

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 18 septembre 2017 à POITIERS
par **Mr MU-SEK-SANG Rudy, Wee Sheng**

Le dépistage systématique des violences conjugales :
Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur MIMOZ Olivier

Membres : Monsieur le Professeur PIERRE Fabrice

Monsieur le Docteur SAPANET Michel

Directrice de thèse : Madame le Docteur VOYER Mélanie

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie

- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Vous me faites l'honneur de présider mon Jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en prenant part à mon Jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Michel SAPANET,

Pour avoir accepté de faire partie de mon Jury de thèse et d'évaluer mon travail, veuillez agréer l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Mélanie VOYER,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Votre disponibilité, vos conseils avisés et votre soutien m'ont été très précieux pour réaliser ce travail.

A mes parents, Ernest et Anne-Marie : merci pour votre soutien et votre patience sans faille durant toutes ces années, merci d'être là depuis le tout début. Je suis tellement fier que vous soyez à mes côtés après toutes ces années.

A mon frère, Ruben : merci pour tout, pour avoir été le petit frère depuis toujours et pour toutes ces expériences vécues ensemble depuis notre départ de la maison, à Tahiti.

A mes grands-parents, Kung Kung et Mémé : merci pour votre fierté, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et encore merci pour m'avoir chéri ainsi.

A mes oncles et tantes, Louis, Bélinda, Marcel, Angèle, Henri et tatie Nelly qui veille sur nous tous, à mes cousines et cousins : merci d'être la famille que vous êtes, et j'espère que nos liens seront toujours présents.

A Mickael : merci d'avoir été là durant ces trois années d'internat, faire ta rencontre aura été l'un des moments les plus mémorables de ma vie. Tous ces moments passés ensemble resteront gravés à jamais en moi. Lisbonne gardera toujours le même écho. Garde ta bonne humeur et ta joie de vivre! (et merci à ta famille).

A Marie : merci de m'avoir supporté durant cet internat et surtout durant ces voyages, qui j'espère seront encore nombreux. « Encore une pause ? » Quelle sera la prochaine destination ?

A Alissia : merci pour cette belle amitié, avec ses « pâquerettes », ses photos floues et ses selfies qui rendent d'autres jalouses ! On sera toujours les deux à ne pas comprendre les références des « deux autres ».

A Audrey : une superbe amitié, qui m'a mené jusqu'à être le parrain « presque officiel » de Dadou.

A Julia : merci pour toutes ces années inoubliables, et ce depuis mon arrivée de Tahiti ! Un peu perdu au début, tu as rapidement été mon point de repère, une bouffée d'oxygène. Une amitié qui perdurera pour toujours dans mon cœur.

A Jennyfer, mamoune : merci de m'avoir accueilli ainsi à Cognac, dans ta familia. Je serais toujours là pour toi, toujours.

A Diane, ma maman d'adoption d'ici et d'ailleurs : merci de m'avoir intégré dans cette superbe famille, dans ce lieu magique qu'est le Cluzeau, la maison. Merci de m'avoir pris comme un de tes enfants et de partager tous ces moments avec moi. Je répondrais toujours à ton appel, où que tu sois, où que je sois.

A toute la famille du Cluzeau, Jean-Paul, Charlotte, Garrance, Sophie, Lolotte, Geogeo, Francine, Sandrine, Georges le chien, Coucouille le poulet, les ânes, les chèvres, les moutons, les poules, les canards, les oies, les poissons, la « vache-cigogne », les arbres, le cerisier et j'en passe : merci pour tout, vous êtes ma deuxième famille, mon refuge dans

ce monde. Cet endroit, rempli de souvenirs comme le cerisier et le grenier, ne serait pas le même sans vous tous.

Au Docteur Charlotte encore une fois : merci pour ton aide, tes statistiques, ta compagnie et ta bonne humeur. T'avoir avec moi à Poitiers a été l'une des meilleures surprises, et une semaine sans un verre avec toi ne serait pas une bonne semaine.

A mon siamois, Lucille : merci d'avoir été là cette année, durant laquelle nous avons été le soutien de chacun, et cela a rendu les choses beaucoup plus amusantes. Always in mind, bro' !

A mes collègues tahitiens, Tefana, Christelle : merci pour votre amitié, et votre joie de vivre. Tefana, t'avoir comme cointerne à Cognac a été une belle expérience, à quand notre collaboration ?

A mes amis de Bordeaux, Floriane, Pateara : de belles rencontres, plus ou moins anciennes, mais toutes aussi importantes. Merci pour toutes ces aventures.

A mes cointernes et « associés » de Guy Gauthier, Clément, Sarah, Julie-May... : merci pour toutes ces soirées de folie, et votre bonne humeur. « Big up Françoise ! »

A tous mes amis de Cognac et des environs : merci de votre accueil et de votre amitié, que ce soit à l'hôpital (Jérémy, Luka, Seb, Lily, Maëva, Iris, Lolotte, Mimi, Coco, Léa, Samuel, Elina...) ou en dehors (Ingrid, Joachim, Anthony, Aurélie, Maguy...).

Au service de médecine légale, Dr SAPANET, Marie, Mélanie, Alexia, Tyffanie, Anne-Lise, Julie, Aurélie, Chantal, Yohann, Bernadette : merci de m'avoir accueilli dans votre équipe, et de m'avoir tout appris sur ce domaine. Je sais que j'ai encore beaucoup à voir et à apprendre, mais je suis entre de bonnes mains.

A mes maîtres de stage qui m'ont tellement appris durant mes trois ans d'internat, avec une mention particulière à Catherine qui m'a ouvert les portes de la Gériatrie, Lydie et son équipe qui m'ont entraîné dans le monde des Urgences et à tous ceux qui m'ont prouvé que la médecine générale est une belle spécialité : Dominique, Pascal, Jean-Luc, François, Stéphanie et Nicole.

Sommaire

Glossaire	8
Introduction.....	9
Matériels et méthodes	11
1. Objectifs.....	11
2. Elaboration de l'outil	12
3. Elaboration des questionnaires.....	12
4. Recueil de données	13
Résultats.....	15
1. Résultats du premier questionnaire	15
2. Résultats du deuxième questionnaire	21
3. Analyses statistiques	26
Discussion	29
Conclusion.....	38
Annexes.....	40
Bibliographie.....	51

Glossaire

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ENVFF : Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de
violences et la lutte contre la traite des êtres humains

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

HAS : Haute Autorité de Santé

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

ECN : Examen classant national

DES : Diplôme d'études spécialisées

GEAPI : Groupe d'échange et d'analyse de pratiques entre internes

Introduction

Les violences conjugales ont été reconnues à partir des années 1970 par l'ONU comme une violation des droits fondamentaux des femmes. Selon l'OMS, les violences conjugales se définissent 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* » (1).

Elles constituent un problème de santé publique majeur. En France, le coût total des violences conjugales (et de leurs conséquences sur les enfants) est estimé à 3,6 milliards d'euros en 2012 (2). Parallèlement, le nombre de femmes victimes de violences physiques ou sexuelles (conjugales et extra-conjugales) est passé de près de 860 000 à plus d'un million entre 2010 et 2014. Parmi elles, 400 000 femmes de 18 à 75 ans sont victimes de leur conjoint ou ex-conjoint (3). Seules 10% des femmes victimes de violences conjugales portent plainte. En 2015, 122 femmes sont répertoriées comme ayant succombé aux violences infligées par leur partenaire (4).

De nombreux axes d'intervention tentent de réduire la prévalence de ces violences conjugales : la mise en place d'associations d'aide aux victimes, la sensibilisation des populations à l'aide de campagnes de prévention et de programmes scolaires, les réformes judiciaires ayant permis de criminaliser, davantage, les violences conjugales et enfin l'amélioration du dépistage de ces violences.

Malheureusement, plusieurs études montrent que les acteurs de santé (médecins, infirmières) demandent rarement aux femmes si elles ont été maltraitées et ne recherchent pas de signes évidents de violence (5), alors que l'enquête ENVEFF de 2001 montre que les femmes victimes d'agressions se confient en premier lieu au médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie, la justice ou les associations (6). Trois catégories de médecins sont en première ligne pour dépister des violences conjugales : les médecins généralistes en médecine libérale, les urgentistes et les gynécologues-obstétriciens.

Dans sa thèse de 2006, le Dr PIAU-CHARRUAU (7) montre que 72% des femmes victimes de violences interrogées auraient souhaité que leurs médecins leur posent des questions, leur donnant ainsi la possibilité de révéler les violences qu'elles subissaient. Ainsi, la solution pourrait être que le médecin généraliste, ou tout autre professionnel de santé, effectue un dépistage systématique et non ciblé des violences conjugales : tout comme il demande à son patient ou à sa patiente ses antécédents médicaux, sa consommation de tabac ou d'alcool, il doit l'interroger sur d'éventuelles violences subies, qu'elles soient anciennes ou récentes, et ce même en l'absence de signe clinique évocateur de violences. Pourtant, ce dépistage est très peu réalisé en France (8).

Des thèses de recherche, dont celle du Dr DHUNY, font état de plusieurs facteurs limitant le dépistage systématique par les médecins généralistes, dont principalement un manque d'information et de formation au dépistage systématique, l'absence d'outil de dépistage systématique et le manque d'information sur la suite à donner en cas de dépistage positif (9). Ainsi, la MIPROF préconise le dépistage systématique et organise des formations destinées aux professionnels (10). Dans ce cadre, de multiples outils ont été mis à disposition des professionnels de santé (kits de formation se composant de court-métrages et de livrets d'accompagnement élaborés par un collège de professionnels) (11), et des structures spécialisées et adaptées, telles les CIDFF, ont été renforcées.

Contrairement aux pays anglophones qui disposent d'outils de dépistage validés (le WAST = Woman Abuse Screening Tool, l'AAS = Abuse Assessment Scale) (annexes 1 et 2), les institutions françaises (HAS, MIPROF) proposent un dépistage basé sur des questions ouvertes. Cette absence de protocole de dépistage (outil de dépistage par exemple) pourrait expliquer le fait que de nombreux médecins généralistes se sentent démunis.

Nous nous sommes ainsi demandé si un outil de dépistage simple, guidant les médecins généralistes du dépistage à l'orientation des victimes, pouvait permettre de faciliter le questionnement systématique des patientes.

Matériels et méthodes

1. Objectifs

Nous avons réalisé une étude dont l'objectif principal était l'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un outil de dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes libéraux en leur fournissant les questions à poser et les informations nécessaires à l'orientation de la patiente.

Il s'agissait d'une étude descriptive, qui n'avait pas pour but d'évaluer l'outil de dépistage en lui-même (absence d'étude de la sensibilité / spécificité de l'outil de dépistage).

