cherche à jouer le rôle de la justice, de prendre parti et de plus avoir notre place justement de praticien. »*

Les médecins craignaient qu'en abordant les violences avec les auteurs, cela ne mène à un arrêt du suivi (M5, M7, M8, M9), entravant alors une surveillance à plus long terme (M5).

*M5 : « parce qu'on risque de perdre sa confiance si on sait et qu'on parle, donc c'est un peu à double tranchant. Des fois est ce qu'il vaut mieux pas le surveiller en consultation et venir petit à petit pour pas perdre sa confiance. »*

*M7 : « comment lui poser la question effectivement directement sans qu'il se braque et que du coup il dise non je reviendrais plus chez vous et que je le perde pour son suivi. »*

*M9 : « je me dis qu'il va pas revenir donc la rupture du lien. »*

Tous ces éléments repoussent la détection des auteurs et amènent souvent à une reconnaissance tardive des VC et de ce fait, un retard de prise en charge adaptée. Heureusement, les médecins ont identifié certains facteurs qui leur permettraient d'aborder les violences plus facilement.

## 2. Facteurs facilitants

### a) Particularités de la position du médecin traitant

Le fait d'être désigné comme médecin traitant confère un certain statut, fondé sur une relation de confiance mutuelle qui autorise parfois des questionnements de nature intime (M1, M6). Cette

relation de confiance faciliterait les échanges et encouragerait ainsi les confidences (M1, M5, M7, M8).

*M1 : « en tous cas nous ça nous donne une position [médecin traitant] où on peut poser certaines questions. »*

Fréquemment, le médecin traitant assure également le rôle de médecin de famille, et suit les patients ainsi que leurs proches parfois sur plusieurs générations. Cette approche lui permet d'appréhender de manière plus approfondie l'environnement familial du patient, favorisant ainsi une meilleure compréhension de la situation globale du patient et facilitant le repérage des auteurs de VC (M3, M4, M7, M10).

*M10 : « c'est sûr qu'en étant médecin traitant juste de l'individu, je pense que ça change pas grand-chose, mais comme on est rarement le médecin traitant juste d'une personne isolée et qu'on a quand même aussi un peu l'environnement familial, oui ça donne quand même un peu un éclairage. »*

Enfin, la possibilité d'un suivi régulier augmenterait les occasions de repérage (M4).

Cependant, ce statut de médecin traitant est à double tranchant et pourrait rendre les médecins « aveugles », entravant alors une identification efficace des auteurs (M6, M10).

*M6 : « parce que quand on connaît la personne depuis longtemps, et qu'on s'est forgé une image d'elle effectivement des fois on peut ne pas voir certaines choses. »*

#### *b) Prise en charge judiciaire*

La gestion judiciaire semblait jouer un rôle facilitateur, notamment dans le processus de dépistage (M1, M5).

*M1 : « j'en ai quelques-uns qui ont été condamné pour cette raison donc là c'est facile à aborder et on peut parler de la suite pour qu'ils soient pas en situation de récidive. »*



*M5 : « mais si elle a déjà porté plainte ou quelque chose ou si la femme m'autorise à en parler, je pense que je lui demanderais s'il a déjà eu actes violents envers sa femme. »*

Malgré tous les obstacles rencontrés, les médecins avaient envie de dépister les auteurs de VC mais manquaient de clés pour y parvenir. Alors comment procéder ?

*M7 : « mais c'est vrai qu'en dépistage ou autre je sais pas trop comment aborder le truc. »*

### 3. Le dépistage en pratique

#### a) Reconnaître les violences

Détecter efficacement les VC, et donc les auteurs, sous-tend de connaître les différentes formes qu'elles peuvent revêtir ainsi que de comprendre leur dynamique.

Globalement, les médecins savaient qu'il n'existe pas une violence mais des violences. Même s'ils ont majoritairement cité les violences physiques et psychologiques (M1, M2, M7, M8, M9, M10), ils ont également reconnu l'existence des violences sexuelles (M2, M3, M8, M10), ainsi que les abus économiques (M1, M2, M7, M8).

Ils avaient conscience de la nature récurrente des violences (M4, M7, M8), de l'escalade de leur gravité (M7, M8), et ils reconnaissaient différentes phases, notamment l'agression, la justification des actes (M2, M7), et la phase de rémission (M4, M7). Ils étaient également sensibilisés à la notion d'emprise exercée par l'auteur sur sa victime (M2, M7, M10).

*M7 : « ça va crescendo. [...] il demande toujours pardon, il dit qu'il va plus le refaire. Il essaie d'arranger les choses sur le coup mais ensuite c'est déjà revenu deux ou trois fois depuis la première fois qu'il était passé à l'acte d'un point de vue physique. »*

b) *Repérer et aborder les violences*

Comme vu précédemment, les médecins n'abordaient pas spontanément les VC avec l'auteur en raison notamment des freins cités. Il leur a donc été demandé de s'affranchir de ces obstacles et d'imaginer comment ils pourraient aborder cette problématique.

Seuls trois médecins ont envisagé la possibilité d'effectuer un dépistage systématique des auteurs de VC, comme c'est le cas pour les victimes (M1, M8, M10), mais ils ont avoué ne pas être en mesure de le faire.

*M8 : « si c'est faisable après c'est un mécanisme qu'il faut se forcer à faire au début mais c'est faisable de manière systématique, ce serait intéressant. »*

*M10 : « il faudrait peut-être le faire systématiquement, c'est plus facile sur des nouveaux arrivants dont finalement on connaît rien, ça peut faire partie de la consultation de prise de contact. »*

Ce type de dépistage, considéré comme trop direct, risquait de « braquer » les auteurs et les médecins n'obtiendraient alors que des réponses négatives (M1, M5, M7, M9). Aussi, il pourrait être vécu comme indélicat si la personne est une victime (M8).

*M1 : « en posant la question directement ? On va avoir que des non. »*

*M8 : « je me dis juste que si on fait le dépistage de victime et auteur en même temps, si tu poses la question à une victime, ça risque peut-être de la chambouler un peu donc rend délicat l'exercice. »*

Les médecins envisageaient plutôt d'effectuer un dépistage ciblé, c'est-à-dire poser la question aux auteurs en fonction de la présence de différents éléments qui leur feraient suspecter des VC :

- En fonction des antécédents (M4, M5, M6, M7, M8, M9)
- En présence de signes d'alerte en consultation (M1, M5)
- En présence de situations à risque et/ou de facteurs déclenchants (M4, M8).

Ce dépistage pourrait s'effectuer soit lors d'une consultation de prise de contact avec un nouveau patient (M10), soit au cours du suivi (M6), et notamment lors des renouvellements d'ordonnance (M4).

Il reposerait sur certaines compétences jugées essentielles : faire preuve de tact (M2) et adopter une approche dénuée de jugement (M2, M4, M10), au risque d'aggraver la situation.

*M2 : « et si on est maladroit, on peut faire du mal aussi et du coup aggraver les choses. »*

*M4 : « il faut pas que lui se sente entre guillemet suspecté. »*

Une attitude dédramatisante pourrait faciliter les échanges.

*M4 : « ouais vous savez parfois ça peut arriver de se faire insulter ou des fois on est un peu énervé, il y a une gifle qui peut partir, en essayant de dédiaboliser le truc en disant que peut être ça va plus aider à en parler. »*

Poser directement la question à l'auteur était envisageable mais nécessitait de s'exercer régulièrement afin d'acquérir de l'expérience (M8) :

*M8 : « je demanderais clairement la question sans trop tourner autour du pot. [...] Est-ce que vous pensez déjà avoir été auteur de violence ? [...]. Je pense qu'il faut se soumettre à l'exercice pour le faire en régulier pour que ça passe comme une question anodine pour pas que les patients se sentent braqués justement. »*

Mais de manière générale, il semblait plus facile d'aborder le sujet de façon indirecte en questionnant l'auteur sur le fonctionnement du foyer (M1, M5, M8), sur la dynamique du couple et de la famille (M2, M6) ou sur ses conditions de travail (M4, M6).

*M4 : « en dehors d'un motif psychologique, non ou alors c'est par le biais du travail, comment ça se passe au boulot ? et du coup à la maison ? est ce qu'il y a des répercussions ? mais à part ça je vais pas creuser plus, à part ces questions-là, chez le potentiel auteur. »*

*M5 : « souvent je demande comment va le moral, comment ça se passe à la maison, s'il y a des soucis, si les enfants dorment bien, si ça se passe bien. Un peu insidieusement mais jamais de la vie je demande s'il lève la main sur sa femme mais non j'essaie de voir comment ça se passe. »*

Les conséquences violentes ou négatives de certains comportements, notamment liés à la consommation d'alcool (M7, M8, M9) ou les antécédents de violences subies, pouvaient également servir de point de départ à une discussion (M1).

*M1 : « il y a une grande partie qui a été victime donc ça peut être une façon de dépister en leur parlant d'un statut de victime eux et voir. »*

*M7 : « oui, par exemple avec l'alcool, voir si on peut retomber dessus en disant est ce que ça vous a jamais rendu violent ? Est-ce que vous avez jamais eu des actes qui vous posent des problèmes judiciaires ? Et rebondir sur comment il se comporte dans le couple... Oui peut être éventuellement avec les conséquences comme ça pour aboutir à des violences conjugales. »*

*M8 : « poser la question des addictions à côté et voir si les gens se sentent différent quand ils consomment si c'est une image qui leur plait ou pas et s'ils ont envie qu'on les aide ou qu'on fasse quelque chose pour eux. »*

## C. Prise en charge de l'auteur par le médecin généraliste

### 1. La place du médecin généraliste

#### a) Conditions préalables à la prise en charge

Les médecins ont pu envisager une prise en charge de l'auteur sous certaines conditions : que la relation de confiance soit forte (M2) et que l'auteur soit dans une démarche de soins (M1, M2, M8, M9), sans quoi la prise en charge était vouée à l'échec.

*M8 : « mais c'est toujours la même histoire, si eux ne sont pas conscient et acceptent pas l'aide, tu peux attendre longtemps, ça ne marchera pas. »*

*M9 : « faut que lui ai déjà fait un certain chemin dans sa tête, oui je vais changer, je vais faire des choses. »*

La démarche de soin initiée par l'auteur permettrait au médecin d'éprouver l'empathie nécessaire à la prise en charge.

*M9 : « si quelqu'un vient et me dit voilà j'ai un souci, j'arrive pas à me contrôler, là je serais quand même dans l'empathie, il fait un premier pas c'est que quelque part il se rend compte que quelque chose ne va pas donc oui j'aurais plutôt tendance à prendre les choses en main et à l'aider. »*

L'existence d'une souffrance de l'auteur, comme cause ou conséquence des VC, a été soulignée. Elle pouvait permettre d'envisager une prise en charge.

*M2 : « on est pas violent par pur plaisir, on l'est parce qu'on souffre... mais c'est des gens [les auteurs] qu'il faut soigner ça c'est clair. »*

*M10 : « les objectifs, effectivement c'est de pouvoir apaiser les maux dont ils souffrent et qui s'expriment de cette façon-là. »*

#### *b) Objectifs de la prise en charge*

L'objectif principal était de protéger la victime (M1, M2, M10) mais aussi finalement l'agresseur (M10), le but ultime étant d'obtenir une régression des violences (M3) aussi bien dans la relation actuelle que celles à venir (M4).

Compte tenu de la tendance des auteurs à dénier leurs comportements, un autre objectif était la reconnaissance des violences (M2) afin d'aboutir à une meilleure adhésion aux soins (M4, M7).

c) *Une action limitée dans la prise en charge*

La plupart des médecins estimaient qu'en tant que généraliste, leur rôle était assez limité dans la prise en charge d'un auteur de VC.

*M4 : « j'ai pas de solutions miracles. »*

*M5 : « c'est pas notre rôle de gérer les violences conjugales. »*

*M7 : « moi en tant que médecin déjà est ce que j'apporterais la solution, je pense pas. »*

Néanmoins, ils ont su mettre en évidence quelques axes de prise en charge dans lesquels ils pouvaient intervenir.

*L'écoute*

Tout d'abord, il leur semblait essentiel d'offrir à l'auteur un espace d'écoute, sans jugement (M2, M10), lui permettant de revenir sur les faits (M8). Ils proposaient également de mettre en évidence les *causes* éventuelles des actes violents afin d'initier un changement de comportement (M4, M7, M9). Pour ce faire, l'auteur devait être vu seul en consultation, sans le ou la conjointe (M3, M4).

*M4 : « il faudrait qu'on puisse comprendre pourquoi il en arrive là, donc on retombe dans les facteurs favorisants et tout ça et ensuite idéalement une fois qu'on a compris ça l'amener à que ça ne se reproduise plus par la suite. »*

*L'éducation*

La prise en charge envisagée par les généralistes incluait aussi un rôle d'information et d'éducation. Un des médecins jugeait important d'informer les auteurs sur les conséquences des VC sur la santé des victimes mais également des enfants (M1). Un rappel à la loi en matière de VC a également été cité (M1).

### Prise en charge des comorbidités

Certains médecins se sentaient prêts à intervenir, notamment de manière pharmaceutique, pour prendre en charge les comorbidités telles que le syndrome dépressif (M7) ou l'anxiété (M4) ainsi que le sevrage alcoolique (M4, M7).

