



HAL
open science

Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque

Agnès Ledoux

► **To cite this version:**

Agnès Ledoux. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01973755

HAL Id: dumas-01973755

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01973755>

Submitted on 8 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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

Présentée et soutenue publiquement
le 19 décembre 2018
par Agnès LEDOUX

**Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête
quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque.**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Catherine RIVIERE

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Membres du jury : Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Madame le Docteur Marie-Hélène VIGNELONGUE

Madame le Docteur Catherine RIVIERE

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Remerciements

*À ma directrice de thèse, Mme le Docteur Catherine Rivière,
Catherine, merci pour ton soutien, tes conseils, ton engagement au quotidien, auprès de tes petits patients et des plus vulnérables, que tu transmets avec toujours la même passion.*

*À mon président de jury, M. le Professeur Jean-Louis Demeaux,
Merci d'avoir évalué le premier mon projet de thèse et d'avoir accepté de présider mon jury de soutenance de thèse.*

*À M. le Professeur Dominique Dallay,
Merci pour votre présence et d'avoir accepté d'être le rapporteur de mon travail.*

*À M. le Professeur William Durieux,
Merci pour votre présence qui compte en tant que médecin généraliste et d'avoir accepté de juger mon travail.*

*À Mme le Docteur Marie-Hélène Vignelongue qui a accepté d'être présente et de participer au jury, ainsi qu'à Mme le Docteur Marie Soulat, Mme Amandine Herpin, Mme Sabine Borel et à tous les membres du groupe de travail de l'hôpital de Bayonne,
Merci pour votre aide, votre soutien et votre engagement auprès de toutes ces femmes.*

*Aux médecins généralistes qui ont accepté de répondre à cette enquête,
Un grand merci pour votre participation.*

*À Brigitte, Guillaume et Véronique mes maîtres de stage,
Merci de votre bienveillance, de votre accueil et de m'avoir transmis votre savoir et votre amour des Landes.*

*Au Dr Renée Pommès, médecin scolaire,
Merci de m'avoir permis de partager votre travail au quotidien auprès des enfants. Ce sont les adultes de demain et leur bien-être doit être une priorité.*

*Au Dr Marianne Noblia, médecin en SSR,
Merci de votre gentillesse, de votre sincérité et de votre confiance durant ces mois de stage.
À toute l'équipe de SSR, merci pour vos petites attentions.*

À mes co-internes préférés Xavier et Benjamin, merci pour nos fous rires.

À toi Hélène avec qui j'ai partagé mon premier jour d'internat, merci pour ton amitié avec une petite pensée pour Kate (Moss), poisson combattant reconnu d'utilité publique en milieu hospitalier.

*Aux années « Belles Îles » et à toutes les copines de mes premières années de médecine.
À Renaud, Lionel et votre colocation magique, je ne vous oublie pas malgré la distance.
À Émilie, notre amie et consœur, partie trop tôt.*

*À ma très chère Elsa, mon amie et confidente depuis 20 ans,
Merci pour ton réconfort, merci de me faire toujours autant rire même à des milliers de kilomètres,
Merci d'être là et pour tous ces moments inoubliables partagés ensemble.*

À ma famille,

À ceux qui sont partis et qui je pense auraient été fiers de ce moment : papy Charlot et papa Bert.

À mamie Jenny et Didè, mes grands-mères bien aimées, et mères de famille courageuses.

À ma famille des îles, ici et là-bas : vos rires et nos retrouvailles sont un réconfort que rien ne peut remplacer.

À Paulette qui m'a offert il y a bien longtemps cette petite encyclopédie médicale du Pr Hamburger que je conserve comme une précieuse relique.

Merci pour tes petites histoires de la Guerre, de Necker et de la vie.

À Sylvie, Jérôme, papy Moustache, Delphine, Perrine & Quentin, ma famille d'adoption, je me sens chanceuse de partager ces moments de famille à vos côtés.

À mes parents que je remercie d'avoir été toujours présents depuis toutes ces années, de nous avoir transmis de vraies valeurs et le sens de l'effort.