Les objectifs secondaires étaient :

- D'étudier s'il existe des différences de pratique concernant ce dépistage, selon le type d'exercice (rural / urbain), le sexe du praticien (homme / femme), l'ancienneté des périodes de formation universitaires (par rapport à l'année de passage du concours d'internat ou de fin du cursus universitaire pour les médecins formés avant la réforme de l'internat) et l'existence de formations sur les violences conjugales au cours de leur parcours universitaire ou de leur carrière professionnelle.
- D'étudier les raisons pour lesquelles ce dépistage n'est pas réalisé de manière systématique par les médecins généralistes, malgré les préconisations nationales et internationales.

Pour atteindre l'objectif de notre étude, nous avons décidé de la réaliser en deux questionnaires, entrecoupés par l'introduction d'un outil de dépistage systématique et d'une fiche protocolisant la suite de la prise en charge en cas de dépistage positif.

2. Elaboration de l'outil

L'outil de dépistage systématique a été élaboré à partir des recommandations du 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (10), des livrets pédagogiques du département de la Seine Saint-Denis (12) et des kits pédagogiques « ANNA » et « ELISA » fournis par la MIPROF (11) (13). Cet outil (annexe 3) se présente sous la forme d'un organigramme, afin d'être simple et lisible. Il propose de poser quelques questions aux patientes sur leur vie quotidienne, systématiquement, en plus de questions spécifique sur les violences, également de manière systématique (« Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? Au travail, à la maison, dans votre enfance ? »). Selon les réponses obtenues, une procédure dégradée est indiquée au praticien.

Ensuite, une fiche récapitulative explique la conduite à tenir en cas de dépistage positif (annexe 4) : créer un climat d'écoute et de confiance, rassurer la patiente, lui faire préciser le type de violences, la valoriser, lui indiquer l'existence de structures pouvant l'accompagner dans ses démarches, lui rappeler le cadre légal, valoriser ses actions, lui fixer une prochaine consultation. Enfin, il a été fournit aux médecins une liste des différentes structures vers lesquelles ils pouvaient adresser les patientes victimes de violences conjugales (annexe 5). Cette liste fait apparaître le numéro d'aide national 3919 (Fédération nationale solidarité femmes) ainsi que les adresses et numéros téléphoniques d'au moins deux structures par département (type CIDFF). L'ensemble de ces trois fiches a été transmis en même temps que le premier questionnaire.

3. Elaboration des questionnaires

Le premier questionnaire a été réalisé sous forme de formulaire informatique anonyme à remplir par les médecins généralistes (durée du questionnaire estimée à moins de 5 minutes).

Les premières questions (questions 1 à 6) concernent les caractéristiques de notre population d'étude (homme / femme, type d'exercice, année de fin de formation universitaire). La 6^{ème} question s'intéresse à leur formation concernant les violences conjugales (ont-ils déjà été formés ? et quand ?).

La question 7 permet de réaliser deux groupes : ceux qui ont déjà réalisé ce type de dépistage durant leur exercice, et ceux qui n'en ont jamais réalisé. Les questions suivantes sont alors différentes selon la réponse donnée à la question 7 : les médecins ayant déjà réalisé ce dépistage systématique sont questionnés par rapport à leur pratique sur ce dépistage (sur quelles patientes ? avec quel outil ?) et les médecins n'en ayant jamais réalisé sont questionnés sur les raisons pour lesquelles ce dépistage n'est pas intégré dans leur pratique. Concernant ces raisons de non-dépistage systématique, des propositions leur ont été soumises : ces propositions s'appuient sur l'étude du Dr DHUNY (9) dans laquelle il a tout d'abord réalisé une enquête qualitative à l'aide d'appels téléphoniques aux médecins jusqu'à saturation sémantique des réponses concernant les causes de la non réalisation de ce dépistage systématique. Ainsi, il a obtenu une liste quasi-exhaustive de ces motifs, que nous avons reprise dans notre étude, avec son accord, en y intégrant une ligne de réponse ouverte afin de ne pas empêcher l'apparition d'autres raisons.

Le deuxième questionnaire a également été réalisé sous forme de formulaire informatique anonyme envoyé par mail aux médecins généralistes (durée du questionnaire estimée à moins de 5 minutes).

Les premières questions (1 à 6) reprennent les caractéristiques de notre population d'étude (homme / femme, type d'exercice, année de fin de formation universitaire). La question 7 permet de réaliser deux groupes : ceux ayant réalisé le dépistage systématique depuis le premier questionnaire, et ceux ne l'ayant pas réalisé. Les raisons du non-dépistage sont alors demandées au deuxième groupe. Ensuite, selon s'ils avaient utilisé ou pas les outils fournis, les autres médecins étaient interrogés sur leurs impressions concernant ces outils, ou sur les raisons pouvant expliquer leur réticence à les utiliser.

4. Recueil de données

Afin d'interroger le plus grand nombre de médecins généralistes en Poitou-Charentes, nous avons décidé de diffuser l'étude par messagerie électronique. Les adresses électroniques ont été récoltées auprès des listes de maître de stage de la région Poitou-Charentes, du département de médecine générale de la faculté de

Poitiers et de listing de mail lors des invitations aux congrès de médecine générale de la région.

Le déroulement de l'étude a été réalisé en trois parties : le premier questionnaire a été envoyé par mail à trois reprises entre le mois de février 2017 et le mois de mars 2017, avec en pièce-jointe l'outil de dépistage, la fiche détaillant la conduite à tenir en cas de dépistage positif et la fiche récapitulant les structures d'orientation des victimes. Dans ces mails, le cadre de l'étude a été fixé, un rappel des chiffres des violences conjugales en France a été réalisé et la nécessité du dépistage systématique a été expliquée. Les médecins ont ensuite été invités à répondre au premier questionnaire puis à utiliser l'outil proposé durant deux à trois mois auprès de leurs patientes. Après une période de deux à trois mois, différente selon le moment de réponse des médecins au premier questionnaire, le deuxième questionnaire leur a été adressé à trois reprises, également par voie électronique, à partir du mois de juin 2017.

Les résultats ont été récupérés sous forme de tableur à partir de la plateforme de création des questionnaires (Google Form ®).

Les résultats descriptifs ont été rapportés sous forme de pourcentages. Des tests de Chi 2 et de MacNemar ont été réalisés concernant les objectifs secondaires (réalisation ou non du dépistage systématique selon les différentes caractéristiques de chaque population médicale : année de formation, sexe, type d'exercice et raisons du non dépistage systématique).

Résultats

Au total, 368 adresses électroniques ont été répertoriées. Lors de l'envoi du premier questionnaire, 21 adresses électroniques n'ont pas abouti (adresse fausse ou inexistante). Ainsi, 347 médecins généralistes de la région Poitou-Charentes ont reçu les deux questionnaires.

1. Résultats du premier questionnaire

Sur les 347 médecins à qui les questionnaires ont été envoyés, 89 nous ont répondu.

a) Mode d'activité

Sur les 89 médecins qui ont répondu :

- 85 sont médecins installés, soit 96%.
- 4 sont médecins remplaçants, soit 4%.

b) Expérience

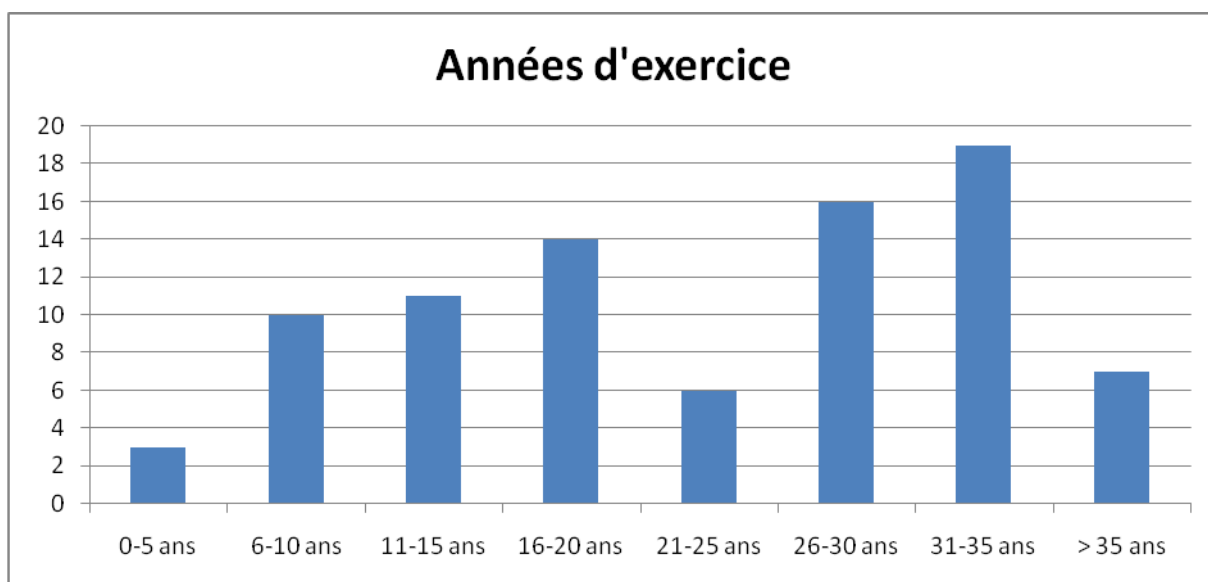


Figure 1 : répartition des répondants du 1^{er} questionnaire selon leur nombre d'années d'exercice

Concernant cette donnée, 4 médecins n'ont pas donné de réponse précise (date), mais l'une de ces réponses (date de fin d'internat) a permis de déterminer une date

de début d'exercice. Ainsi, 86 réponses ont pu être comptabilisées. En moyenne, les répondants avaient 23 années de pratique de médecine générale. Chez les hommes, la moyenne était de 26 années et chez les femmes elle était de 20 années. La plus grande expérience était de 41 années et la plus courte était de 2 années.

c) Région de formation universitaire

La majorité des répondants a été formée au sein de la région Poitou-Charentes. Les autres régions de formation sont répertoriées dans le tableau suivant :

Région	Effectifs	Pourcentage (%)
Poitou-Charentes	62	69,7
Ile de France	6	6,7
Aquitaine	5	5,6
Limousin	3	3,4
Pays de la Loire	3	3,4
Champagne-Ardenne	2	2,2
DOM TOM	2	2,2
Alsace	1	1,1
Basse Normandie	1	1,1
Bourgogne	1	1,1
Lorraine	1	1,1
PACA	1	1,1
Etranger	1	1,1
Total	89	100,0

Tableau 1 : répartition des répondants au 1^{er} questionnaire selon leur région de formation

d) Zone d'activité

Le lieu d'exercice est détaillé dans le tableau suivant :

Zone d'activité	Rural	Urbain	Total
Nombre total	54 (60,6%)	35 (39,3%)	89 (100%)
Dont Hommes	27 (30,3%)	17 (19,1%)	44 (49,4%)
Dont Femmes	27 (30,3%)	18 (20,2%)	45 (50,6%)

Tableau 2 : répartition des répondants au 1^{er} questionnaire selon leur zone d'exercice

Parmi les médecins répondants, une majorité exerce en milieu rural (60%), avec une répartition homogène entre les hommes et les femmes. Les autres médecins exercent en milieu urbain (40%), à part égale entre hommes et femmes.

e) Sexe des répondants

Dans les réponses reçues, 44 (49%) proviennent d'un homme et 45 (51%) d'une femme.

f) Formation sur les violences conjugales

Dans ce premier questionnaire, il a été demandé aux médecins s'ils avaient déjà bénéficié d'une formation portant sur les violences conjugales. Plus de la moitié des répondants (60%) n'en auraient jamais eu. Parmi ceux en ayant déjà suivi au moins une, plus de la moitié se sont formés après l'internat.