*M4 : « bien sûr, si c'est quelqu'un qui s'énerve facilement, bien sûr y'a des thérapeutiques médicamenteuses qu'on peut mettre en place pour « abaisser » le seuil d'anxiété, de tension psychique avec une psychothérapie à suivre derrière. »*

*M9 : « si c'est un contexte dépressif, je peux aussi intervenir de manière chimique si je puis dire et même chose si contexte d'alcoolisation, je mettrais en place probablement une prise en charge médicamenteuse. »*

### Accompagnement et orientation de l'auteur dans le système de soin

Enfin, tous les médecins estimaient qu'il était de leur ressort d'orienter l'auteur vers des structures ou des professionnels spécialisés, et d'expliquer l'intérêt de cette prise en charge (M7).

*M7 : « lui expliquer que voilà s'il a des comportements comme ça c'est pas pour rien, s'il se réfugie dans l'alcoolisme c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas d'où la prise en charge par le psychologue, de retracer son histoire mais je pense que c'est de convaincre de cette démarche le rôle du médecin traitant car c'est le seul qui prendra le temps d'expliquer pourquoi il y a peut-être des choses à faire et pourquoi il adresse à telle ou telle personne pour se faire soigner. »*

Ils ont également mentionné l'orientation des auteurs vers des associations (M6, M7) ou des lignes téléphoniques (M10), mais seuls deux médecins avaient connaissance de groupes de prise en charge d'auteurs de VC (M1, M6). Ils assureraient ensuite le suivi médical (M3, M7) et l'accompagnement de l'auteur, d'autant plus une fois le suivi spécialisé initié (M7, M8, M9).

*M8 : « orienter et suivre le patient derrière une fois qu'il est dans la boucle, pour voir où est ce qu'il en est, ce qu'il en pense, comment il s'en sort, est ce qu'il se sent mieux depuis, est ce qu'il reconnaît les faits. Donc un rôle d'accompagnement aussi. »*

*M9 : « c'est pas parce que je passe la main que je perds le fil. »*

L'enjeu de la prise en charge des VC se situait plutôt à l'extérieur du cabinet de médecine générale, puisque le rôle majeur identifié était d'orienter l'auteur vers une prise en charge spécialisée. Ils ont donc déterminé d'autres intervenants pouvant concourir à cette prise en charge.

## 2. Un travail en réseau

Les médecins ont insisté sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire des auteurs de VC, qui s'articule selon trois grands axes que nous allons détailler : judiciaire, psychiatrique et social.

*M7 : « oui toujours, je gérerais pas toute seule, ça s'est sûr. [...] Mais dans tous les cas ce sera pluridisciplinaire. »*

### a) Axe judiciaire

La prise en charge judiciaire était perçue comme une condition nécessaire pour induire un changement de comportement (M8, M9) et pouvoir initier une prise en charge médicale :

*M8 : « après le signalement, il a fait six mois de prison, ça l'a un petit peu, ça a été le déclic pour le monsieur donc il fait son sevrage avec beaucoup plus d'attention qu'avant. »*

*M9 : « les démarches de soins oui c'est uniquement quand ça a été trop loin et que la femme est allée porter plainte, où il y a possibilité éventuellement de travailler sur l'auteur [...] on aboutit seulement à un changement de comportement seulement si ça passe d'abord par la justice. »*



Elle permettait aussi parfois de se décharger de la prise en charge.

*M4 : « c'est vrai qu'avec monsieur, comme toute la procédure pénale était déjà enclenchée, j'ai pas voulu en rajouter une couche. »*

Néanmoins, l'efficacité de la prise en charge judiciaire a été remise en question.

*M10 : « mais on voit bien finalement même quand il y a des procès, quand il y a des injonctions de soins qui sont prononcées et quand on voit derrière comment s'est mis en œuvre et pour en avoir déjà discuté avec des psychologues, c'est parfois plus de l'administratif et derrière y'a pas vraiment de travail qui est fait. »*

#### *b) Axe psychiatrique*

Quasiment tous les médecins ont cité le psychiatre ou le psychologue comme intervenants principaux. Le psychologue était sollicité pour une psychothérapie permettant le soutien (M3, M4), l'apprentissage de la gestion des émotions (M3) ou la réalisation d'une thérapie de couple (M2). Le psychiatre était privilégié s'il y avait une suspicion de maladie psychiatrique sous-jacente (M4, M7). Plus particulièrement, l'addictologue était préféré en cas de troubles de l'usage de substances psychoactives (M8, M9).

#### *c) Axe social*

Une prise en charge sociale complémentaire a également été sollicitée notamment via la protection maternelle et infantile (M7) ou via des éducateurs spécialisés (M8), permettant de mettre en place un suivi à domicile afin d'aider la famille et le couple. Le recours à une assistante sociale pouvait s'avérer nécessaire pour faciliter les démarches administratives (M8) et notamment la réinsertion à l'emploi (M10).

d) *Autres intervenants*

D'autres intervenants étaient ponctuellement cités comme le kinésithérapeute (M8), l'hypnothérapeute ou l'acupuncteur (M4), sans préciser de quelles manières ils pouvaient intervenir.

3. Perspectives

a) *Au niveau du système de santé*

Les médecins ont insisté sur l'importance du travail en réseau auprès de professionnels locaux et donc facilement joignables. Un médecin a exprimé le souhait d'avoir une structure dédiée vers laquelle se tourner pour adresser un auteur de VC (M7). Cette structure « *chapeauterait* » la prise en charge entre les différents intervenants.

Il a également été envisagé de mettre en place une consultation de dépistage familial systématique, au cours de laquelle seraient abordées les relations dans le couple, les relations familiales et avec les enfants, ainsi que les difficultés rencontrées (M4).

La formation initiale et continue était au cœur des axes d'amélioration envisagés par de nombreux médecins, même si le temps était reconnu comme un frein à la formation (M5, M7). Elle enseignerait des techniques de communication (M5) et des méthodes de psychothérapie (M4).

Des fiches récapitulatives ont également été évoquées portant notamment sur les questions à poser en consultation (M4, M8), ainsi que des fiches récapitulant les coordonnées des associations ou professionnels locaux par secteur (M7, M8).

Enfin, un médecin regrettait l'absence d'outils de dépistage disponibles en consultation et imaginait éventuellement un questionnaire à remettre à tout le monde en salle d'attente (M10).

*b) Au niveau de la société*

La sensibilisation et l'éducation du public, et notamment des enfants dès le plus jeune âge, sur les VC ou sur les violences en général, semblait être une perspective intéressante pour quelques médecins (M2, M7).

*M2 : « et on doit dire aux enfants : tu dois pas te faire maltraiter. Ça on peut dire sans stigmatiser personne, dire aux enfants : attention on parle pas comme ça ou ton corps t'appartient, personne doit le maltraiter. »*

Plusieurs médecins ont insisté sur l'importance de poursuivre les efforts initiés pour libérer la parole des victimes (M1, M5, M7) notamment par des campagnes médiatiques ou grâce aux mouvements sociaux tels que *#Metoo* (M5). Il s'agirait aussi de pouvoir libérer la parole des enfants notamment chez les assistantes sociales ou les infirmiers scolaires (M7).

## IV. Discussion

### A. Forces et limites

#### 1. Forces

##### *a) Originalité du sujet*

L'une des forces de ce travail réside dans son originalité. Beaucoup de travaux se sont intéressés au dépistage des VC du côté des victimes mais très peu ont étudié le repérage et la prise en charge des auteurs de VC en médecine générale, sujet également très peu connu chez les généralistes.

##### *b) Choix du type d'étude*

La méthodologie qualitative était la plus appropriée pour répondre à l'objectif de notre étude. Les entretiens individuels semi-dirigés se sont avérés pertinents pour aborder notre problématique. Les médecins interrogés ont semblé à l'aise pour exprimer leur vécu et leur ressenti sur ce sujet, qui peut être considéré comme sensible ou tabou. Offrant une grande liberté de parole, ces entretiens ont permis de recueillir un ensemble de données riche et diversifié, ce qui n'aurait pas été possible avec une méthodologie quantitative.

#### 2. Limites

##### *a) Liées au recrutement*

Devant l'inefficacité du mode de recrutement initial, celui-ci a dû être modifié en cours d'étude pour un recrutement de proche en proche. Il existait alors des affinités entre les participants et parfois entre la chercheuse et les interrogés, ce qui a pu induire des biais dans la collecte des données.

Le sujet de recherche a été explicitement communiqué aux médecins généralistes au préalable lors du recrutement. Il est possible que ceux ayant accepté de participer à l'étude soient ceux intéressés par cette problématique, ce qui a pu entraîner un biais de sélection.

La population de notre étude manque de diversité. En effet, sur les dix médecins interrogés, neuf étaient des femmes et 70% des participants avaient entre 30 et 39 ans. Deux médecins supplémentaires ont été contactés, afin de diversifier la population de l'étude en termes d'âge et de sexe, mais ont refusé de participer car ils estimaient ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet.

*b) Liées au recueil de données et à l'analyse*

Une des faiblesses de l'étude résulte du manque d'expérience de l'enquêtrice dans la conduite des entretiens, aboutissant à un défaut d'objectivité pouvant orienter les questions, ou inversement, à un faible approfondissement de certains éléments abordés par les interrogés. Afin de réduire ce biais de suggestion, un soin particulier a été apporté lors de l'élaboration du guide d'entretien, en veillant à ce que les questions soient le plus ouvertes possibles.

Tous les enregistrements ont été retranscrits plusieurs semaines après l'entretien, en moyenne 118 jours après, ce qui a pu compliquer la retranscription exacte de certains mots (par manque occasionnel d'intelligibilité de l'enregistrement). La réalisation des entretiens, leur retranscription puis leur analyse ont été réalisées par la même personne, ce qui a pu engendrer un biais d'analyse et d'interprétation. Afin de limiter ce biais, une relecture des entretiens et un double encodage ont été effectués par une personne extérieure à l'étude.

Enfin, bien que les répondants aient semblé à l'aise et honnêtes dans leurs réponses, un biais de désirabilité sociale peut persister en raison de la nature sensible du sujet.

## B. Validité externe de l'étude

### 1. Discussion concernant les représentations et les situations à risque

#### a) *Des auteurs principalement masculins et des victimes féminines*

Les médecins interrogés se représentaient l'auteur comme étant majoritairement masculin ce qui concorde avec les enquêtes épidémiologiques actuelles selon lesquelles 94% des auteurs de VC condamnés sont des hommes (3). Même si la majorité des victimes sont féminines, il ne faut pas oublier que selon l'enquête VRS de 2022, sur les 422 000 victimes de VC, 100 000 sont des hommes (4).

Ces chiffres sont probablement sous-estimés car ce phénomène est méconnu, alors même que certaines études laissent entendre qu'il existerait une symétrie de genre parmi les victimes de VC (24–26). Si la proportion de femmes victimes de VC qui portent plainte est faible (15%) (3), celle des hommes est encore bien inférieure. En effet, seulement 3,6% des hommes s'étant déclarés victimes de VC entre 2011 et 2018 ont porté plainte au moins une fois à la suite des actes subis, soit un homme sur 28 (27). Ce faible pourcentage s'explique par différents facteurs. Il est tout d'abord lié aux représentations sociales des hommes dans notre société où ils sont perçus comme dominateurs. En effet, certains hommes ont indiqué qu'ils évitaient de demander de l'aide en cas de VC, par crainte d'être jugés en raison de leur sexe, ou d'avoir honte (28). Enfin un autre facteur limitant était la crainte d'être qualifié d'initiateur de la violence, notamment lors de la judiciarisation (28–30).

#### b) *Pas un auteur mais des auteurs*

Les médecins ont insisté sur l'absence de profil type d'auteurs de VC en précisant que *tout le monde* pouvait le devenir. Les auteurs ne se ressemblent pas ce qui rend leur repérage difficile. Néanmoins, ils ont identifié certaines personnalités qui seraient plus à risque et notamment les personnes

intolérantes à la frustration, impulsives, dominatrices, égocentriques, jalouses, agressives, manipulatrices et ayant un manque de confiance en soi. Certains répondants ont tout de même insisté sur l'importance de ne pas réduire la description des auteurs à ces seules caractéristiques au risque de passer à côté de certains individus.

Ces représentations sont cohérentes avec la littérature. Des recherches nord-américaines et européennes ont répertorié plusieurs traits de personnalité communs aux auteurs de VC parmi lesquels (6,31,32) :

- Une estime de soi fragile ;
- Une tendance à situer le pouvoir en dehors de soi, ce qui induit une dépendance et donc une recherche de contrôle du partenaire ;
- Des lacunes dans les compétences relationnelles incluant une retenue émotionnelle, une difficulté à s'exprimer et à s'affirmer sur un mode non violent, ainsi qu'une incapacité à faire preuve d'empathie ;
- Un système de pensée binaire, marqué par une rigidité ;
- Une tolérance élevée à la violence ;
- Un sexisme.

Plusieurs chercheurs ont ainsi tenté d'établir des profils de personnalité des auteurs de VC. On peut citer la classification de Deslauriers et Cusson, qui ont établi trois types d'agresseurs conjugaux inspirés de six typologies influentes ces vingt dernières années (33) :

- Le premier type est *situationnel* : l'auteur ne semble pas atteint de troubles de la personnalité et ne présente pas de troubles de l'usage de substances. La violence, qui est généralement moins sévère et moins fréquente, éclate plutôt en réaction à un conflit ponctuel et demeure au sein du couple. Ce premier type représenterait la forme la plus courante de violence au sein d'un couple.