Merci pour votre éducation, vos conseils, et votre soutien sans lesquels rien n'aurait été possible.

Merci pour la chance qu'a été la nôtre de grandir au sein d'un foyer bienveillant et protecteur.

Je vous suis à jamais reconnaissante.

À ma sœur May qui me supporte depuis tant d'années et je l'espère encore beaucoup d'autres.

Je serai tant qu'il me l'est permis toujours à tes côtés.

À toi Romain qui m'a offert le plus beau des cadeaux, merci pour ton soutien et ton amour inconditionnel depuis ces dix années.

Je nous souhaite de vivre le bonheur au présent et le meilleur à venir.

À Gabriel, mon cher Gaby, te voir grandir et t'épanouir me rend fière et m'émerveille un peu plus chaque jour.

À Tristan, ton petit frère, notre titan qui a fait preuve de tant de courage pour une si petite personne.

La vie nous réserve encore de belles surprises, je vous en fais la promesse.

« La femme a le droit de monter à l'échafaud. Elle doit avoir également celui de monter à la tribune. »

Olympe de Gouges.

Table des matières

Serment d'Hippocrate.....	2
Remerciements.....	3
Liste des abréviations.....	7
I. INTRODUCTION.....	8
1. <u>Définitions</u>	9
a) Les violences conjugales.....	10
b) Les différents types de violences conjugales.....	10
2. <u>Contexte de l'étude</u>	11
a) Une priorité internationale.....	12
b) Des mesures progressives au niveau national.....	12
c) Les derniers chiffres des violences faites aux femmes.....	13
d) État des lieux au niveau territorial.....	14
3. <u>Rôle du médecin généraliste</u>	16
a) Hier et aujourd'hui.....	17
b) La prise en charge : les 10 points clés.....	17
1. Paraître concerné.....	18
2. Être alerté.....	18
3. Dépister.....	19
4. Soigner.....	20
5. Expliquer.....	21
6. Évaluer la gravité.....	22
7. Établir un scénario d'urgence	23
8. Signaler.....	23
9. Certificat médical descriptif.....	24
10. Travailler en partenariat.....	24
c) Les difficultés des médecins généralistes.....	25
4. <u>Objectifs de l'étude</u>	26
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	27
1. <u>La recherche documentaire</u>	28
2. <u>Le type d'étude</u>	28
3. <u>La population d'étude</u>	28
4. <u>Le questionnaire</u>	28
5. <u>La réalisation de l'enquête</u>	29
a) Le recrutement des médecins.....	29
b) La collecte des données.....	29
c) L'analyse des données.....	29
III. RÉSULTATS.....	29
1. <u>Échantillon de l'étude</u>	30
2. <u>Présentation des résultats</u>	30
a) Caractéristiques des médecins	30
b) Repérage des victimes.....	31
c) Questionnement systématique.....	32
d) Prise en charge des violences	33
e) Ressenti des médecins.....	37
3. <u>Analyse croisée des données selon la formation</u>	39
a) Groupes de comparaison.....	40
b) Comparaison du taux de médecins ayant vu des femmes victimes de VC.....	40
c) Comparaison des autres points de la prise en charge.....	41

IV. DISCUSSION	43
1. <u>À propos de l'étude</u>	44
a) Apports de l'étude.....	44
b) Limites de l'étude.....	44
2. <u>À propos des résultats</u>	45
a) Comparaison avec les données de la littérature.....	46
b) Points nouveaux étudiés.....	49
3. <u>Pistes de réflexion</u>	52
a) Outils à disposition pour les médecins.....	53
b) Améliorer la sensibilisation.....	53
c) Multiplier les supports de formations	54
V. CONCLUSION	55
ANNEXES	60
Annexe n°1 : La prise en charge en 10 points.....	61
Annexe n°2 : Questionnaire type – les outils.....	64
Annexe n°3 : Modèle de certificat médical.....	65
Annexe n°4 : Questionnaire de thèse.....	67
Annexe n°5 : Logigramme d'orientation.....	78
RÉSUMÉ	80
ABSTRACT	81