Formation sur les violences conjugales	Effectifs (hommes ; femmes)	Pourcentage (%)
Non	53 (32 ; 21)	59,6
Après l'internat	24 (11 ; 13)	27,0
Pendant l'internat	9 (1 ; 8)	10,1
Pendant l'externat	3 (0 ; 3)	3,4
Total	89 (44 ; 45)	100,0

Tableau 3 : répartition des répondants au 1^{er} questionnaire selon leur formation au sujet des violences conjugales

g) Dépistage systématique des violences conjugales

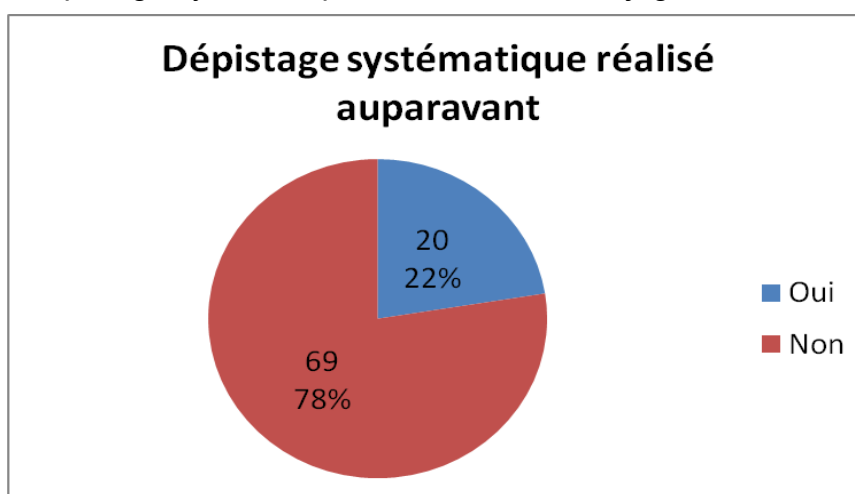


Figure 2 : répartition des répondants au 1^{er} questionnaire selon leur pratique du dépistage systématique des violences conjugales

Réponse	Effectifs (hommes ; femmes)	Pourcentage
Oui	20 (11 ; 9)	22 %
Non	69 (33 ; 36)	78 %

Tableau 4 : répartition des répondants au 1^{er} questionnaire selon leur pratique du dépistage systématique des violences conjugales

L'ensemble des médecins ont répondu à cette question. Soixante-neuf médecins (33 hommes et 36 femmes) ont répondu qu'ils n'avaient jamais pratiqué ce dépistage systématique au cours de leur exercice. Vingt médecins (11 hommes et 9 femmes) déclarent réaliser ou avoir réalisé ce dépistage (22%).

h) Moyens utilisés pour effectuer ce dépistage

Parmi les vingt médecins ayant déjà réalisé ce dépistage systématique, dix-huit d'entre eux l'ont pratiqué à l'aide de questions ouvertes, et les deux autres à l'aide d'un questionnaire type.

i) Freins au dépistage systématique des violences conjugales

Soixante-neuf (78%) médecins n'ont jamais réalisé ce dépistage systématique au cours de leur exercice. Les détails de cette population sont les suivants :

- Sexe : 33 (48%) sont des hommes, 36 (52%) sont des femmes.
- Zone d'exercice :
 - 26 exercent en zone urbaine (38%)
 - 43 exercent en zone rurale (62%)
- Expérience : 22,6 années d'exercice de médecine générale en moyenne.

Les raisons cochées par ces médecins pour expliquer l'absence de réalisation de ce dépistage systématique au cours de leur pratique sont détaillées ci-dessous.

Raisons du non dépistage systématique	Nombre de réponses	Pourcentage
Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique	40	58
Je manque de formation sur ce dépistage systématique	34	49
Il me manque un outil de dépistage systématique (ex. : questionnaire)	32	46
Je manque d'informations sur ce dépistage systématique	30	44
Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour réaliser ce dépistage systématique	16	23
Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique	15	22
Je ne sais pas quelles suites donner en cas de dépistage systématique positif	15	22
Je ne pense pas que cela soit utile de faire ce dépistage systématique	7	10
Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise	6	9
Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour réaliser ce dépistage systématique	5	7
Je connais trop bien les patientes et cela me gêne pour faire ce dépistage systématique	3	4
Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes	3	4
Des expériences professionnelles négatives me freinent à réaliser ce dépistage systématique	3	4
Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique	3	4
Autres	3	4
Je crains des retombées judiciaires si je réalise ce dépistage systématique	2	3
Je crains des retombées disciplinaires émanant du conseil de l'ordre si je réalise ce dépistage systématique	2	3
Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas	1	1,4
Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique	0	0
Je crains de perdre la confiance de mes patientes en réalisant ce dépistage systématique	0	0
Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de réaliser ce dépistage systématique	0	0

Tableau 5 : raisons évoquées par les médecins du 1^{er} questionnaire ne réalisant pas le dépistage systématique

Plus de la moitié de ces médecins (58%) déclarent n'avoir jamais pensé au dépistage et environ 30% soulignent n'avoir pas eu d'informations ou de formations sur ce dépistage.

Parmi les réponses « Autres », trois réponses évoquent une raison du non dépistage qui n'apparaissait pas dans la liste proposée : les trois répondants déclarent ne réaliser le dépistage qu'en présence de signes évocateurs de violences conjugales (lésions physiques ou symptomatologie psychologique), correspondant ainsi à un dépistage orienté, c'est-à-dire que le reste des patientes ne bénéficient pas d'un dépistage systématique concernant les violences conjugales.

2. Résultats du deuxième questionnaire

Sur les 347 médecins à qui les questionnaires ont été envoyés, 98 nous ont répondu. Parmi ces derniers, 79 (80,6%) déclarent avoir participé au premier questionnaire. Les 19 autres médecins (19,4%) sont de nouveaux répondants. L'ensemble des réponses a été pris en compte.

a) Mode d'activité

Sur les 98 médecins qui ont répondu, 97 sont des médecins installés et un seul est remplaçant.

b) Expérience

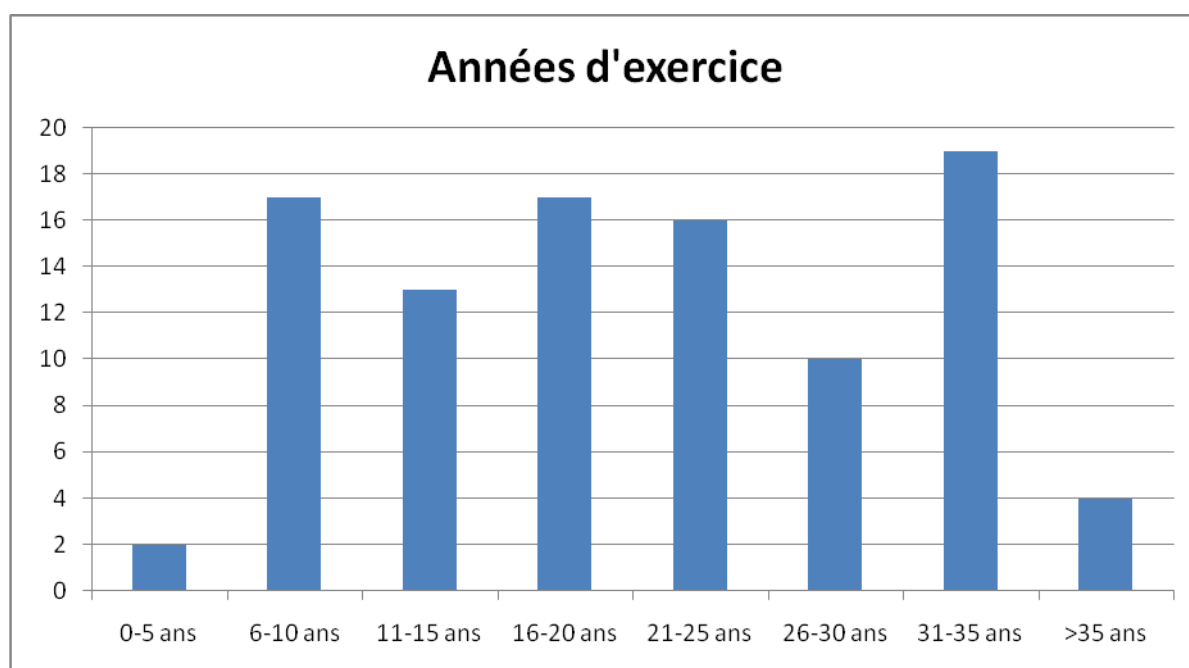


Figure 3 : répartition des répondants du 2^{ème} questionnaire selon leur nombre d'années d'exercice

En moyenne, les répondants avaient 21 années de pratique de médecine générale. Chez les hommes, la moyenne était de 23 années et chez les femmes elle était de 19 années. La plus grande expérience était de 41 années et la plus courte était de 4 années.

c) Région de formation universitaire

La majorité des répondants a été formée au sein de la région Poitou-Charentes. Les autres régions de formation sont répertoriées dans le tableau suivant :

Région	Effectifs	Pourcentage (%)
Poitou-Charentes	73	74,5
Limousin	9	9,1
Aquitaine	4	4,1
Pays de la Loire	3	3,1
Champagne-Ardenne	2	2,1
Ile de France	2	2,1
Alsace	1	1
Basse Normandie	1	1
Centre	1	1
PACA	1	1
Etranger	1	1
Total	98	100,0

Tableau 6 : répartition des répondants au 2^{ème} questionnaire selon leur région de formation

d) Zone d'activité

Le lieu d'exercice est détaillé dans le tableau suivant :

Zone d'activité	Rural	Urbain	Total
Nombre total	58 (59,2%)	40 (40,8%)	98 (100%)
Dont Hommes	33 (33,7%)	21 (21,4%)	54 (55,1%)
Dont Femmes	25 (25,5%)	19 (19,4%)	44 (44,9%)

Tableau 7 : répartition des répondants au 2^{ème} questionnaire selon leur zone d'exercice

Parmi les médecins répondants, une majorité exerce en milieu rural (60%), dont 33 hommes et 25 femmes. Les autres médecins exercent en milieu urbain (40%), dont 21 hommes et 19 femmes.

e) Sexe des répondants

Dans les réponses reçues, 54 (55,1%) proviennent d'un homme et 44 (44,9%) de femmes.

f) Réalisation du dépistage systématique depuis le premier questionnaire

Parmi l'ensemble des répondants du deuxième questionnaire, seuls 27 (27,6%) d'entre eux déclarent avoir réalisé le dépistage systématique suite au premier questionnaire.