- Le deuxième type est celui des *dépendants* : la jalousie, la peur de perdre l'autre, la dépendance affective caractérisent l'agresseur de ce profil, qui est aussi plus colérique, angoissé, dépressif et plus enclin à consommer des substances toxiques. Dans ce groupe, la violence est plus fréquente mais de gravité basse à modérée.
- Enfin le dernier groupe est nommé *antisocial* : associé à un trouble de la personnalité antisociale, ces agresseurs ressentent peu de remords. Le contrôle est le principal facteur de la violence pour établir une dominance sociale et économique. Les violences sont sévères tant sur le plan de la gravité que de la fréquence, et se manifestent également à l'extérieur du couple, raison pour laquelle ces auteurs ont souvent des antécédents criminels.

Une autre approche est celle du Dr Roland Coutanceau qui distingue schématiquement trois profils cliniques d'hommes auteurs (2) :

- Le premier profil, qui s'inscrit dans la *normalité*, concerne les sujets *immature-névrotiques* où la composante de domination masculine sur les femmes peut être présente. Ces auteurs sont plutôt réceptifs puisqu'ils sont capables d'admettre les faits et même ressentir une forme de souffrance liée à leurs actions. C'est le profil le plus facilement accessible au dépistage. Cependant, il s'agit d'un groupe minoritaire, puisqu'il ne représenterait que 20% de la population des auteurs.
- Le deuxième profil, qui regroupe la majeure partie des auteurs, concerne des sujets *égocentrés* qui présentent de multiples fragilités (instabilité, agressivité, jalousie, peur de la perte). Souvent, ils banalisent ou minimisent les faits et apparaissent plus préoccupés pour eux-mêmes que du ressenti de leur conjointe. Ils rencontrent une difficulté à exprimer leurs émotions, une difficulté d'autocritique et agissent plutôt sur un mode défensif.
- Le dernier profil est celui des *personnalités égocentriques marquées*, avec une dimension *paranoïaque et mégalomane*, où la violence s'inscrit dans une conflictualité quotidienne.



Ces classifications n'ont pas pour vocation d'être exhaustives, mais rendent tout de même compte de la variété et de la complexité des situations ainsi que de la pluralité des profils, ce qui est également retrouvé dans les résultats de cette étude.

Si l'approche de Deslauriers et Cusson tempore le lien entre psychopathologie et VC, (puisque les auteurs du premier groupe « *situationnel* », qui est aussi le plus fréquent, semblent dépourvus de tout antécédent psychiatrique), de nombreuses études se sont penchées sur l'éventuelle intrication entre pathologies psychiatriques et VC.

La dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique, qui n'a pas été cité par nos participants, ont été décelés chez plusieurs auteurs de VC, selon les résultats de plusieurs études (34–37).

Les personnalités borderline, antisociale et narcissique sont reconnues dans les études comme plus à risque d'être auteurs de VC (34,36–38) ainsi que les personnes au tempérament colérique (35,36,39).

Les pathologies comme la schizophrénie et l'hypochondrie, citées par certains de nos répondants, n'ont pas trouvé écho dans la littérature.

Les médecins ont également désigné les personnes ayant des troubles addictifs (alcool et/ou drogues), comme plus à-mêmes de perpétrer des VC. L'alcool est l'une des substances psychoactives les plus consommées en France (40). Le lien entre VC et alcool est bien documenté dans la littérature. Ce lien est bidirectionnel et concerne aussi bien les victimes (41,42) que les auteurs (34,36,43). Dans cette étude, 59,1% des femmes qui ont une consommation problématique d'alcool ont subi des VC dans l'année écoulée, contre 12,7% chez les femmes sans problème d'alcool (41). La consommation d'alcool est aussi décrite comme un facteur aggravant à l'origine de violences plus sévères (17,43,44). En effet, cette consommation semble impliquée dans le risque de féminicide. Dans cette étude, la consommation abusive d'alcool de l'auteur était associée à un risque deux fois plus important de féminicide (45). De plus, les données de la DAV établissent qu'en 2022 un tiers des auteurs

d'homicide conjugal avaient consommé de l'alcool au moment des faits. Si l'on ajoute l'alcoolisation des victimes, l'alcool est présent dans près d'un cas d'homicide conjugal sur deux (10).

Une association entre consommation de cocaïne et auteurs de VC a été documentée dans l'étude de Crane en 2014, d'autant plus s'il existait une co-addiction à l'alcool (46). Et dans cette méta-analyse réalisée en 2008, le risque d'agression envers un partenaire intime était multiplié par trois en cas d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à une autre drogue (majoritairement cocaïne et cannabis) (47). Cependant, il convient de ne pas généraliser, les actes violents pouvant exister ou persister indépendamment de toute consommation de substances psychoactives (48). Dans l'enquête VRS, 62% des victimes déclarent que l'auteur des faits n'était pas sous emprise de drogues ou d'alcool (4). Néanmoins, il est recommandé de ne pas négliger la prise en charge simultanée des troubles addictifs, car ils semblent être associés à un risque accru de récurrence et d'échecs thérapeutiques (49).

Au vu de toutes ces données, il est important de ne pas stigmatiser un patient en fonction de ces antécédents psychiatriques au risque de méconnaître certains auteurs. En effet, on peut être auteur de VC sans présenter aucun de ces troubles et on peut être atteint d'une pathologie psychiatrique sans pour autant être auteur de VC. Dans cette étude, qui a examiné l'association de neuf troubles psychiatriques (schizophrénie, bipolarité, dépression, anxiété, addiction à l'alcool, addiction à la drogue, trouble déficitaire de l'attention +/- hyperactivité, autisme) au risque de perpétrer des VC, le taux absolu de VC perpétrées par des hommes envers des femmes était de 0,1 % à 0,4 % chez les témoins appariés de la population générale alors qu'il variait seulement de 0,1% à 2,1% en fonction de la pathologie psychiatrique (50).

D'autres antécédents non psychiatriques tels que le syndrome du côlon irritable et l'insomnie (51), ainsi que les douleurs chroniques (52), ont également été identifiés dans la littérature chez les auteurs. Bien que ces pathologies aient toutes été citées par nos répondants comme motif de

consultation, elles n'ont pas été clairement identifiées par les médecins interrogés comme marqueur de risque de VC pouvant servir au dépistage en soins primaires.

Enfin, plusieurs médecins ont évoqué l'exposition à la violence dans l'enfance comme facteur de risque. Cette constatation est largement documentée dans la littérature puisqu'être témoin de VC ou victime de sévices durant l'enfance est reconnu comme un facteur de risque de perpétrer des VC à l'âge adulte (1,6,51,53,54). Par exemple, Lussier et Lemelin ont constaté dans leur étude que 79% des hommes présentant des comportements violents avaient été témoins de violence verbale entre leurs parents, et 35% témoins d'actes de violence physique. 64% ont déclaré avoir subi de la maltraitance physique dans leur enfance, 85% des violences verbales et 24% ont mentionné avoir été victimes d'abus sexuels durant leur enfance ou adolescence (54).

*c) Concernant les situations à risque*

Les médecins interrogés ont considéré toute situation de fatigue, de stress ou de changement de vie comme à risque. Ils ont spécifiquement évoqué les changements professionnels, la promiscuité liée au confinement de la COVID-19, les difficultés financières, la grossesse ou une naissance.

Les périodes de séparation ou divorce n'ont été citées que par un seul répondant alors que d'après les données de la littérature, ces périodes sont hautement propices aux VC. En effet, l'enquête Virage rappelle que 1 femme sur 3 déclare des violences dans l'année suivant la séparation (5) et en 2022, les séparations non acceptées sont à l'origine de 22% des passages à l'acte ayant entraîné la mort au sein du couple (10).

Comme pressenti par nos répondants, les difficultés financières (34,50), le chômage (6,10) ainsi que la grossesse sont reconnus comme des situations à risques dans la littérature. Si la grossesse peut représenter une période d'accalmie chez certaines femmes subissant des VC, elle est au contraire un

facteur déclenchant pour 40% des femmes enceintes qui ont été maltraitées par leur partenaire, ou un facteur aggravant pour près de 2/3 des femmes déjà maltraitées (55).

Les périodes de confinement liées à la COVID-19 ont été marquées par une hausse du nombre de signalement des VC grâce aux nombreux dispositifs d'aide aux victimes mis en place. Si le confinement a servi de « *révélateur* » des violences (beaucoup de victimes ont en effet pris conscience des violences qu'elles subissaient avant et pendant cette période de crise), il a aussi été un facteur d'aggravation (56).

D'autres facteurs de risque ont été mis en évidence dans la littérature mais n'ont pas été évoqués par nos participants. Il s'agit de l'âge jeune (5,6,10) ainsi que la notion de différence d'âge : un écart d'âge de 10 ans ou plus entre conjoints entraîne un doublement des situations de violences (6,57).

## 2. Discussion concernant le repérage des violences conjugales

### a) *Les freins entravant un dépistage efficace*

#### *Des médecins en difficulté malgré de bonnes connaissances théoriques*

Les médecins ont évoqué en premier lieu les violences psychologiques et physiques, ce qui est cohérent avec les données épidémiologiques puisque ce sont les violences les plus fréquentes (5,58).

Sans le nommer, les médecins ont évoqué à travers leurs réponses les différentes phases du cycle des violences. Ce cycle a été théorisé en 1979 par la psychologue américaine Lenore Walker afin d'expliquer la dynamique des VC. Elle les décrit comme une succession de comportements qui se répètent de manière cyclique selon quatre phases successives : la tension, la crise, la justification et la phase de lune de miel (Annexe 5). Ce cycle s'accélère dans le temps et l'intensité des violences

augmente au fur et à mesure. Puis, avec le temps, la violence s'intègre à la vie conjugale et le cycle prend une forme plus binaire où s'alternent les phases de tension et d'agression (31,59).

Les médecins ont également mis en lumière à travers leurs récits la notion d'emprise et de domination de l'auteur sur sa victime. Cette notion est la base du modèle de Duluth, qui est un outil développé dans le cadre d'un programme d'intervention auprès d'hommes auteurs de VC au début des années 80 dans la ville de Duluth aux États-Unis. Le modèle repose sur l'idée centrale que la VC est une manifestation d'un déséquilibre de pouvoir entre les partenaires. Il s'articule autour de la « *roue du pouvoir et du contrôle* » (Annexe 6) qui identifie divers comportements utilisés par l'agresseur pour établir et maintenir le contrôle sur sa victime (31).

Globalement les médecins interrogés avaient plutôt une bonne connaissance des mécanismes des VC et, comme vu précédemment, une représentation des auteurs et des situations à risque assez fidèle à la littérature. Les connaissances théoriques semblaient donc présentes.

Ils estimaient que le dépistage des auteurs de VC relevait de leurs compétences. Ce résultat est d'autant plus important, que la littérature semble de plus en plus explorer le rôle central que le médecin généraliste pourrait avoir dans le dépistage, l'initiation de la prise en charge et le suivi des auteurs de VC (12,19,60,61). De même, certains auteurs de VC confient également ce rôle au médecin généraliste. Dans cette étude réalisée par Morgan, qui interroge des auteurs de VC, il apparaît comme le premier professionnel de santé susceptible d'intervenir, lorsque l'auteur cherche de l'aide (62).

Néanmoins nos participants ont témoigné ne pas réussir à pratiquer ce dépistage parmi leur patientèle. Jugé difficile, ils ont mis en évidence un certain nombre de freins à sa mise en place. Ces freins concernent aussi bien les médecins que les auteurs eux-mêmes.

### *Des médecins qui sous-estiment la présence d'auteurs de violences conjugales dans leur patientèle*

Les médecins interrogés estimaient qu'ils étaient peu confrontés à la problématique des auteurs de VC. Si ce résultat est concordant avec ceux de thèses traitant d'un sujet similaire (63–65), les données de la littérature suggèrent qu'ils sont bel et bien présents dans la patientèle des médecins généralistes. D'une part, la prévalence connue des victimes, laisse présager l'existence d'un nombre approximativement équivalent d'auteurs de VC (4). D'autre part, des études explorant le recours des auteurs de VC au système de soin indiquent qu'il s'agit d'une population qui consulte en soins primaires, qui a un médecin référent et souvent un suivi médical. Dans ces études, une proportion de 13% à 23% des patients masculins usagers du système de santé déclarent avoir commis des VC (53,66,67). Dans d'autres études, 42 à 63% des auteurs ont déclaré avoir reçu des soins dans un établissement de santé dans les six derniers mois (18,68). Les motifs retrouvés étaient pour un tiers des blessures, pour un tiers des problèmes aigus de santé ou pour 20% des demandes de bilan de santé, la violence n'étant pas forcément évoquée dans ces consultations (18). Enfin, 2 auteurs masculins sur 3 ont déclaré avoir un suivi médical régulier (51). Ces études sont toutes issues de la littérature américaine, aucune étude similaire n'a été retrouvée dans la littérature française.

Cette méconnaissance de la présence d'auteurs parmi leurs patients pourrait être liée à la difficulté qu'avaient parfois certains médecins à percevoir leurs patients comme potentiel auteur de VC, notamment car leur comportement en consultation pouvait différer. Ils les ont effectivement décrits comme des personnes plutôt attentionnées, gentilles et respectueuses lors des consultations et n'envisageaient pas forcément qu'ils puissent être auteurs de VC.