Les raisons pour lesquelles les autres répondants (71 médecins) n'ont pas réalisé ce dépistage systématique depuis la première partie de l'étude sont rapportées dans le tableau suivant :

Raisons du non dépistage systématique	Nombre de réponses	Pourcentage
Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique	39	55
Je manque de formation sur ce dépistage systématique	19	27
Il me manque un outil de dépistage systématique (ex. : questionnaire)	17	24
Je ne sais pas quelles suites donner en cas de dépistage systématique positif	15	21
Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour réaliser ce dépistage systématique	14	20
Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes	11	15,5
Je manque d'informations sur ce dépistage systématique	11	15,5
Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique	9	13
Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise	8	11
Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique	7	10
Je connais trop bien les patientes et cela me gêne pour faire ce dépistage systématique	6	8,6
Je ne pense pas que cela soit utile de faire ce dépistage systématique	5	7
Je crains de perdre la confiance de mes patientes en réalisant ce dépistage systématique	3	3,4
Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique	3	3,4
Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas	3	3,4
Autres	3	3,4
Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de réaliser ce dépistage systématique	2	3
Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour réaliser ce dépistage systématique	2	3
Des expériences professionnelles négatives me freinent à réaliser ce dépistage systématique	2	3
Je crains des retombées judiciaires si je réalise ce dépistage systématique	1	1,4
Je crains des retombées disciplinaires émanant du conseil de l'ordre si je réalise ce dépistage systématique	1	1,4

Tableau 8 : raisons évoquées par les médecins du 2^{ème} questionnaire ne réalisant pas le dépistage systématique

55% des soixante-et-onze médecins interrogés ont répondu qu'ils ne pensaient pas au questionnement systématique, 27% qu'ils manquaient d'information, 24% qu'ils n'avaient pas d'outils et 21% qu'ils ne savaient pas quelles suites donner en cas de dépistage positif.

Parmi les réponses « Autres », comme pour le premier questionnaire, trois répondants déclarent ne réaliser qu'un dépistage orienté, et non pas un dépistage systématique.

g) Population ciblée

A la question « Chez quelles patientes avez-vous réalisé ce dépistage? », parmi les 27 médecins l'ayant réalisé, 4 médecins ont répondu sur « Toutes les patientes », 5 sur « Uniquement les nouvelles patientes » et 18 sur « Les patientes présentant des signes cliniques de violences conjugales ».

h) Utilisation de l'outil de dépistage et de la fiche de prise en charge fournis lors du premier questionnaire

Seuls 5 médecins ont utilisé les outils que nous leur avons mis à disposition en pièce-jointe du premier questionnaire.

Un seul médecin l'a utilisé sur toutes ses patientes, un autre l'a utilisé uniquement sur ses nouvelles patientes et les trois autres médecins l'ont utilisé uniquement sur les patientes présentant des signes cliniques de violences conjugales.

i) Avis et ressentis vis-à-vis de ces outils

- 5 médecins ont trouvé l'outil de dépistage et la fiche de prise en charge utiles à leur pratique.
- 4 médecins les ont trouvés simples d'utilisation.
- 2 médecins ont eu l'impression de rencontrer plus de patientes victimes de violences conjugales depuis l'utilisation de ces outils.
- 2 médecins se sont sentis mal à l'aise lors de l'utilisation de ces outils : les deux déclarent se sentir « gênés » lorsqu'ils posaient les questions de dépistage, notamment lorsque le motif de consultation était autre.

- 4 médecins déclarent être susceptibles par la suite de continuer ce dépistage systématique. Le 5ème médecin ne pense pas continuer ce dépistage systématique par manque de temps.
- 1 médecin déclare avoir été surpris de dépister des violences conjugales physiques et psychologiques chez des patientes sexagénaires mariées depuis des décennies avec le même homme. Ce médecin décrit suivre ces patientes depuis des années, sans jamais avoir soupçonné l'existence de violences. En outre, ce médecin rapporte que ces patientes n'avaient probablement jamais évoqué ces violences conjugales. Au moment de ces dépistages positifs, ces patientes ont déclaré avoir été soulagées de pouvoir en parler et félicitent le fait que leur médecin leur pose la question.

3. Analyses statistiques

Des analyses croisées ont permis de mettre en évidence une différence significative (au seuil de 5%) entre deux paramètres du premier questionnaire : l'ancienneté d'exercice et le fait d'avoir bénéficié d'une formation sur les violences conjugales, que ça soit au cours de l'externat, pendant l'internat ou après l'internat. En effet, 36 médecins ont fini leur cursus universitaire entre 1999 et 2015. Parmi eux, 20 médecins déclarent avoir participé, au moins une fois, à une formation sur les violences conjugales. Parmi les 53 médecins sortis du cursus universitaire avant 1999, seuls 16 d'entre eux ont bénéficié d'une formation à ce sujet. Ainsi, les jeunes médecins ont significativement bénéficié de plus de formation à ce sujet que les médecins plus âgés. En outre, lorsqu'on regarde de plus près le type de formation qu'ils ont reçu, tous les médecins d'avant 1999 ont participé à une formation après leur internat, contrairement à certains jeunes médecins qui auraient reçu une formation sur les violences conjugales au cours de leur externat et/ou internat.

Fin de cursus universitaire	Formation		Total
	Non	Oui	
De 1999 à 2015	16	20	36
	30,2%	55,6%	40,4%
Avant 1999	37	16	53
	69,8%	44,4%	59,6%
Effectif	53	36	89

Tableau 9 : Relation entre l'existence de formation sur les violences conjugales et l'ancienneté du cursus universitaire ($p < 0,05$).

Pour autant, même si les jeunes médecins (fin de cursus universitaire après 1999) ont été plus formés aux violences conjugales, aucune différence significative n'a été mise en évidence sur la pratique même du dépistage systématique, que ce soit par les jeunes ou les anciens médecins (50% de dépistage systématique chez les jeunes médecins, 50% de dépistage systématique chez les anciens médecins, $p > 0,05$).

Concernant le sexe des répondants, aucune différence significative n'a été mise en évidence par rapport à l'existence de formations sur les violences conjugales, ni par rapport à la pratique du dépistage systématique. Il en est de même pour le lieu d'exercice : 45% des médecins exerçant en zone urbaine pratiquent ce dépistage systématique, contre 55% en zone rurale ($p > 0,05$).

Concernant les raisons du non dépistage systématique, nous avons pu observer une différence de la répartition des réponses entre le premier et le deuxième questionnaire.

Pour rappel, les réponses données aux deux questionnaires sont reportées dans le tableau suivant :

Raisons du non dépistage systématique	Questionnaire 1 (en %)	Questionnaire 2 (en %)
Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique	58	55
Je manque de formation sur ce dépistage systématique	49	27
Il me manque un outil de dépistage systématique (ex. : questionnaire)	46	24
Je manque d'informations sur ce dépistage systématique	44	15,5
Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour réaliser ce dépistage systématique	23	20
Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique	22	13
Je ne sais pas quelles suites donner en cas de dépistage systématique positif	22	21
Je ne pense pas que cela soit utile de faire ce dépistage systématique	10	7
Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise	9	11
Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour réaliser ce dépistage systématique	7	3
Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique	4	10
Je connais trop bien les patientes et cela me gêne pour faire ce dépistage systématique	4	8,6
Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes	4	15,5
Des expériences professionnelles négatives me freinent à réaliser ce dépistage systématique	4	3
Autres	4	3,4
Je crains des retombées disciplinaires émanant du conseil de l'ordre si je réalise ce dépistage systématique	3	1,4
Je crains des retombées judiciaires si je réalise ce dépistage systématique	3	1,4
Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas	1,4	3,4
Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique	0	3,4
Je crains de perdre la confiance de mes patientes en réalisant ce dépistage systématique	0	3,4
Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de réaliser ce dépistage systématique	0	3

Tableau 10 : répartition des raisons de non dépistage évoquées aux deux questionnaires par les médecins ne réalisant pas ce dépistage systématique

Nous pouvons remarquer que la fréquence des réponses concernant le manque de formations, d'informations et de recommandations, ainsi que l'existence d'un outil de dépistage à leur disposition (en bleu) a diminué entre les deux questionnaires. Cette différence est assez importante avec une diminution de 50% globalement. Parmi l'ensemble des répondants, nous avons pu retrouver de façon certaine 26 médecins ayant répondu aux deux questionnaires (corrélations âge, sexe, zone d'exercice, région de formation, ancienneté). Une analyse statistique a été réalisée (test de McNemar) sur ces 26 répondants et retrouve une diminution significative concernant le manque d'information au sujet des violences conjugales ($p = 0,012$) après notre intervention.

Concernant les raisons subjectives (sentiment de malaise, ou peur de mettre mal à l'aise les patientes), leur fréquence augmente avec la même intensité.

Discussion

Pour rappel, l'OMS définit les violences conjugales 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* » (1). Parmi ces comportements, on compte les actes d'agression physique, les violences psychologiques, les rapports sexuels forcés (et autres formes de coercition sexuelle) et divers comportements autoritaires ou tyranniques (isolement, menaces d'ordre économique...).

Les violences conjugales sont un enjeu de santé publique : une femme sur dix est victime de violences conjugales. Comme souligné dans l'introduction, 400 000 femmes ont déclarées avoir été victimes de violences conjugales en deux ans, et 122 femmes sont décédées suite à des violences conjugales en 2015 (contre 148 en 2012) (4) (14).