### *Des médecins face au déni des auteurs*

Les médecins interrogés doutaient que les auteurs soient capables de reconnaître leurs actes et d'accepter une prise en charge. Ce déni est également identifié dans la littérature comme un obstacle

majeur au dépistage et à la prise en charge des auteurs (2). Selon la classification du Dr Coutanceau, seul le premier profil *immature-névrotique*, minoritaire, serait le plus à-même de reconnaître ses actes et d'accepter une prise en charge. Les autres auraient besoin d'être contraints par la justice, via une injonction aux soins. D'ailleurs, l'écrasante majorité des auteurs actuellement accueillis en CPCA sont orientés par la justice (21).

M1 et M9 étaient catégoriques : les auteurs ne parleront jamais de leurs violences commises. Ce constat est nuancé dans la littérature. Dans le travail de thèse effectué par le Dr Bounab, dans 7% des cas les violences ont été révélées par l'auteur des faits (69). Dans une autre étude américaine, les violences ont été révélées par l'auteur dans 18% des cas (19). Ces taux sont certes très faibles, mais ils témoignent quand même d'une partie des auteurs qui est susceptible de reconnaître leurs actes. Enfin, certaines recherches laissent entendre que certains hommes violents seraient disposés à en discuter avec leur médecin généraliste, notamment de violences exercées dans le passé (51,62,66,70).

Ce déni peut s'expliquer par la honte que les auteurs peuvent ressentir face à leurs gestes et par la peur des éventuelles conséquences de la révélation de leur comportement violent, telles que les répercussions au niveau pénal, moral, sur leur santé ou sur leur relation avec leur médecin. Les interrogés ont effectivement admis que leur regard changeait vis-à-vis de leur patient ou patiente auteur de VC, ayant pour conséquence une altération de leur relation médecin-patient sur le plan humain.

Ce ressenti négatif est légitime et est retrouvé dans plusieurs travaux (19,63,64,71). Il peut s'apparenter à la notion de contre-transfert, qui repose sur le postulat que l'interaction entre le patient et le médecin entraîne beaucoup d'émotions et de sentiments influençant cette relation. Le contre-transfert se définit comme « *l'ensemble des réactions affectives, conscientes et inconscientes, qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Ce contre-transfert est très directement lié à la*

*personnalité et à l'histoire personnelle du médecin* ». En effet, « *la relation thérapeutique médecin-malade est déterminée par de nombreux facteurs, individuels et socio-culturels. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire, et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique* » (72). Ainsi, une explication possible de ce ressenti négatif envers son patient auteur de VC serait ce mécanisme de contre-transfert qui s'opère. Il est alors important d'en tenir compte pour pouvoir s'en distancier et conserver une attitude empathique, neutre et bienveillante, afin d'établir la relation de confiance nécessaire au repérage et à la prise en charge des auteurs de VC (62).

### *Des médecins qui priorisent la sécurité des victimes*

La sécurité des victimes était une des préoccupations majeures pour les médecins généralistes. C'est en partie par peur des représailles envers les victimes, que les médecins n'osaient pas aborder les VC avec les auteurs. Ce risque est également souligné dans la littérature. Il en résulte des recommandations à rester prudent face au secret médical, notamment lorsque les VC sont rapportées par la victime. Ainsi, il est recommandé de ne pas discuter des VC avec l'auteur sans l'accord de la victime, ni sans s'être assuré au préalable de la prise en charge et la mise en sécurité de celle-ci (48).

Afin de protéger la victime, si le médecin suit le couple, l'abord des VC avec l'auteur ne devrait se faire qu'en présence de l'auteur, sans la victime (73). De plus, il est également recommandé de ne pas suivre les deux conjoints simultanément et de référer l'un des deux à un confrère, dès que cela est possible (73,74).

Protéger la victime doit toujours être une priorité, et de nombreuses évolutions de la législation soutiennent cette nécessité grâce au développement de moyens de signalement silencieux, au



déploiement des téléphones grave danger, à l'augmentation du nombre d'ordonnances de protection, au renforcement du recours aux bracelets anti-rapprochement ou encore à l'augmentation des places d'hébergement d'urgence (75).

#### *b) Le dépistage en pratique*

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations françaises concernant le dépistage des auteurs de VC. Néanmoins, il existe un guide méthodologique édité en 2019 dans le cadre d'un projet de recherche européen (48). Il s'agit du manuel « ENGAGE », qui s'adresse aux professionnels de première ligne, dont les médecins généralistes. Il a été réalisé à la suite de la Convention d'Istanbul adoptée en 2011 (76) dans un contexte de prévention globale des VC. Ce manuel est fondé sur l'étude de la littérature internationale, ainsi que sur des discussions de groupe entre auteurs de VC et experts européens. Ayant pour but de garantir la sécurité des victimes et enfants, il apporte aux professionnels des outils sur le repérage, l'évaluation et la gestion des risques et sur une prise en charge adaptée des situations de violence, notamment en les aidant à s'adresser aux auteurs de VC. Nous nous appuyons sur ce guide pour exposer les modalités de repérage et d'approche possibles des auteurs de VC en consultation.

#### *Repérer les signes de violence conjugale*

Trois modes de dépistage sont possibles :

- Dépistage systématique appliqué à tous. Les médecins de notre étude ont émis beaucoup de réserves concernant cette modalité de dépistage. Jugé trop direct, il n'obtiendrait que des réponses négatives et risquerait de mettre mal à l'aise les victimes. Dans la littérature, cette modalité de dépistage semble tout de même envisageable d'après certains patients masculins. En effet, dans cette étude menée par Morgan, 23% des répondants ont estimé

que le médecin généraliste devrait interroger tous ses patients sur la perpétration de comportements de VC (62).

- Dépistage ciblé, fondé sur des indices : ces indices peuvent être décelés dans le récit de l'auteur, dans son comportement envers la victime lors des rendez-vous ou en salle d'attente ainsi que dans les réactions de la victime en présence de l'auteur. Ces indices peuvent aussi se retrouver chez les enfants, comme le remarque Nadège Séverac dans son rapport, qui a mis en évidence différents comportements chez les enfants qui devraient faire suspecter des situations de VC (31). Si les répondants dans notre étude avaient plutôt une bonne connaissance de ces signes chez la victime, seuls deux médecins les ont aussi identifiés chez les enfants. Néanmoins, dans les deux cas, ils entraînaient un dépistage de la victime et non de l'auteur.
- Informations provenant de tiers : dans quasiment l'intégralité des situations exposées par nos répondants, les violences ont été révélées par la victime. Ces informations reçues par un tiers mettaient souvent les médecins interrogés mal à l'aise face aux auteurs. Pour contourner cet obstacle, il s'agirait alors de savoir si ces informations sont de nature confidentielle ou publique. Si l'information est confidentielle, dans un souci de protection des victimes, il ne faudrait pas l'utiliser directement contre un auteur mais plutôt entamer un processus de repérage fondé sur les indices. Si l'information est publique et que l'auteur sait ce que sait le médecin (cas de condamnation pénale, signalement), il peut être pertinent d'aborder les violences avec ce dernier.

### Aborder la question des violences

Un environnement de sécurité et de confidentialité doit être créé pour aborder les VC avec un auteur. Les conditions d'application de cette même confidentialité doivent être exposées clairement : elle sera remise en question si le médecin estime qu'il doit partager les informations avec d'autres

services pour protéger la sécurité de l'auteur, de sa victime ou éventuellement des enfants présents. En effet, la levée du secret médical est autorisée en cas de maltraitance sur un mineur ou en cas de VC lorsque le médecin « *estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences* » d'après l'article 226-14 du Code Pénal (77). Cette loi a été accueillie de manière mitigée chez les médecins, en partie à cause de l'ambiguïté des termes *danger immédiat* et *emprise* (78). Un Vade-mecum a alors été publié par le Ministère de la justice, l'Ordre des médecins et la HAS, qui précise les notions de danger immédiat et d'emprise et propose un modèle de fiche de signalement (79).

Ensuite, il est possible d'engager le dialogue avec l'auteur grâce à des questions entonnoirs. Le principe consiste à poser d'abord des questions générales et ouvertes puis des questions plus spécifiques et concrètes quant à l'utilisation éventuelle de la violence (Annexe 7). Les questions concernent le couple en général avec les disputes éventuelles ou les conséquences dans le couple d'un éventuel problème (stress, soucis financiers, abus de la consommation d'alcool, etc.) Il peut être intéressant aussi d'évaluer les conséquences personnelles des violences sur l'auteur, car celles-ci sont associées à une plus grande volonté de changement et de traitement (13).

Quelques stratégies peuvent être utiles :

- Creuser en détail les épisodes de conflit et les violences relatées pour pointer des lacunes, des incohérences ou des contradictions dans le récit, sans confrontation ;
- Accepter les minimisations dans un premier temps permet d'explorer les violences sans provoquer de réaction défensive de la part de l'auteur ;
- Examiner le point de vue des proches peut permettre aux auteurs d'envisager les conséquences de leur violence sur leur entourage, pour entreprendre un processus de responsabilisation et de changement.

### 3. Discussion concernant la prise en charge

#### a) *Le rôle du médecin généraliste*

Les médecins interrogés ont estimé qu'ils jouaient un rôle assez limité dans la prise en charge des auteurs de VC. Ce constat est partagé par le Dr Coutanceau, puisque le médecin généraliste n'est pas cité dans son rapport comme intervenant dans cette prise en charge (2).

Néanmoins, la WONCA, qui est l'Organisation mondiale de médecine générale, définit celle-ci comme « *le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires* » et « *elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* ». Le médecin est aussi promoteur de santé publique puisque la médecine générale « *a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté* » (80). C'est dans ce sens-là que le médecin généraliste peut avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des auteurs de VC.

De plus, le manuel « ENGAGE » leur confère également les rôles suivants (48) :

- « *Repérer dans son discours et son comportement, les signes indiquant des violences conjugales,*
- *Aborder le problème avec lui de façon respectueuse et directe,*
- *Faire passer un message clair et sans ambiguïté sur les violences et leurs conséquences,*
- *Encourager et motiver l'auteur à suivre un programme spécialisé et à en finir avec son comportement violent,*
- *Lui fournir des informations et les coordonnées des programmes disponibles, ainsi qu'une lettre de recommandation,*
- *Veiller à ce que la femme et les enfants bénéficient d'un soutien adapté et d'une planification de leur sécurité,*

- *Dans le cadre d'un maillage professionnel, travailler en collaboration avec d'autres services, afin de responsabiliser l'auteur des violences ».*
- Les médecins généralistes ne doivent pas, « *le prendre en charge pour qu'il arrête d'être violent* », ni « *identifier les processus qui ont conduit aux violences, ni envisager des alternatives non violentes* » qui sera du ressort des spécialistes formés dans les programmes destinés aux auteurs.

Les médecins de notre étude avaient bien cerné leur rôle de dépistage, d'éducation/information, de coordination de soins et de suivi, tout en restant dans le dialogue et la communication avec l'auteur. Ces actions relèvent du champ de compétences attendues d'un médecin généraliste (80,81).

*b) Des médecins qui ont besoin d'être accompagnés et de s'appuyer sur un réseau pluridisciplinaire*

Selon nos interrogés, le médecin généraliste ne pouvait pas, seul, faire face aux auteurs de VC. Cette nécessité de pouvoir s'appuyer sur un réseau pluridisciplinaire, identifié et accessible, est corroboré dans plusieurs travaux de thèses (63–65,71). Dans notre étude, les médecins ont majoritairement sollicité des acteurs du milieu juridique, social et psychiatrique (psychiatres, addictologues et psychologues). Seuls deux médecins avaient connaissance de groupes de prise en charge pluridisciplinaire d'auteurs de VC. Ces groupes se retrouvent justement au sein des CPCA dont la liste est accessible sur le site de la FNACAV (82).

Les CPCA proposent une prise en charge globale des auteurs de VC, selon trois modules : un module dit « socle » qui correspond à des actions de responsabilisation de l'auteur et deux modules complémentaires selon les besoins de l'auteur : un accompagnement psychothérapeutique et médico-social, et un accompagnement socio-professionnel pour l'accès aux droits et l'insertion professionnelle. Certains CPCA proposent un accompagnement à la parentalité ou à l'hébergement (21). Chaque CPCA a un mode fonctionnement et une organisation qui lui est propre.

Au niveau local, Le CPCA de Strasbourg, créé en novembre 2020, est portée par l'Association Régionale Spécialisée d'Action Sociale, d'Education et d'Animation (ARSEA). L'équipe est composée de 4 psychologues, 2 travailleurs sociaux et un contrôleur socio-judiciaire. Les auteurs y sont orientés soit par la justice soit viennent dans une démarche volontaire. Les auteurs accueillis sont principalement de sexe masculin mais la part d'auteurs de sexe féminin est en constante progression depuis son ouverture (3% des auteurs en 2020 contre 15% en 2023).