En sus de leur coût humain et médical, ces violences rajoutent un coût économique très lourd pour la société en termes de perte de productivité et d'utilisation accrue des services sociaux. Dans une enquête indienne, 13% des femmes victimes rapportaient avoir manqué 7 jours de travail pour chaque incident violent subi. A Chicago, aux Etats-Unis, les femmes aux antécédents de violences conjugales étaient le plus souvent sans emploi, avaient moins d'emplois stables et étaient moins performantes au travail que celles qui n'avaient pas ces antécédents. Les premières gagnaient également moins d'argent et étaient plus souvent demandeuses d'aides sociales (15). Dans une étude au Nicaragua, les femmes victimes de violences de la part de leur conjoints gagnaient presque moitié moins d'argent (46%) que celles qui ne l'étaient pas (1).

En France, entre 2009 et 2010, la FNSF retrouve une augmentation de 12% du nombre de femmes ayant dû abandonner leur activité professionnelle suite à des violences conjugales. Au total, le coût des violences conjugales est estimé à 3,6 milliards d'euros en France en 2012. Ces conséquences économiques se justifient par différents postes : les coûts directs, médicaux ou non (consultations, hospitalisations, médicaments, prises en charge psychologiques, frais de justice, aides sociales) représentent 21,4% et les coûts indirects (absentéisme,

incarcérations, décès) sont évalués à 66,8%. A cela se rajoutent les frais concernant le retentissement sur les enfants, qui représentent 11,7% (2).

Pour toutes ces raisons, la MIPROF recommande un dépistage systématique des violences conjugales (13), notamment par les médecins généralistes, situés en première ligne du système de soins.

Dans notre population, la proportion de médecins effectuant ce dépistage systématique (22 %) semble supérieure à celle annoncée au niveau national (7 à 8 % des médecins généralistes français) (8), ou dans une étude réalisée en Lorraine (11 %) (9). Cela pourrait être expliqué par une mauvaise interprétation du terme de « dépistage systématique ». En effet, le « dépistage » est un processus qui permet la détection précoce de maladies, dans le but d'intervenir pour arrêter leur progression. Ce concept est lié à l'idée de prévention secondaire, des interventions visant à mettre un terme à tout déclin futur quand une maladie se développe mais avant l'apparition des symptômes (16). Le « dépistage systématique » est ainsi un dépistage qui s'adresse à toute une population donnée, sans justification ni symptôme pouvant faire évoquer la pathologie recherchée. Dans notre étude, le dépistage systématique se définit alors par un questionnement de chaque patiente, avec ou sans point d'appel clinique pouvant faire évoquer une situation de violences conjugales. Il est donc probable qu'une partie des répondants déclarant réaliser ce dépistage systématique ait confondu le « dépistage systématique » avec le « dépistage ciblé » (orienté vers les patientes présentant des symptômes physiques ou psychologiques pouvant être en lien avec des violences conjugales).

Cependant, cette différence pourrait également être liée à une augmentation de la sensibilisation à la question des violences conjugales des médecins ces dernières années, les études précédentes ayant été réalisées en 2001 et 2002 (8) (9).

En effet, nos résultats montrent une différence significative entre le nombre de médecins formés à la question des violences conjugales, selon l'ancienneté de leur cursus universitaire (avant ou après 1999) ($p < 0,05$). Nous remarquons que les « jeunes » promotions ont été plus formés au cours de leur externat et/ou internat, alors que la majorité des médecins des promotions antérieures a été formée après l'internat, c'est-à-dire au titre de leur formation médicale continue.

La date de 1999 n'a pas été choisie par hasard pour séparer les médecins en deux groupes selon leur année de fin de cursus universitaire : en 1999, l'Assemblée des Nations Unies proclame le 25 novembre « Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes ». L'enquête de l'ENVFF en 2000 permet d'objectiver des chiffres effroyables. S'ensuivent diverses recommandations, visant de plus en plus précisément les violences au sein du couple, comme celle du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres sur la protection des femmes contre la violence adoptée le 30 avril 2002, axée sur la prévention de la violence et la protection des victimes et couvrant toutes les formes de violence fondées sur une discrimination sexuelle, y compris la violence au sein de la famille. De nouvelles lois spécifiques aux violences conjugales ont été introduites : Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 qui renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs en élargissant le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex-conjoints ») à de nouvelles infractions (meurtres – viols – agressions sexuelles), facilitant l'éloignement de l'auteur de l'infraction du domicile de la victime et reconnaissant le viol entre époux. L'année 1999 marque ainsi en France le début de la prise de conscience de l'importance des faits de violences conjugales sur les femmes, et de leur impact sur la société. C'est dans cette prise de conscience collective qu'a été instaurée la MIPROF par décret en janvier 2013 : dès le début, elle préconise le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins, notamment par les médecins généralistes, ceux-ci étant dans la grande majorité des cas en première ligne vis-à-vis des patients.

Il est donc logique de remarquer une augmentation du nombre de médecins formés aux violences conjugales, notamment au cours de leur cursus universitaire, à partir de cette date. Pour autant, ce nombre semble être assez limité, ce qui pourrait être expliqué par des formations qui restent assez « minimalistes » : par exemple, seul un item du programme de l'ECN se rapproche des violences faites aux femmes, l'item 10 (anciennement 183), sous l'intitulé « Violences sexuelles ». Pour autant, cet item ne décrit que la prise en charge d'une victime de violences sexuelles et les violences conjugales sont évoquées avec parcimonie. Dans la région Poitou-Charentes, le DES de médecine générale prévoit une formation théorique aux internes sous forme de GEAPI intitulé « Le patient vivant dans un contexte de violences ». Ce GEAPI a pour objectif de faire prendre conscience aux internes de l'existence et de

l'importance des violences conjugales dans leur pratique future, et de les inciter à réaliser un dépistage systématique. Malgré ces avancées, la moitié des répondants trouve encore qu'elle manque d'information (44%) et de formation (49%) au sujet des violences conjugales, ce qui est à l'origine d'une méconnaissance de ce sujet et de ce dépistage systématique (58%).

De plus, au cours de ces formations universitaires de médecine générale, aucune notion pratique de « comment dépister », ni d'explication sur la suite de la prise en charge, ne sont développées, ce qui manque cruellement aux futurs généralistes.

En effet, ceci est corrélé avec l'une des raisons évoquées par les médecins répondants de notre étude pouvant expliquer la non réalisation de ce dépistage systématique : 46% des répondants déclarent manquer d'un outil de dépistage, et 22% ne connaissent pas la suite à donner en cas de dépistage positif. Effectivement, plusieurs outils de dépistage ont été développés dans les pays anglophones (l'AAS, le WAST...) mais aucun en France. La MIPROF propose l'utilisation de questions ouvertes afin d'interroger les patientes, laissant ainsi une liberté d'adaptation selon la pratique de chaque médecin. Cependant, cette version du dépistage systématique peut ne pas correspondre à la majorité des médecins, habitués à un cadre clair, net et concis comme le sont les autres dépistages (cancer du colon, cancer du sein). Cet aspect approximatif ne mène pas les médecins à adhérer à ce dépistage.

D'autres raisons du non dépistage sont évoquées par les médecins répondants et correspondent à un sentiment de gêne vis-à-vis du sujet abordé : « Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes » (4%), « Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise » (9%), « Je connais trop bien les patientes et cela me gêne pour faire ce dépistage systématique » (4%), « Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour réaliser ce dépistage systématique » (7%), « Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas » (1,4%). Cette gêne ressentie par les médecins pourrait être en lien avec un sentiment d'intrusion dans la sphère privée, la violence conjugale faisant partie de l'intimité du cercle familial. Mais cela peut également s'expliquer par une mauvaise connaissance du sujet qui entraîne un sentiment d'inconfort lorsque nous devons l'aborder. Comment poser une question si on ne sait pas quoi faire ensuite de la réponse ?

Pourtant, malgré ce sentiment de gêne, la réalisation de ce dépistage systématique est primordiale et porteuse de résultats. Au cours de notre étude, un médecin aurait réalisé systématiquement ce dépistage, avec toutes ces anciennes et nouvelles patientes, qu'elles présentent ou non des signes cliniques pouvant faire évoquer des violences conjugales. Ce praticien a ainsi été surpris par plusieurs patientes : certaines d'entre elles, mariées depuis des décennies, ont déclaré subir et avoir subi des violences physiques et/ou psychologiques de la part de leur conjoint. Cette consultation a été pour elles la première opportunité d'aborder ces violences subies. Pouvoir se confier sur les violences qu'elles subissaient depuis des années était pour elles un véritable soulagement.

Concernant l'outil de dépistage proposé et la fiche d'aide à la prise en charge, seuls 5 médecins s'en sont servis. Ce nombre reste très faible. Ceci pourrait s'expliquer par le nombre assez limité de professionnels à qui il a été diffusé. Malgré tout, ces quelques médecins l'ont trouvé utile et pratique. Ainsi, cet outil pourrait être diffusé plus largement afin d'augmenter la réalisation du dépistage systématique.

- Principales limites de l'étude

Concernant nos méthodes, aucun calcul statistique n'a été réalisé en amont de l'étude pour définir un nombre minimal d'inclusions pouvant rendre la population d'étude significative (pour des raisons pratiques). Malgré cela, la population finale paraît comparable à la population nationale des médecins généralistes en France selon les critères de sexe et d'âge (17). En effet, en ce qui concerne le sexe, la population nationale est relativement équilibrée (54% d'hommes et 46% de femmes), tout comme l'échantillon de notre étude (49% d'hommes et 51% de femmes). Pour ce qui est de l'âge, la moyenne d'âge de notre population d'étude (50 ans), se rapproche de la moyenne d'âge des médecins généralistes en France (52 ans), en considérant le début d'exercice vers l'âge de 30 ans (17).

Par ailleurs, l'étude ayant été adressée à 347 médecins, sa réitération auprès d'un échantillon plus important pourrait en augmenter la signification.

Nous pouvons également nous poser la question de l'existence d'un biais de sélection : les médecins auxquels nous avons adressé l'étude font partie des listes de Maîtres de stage universitaires et des listes de participation aux Congrès de médecine générale. Cet échantillonnage pourrait augmenter le taux de réalisation du dépistage systématique et le taux de participation à l'étude, la plupart de ces médecins étant probablement plus sensibilisés aux études scientifiques et aux nouvelles recommandations. Cependant, nos résultats montrent que même en incluant des médecins participant régulièrement aux formations universitaires et aux Congrès, seuls cinq d'entre eux ont réellement utilisé l'outil de dépistage fourni.

Nous pourrions également évoquer un « effet d'ordre » dans nos résultats. Néanmoins, nous avons noté que certaines propositions ont été largement sélectionnées par les médecins, alors qu'elles n'étaient pas situées en début de liste.

Enfin, il est important de ne pas négliger un dernier biais : le biais de désirabilité sociale. Le biais de désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1960) est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société. Il se caractérise par l'envie manifestée par le répondant de gagner une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent (18). Ainsi, il est possible que certains praticiens aient répondu pratiquer ou avoir pratiqué le dépistage systématique des violences conjugales, sans pour autant que ce soit réellement le cas. Il est difficile de se défaire de ce biais en dehors d'un critère objectif et vérifiable de leur réponse.

- Propositions d'amélioration du dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale

Alors que plusieurs études montrent que la majorité des femmes victimes de violences conjugales aimeraient être questionnées sur ce type de violences par leur médecin (19) (20), les professionnels du monde médical s'enquèrent rarement du potentiel statut de victime de leurs patientes et occultent, voire ignorent parfois des

signes évidents de violences conjugales (5) (21). En France, ce dépistage systématique est encore peu répandu dans la pratique quotidienne des médecins.

D'après nos résultats, **il semble nécessaire de sensibiliser la population médicale aux violences conjugales, notamment concernant les chiffres et le dépistage systématique.** Encore trop de médecins pensent que les violences conjugales sont peu fréquentes et n'existent que dans les milieux dits « défavorisés » (4 à 10% de notre population d'étude). Ces représentations doivent impérativement être combattues et corrigées par des actions de sensibilisation, à l'instar par exemple de nombreux pays d'Amérique latine qui ont introduit des directives au sein de leur système de santé afin de mieux orienter les victimes de violences conjugales (22).

En France, des actions de sensibilisation ont déjà largement débuté à grande échelle. En prenant l'exemple de la MIPROF, des campagnes de prévention auprès de la population générale ont été diffusées, afin de promouvoir la libération de la parole des femmes victimes de violences conjugales. Des vidéos et plaquettes informatives ont été mises à disposition des professionnels de santé sur internet. Cependant, nous avons pu observer, d'après nos résultats, que malgré ces interventions à grande échelle depuis 2010, encore plus de la moitié de notre population médicale déclare n'avoir jamais pensé à ce dépistage systématique, et près de la moitié dit manquer de formation et d'informations concernant les violences conjugales.

Une autre piste à explorer serait **la mise en place d'enquêtes flash en organisant, par exemple, de courtes périodes au cours desquelles les médecins seraient incités à réaliser systématiquement ce dépistage, à toutes leurs patientes.** Cela pourrait permettre de les sensibiliser directement au sein de leur pratique quotidienne, et le fait de dépister des violences conjugales, ne serait-ce que chez une seule patiente, pourrait radicalement les alerter sur la prévalence insoupçonnée de celles-ci au sein de leur patientèle.

Des actions de sensibilisation personnalisées pourraient également prouver leur efficacité auprès des médecins généralistes : avec notre étude, même si la prévalence du dépistage systématique ne semble pas avoir augmentée, nous avons pu constater que le nombre de médecins disant manquer de formation et d'information au sujet du dépistage systématique des violences conjugales a diminué

de moitié. Rien qu'avec un mail rappelant les chiffres clés des violences conjugales en France, ainsi que la nécessité de réaliser ce dépistage systématique, nous avons pu, probablement, faire évoluer les représentations de ces médecins sur ce sujet.

Des formations médicales continues de proximité pourraient également permettre de répondre spécifiquement aux attentes de chaque médecin : répondre à leurs questions au cours de ces formations continues pourrait diminuer le sentiment de gêne et d'inconfort lors de la réalisation du dépistage systématique et ainsi faciliter l'intégration de ce dépistage au sein de leur pratique quotidienne.

Enfin, **il semble primordial de former les médecins, au cours de leurs études universitaires (externat, internat) et de la suite de leur carrière professionnelle, sur la prise en charge d'une patiente victime de violences conjugales :** comment l'aider, vers où l'adresser, quelles sont les structures et les actions pouvant prendre le relai ? Telles sont les questions auxquelles les médecins sont confrontés : restant sans réponse, ces questionnements peuvent expliquer le faible taux de réalisation de ce dépistage systématique. Faire connaître les réseaux de proximité disponibles à chaque médecin pourrait aider à la banalisation de cette pratique. Dans leur formation, il semble également utile de leur **proposer un outil de dépistage pratique et validé** : selon nos résultats, près de la moitié des médecins participants en sont demandeur. Un outil de dépistage standardisé en français, validé par l'HAS, accompagné de recommandations officielles, pourrait les conforter pour réaliser ce dépistage systématique. Par exemple, aux Etats-Unis, des « guidelines » ont été diffusées auprès des professionnels de santé, permettant ainsi de protocoliser le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales (23).

D'autres études suggèrent qu'**introduire un rappel et des questions types sur les violences conjugales au sein des formulaires d'accueil médicaux** (tels les antécédents médicaux et chirurgicaux, les allergies, la consommation de tabac...) permettrait de modifier les habitudes des professionnels de santé (24) (25). Ainsi, il serait intéressant, par exemple, de réaliser une étude sur l'impact que pourrait avoir l'introduction d'une question sur les violences conjugales au sein du questionnaire d'entrée des patientes dans un service hospitalier d'Urgences ou de Gynécologie-Obstétrique.

Dans tous les cas, la diffusion du dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales semble indispensable, comme le souligne l'étude de 2006 du Dr PIAU-CHARRUAU (7): 72% des femmes interrogées victimes de violences conjugales auraient souhaité que leurs médecins leur posent la question, leur donnant ainsi la possibilité de révéler les violences qu'elles subissaient.

Ainsi, notre étude a permis de mettre en évidence différents freins à la réalisation du dépistage systématique, révélant alors des pistes à améliorer pour augmenter le nombre de médecins aguerris à cette pratique.

Conclusion

Notre outil de dépistage, accompagné de son protocole de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, a été utilisé et apprécié par cinq médecins généralistes. L'un d'entre eux a même été pris au dépourvu lors de résultats positifs auprès de patientes qu'il suit depuis plusieurs années, n'ayant jamais soupçonné l'existence de violences conjugales chez elles.

Malgré ce faible taux d'utilisation, notre étude semble avoir eu un autre impact : le nombre de médecins déclarant manquer de formation et d'information pour réaliser ce dépistage systématique semble avoir diminué de moitié. Ceci peut être expliqué par les mails que nous avons adressés aux médecins lors du premier questionnaire : nous y avons explicité les chiffres clés des femmes victimes de violences conjugales en France et les recommandations du dépistage systématique. Ainsi, des mails réguliers d'information pourraient permettre de sensibiliser les médecins au sujet des violences conjugales, et par là-même augmenter le nombre de médecins réalisant ce dépistage systématique.

En effet, selon nos résultats, même si les jeunes médecins déclarent être plus formés à ce sujet, les campagnes nationales de sensibilisation n'ont pas encore permis d'acquérir l'adhésion au dépistage systématique d'un plus grand nombre de médecins.

D'autres raisons évoquées par les médecins répondants ouvrent vers d'autres pistes pour améliorer le dépistage des victimes de violences conjugales : la moitié des répondants souhaiterait des recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé, accompagnées d'un outil de dépistage simple et validé.

Des formations de proximité pourraient aussi permettre de combattre les dernières réticences des médecins : leur sentiment de gêne à évoquer les violences conjugales auprès de leurs patientes, ainsi que leur manque d'information sur la suite de la prise en charge en cas de dépistage positif.

Pour confirmer l'ensemble de ces hypothèses, une étude avec une population plus importante semble nécessaire, associée à des interventions centrées sur cette problématique, au niveau national et de proximité.

Pour terminer, il semble important de rappeler que notre étude s'est focalisée sur les violences conjugales dont sont victimes les femmes, mais que ces violences s'exercent également sur les hommes, et que leur nombre est en constante augmentation. Le combat contre les violences conjugales doit ainsi s'intensifier dans l'ensemble de la population.

Annexes

Annexe 1 : Outil de dépistage WAST

WOMAN ABUSE SCREENING TOOL¹ (WAST)

1. In general, how would you describe your relationship?
 - ☐ a lot of tension
 - ☐ some tension
 - ☐ no tension
2. Do you and your partner work out arguments with:
 - ☐ great difficulty
 - ☐ some difficulty
 - ☐ no difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?
 - ☐ often
 - ☐ sometimes
 - ☐ never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?
 - ☐ often
 - ☐ sometimes
 - ☐ never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
 - ☐ often
 - ☐ sometimes
 - ☐ never
6. Has your partner ever abused you physically?
 - ☐ often
 - ☐ sometimes
 - ☐ never
7. Has your partner ever abused you emotionally?
 - ☐ often
 - ☐ sometimes
 - ☐ never
8. Has your partner ever abused you sexually?
 - ☐ often
 - ☐ sometimes
 - ☐ never

Source: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.

¹ Note: this tool is validated

Annexe 2 : Outil de dépistage AAS

Abuse Assessment Screen (AAS)

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?

- a. Yes
- b. No

2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone?