Les modules socles sur orientation judiciaire comprennent les contrôles judiciaires socio-éducatifs (avant jugement), les obligations de soin (post-sentenciel) et les stages de responsabilisation, qui sont payants. Dans le cadre d'une démarche volontaire, l'auteurs bénéficie d'abord, dans un délai de quelques jours, d'un entretien individuel avec un travailleur social pour lui permettre de se sentir à l'aise pour verbaliser les violences qu'il a commises, le contexte judiciaire et les problématiques familiales et sociales auxquelles il est confronté. Afin de prendre en compte la situation globale des personnes et de leur offrir un accompagnement adapté et personnalisé, le CPCA de Strasbourg propose les modules complémentaires suivants : ateliers de communication bienveillante (ouvert aux couples si absence d'interdiction), suivi psychologique, permanences avancées en addictologie, accompagnement social, permanences d'accès à l'emploi, permanences d'accès aux droits, ateliers parentalité (médiation par l'animal, balade parents/enfants) et groupes de parole. Parmi ces modules, seul le suivi psychologique est soumis à une participation financière de l'auteur. Le CPCA de Strasbourg organise également des interventions de sensibilisation « *Le couple émoi* » auprès de jeunes de 16 à 25 ans à la Mission Locale de Sélestat. Il propose également un dispositif d'hébergement temporaire appelé REBOND. Il s'agit de dix places d'hébergement pour hommes dont trois places réservées au placement extérieur, c'est-à-dire en aménagement de peine. Les bénéficiaires doivent s'acquitter d'une participation financière et suivre un accompagnement psychologique et social, un groupe de parole et un atelier de communication bienveillante. Des permanences psychologiques sont effectuées à Strasbourg, Haguenau, Wissembourg, Colmar et Sélestat. Des stages de responsabilisation sont également délocalisés à Haguenau. Il n'existe pas de

formulaire spécifique d'adressage mais il est tout à fait possible, en tant que médecin généraliste, d'y adresser un auteur ou de demander conseil sur une situation, soit en les contactant directement soit en laissant les coordonnées au patient.

Il n'existe pas de données à l'heure actuelle, mais au vu de nos résultats, il est probable que très peu de médecins sachent que ces structures existent et comment elles fonctionnent. Une bonne compréhension de ces structures est essentielle pour les médecins afin de pouvoir y référer leurs patients. Il pourrait être nécessaire de promouvoir la bonne connaissance de ces structures chez les médecins généralistes car un lien entre professionnels de première ligne et deuxième ligne pourrait permettre d'améliorer le travail en réseau.

Si l'efficacité de tels programmes est discutée (83–86), ils restent pour l'instant la pierre angulaire de la prise en charge des auteurs de VC aussi bien au niveau national (2) qu'international (87,88). En effet, certaines réserves ont été émises devant la constatation de taux de récurrence ou d'abandon des programmes parfois assez élevés (84,89,90). Les abandons étaient plus fréquents chez les jeunes, les moins scolarisés et les demandeurs d'emploi (91–93).

L'abandon du suivi était également une crainte partagée par nos médecins interrogés. Mais cet abandon ne doit pas être considéré comme un échec. En effet, le changement de comportement est un processus complexe. Dans le modèle transthéorique du changement élaboré par Prochaska et DiClemente en 1982 dans les addictions, et qui pourrait se transposer aux auteurs de VC (48) (Annexe 8), le changement de comportement passe par plusieurs étapes successives : la pré-contemplation, la contemplation, la détermination, l'action, la maintenance et parfois la rechute, qui est nécessaire pour aboutir à un changement durable de comportement (94). Le but est alors d'accompagner le patient vers le stade de changement suivant, par exemple grâce aux techniques d'entretien motivationnel (48,95).

Les médecins ont également évoqué la possibilité d'orienter les auteurs vers une ligne téléphonique, sans pour autant la connaître. Cette ligne d'écoute « *Ne frappez pas* », gérée par la FNACAV et à destination des auteurs, a été mise en place en avril 2020 (22). L'appel est gratuit et anonyme pour que la confiance puisse faciliter l'échange. La plateforme a traité 1 012 appels entre avril et décembre 2020 et 709 appels entre janvier et octobre 2021. Près de 80% des auteurs auraient accepté un suivi à l'issue de l'entretien téléphonique (75). Dans ce contexte, il paraît important que les médecins généralistes aient connaissance de cette ligne pour orienter les auteurs vers un soutien téléphonique, notamment pour éviter un passage à l'acte, ou les orienter vers une prise en charge.

Pour finir, quelques manquements ont été relevés concernant les intervenants possibles. En effet, aucun médecin n'a évoqué les CRAVS, qui sont les Centres Ressources pour Auteurs de Violences Sexuelles. Le CRAVS Alsace a été créé en 2006 et dispose de deux plateformes (une dans le Bas-Rhin aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et une dans le Haut-Rhin au Centre hospitalier de Rouffach). Il est possible d'y adresser des demandes d'évaluation et de prise en charge thérapeutique d'auteurs de violences sexuelles. Il a aussi pour rôle des missions d'information, de formation et d'articulation entre les différents professionnels ou structures intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (96).

Les médecins n'ont pas non plus évoqué les possibilités d'hospitalisation sous contrainte, qui peuvent être nécessaires en cas de pathologie psychiatrique avec risque aigu d'auto- ou d'hétéro-agressivité.

#### 4. Discussion concernant les axes d'amélioration

##### a) *Des médecins qui ont besoin d'être formés*

L'ensemble des médecins ont pointé le manque de formation initiale et continue sur le sujet. En effet, au niveau universitaire à la faculté de Strasbourg, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de cours théoriques centrés sur les auteurs de VC. Alors que les médecins interrogés disposaient plutôt de



bonnes connaissances concernant les VC et leur dynamique, ils déplorait leur manque de connaissances sur les techniques de communication avec les auteurs et les manières d'aborder les violences, ce qui pouvait parfois les rendre mal à l'aise face à eux.

Ce manque de formation est également mis en évidence dans plusieurs travaux (63,64,71) mais nos médecins interrogés semblaient plutôt intéressés par la problématique. Ce résultat est cohérent avec ceux de la thèse du Dr Bounab, où 80% des répondants ont souhaité se former davantage au dépistage et à la prise en charge des auteurs (69).

*b) Des médecins qui ont besoin d'outils facilement accessibles*

Certains médecins ont plébiscité la création d'outils pour les aider à aborder les violences avec les auteurs. Cet outil existe au niveau européen. Il s'agit du manuel « ENGAGE », précédemment cité, qui récapitule les grands axes et les recommandations pratiques pour réaliser ce dépistage en cabinet de médecine générale (48).

Une autre ressource pouvant être utile aux médecins généralistes est le site internet <https://auteurs.arretonslaviolence.fr>, à destination des auteurs de VC (97). On y retrouve notamment les coordonnées des CPCA.

Un médecin a également imaginé mettre un questionnaire en salle d'attente accessible à tous. Cela semble être une bonne idée d'autant plus que les VC semblent sous déclarées en entretien face-à-face plutôt qu'à l'écrit (66). Cependant, si plusieurs questionnaires de dépistage rapide ont été créés, aucun n'a été validé en pratique courante en médecine générale (98,99). Les médecins pourraient alors s'appuyer sur des ressources existantes, comme les questionnaires de comportement élaborés par Calvin Bell, qui sont des instruments d'aide à l'évaluation des comportements violents dans le couple (48) (Annexe 9).

c) *Perspectives au niveau sociétal*

Certains médecins ont insisté sur l'importance de poursuivre les campagnes de sensibilisation afin de libérer la parole des victimes. Le mouvement *#Metoo*, popularisé en 2017, et qui a contribué à libérer la parole des femmes victimes d'agressions sexuelles, a été suivi du mouvement *#Metogay* puis début 2024, du mouvement *#Metogarçon* visant à mettre en lumière les violences sexuelles subies par les hommes. Récemment, fin 2023, a été lancée, par le ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, la première campagne sur les réseaux sociaux à destination des auteurs de VC (100). Cette campagne, élaborée par la coordination nationale des CPCA et l'Association de réinsertion sociale du Limousin (ARSL) comporte une affiche (Annexe 10), qui pourrait être utilisée en salle d'attente, et un spot publicitaire « *S'il n'y a pas d'auteur, il n'y a pas de victime* ». Cette campagne a pour but d'inciter les auteurs à prendre conscience de leur violence et à se rendre d'eux-mêmes dans un CPCA afin d'être pris en charge et éviter le passage à l'acte.

La sensibilisation des jeunes enfants aux violences a également été mise en évidence comme piste d'amélioration. Si les enfants élevés dans des foyers où la violence est présente assimilent que celle-ci est une méthode acceptable pour résoudre les conflits, ils risquent de reproduire ce schéma dans leurs relations à l'adolescence, à l'âge adulte et avec leurs propres enfants (48). Lutter contre les violences conjugales nécessite donc de s'attaquer à la « *base* » du problème, c'est pourquoi l'éducation à la non-violence et à l'égalité entre les filles et les garçons est un maillon indispensable pour prévenir les VC. C'est dans cette optique qu'il a été élaboré, lors du Grenelle des violences en 2019, un certain nombre de mesures visant à diffuser la culture de l'égalité au niveau scolaire (20,75).

## 5. Ouvertures

La majorité des médecins interrogés ont estimé que le dépistage des auteurs de VC relevait de leur compétence. Si le dépistage systématique est actuellement largement recommandé pour les victimes (6), ils ont émis des réserves quant à sa réalisation chez l'auteur. Néanmoins, aucune étude n'a spécifiquement examiné la faisabilité d'un dépistage systématique du point de vue des auteurs. Il pourrait être intéressant de s'y pencher, afin de vérifier si les réticences évoquées par nos répondants sont fondées, et connaître les attentes des auteurs en matière de dépistage des VC par leur médecin généraliste.

Ils pointaient aussi le besoin d'avoir plus d'informations sur le sujet, d'avoir accès à des outils d'aide au repérage et à la connaissance du réseau d'aval de prise en charge. Ces outils existent déjà en partie, mais il est nécessaire de poursuivre les efforts de développement de ces ressources et leur diffusion, notamment auprès des médecins généralistes. Dans cette optique, on pourrait envisager la réalisation d'une plaquette d'information synthétique regroupant les principales données sur le sujet et une liste des réseaux locaux spécialisés. Cette plaquette serait ensuite diffusée aux médecins généralistes. Puis après un temps de familiarisation avec les données, on pourrait évaluer, auprès de ces mêmes médecins, dans quelle mesure ce type d'outil pourrait faciliter le dépistage des auteurs de VC.

## V. Conclusion

Les violences conjugales représentent un problème de santé publique majeur du fait de leur fréquence et de leurs conséquences sur la santé aussi bien des victimes que des auteurs. Dans l'optique d'une prise en charge globale et préventive des VC, développée lors du Grenelle en 2019, nous avons jugé pertinent de nous intéresser aux auteurs de VC, sujet moins étudié dans la littérature. En effet, c'est face à ce constat d'impuissance à ne pouvoir complètement protéger les victimes, et ce malgré la multiplication des mesures ces dernières années, que la prise en charge des auteurs de VC est envisagée. Étant donné sa qualité de médecin de premiers recours et son rôle central face aux victimes, nous avons voulu questionner la place du médecin généraliste dans le repérage et la gestion des auteurs de VC.

Les médecins n'avaient jamais réfléchi à la problématique avant l'étude. Néanmoins, sans être formés, ils avaient une représentation des auteurs ainsi que des marqueurs de dépistage relativement proche des données de la littérature. S'ils ont estimé que le dépistage relevait de leur fonction, ils ont émis un certain nombre d'obstacles à sa réalisation, notamment liés à leur manque de formation et de ressources disponibles. Tout cela démontre l'intérêt de développer des recommandations françaises claires, comme c'est le cas pour les victimes, afin de faciliter le parcours des auteurs de VC.

La prise en charge, quant à elle, se situait plutôt à l'extérieur du cabinet de médecine générale et s'appuyait sur des réseaux pluridisciplinaires et spécialisés. Notre étude montre que les médecins avaient une connaissance insuffisante de ces réseaux. Il paraît donc indispensable de développer le lien entre les différents partenaires, dans le but d'aider les auteurs de VC et donc les victimes.

VU  
Strasbourg, le... 17/12/24  
Le président du jury de thèse  
Professeur... GILLES BERTSCH



VU et approuvé le 18 JUIL. 2024  
Strasbourg, le 18/07/2024  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILLA



## VI. Bibliographie

1. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Fiche d'information OMS : La violence exercée par un partenaire intime [Internet]. 2012 [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86232/WHO\\_RHR\\_12.36\\_fre.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf?sequence=1)
2. Coutanceau R. Auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention [Internet]. 2006 [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/violences-couple.pdf>
3. MIPROF. Lettre n°19 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2022 [Internet]. 2024 mars [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2024-03/Lettre-Observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-Miprof-Mars-2024.pdf>
4. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Rapport d'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » : victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. [Internet]. 2022 [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>
5. VIRAGE. Prévalences, contextes et conséquences des violences pour les femmes et les hommes [Internet]. 2015 [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: [https://virage.site.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/29712/plaquette.result.virage.2020\\_violences12mois.fr.pdf](https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette.result.virage.2020_violences12mois.fr.pdf)
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : recommandations de bonnes pratiques. [Internet]. 2019 [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919\\_reperage\\_des\\_femmes\\_victimes\\_de\\_violences\\_au\\_sein\\_du\\_couple\\_texte\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf)
7. Cavalin C, Nectoux M, Mugnier C, Albagly M. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. 2014 [cité 9 janv 2024]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.4197.3526>
8. Garcia-Morena C, Guedes A, Knerr W. Fiche d'information OMS : Conséquences sur la santé [Internet]. 2012 [cité 3 janv 2024]. Disponible sur: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86256/WHO\\_RHR\\_12.43\\_fre.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86256/WHO_RHR_12.43_fre.pdf?sequence=1)
9. Thomas JL. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corpor.* 15 oct 2015;(Vol. 2015/3):253-69.
10. Ministère de l'Intérieur et des outre-mer. Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple [Internet]. 2022 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Publications/Securite-interieure/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-pour-l-annee-2022>
11. Shield KD, Rehm J. Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors. *BMC Res Notes.* 9 juin 2015;8(1):231.

12. Penti B, Timmons J, Adams D. The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration : A Literature Review. *J Am Board Fam Med.* juill 2018;31(4):635-44.
13. Walker DD, Neighbors C, Mbilinyi LF, O'Rourke A, Zegree J, Roffman RA, et al. Evaluating the Impact of Intimate Partner Violence on the Perpetrator : The Perceived Consequences of Domestic Violence Questionnaire. *J Interpers Violence.* sept 2010;25(9):1684-98.
14. Vie Publique. La lutte contre les violences faites aux femmes : état des lieux [Internet]. 2024 [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/19593-la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-etat-des-lieux>
15. MIPROF. Lettre n°18 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021 [Internet]. 2022 [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Lettre%20n%C2%B018%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202021.pdf>
16. Déclic-violence. Un problème de santé publique sous-estimé [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/un-probleme-de-sante-publique-sous-estime>
17. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/014000292.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/014000292.pdf)
18. Coben JH, Friedman DI. Health care use by perpetrators of domestic violence. *J Emerg Med.* 1 avr 2002;22(3):313-7.
19. Penti B, Tran H, Timmons J, Rothman EF, Wilkinson J. Physicians' Experiences with Male Patients Who Perpetrate Intimate Partner Violence. *J Am Board Fam Med.* mars 2017;30(2):239-47.
20. Le Gouvernement. Dossier de Presse : Clôture du grenelle contre les violences conjugales [Internet]. 2019 [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2019\\_11\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_cloture\\_du\\_grenelle\\_contre\\_les\\_violences\\_conjugales\\_-\\_25.11.2019.pdf](https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2019_11_dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf)
21. Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations. Prévenir et lutter contre les violences au sein du couple [Internet]. 2022 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/prevenir-et-lutter-contre-les-violences-au-sein-du-couple>
22. Ministère de l'Intérieur et des outre-mer. Violences conjugales : une ligne d'écoute destinée aux auteurs pour mieux protéger les victimes [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/gendinfo/actualites/2020/violences-conjugales-une-ligne-d-ecoute-destinee-aux-auteurs-pour-mieux-protoger-les-victimes>
23. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1 janv 1994;23:147.
24. Straus MA, Gelles RJ, Asplund LM. Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families. *Violence Vict.* 1 janv 1990;5(4):297-8.
25. Chan KL. Gender Symmetry in the Self-Reporting of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence.* 1 janv 2012;27(2):263-86.

26. Robertson K, Murachver T. It Takes Two to Tangle: Gender Symmetry in Intimate Partner Violence. *Basic Appl Soc Psychol*. 3 mai 2007;29(2):109-18.
27. Ministère de l'Intérieur et des outre-mer. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » [Internet]. 2019 [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
28. Bontoux E, Ploquin C, Telmon N, Savall F, Gimenez L. Vécu des hommes victimes de violences conjugales : étude qualitative au sein de l'unité médico-judiciaire de Toulouse. *Rev Médecine Légale*. 1 sept 2020;11(3):92-9.
29. Ullmann E. Témoignages d'hommes victimes de violences conjugales : se libérer du tabou, rôle du médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard; 2017.
30. Scott-Storey K, O'Donnell S, Ford-Gilboe M, Varcoe C, Wathen N, Malcolm J, et al. What About the Men? A Critical Review of Men's Experiences of Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse*. 1 avr 2023;24(2):858-72.
31. Séverac N. Rapport d'étude : Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques. [Internet]. Observatoire National de l'Enfance en Danger; 2012 déc [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: [https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/oned\\_eevc.pdf](https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/oned_eevc.pdf)
32. Telch CF, Lindquist CU. Violent versus nonviolent couples: A comparison of patterns. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1984;21(2):242-8.
33. Deslauriers JM, Cusson F. Une typologie des conjoints ayant des comportements violents et ses impacts sur l'intervention. *Rev Int Criminol Police Tech Sci*. 1 juill 2014;(67):140-57.
34. Peek-Asa C, Zwerling C, Young T, Stromquist A, Burmeister L, Merchant J. A population based study of reporting patterns and characteristics of men who abuse their female partners. *Inj Prev*. juin 2005;11(3):180-5.
35. Spencer CM, Keilholtz BM, Palmer M, Vail SL. Mental and Physical Health Correlates for Emotional Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization : A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. janv 2024;25(1):41-53.
36. Sesar K, Dodaj A, Šimić N. Mental health of perpetrators of intimate partner violence. *Ment Health Rev J*. 7 nov 2018;23(4):221-39.
37. Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *J Clin Psychol*. 2000;56(10):1289-316.
38. Jose A, O'Leary KD, Graña Gomez JL, Foran HM. Risk Factors for Men's Intimate Physical Aggression in Spain. *J Fam Violence*. 1 avr 2014;29(3):287-97.
39. Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence : A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 1 févr 2005;25(2):119-52.
40. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Drogues et addictions : chiffres clés [Internet]. 2022 [cité 23 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-04/DACC-2022.pdf>

41. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg.* janv 2005;58(1):22.
42. Benoit T, Dambélé S. Council of Europe. 2015. Violence experienced or perpetrated, and psychoactive substance use among women in Europe and in the Mediterranean region.
43. Kadiani A, Chaudhury S, Saldanha D, Pandey N, Menon P. Psychosocial profile of male perpetrators of domestic violence. *Ind Psychiatry J.* 8 nov 2020;29:134-48.
44. Graham K, bernards S, Wilsnack SC, Gmel G. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse : A cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *J Interpers Violence.* mai 2011;26(8):1503-23.
45. Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict.* 2001;10(2):122-35.
46. Crane CA, Oberleitner LMS, Devine S, Easton CJ. Substance Use Disorders and Intimate Partner Violence Perpetration among Male and Female Offenders. *Psychol Violence.* 1 juill 2014;4(3):322-33.
47. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* févr 2008;28(2):247-74.
48. Ponce A, Duarte A, Sengoelge M, Nectoux M, Perry E, Pauncz A, et al. Manuel ENGAGE destiné aux professionnel.les de première ligne qui sont en lien avec des auteurs de violences conjugales. [Internet]. 2019 [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: [http://psytel.eu/engage\\_FR\\_190313\\_web.pdf](http://psytel.eu/engage_FR_190313_web.pdf)
49. Stuart GL. Improving violence intervention outcomes by integrating alcohol treatment. *J Interpers Violence.* avr 2005;20(4):388-93.
50. Yu R, Nevado-Holgado AJ, Molero Y, D'Onofrio BM, Larsson H, Howard LM, et al. Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women : A Swedish population-based longitudinal study. *PLOS Med.* 17 déc 2019;16(12):e1002995.
51. Singh V, Tolman R, Walton M, Chermack S, Cunningham R. Characteristics of Men Who Perpetrate Intimate Partner Violence. *J Am Board Fam Med.* 1 sept 2014;27(5):661-8.
52. Taft C, Schwartz S, Liebschutz JM. Intimate Partner Aggression Perpetration in Primary Care Chronic Pain Patients. *Violence Vict.* 2010;25(5):649-61.
53. Ernst AA, Weiss SJ, Hall J, Clark R, Coffman B, Goldstein L, et al. Adult intimate partner violence perpetrators are significantly more likely to have witnessed intimate partner violence as a child than nonperpetrators. *Am J Emerg Med.* 1 juill 2009;27(6):641-50.
54. Lussier Y, Lemelin C. Profil des hommes à comportements violents ayant fait une demande d'aide à un organisme de traitement en violence masculine. Rapport de recherche soumis aux Centres de traitement en violence masculine. [Internet]. Université du Québec à Trois-Rivières; 2002 sept [cité 9 févr 2024]. Disponible sur: [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC150/F408162463\\_RaphviolentFinal.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC150/F408162463_RaphviolentFinal.pdf)



55. Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique. In: *Violences conjugales et famille* [Internet]. Dunod. Paris; 2016 [cité 23 mars 2024]. Disponible sur: [http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse\\_et\\_violences\\_conjugales.pdf](http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2016-Grossesse_et_violences_conjugales.pdf)
56. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions [Internet]. MIPROF; 2020 juill [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2020/07/Rapport-Les-violences-conjugales-pendant-le-confinement-EMB-23.07.2020.pdf>
57. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Sociétés*. 1 janv 2001;N° 364(1):1-4.
58. Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. sept 2014;62:S252.
59. Walker L. *The Battered Woman Syndrome*. 3rd Edition. Springer Publishing Company; 2009. 511 p.
60. Williamson E, Jones SK, Ferrari G, Debbonaire T, Feder G, Hester M. Health professionals responding to men for safety (HERMES) : feasibility of a general practice training intervention to improve the response to male patients who have experienced or perpetrated domestic violence and abuse. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(3):281-8.
61. American Academy of Family Physicians. Violence (Position Paper) [Internet]. 2014 [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/about/policies/all/violence-position-paper.html>
62. Morgan K, Williamson E, Hester M, Jones S, Feder G. Asking men about domestic violence and abuse in a family medicine context : Help seeking and views on the general practitioner role. *Aggress Violent Behav*. 1 nov 2014;19(6):637-42.
63. Cailleau-Brunelière G. *L'accueil des auteurs de violences conjugales par les médecins généralistes*. [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2019.
64. Khetib-Khatiri A. *Faisabilité d'un dépistage des auteurs de violences conjugales en cabinet de médecine générale : avis des médecins généralistes*. [Thèse d'exercice]. Université Paris Cité; 2022.
65. Boukandoura L. *Repérage des auteurs de violences exercées par un partenaire intime : point de vue de médecins généralistes*. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille; 2020 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03046982>
66. Jaeger JR, Spielman D, Cronholm PF, Applebaum S, Holmes WC. Screening Male Primary Care Patients for Intimate Partner Violence Perpetration. *J Gen Intern Med*. 1 août 2008;23(8):1152-6.
67. Oriel KA, Fleming MF. Screening Men for Partner Violence in a Primary Care Setting. *J Fam Pract*. juin 1998;46(6):493-8.
68. Gerlock AA. Health impact of domestic violence. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 1 janv 1999 [cité 8 janv 2024]; Disponible sur: [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/016128499248547?casa\\_token=jDqiW1hmk-QAAAAA:otMKsqn4UrZPIKkoTRmPd6vcTsvk719FY9OQE1Ji27ImR3TSLesxCcXhu6OvOa9s3YDOcxl2wC6](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/016128499248547?casa_token=jDqiW1hmk-QAAAAA:otMKsqn4UrZPIKkoTRmPd6vcTsvk719FY9OQE1Ji27ImR3TSLesxCcXhu6OvOa9s3YDOcxl2wC6)

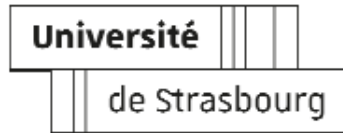
69. Bounab O. Les violences faites aux femmes : auteurs et victimes face au médecin généraliste. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille; 2019 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02395099>
70. Burge SK. Patients' Advice to Physicians About Intervening in Family Conflict. *Ann Fam Med*. 1 mai 2005;3(3):248-54.
71. Nguyen N. Le médecin généraliste face aux auteurs masculins de violences conjugales : représentations, attitudes et prise en charge proposée. Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2017.
72. Escande M. Bases psychopathologiques de la psychologie médicale [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <http://psyfontevraud.free.fr/cours/47-psychologie-medicale.htm>
73. Royal Australian College of General Practitioners. Abuse and violence : Working with our patients in general practice [Internet]. 2022 [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/getattachment/4ab6102c-67d9-4440-9398-a3ae759164ef/Abuse-and-violence-Working-with-our-patients-in-general-practice.aspx>
74. Ferris LE, Norton PG, Dunn EV, Gort EH, Degani N. Guidelines for Managing Domestic Abuse When Male and Female Partners Are Patients of the Same Physician. *JAMA*. 10 sept 1997;278(10):851-7.
75. Le Gouvernement. Dossier de presse : violences faites aux femmes [Internet]. 2021 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021\\_11\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_25-novembre.pdf](https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021_11_dossier_de_presse_-_25-novembre.pdf)
76. Jurviste U, Schreeves R. La Convention d'Istanbul, un outil pour lutter contre les violences à l'encontre des femmes et des filles. Service de recherche du Parlement européen; 2020 nov p. 2.
77. Légifrance. Code pénal : Article 226-14. [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044394223](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223)
78. Costille M. Violences conjugales et levée du secret médical : vécu et ressenti des médecins généralistes. Université de Montpellier; 2023.
79. Ministère de la justice. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. [Internet]. 2020 [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum\\_secret\\_violences\\_conjugales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf)
80. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. [Internet]. 2002 [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
81. Département Médecine Générale de l'Université de Rouen. Les compétences du médecin généraliste. [Internet]. 2021 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
82. Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales et Familiales. FNACAV : Lutte contre les violences conjugales et familiales. [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.fnacav.fr/>