- a. Yes
- b. No

If yes, by whom? (Circle all that apply)

- 1. Husband
- 2. Ex-husband
- 3. Boyfriend
- 4. Stranger
- 5. Others (specify) _____

Number of times _____

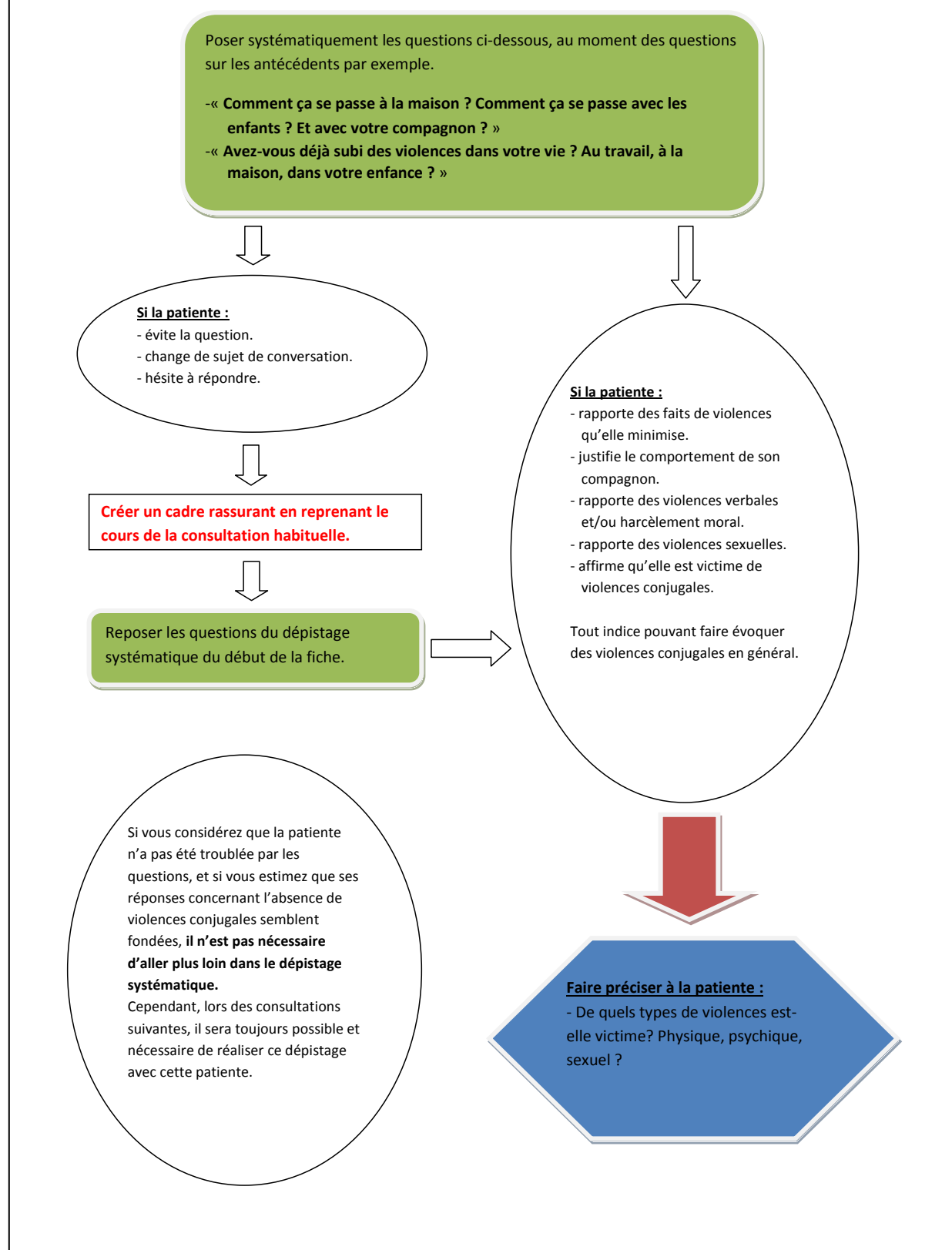
3. Since you have been pregnant, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone?

- a. Yes
- b. No

If yes, by whom? (Circle all that apply)

- 1. Husband

Fiche type du dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales



Annexe 4 : Conduite à tenir en cas de dépistage positif (fournie avec le 1^{er} questionnaire)

Si le dépistage est positif :

Si le dépistage systématique avec les premières questions ouvertes donnent lieu à des réponses claires d'une femme victime de violences conjugales, ou si ce sont des réponses pouvant faire évoquer une potentielle victime de violences conjugales :

- Créer un climat **d'écoute et de confiance**.
- Faire préciser les violences :
 - « Lorsque votre compagnon s'énerve, comment réagit-il ? »
 - « Que vous fait-il ? »
 - Ces questions ont pour but de déterminer le type de violences dont la patiente est victime : violences physiques, violences verbales / harcèlement moral, violences sexuelles.
- Il faut **valoriser la patiente**, ainsi que les démarches qu'elle entreprend.
- Il faut lui rappeler que :
 - **La loi interdit** les violences au sein d'un couple.
 - Quelques soient les circonstances et les explications, **rien ne justifie les violences**.
 - Le seul responsable des violences est l'agresseur (sans porter de jugement moral ni de valeur sur l'auteur des violences).
- Il faut la soutenir :
 - **La rassurer** en lui expliquant qu'elle n'est plus seule.
 - Lui indiquer l'existence d'un **réseau de professionnels et d'associations** pour l'aider.
 - Lui fournir le numéro national **3919** et les coordonnées d'une structure locale.
- Il faut lui **fixer un nouveau rendez-vous de consultation** afin de donner à la patiente un point de repère dans le temps.

Bien entendu, si des situations semblent complexes (patiente ayant du mal à s'exprimer, sensation de gêne au cours de la consultation, difficultés à répondre à ses interrogations), il est tout à fait justifié et possible de l'orienter directement vers un des centres d'accueil des femmes victimes de violences conjugales, ces professionnels ayant plus l'habitude de ce genre de situation.

Dans tous les cas, vous avez dépisté chez cette patiente des violences conjugales. Elle sera prise en charge par la suite, et soutenue dans ses démarches.

Le premier pas est fait, grâce à votre action, avec une simple question.

Annexe 5 : Liste des structures d'orientation des femmes victimes de violences conjugales (fournie avec le 1^{er} questionnaire)

Structures d'orientation par département

Fédération Nationale Solidarité Femmes (numéro national) : 3919

UR-CIDFF (Unité régionale de POITOU-CHARENTE :

- Adresse : 47 Rue des Deux Communes, 86180 BUXEROLLES
- Téléphone : 05.49.52.13.81

Nord-deux-Sèvres (79)

- **UDAF**
 - Adresse : 171 Avenue de Nantes, 79000 NIORT
 - Téléphone : 05.49.04.76.90
- **IDEFF**
 - Adresse : 7B, rue Max Linder, 79000 NIORT
 - Téléphone : 05.49.17.39.61

Vienne (86)

- **Accueil de jour pour les femmes victimes de violences conjugales**
 - Adresse : 22 Rue Gay Lussac, 86000 POITIERS (4^{ème} étage)
 - Téléphone : 05.49.88.04.31
- **CIDFF VIENNE (antenne BUXEROLLES)**
 - Adresse : 47 Rue des Deux Communes, 86180 BUXEROLLES
 - Téléphone : 05.49.88.04.41
- **CIDFF VIENNE (antenne CHATELLERAULT)**
 - Adresse : 5 Rue du souci, 86100 CHATELLERAULT
 - Téléphone : 05.49.93.57.67

Charente (16)

- **Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Angoulême**
 - Adresse : 14 Passage Marengo, 16000 ANGOULEME
 - Téléphone : 05.45.38.51.33
- **CIDFF CHARENTE**
 - Adresse : Boulevard d'Auvergne, Bâtiment les Bleuets, Appartement n° 1, 16000 ANGOULEME
 - Téléphone : 05.45.92.34.02

Charente-Maritime (17)

- **CIDF (antenne de SAINTES)**
 - Adresse : 20 Rue des Œillets, 17100 SAINTES
 - Téléphone : 05.46.74.73.17
- **CIDF CHARENTE-MARITIME**
 - Adresse : Maison de l'Emploi, 88 rue du Bel Air, 17000 LA ROCHELLE
 - Téléphone : 05.46.41.18.86

Premier questionnaire

Etat des lieux du dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale : 1ère partie

En moyenne, chaque année, 1,2 % des femmes de 18 à 59 ans en couple, soit **201 000 femmes**, sont victimes de violences conjugales, qu'elles soient physiques ou sexuelles.

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des victimes de violences conjugales. Mais il n'est pas facile d'aborder le sujet. D'où l'intérêt d'un dépistage systématique, comme le suggère le rapport HENRION de 2001 et les missions de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains).

Le dépistage systématique des violences conjugales dans un cabinet de médecine générale consiste à rechercher des situations de violences en l'absence de tout signe évocateur, sans que la patiente n'en parle ou sans qu'aucun élément ne vous fasse y penser.

La première partie de ma thèse consiste en un état des lieux du dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la région POITOU-CHARENTE.

Je vous propose d'y participer en répondant à ce **très court questionnaire**, afin de venir en aide à ces femmes.

Je vous joins également **en pièce-jointe** le test de dépistage rapide, la conduite à tenir en cas de dépistage positif et une liste synthétique des structures vers lesquelles vous pouvez adresser les victimes.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes et remplaçants. Il est anonyme. Le temps de réponse est estimé à moins de 5 minutes.

1. Vous êtes un médecin : installé / remplaçant / interne remplaçant
2. Vous exercez principalement : en zone rurale / en zone urbaine
3. Vous êtes : un homme / une femme
4. En quelle année avez-vous passé le concours d'internat ? ou fini votre formation universitaire (pour les médecins d'avant la réforme de l'ECN)?
5. Dans quelle région avez-vous effectué votre internat ?
6. Avez-vous déjà eu une ou des formations au sujet des femmes victimes de violences conjugales ?
 - Oui, au cours de l'externat
 - Oui, au cours de l'internat

- Oui, après l'internat
 - Non
7. Avez-vous déjà pratiqué le dépistage systématique des violences conjugales auprès des femmes dans votre exercice ?
- Oui
 - Non
8. Si OUI à la question 7 :
- a) Par quel moyen avez-vous pratiqué ce dépistage systématique ?
 - A l'aide d'un questionnaire type
 - Par des questions ouvertes
 - Autre
 - b) Sur quelles patientes avez-vous pratiqué ce dépistage systématique ?
 - Toutes les patientes
 - Uniquement les nouvelles patientes
 - Uniquement les patientes présentant des lésions traumatiques

Si NON à la question 7 :

- a) Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer que vous n'avez pas réalisé ce dépistage systématique ? (une ou plusieurs réponses possibles)
 - Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique
 - Je ne pense pas que cela soit utile de faire ce dépistage systématique
 - Je manque d'informations sur ce dépistage systématique
 - Je manque de formation sur ce dépistage systématique
 - Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique
 - Il me manque un outil de dépistage systématique (ex. : questionnaire)
 - Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour réaliser ce dépistage systématique
 - Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes
 - Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise
 - Je connais trop bien les patientes et cela me gêne pour faire ce dépistage systématique
 - Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique
 - Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour réaliser ce dépistage systématique
 - Je crains de perdre la confiance de mes patientes en réalisant ce dépistage systématique
 - Je ne sais pas quelles suites donner en cas de dépistage systématique positif

- Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique
- Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas
- Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de réaliser ce dépistage systématique
- Je crains des retombées judiciaires si je réalise ce dépistage systématique
- Je crains des retombées disciplinaires émanant du conseil de l'ordre si je réalise ce dépistage systématique
- Des expériences professionnelles négatives me freinent à réaliser ce dépistage systématique
- Autres (réponse libre)

La deuxième partie de cette étude consiste en une évaluation des modifications des pratiques concernant le dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales, après introduction d'un outil de dépistage.

Dans cette optique, je vous propose de participer à la suite de l'étude. Cela consiste, pour vous, à pratiquer le dépistage systématique auprès de vos patientes (le plus souvent possible), pendant une période de deux à trois mois, à l'aide d'un outil de dépistage simple (que vous avez reçu en pièce jointe à mon message).