83. Ouellet F, Lindsay J, Saint-Jacques MC. Une évaluation de programme à multiples facettes : l'intervention auprès des conjoints violents. *Santé Ment Au Qué.* 1994;19(1):195-224.
84. Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev.* 1 janv 2004;23(8):1023-53.
85. Bennett L, Williams O. VAWnet : The National Online Ressource Center on Violence Against Women. 2001 [cité 2 avr 2024]. Controversies and Recent Studies of Batterer Intervention Program Effectiveness. Disponible sur: [https://vawnet.org/sites/default/files/materials/files/2016-09/AR\\_bip.pdf](https://vawnet.org/sites/default/files/materials/files/2016-09/AR_bip.pdf)
86. Gondolf EW. Evaluating batterer counseling programs : A difficult task showing some effects and implications. 2004;9(6):605-31.
87. Bates E, Graham-Kevan N, Thornton A. A review of domestic violence perpetrator programs in the United Kingdom. *Partn Abuse.* 16 juin 2016;8(1):3-46.
88. Ashcroft J, Daniels DJ, Hart SV. Batterer Intervention Programs [Internet]. 2003 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/195079.pdf>
89. Lindsay J, Ouellet F, Saint-Jacques MC. Les groupes de traitement pour conjoints violents : recension critique portant sur le traitement, son efficacité, sa mesure. Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires; 1991. 152 p.
90. Bullock K. Treatment programs for batterers. *Can Fam Physician.* févr 1997;43:307-11.
91. Mathieu C, Bélanger C, Brisebois H. Thérapie de groupe pour hommes violents envers leur conjointe : abandon thérapeutique chez ces hommes. *Santé Ment Au Qué.* 2006;31(1):169-87.
92. Stalans LJ, Seng M. Identifying Subgroups at High Risk of Dropping Out of Domestic Batterer Treatment: The Buffering Effects of a High School Education. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 1 avr 2007;51(2):151-69.
93. Libert V, Kowal C, Jacob A. L'aide aux auteur(e)s de violences conjugales et intrafamiliales. 2013;1-184.
94. DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : Stages of change and addictive behaviors. In: *Treating addictive behaviors*, 2nd ed. New York, NY, US: Plenum Press; 1998. p. 3-24.
95. Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. Motivational Interviewing in Health Care : Helping Patients Change Behavior. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis.* 1 janv 2008;5(3):203-203.
96. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Centre Ressource pour les Auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS). [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.chru-strasbourg.fr/service/centre-ressource-pour-laide-a-la-prise-en-charge-des-auteurs-de-violences-sexuelle-cravs/>
97. CPCA. Arrêtons la violence [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://auteurs.arretonslaviolence.fr/se-faire-aider/>

98. Ernst AA, Weiss SJ, Morgan-Edwards S, Rihani T, Coffman B, Clark R, et al. Derivation and Validation of a Short Emergency Department Screening Tool for Perpetrators of Intimate Partner Violence: The PERpetrator RaPid Scale (PERPS). *J Emerg Med*. 1 févr 2012;42(2):206-17.
99. Davis M, Padilla-Medina D. Brief Intimate Partner Violence Perpetration Screening Tools : A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 27 nov 2019;22:152483801988854.
100. Les services de l'État dans le Puy-de-Dôme. Lancement d'une campagne de communication en direction des auteurs de violences [Internet]. 2023 [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.puy-de-dome.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Droits-des-femmes.-egalite-entre-les-hommes-et-les-femmes/Prevention-et-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/Lancement-d-une-campagne-de-communication-en-direction-des-auteurs-de-violences>

## VII. Annexes

### 1. Validation du comité d'éthique de l'Université de Strasbourg



**M. SCHMITT Yannick**  
 Faculté de Médecine  
 Département de médecine générale  
 17 rue Tiergaertel  
 67380 LINGOLSHEIM

**Eric FLAVIER**  
 Président du comité d'éthique  
 pour la recherche

Strasbourg, le 05 juillet 2021  
 Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)  
 Référence dossier : 2021-15

Monsieur SCHMITT, Cher Collègue,

Affaire suivie par :  
**Florian FRITSCH**  
 Responsable du département  
 Administration de la recherche  
 Direction de la recherche et de la  
 valorisation  
[florian.fritsch@unistra.fr](mailto:florian.fritsch@unistra.fr)  
 +33 (0)3 68 85 15 19

Vous avez déposé le projet intitulé « *Evaluation des pratiques des médecins généralistes en termes de repérage et prise en charge des auteurs de violences conjugales en Alsace* » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

**que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.**

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

**Unistra/CER/2021-22**

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

**Université de Strasbourg**  
 4 rue Blaise Pascal  
 CS 90032  
 F-67081 STRASBOURG cedex  
 Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00  
[www.unistra.fr](http://www.unistra.fr)

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



Eric FLAVIER

## 2. Formulaire de consentement éclairé

Mr /Mme (rayez la mentionne inutile)

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance .....

Adresse :.....

Tél. : .....

Il m'a été proposé de participer à une étude sur l'évaluation des pratiques en termes de repérage et prise en charge des auteurs de violences conjugales.

L'investigateur *Chloé SCHAAL* m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.
- 4) Les entretiens seront enregistrés

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche.

Date :

Signature du participant :

Date :

Signature de l'investigateur:

### 3. Fiche de renseignements socio-démographiques

#### 1. Sexe

- Homme
- Femme

#### 2. Age

- Moins de 30 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans ou plus

#### 3. Statut

- Médecin installé
- Médecin remplaçant
- Autre

#### 4. Date de début d'exercice :

#### 5. Type d'exercice

- En cabinet, seul
- En cabinet, en association
- Maison de santé
- Autre

#### 6. Lieu d'exercice

- Urbain
- Rural
- Semi rural
- Autre

#### 4. Guide d'entretien final

- 1) Selon vous, quels sont les types de violence ? Quelle part dans la patientèle ?
- 2) Comment vous représentez vous l'auteur de violence conjugale ?
- 3) Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière consultation avec un auteur et/ou la consultation la plus marquante ?

*Relances :*

- *Comment l'avez-vous identifié ?*
- *Comment avez-vous abordé la question des violences ?*
- *Comment a-t-il réagi ?*
- *Comment a évolué votre relation après la découverte des violences ?*
- *Que lui avez-vous proposé comme aide ?*

- 4) Que pensez-vous du fait de repérer les auteurs de violence conjugale en médecine générale ?
- 5) De quelle manière repérez-vous les auteurs ? (*Dépistage systématique/ciblé*). Quels sont les signes d'alerte ?

*Relance : freins ?*

- 6) Une fois le repérage effectué, comment prenez-vous en charge l'auteur ? Comment abordez-vous la question des violences ?
- 7) Selon vous, quel est le rôle du médecin dans la prise en charge des auteurs ?

*Relance : quid du statut de médecin traitant ?*

- 8) Quelles difficultés rencontrez-vous lors de vos consultations avec des auteurs de violences conjugales ?

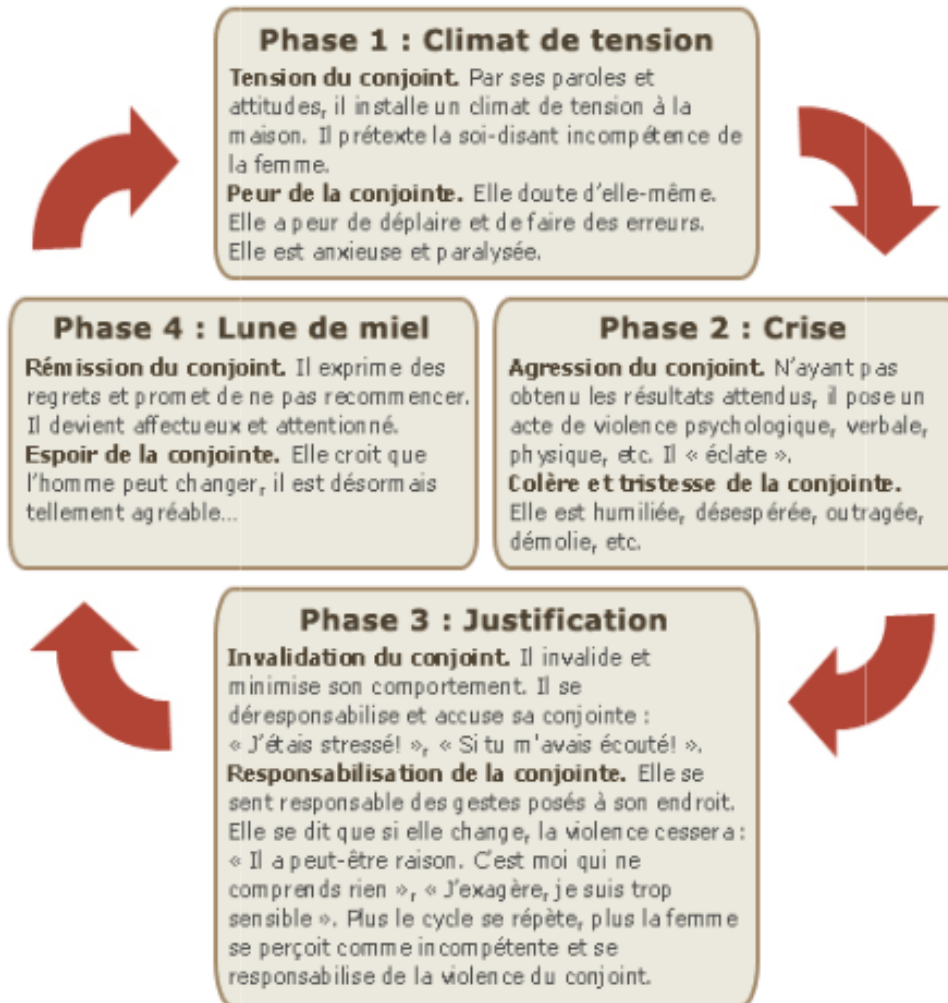
*Relance : influence de la pratique ?*

- 9) Comment améliorer le repérage/la prise en charge des auteurs de violence conjugale ?



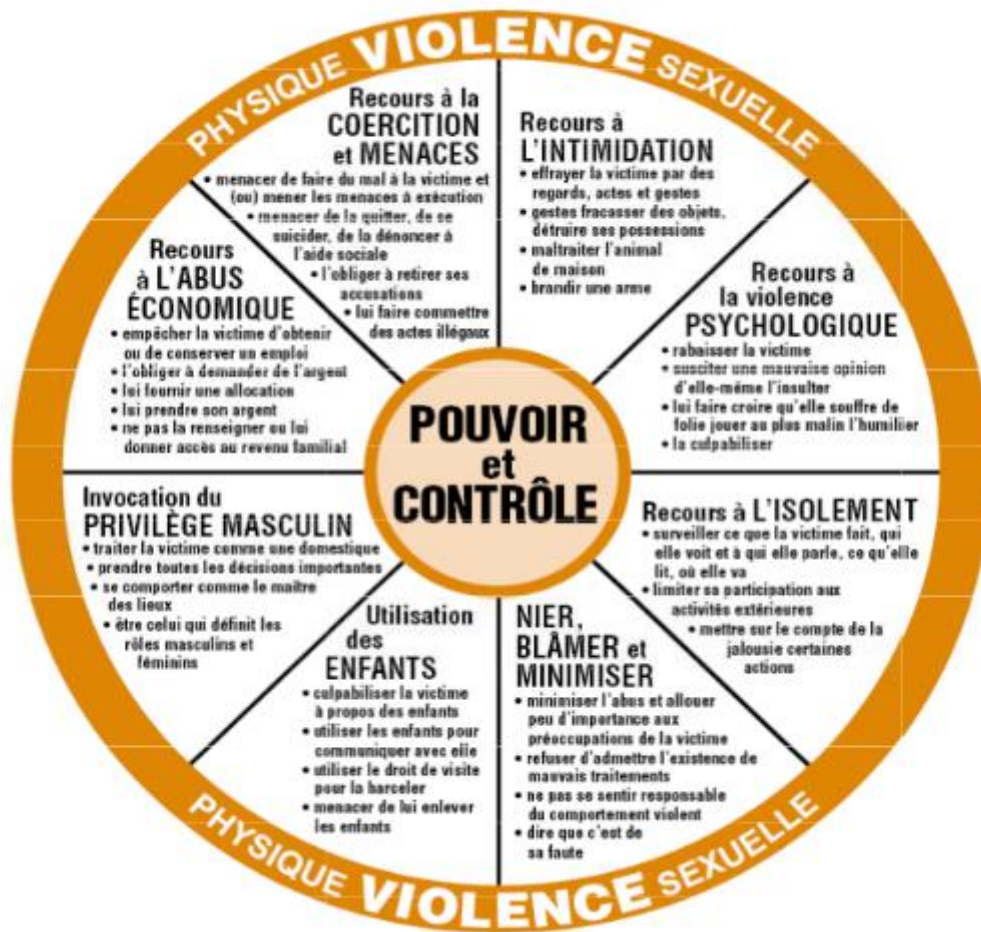
## 5. Le cycle des violences

Illustration extraite du rapport d'étude de Nadège Séverac sur les enfants exposés à la violence conjugale (décembre 2012).



## 6. La roue du pouvoir et du contrôle (modèle de Duluth)

Illustration extraite du rapport d'étude de Nadège Séverac sur les enfants exposés à la violence conjugale (décembre 2012).



## 7. Questions entonnoirs générales et spécifiques

Illustration issue du manuel « ENGAGE ».



Figure 1.  
Questions générales  
en entonnoir

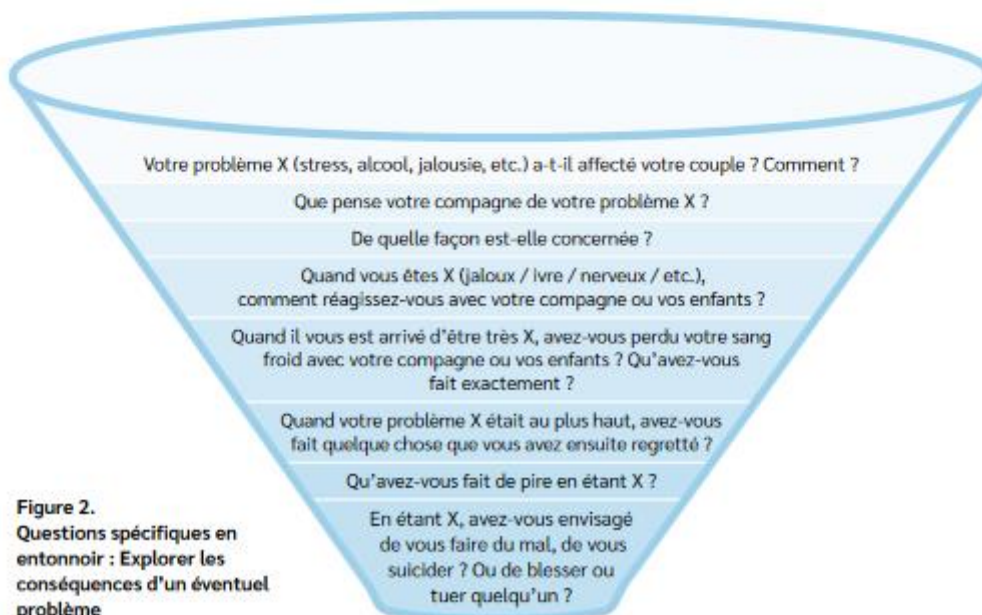


Figure 2.  
Questions spécifiques en  
entonnoir : Explorer les  
conséquences d'un éventuel  
problème

## 8. Le modèle transthéorique du changement appliqué aux auteurs de violences conjugales

Illustration issue du manuel « ENGAGE ».

Niveau de changement	Position et discours de l'homme	Techniques motivationnelles des professionnel.les
<b>PRÉCONTEMPLATION</b>	L'homme n'est pas prêt pour changer. Il nie ou minimise les violences, et rend les autres responsables de ses problèmes (« Ce ne sont que des mensonges » ; « C'est elle qui est violente » ; « Elle me rend fou » ; « Elle est folle, il faut qu'elle se fasse soigner »).	Créez le doute, faites comprendre au patient les risques et les problèmes liés à son comportement actuel (par ex. « Savez-vous ce qui se passe chez vos enfants lorsque vous criez ? ») Donnez de l'information sur les programmes destinés aux auteurs de violence (brochure).
<b>CONTEMPLATION</b>	L'homme commence à voir que sa violence est un problème, et qu'il devrait faire quelque chose, mais il ne se décide pas encore à agir (« Je commence à voir le mal que je fais quand je suis en colère » ; « Peut-être faut-il que quelqu'un m'aide à me contrôler »).	Pesez avec l'homme les pour et les contre d'un changement, travaillez à l'aider à faire pencher la balance en : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explorant les ambivalences et les alternatives (par ex. : « Vous dites qu'elle vous provoque mais vous reconnaissez que vos réactions posent problème »).</li> <li>▪ Identifiant les raisons pour changer/les risques à ne pas changer (par ex. : « Comment se passerait votre relation avec votre fils si vous arrêtiez de crier ? »).</li> <li>▪ Augmentant la confiance du patient dans sa capacité à changer</li> </ul>
<b>PRÉPARATION</b>	L'homme a décidé de changer, il se prépare (« Je vais suivre le programme parce que c'est ma dernière chance » ; « Je veux être un meilleur père, mais je ne sais pas comment »).	Aidez l'homme à développer un plan réaliste pour changer, fixez des objectifs clairs (par ex. « Vous pouvez prendre rendez-vous avec cette structure, vous me raconterez comme ça s'est passé »).
<b>ACTION</b>	L'homme commence à changer. (« Quand je sens que je deviens nerveux, je fais ce que nous avons prévu »).	Aidez l'homme à avancer vers le changement (explications, exemples), suivez-le, félicitez-le quand il réussit. (par ex. « En entreprenant le même programme que vous, beaucoup d'hommes peuvent changer »).
<b>MAINTENANCE</b>	L'homme est capable de maintenir un changement de comportement depuis un certain temps, et il utilise des stratégies pour prévenir les rechutes. (« Je me maîtrise beaucoup mieux maintenant » ; « J'essaie d'éviter les conflits pour ne pas me mettre en colère »).	Surveillez et soutenez le processus, aidez l'homme à identifier et à utiliser des stratégies pour prévenir les rechutes. Compatissez avec ses difficultés. (« Je sais que c'est un travail difficile pour vous et que le chemin est long, mais n'abandonnez pas »).
<b>RECHUTE</b>	À nouveau, l'homme a eu un comportement violent ou abusif.	Aidez le patient à renouveler les processus de réflexion et d'action ; normalisez la rechute (sans l'approuver) et utilisez-la comme une occasion de progresser ; donnez-lui de l'espoir et continuez à le soutenir (par ex. « Il peut arriver que vous vous trompiez encore mais cela ne signifie pas que ce que vous avez fait est inutile »).

## 9. Instruments d'aide à l'évaluation des comportements violents

Questionnaires de comportement dans le couple, d'après Calvin Bell (issus du manuel « ENGAGE »)

QUESTIONNAIRE DE COMPORTEMENT V (Violences)					
?	0	1	2	3	4
je ne sais pas	jamais	une fois	parfois	souvent	constamment
Je lui ai fait cela	<b>Instructions :</b> En utilisant l'échelle ci-dessus, mettez un chiffre dans chaque case de la colonne de gauche pour indiquer la fréquence à laquelle vous vous êtes comporté envers votre (ex) compagne de la manière décrite. Ensuite, dans la colonne de droite, vous noterez votre compagne.				Elle m'a fait cela
	Je lui ai craché dessus				
	Je lui ai mis mon doigt dans son œil				
	Je l'ai poussée				
	Je l'ai attrapée par les vêtements, bras, jambes, cheveux (rayez, le cas échéant)				
	Je l'ai tenue par les bras ou les épaules				
	Je l'ai secouée				
	Je l'ai collée au mur				
	Je lui ai tiré les cheveux				
	Je l'ai balancée dans la pièce				
	Je lui ai tordu ou plié un doigt, un bras, une jambe (rayez, le cas échéant)				
	Je l'ai pincée, griffée, serrée (rayez, le cas échéant)				
	Je l'ai mordue				
	J'ai versé sur elle ou jeté sur elle, une boisson ou un autre liquide (rayez, le cas échéant)				
	Je lui ai jeté des objets qui pouvaient faire mal				
	Je l'ai brûlée avec une cigarette				
	Je l'ai frappée				
	J l'ai frappée avec le dos de ma main				
	Je lui ai donné des coups de poing dans le bras, la jambe, le corps, la tête, ou le visage (rayez, le cas échéant)				
	Je lui ai donné des coups de pied dans le bras, la jambe, le corps, la tête ou le visage (rayez, le cas échéant)				
	Je lui ai cogné la tête				
	Je lui ai fait une tête				
	Je l'ai poussée dans les escaliers				
	J'ai mis ma main sur sa bouche pour la faire taire				
	Je l'ai saisie par le cou				
	J'ai essayé de l'étrangler				
	Je l'ai frappée avec un objet				
	Je l'ai poignardée				
	Je l'ai agressée alors que je savais qu'elle était enceinte				—
	Je l'ai frappée au ventre alors que je savais qu'elle était enceinte				—



QUESTIONNAIRE DE COMPORTEMENT M (Maltraitements)					
?	0	1	2	3	4
je ne sais pas	jamais	une fois	parfois	souvent	constamment
Notez vous ici	<b>Instructions :</b> En utilisant l'échelle ci-dessus, mettez un chiffre dans chaque case de la colonne de gauche pour indiquer la fréquence à laquelle vous vous êtes comporté envers votre (ex) compagne de la manière décrite. Ensuite, dans la colonne de droite, vous noterez votre compagne.				Notez ici votre compagne
	Vous l'avez insultée, injuriée				
	Vous l'avez humiliée (vous vous êtes moqué d'elle)				
	Vous lui avez dit qu'elle était nulle ou moche				
	Vous lui avez dit qu'elle était idiote ou folle				
	Vous lui avez dit qu'elle était une mauvaise mère				
	Vous lui avez dit que personne ne pourrait la supporter				
	Vous lui avez dit qu'elle ne s'en sortirait pas toute seule				
	Vous avez essayé de l'empêcher d'être en contact avec ses ami.es et sa famille				
	Vous avez insisté pour l'accompagner partout				
	Vous l'avez enfermée				
	Vous avez insisté pour savoir avec qui elle était quand elle n'était pas avec vous				
	Vous l'avez injustement accusée de coucher avec d'autres hommes				
	Vous l'avez suivie				
	Vous avez menacé de vous suicider si elle vous quittait				
	Vous avez menacé de la dénoncer à la police/ aux services sociaux/services de l'immigration si elle vous quittait				
	Vous avez menacé d'enlever les enfants si elle vous quittait				
	Vous lui avez dit que vous lui interdriez d'élever les enfants avec un autre homme				
	Vous exigez qu'elle vous obéisse, vous avez essayé de contrôler tout ce qu'elle faisait				
	Vous avez insisté pour qu'elle s'occupe mieux de la maison				
	Vous l'avez forcée à cuisiner des plats de votre choix				
	Vous l'avez forcée à porter les vêtements et le maquillage que vous aviez choisi pour elle				
	Vous avez contrôlé les finances du foyer (en décidant de comment l'argent serait dépensé)				
	Vous lui donnez de l'argent de poche ou vous l'avez obligée à vous supplier de lui donner de l'argent				
	Vous lui avez demandé de justifier chaque centime dépensé				
	Vous avez menti en la dénonçant à la police/aux services sociaux				
	Vous lui avez fait peur				
	Vous avez cogné dans la porte, le mur, ou les meubles				
	Vous l'avez empêchée d'utiliser son téléphone pour demander de l'aide				
	Vous avez exprès abîmé ses vêtements, ses biens				
	Vous avez juré, hurlé dans son visage				
	Vous l'avez jetée à la rue				
	Vous avez cassé des assiettes, balancé de la nourriture ou des objets				
	Vous l'avez menacée en brandissant votre point				
	Vous l'avez menacée avec un objet				
	Vous avez menacé de la tuer				

10. Affiche élaborée par la coordination nationale des CPCA et l'ARSL

Illustration issue du site internet des Services de l'Etat dans le Puy-de-Dôme.



**VOUS N'ARRIVEZ PAS À  
CONTRÔLER VOTRE VIOLENCE.**

**Les Centres de Prise en Charge des Auteurs  
de violences conjugales (CPCA) peuvent vous aider.**

Photo et conception © Boulevard/Arsl à Lagnès.com

En  
partenariat  
avec



Pour trouver le centre le plus proche de chez vous  
Par téléphone : **06 17 89 04 02**

[auteurs.arretonslaviolence.fr](http://auteurs.arretonslaviolence.fr)



## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : .....SCHAAZ..... Prénom : .....Chloé.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,


Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale: 

À .....SchaaZ....., le .....23/11/2024.....

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**



# RÉSUMÉ

**Contexte :** Les violences conjugales constituent un véritable problème de santé publique. C'est face à l'impossibilité de protéger complètement les victimes, malgré la multiplication des mesures ces dernières années, que la prise en charge des auteurs de violences conjugales est envisagée. L'objectif de cette étude est d'évaluer la place du médecin généraliste dans l'identification et la gestion des auteurs de violences conjugales.

**Méthode :** Une étude qualitative a été réalisée via des entretiens semi-dirigés entre août 2021 et juin 2023 auprès de dix médecins généralistes alsaciens exerçant en cabinet de médecine générale.

**Résultats :** Les médecins interrogés ont insisté sur l'absence de profil particulier, intéressant tous les milieux sociaux, mais ont évoqué des facteurs de risque et des facteurs précipitants. Ils avaient néanmoins une représentation des auteurs ainsi que des marqueurs de dépistage relativement proche des données de la littérature. Ils ont estimé que le repérage des auteurs de violences conjugales relevait de leurs compétences mais ont souligné certains freins à sa réalisation, notamment liés au manque de formation et de ressources disponibles. La prise en charge, quant à elle, s'appuyait plutôt sur des réseaux pluridisciplinaires et spécialisés, dont les médecins avaient une connaissance insuffisante.

**Conclusion :** Les médecins se sont montrés intéressés par la problématique. Dans ce contexte, il paraît indispensable de développer des recommandations françaises et des outils pour faciliter l'accueil des auteurs de violences conjugales en consultation. Favoriser les liens entre les différents partenaires pourrait permettre d'améliorer le travail en réseau et in fine la prise en charge globale des violences conjugales.

---

**Rubrique de classement :** DES de médecine générale

---

**Mots-clés :** auteurs violences conjugales et médecin généraliste, domestic violence perpetrators, intimate partner violence, general practitioner, primary health care

---

**Président :** Professeur BERTSCHY Gilles

**Asseseurs :**

Docteur SCHMITT Yannick

Docteure SANSELME Anne-Elisabeth

Docteure PACE Angelina

---

**Adresse de l'auteur :** chloe.schaal@etu.unistra.fr