A l'issue de cette période de quelques mois d'utilisation, je vous enverrai un nouveau questionnaire court, afin de recueillir votre opinion concernant cet outil.

Je vous ai transmis différents documents en pièces jointes à mon message :

- une fiche pratique avec des questions type et la conduite à tenir en cas de dépistage positif,
- une liste des principales structures d'aide et d'accueil des femmes victimes de violences conjugales.

Ces outils vous fournissent un protocole simple d'utilisation afin de réaliser ce dépistage au cours de ces quelques mois.

Deuxième questionnaire

Dans le cadre de ma thèse concernant le dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales, voici le deuxième et dernier questionnaire (faisant suite à celui que je vous ai envoyé courant février et auquel vous avez été nombreux à répondre).

Ce questionnaire est court (moins de 5 minutes) et anonyme. A la fin du questionnaire, il vous est possible de laisser vos coordonnées mail si les résultats de cette étude vous intéressent.

Merci de votre participation.

Etat des lieux du dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale : 2ème partie

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes et remplaçants. Il est anonyme. Le temps de réponse est estimé à moins de 5 minutes.

9. Vous êtes un médecin : installé / remplaçant / interne remplaçant
10. Vous exercez principalement : en zone rurale / en zone urbaine
11. Vous êtes : un homme / une femme
12. En quelle année avez-vous passé le concours d'internat ? ou fini votre formation universitaire (pour les médecins d'avant la réforme de l'ECN)?
13. Dans quelle région avez-vous effectué votre internat ?
14. Avez-vous répondu au premier questionnaire de l'étude?
 - Oui
 - Non
15. Avez-vous réalisé depuis ce dépistage au cours de vos consultations?
 - Oui
 - Non
16. Si NON à la question 7 :
 - a) Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas réalisé ce dépistage?
 - Je n'ai jamais pensé à ce dépistage systématique
 - Je ne pense pas que cela soit utile de faire ce dépistage systématique
 - Je manque d'informations sur ce dépistage systématique
 - Je manque de formation sur ce dépistage systématique
 - Je manque de recommandations officielles (HAS) sur ce dépistage systématique
 - Il me manque un outil de dépistage systématique (ex. : questionnaire)
 - Je consacre trop de temps à d'autres dépistages pour réaliser ce dépistage systématique
 - Ce dépistage systématique me met mal à l'aise face aux patientes

- Je pense que ce dépistage systématique mettra mes patientes mal à l'aise
- Je connais trop bien les patientes et cela me gêne pour faire ce dépistage systématique
- Je ne connais pas assez bien les patientes pour faire ce dépistage systématique
- Le fait de connaître les conjoints des patientes me gêne pour réaliser ce dépistage systématique
- Je crains de perdre la confiance de mes patientes en réalisant ce dépistage systématique
- Je ne sais pas quelles suites donner en cas de dépistage systématique positif
- Je pense que mes patientes ne sont pas concernées par ce dépistage systématique
- Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas
- Je pense que ce n'est pas le rôle du généraliste de réaliser ce dépistage systématique
- Je crains des retombées judiciaires si je réalise ce dépistage systématique
- Je crains des retombées disciplinaires émanant du conseil de l'ordre si je réalise ce dépistage systématique
- Des expériences professionnelles négatives me freinent à réaliser ce dépistage systématique
- Autres (réponse libre)

Si OUI à la question 7 :

- a) Chez quelles patientes avez-vous réalisé ce dépistage?
 - Toutes les patientes
 - Uniquement les nouvelles patientes
 - Les patientes présentant des signes cliniques de violences conjugales
- b) Avez-vous utilisé l'outil de dépistage et la fiche de prise en charge fournis lors du premier questionnaire?
 - Oui
 - Non
- c) Si NON, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas utilisé les outils fournis lors du premier questionnaire? (Réponse libre)
- d) Si vous avez utilisé les outils fournis :
 - L'avez-vous trouvé simple d'utilisation?
 - L'avez-vous trouvé utile à votre pratique?

- Depuis l'utilisation de ces outils, avez-vous eu plus de dépistages positifs ou l'impression de rencontrer plus de patientes victimes de violences conjugales?
- Avec ces outils, vous êtes-vous senti mal à l'aise ou en difficulté? Si oui, pourquoi?
- Etes-vous susceptibles de continuer ce dépistage systématique auprès de vos patientes? Si non, pour quelles raisons?
- Avez-vous des remarques ou des commentaires à apporter par rapport à ce dépistage systématique et/ou à cette étude? (vos impressions, vos besoins)

Cette étude a commencé au mois de février 2017 (date à laquelle le premier questionnaire vous a été transmis). Avant cette date, pratiquiez-vous déjà ce dépistage? (OUI / NON)

Bibliographie

1. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, editors. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002. 376 p.
2. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 [Internet]. [cited 2017 May 7]. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23_2.pdf
3. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. synthese_2015.pdf [Internet]. [cited 2017 May 7]. Available from: https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp/rapports_annuels/synthese_2015.pdf
4. Enquête sur les morts violentes au sein du couple 2015 [Internet]. [cited 2017 May 8]. Available from: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_sur_les_morts_violentes_au_sein_du_couple_2015_-_principaux_enseignements_-_MIPROF.pdf
5. Sugg NK. Domestic Violence and Primary Care: Attitudes, Practices, and Beliefs. Arch Fam Med. 1999 Jul 1;8(4):301–6.
6. Enquête ENVEFF 2001 [Internet]. [cited 2017 May 8]. Available from: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
7. PIAU CHARRUAU D, =Université d'Angers. Angers. FRA / com. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes. 2006.
8. Rapport HENRION 2001 [Internet]. [cited 2017 May 8]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
9. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains [Internet]. [cited 2017 May 8]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_DHUNY_DESHPRIYA_NEELESH.pdf
10. 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [Internet]. [cited 2017 May 16]. Available from: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf
11. Ressources et outils - Les outils de formation sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles [Internet]. [cited 2017 May 19]. Available from: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>
12. Outil méthodologique d'aide à l'entretien Seine-Saint-Denis [Internet]. [cited 2017 May 25]. Available from: <https://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/outilmethodologique.pdf>
13. Les violences faites aux femmes : une urgence de santé publique Intervention de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) [Internet]. [cited 2017 May 25]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_mars_2015_miprof_cnnse.pdf

14. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°8 novembre 2015 [Internet]. [cited 2017 Jul 17]. Available from: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
15. World report on violence and health, Chapter 4, Violence by intimate partners [Internet]. [cited 2017 Jul 17]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap4.pdf
16. Dépistage des maladies [Internet]. [cited 2017 Jun 30]. Available from: https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Screening_f.htm
17. Atlas de la démographie médicale en France en 2016 [Internet]. [cited 2017 Jun 16]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
18. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. In: AFM [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 23]. Available from: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/>
19. Pv C, R M. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South Med J*. 1997 Nov;90(11) 1075-1080. PMID: 9386045. *South Med J*. 1997 Nov;90(11):1075-80.
20. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences: A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med*. 1992 Jun 1;152(6):1186-90.
21. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.):S19-S25.
22. de Albuquerque Williams LC, da Costa Padovani R, de Faria Brino R. Empowering Families to face Domestic Violence. [cited 2017 Jul 17]; Available from: <http://www.laprev.ufscar.br/documentos/arquivos/publicacoes-internacionais/best-practices-in-gender-ethnicity-and-health.pdf>
23. Yawn BP, Yawn RA, Uden DL. American Medical Association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med*. 1992;1:39.
24. Olson L, Anctil C, Fullerton L, Brillman J, Arbuckle J, Sklar D. Increasing Emergency Physician Recognition of Domestic Violence. *Ann Emerg Med*. 1996 Jun 1;27(6):741-6.
25. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med*. 1996 Jan 1;11(1):44-6.

Résumé

Introduction : Les violences conjugales constituent un problème de santé publique majeur. Le dépistage systématique de ces violences est préconisé par le rapport Henrion de 2001. Il est encore trop peu réalisé (7 à 8% des médecins généralistes), alors que plusieurs études montrent que les femmes victimes de violences conjugales souhaitent que leur médecin les interroge à ce sujet. Nous nous sommes ainsi demandé si un outil de dépistage simple, guidant les médecins généralistes du dépistage à l'orientation des victimes, pouvait permettre de faciliter le questionnement systématique des patientes.

Méthodes : Notre avons envoyé deux questionnaires par messagerie électronique : le premier permettant un état des lieux de ce dépistage systématique auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes, le deuxième évaluant l'utilisation des outils proposés. L'outil de dépistage a été créé selon les recommandations de la MIPROF.

Résultats : Quatre-vingt-neuf médecins ont répondu au premier questionnaire et quatre-vingt-dix-huit au deuxième. Seuls 22% de ces médecins pratiquent ce dépistage systématique. Les autres médecins déclarent majoritairement ne pas penser à ce dépistage et manquer de formation et d'information. Les jeunes diplômés sont moins nombreux à évoquer un manque de formation. Cinq médecins ont utilisé les outils proposés et les trouvent utiles à leur pratique. L'un a été surpris par l'existence de violences conjugales au sein de sa patientèle. Au deuxième questionnaire, le taux de réponse concernant le manque d'information et de formation a diminué de moitié.

Discussion : Les jeunes médecins généralistes semblent plus formés à la question des violences conjugales, sans pour autant réaliser un dépistage systématique. Plusieurs raisons sont évoquées: le manque de formation, d'information, n'y avoir jamais pensé et ne pas savoir prendre en charge la victime. Nos outils n'ont pas permis d'augmenter significativement la réalisation de ce dépistage, possiblement par manque de puissance de l'étude. Malgré tout, nos mails d'informations sont à l'origine d'une diminution du manque d'information et de formation sur la violence conjugale et pourraient à moyen et long terme permettre néanmoins un meilleur repérage des situations de violences. De plus, cette étude permet de réfléchir à des pistes d'améliorations des pratiques.

Conclusion : Nos outils ont été utiles pour quelques médecins généralistes. Ils mériteraient une plus grande diffusion afin d'augmenter la réalisation du dépistage systématique des violences conjugales. De plus, des relances d'informations à ce sujet pourraient également y contribuer. D'autres pistes sont à explorer, telles la mise en place de Formations Médicales Continues « de proximité », la proposition d'un outil de dépistage validé par les autorités compétentes et l'introduction de questions types au sein des formulaires d'accueil des services hospitaliers.

Mots clés : Violences conjugales, dépistage systématique, outil de dépistage, protocole de prise en charge

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