Liste des abréviations

ACBA : Agglomération Côte Basque Adour

ACJPB : Association Citoyenneté-Justice Pays Basque

ARS : Agence Régionale de Santé

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

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CLS : Contrat Local de Santé

CMI : Certificat Médical Initial

DPC : Développement professionnel continu

ENVFF : Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MIPROF : Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPA : Réseau Périnat' Aquitain

RSMPB : Réseau de Santé Mentale du Pays basque

TS : Tentative de Suicide

VC : Violences Conjugales

VPI : Violences entre Partenaires Intimes

I. INTRODUCTION

« La femme a le droit de monter à l'échafaud. Elle doit avoir également celui de monter à la tribune. » (1)

L'article dix de la Déclaration des droits des femmes et de la citoyenne, rédigée en 1791 par Olympe de Gouges à l'attention de la reine Marie-Antoinette, au delà de son ton tristement prémonitoire, pour celle qui sera guillotinée deux années plus tard, revêt en plein cœur de la Révolution, un caractère avant-gardiste dans la lutte contre les discriminations faites aux femmes.

Olympe, Flora, Georges, Simone... leurs combats pour la libération et les droits des femmes continuent aujourd'hui plus que jamais d'enflammer le débat public.

Bien qu'au fil des siècles, les femmes se soient émancipées et malgré les avancées de l'égalité entre les sexes, les violences faites aux femmes, reconnues comme une atteinte aux droits fondamentaux, n'ont pas diminuées. (2, 3)

S'agissant des violences au sein du couple, bien qu'il existe une proportion d'hommes victimes que l'on ne saurait nier, ce sont bel et bien les femmes qui restent affectées de manière disproportionnée. (4)

Il faut attendre les premières enquêtes dites de "victimation" pour réellement révéler l'ampleur du phénomène que constituent les violences conjugales (VC). (2)

Longtemps considérées comme relevant de la sphère privée, les violences conjugales, au delà d'un « fait de droit » sont devenues un « fait de société » (5), avec des campagnes de sensibilisation qui année après année dressent un constat terrifiant, tristement illustré par la médiatisation de certaines affaires.

La lutte contre toutes les violences s'affiche ainsi comme une priorité et un enjeu de santé publique comme l'illustre le plan d'action mondial de l'OMS adopté en 2014 par ses états membres, visant à renforcer le rôle primordial du système de santé en matière de prévention et d'action. (6)

Une action rendue d'autant plus difficile dès lors qu'elle s'inscrit dans le cadre du cercle intime ou familial, lieu qui se voudrait de principe bienveillant et protecteur.

La question des violences conjugales est un sujet qui m'a intéressée car complet, qui aborde au delà de l'aspect clinique, des problématiques psychologiques, sociales, juridiques et de santé publique.

À l'initiative de ma directrice de thèse, la découverte des travaux du Dr Muriel Salmona, psychiatre, spécialiste des psycho-traumatismes et des violences, fondatrice et présidente de l'association « Mémoire traumatique et victimologie » et ma participation, depuis bientôt deux ans, au groupe de travail sur les violences conjugales au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB), mené dans le cadre du Contrat Local de Santé, m'ont rapidement confortée dans mon intérêt pour ce sujet, avec pour question principale celle de la prise en charge, par les médecins généralistes du Pays Basque, des femmes victimes de violences conjugales.

Cette première partie permettra de préciser d'une part ce que sont les violences conjugales et d'autre part, le contexte de notre enquête.

Puis, le rôle et la prise en charge du médecin généraliste face aux violences conjugales seront exposés avant de présenter les objectifs de cette étude.

1. Définitions

a) Les violences conjugales

En décembre 1993, les Nations Unies déclaraient la violence à l'égard des femmes comme :

« Tous les actes de violences dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (7)

S'agissant des violences conjugales (VC) ou violences entre partenaires intimes (VPI), il s'agit d'un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. (8)

À cette définition que l'on retrouve dans le rapport du Pr Henrion, travail de référence publié par un groupe d'experts et remis en 2001 au ministère de la Santé, il faut préciser que les violences conjugales peuvent bien évidemment être le fait d'un partenaire ou ex-partenaire, quelque soit le type (couple homo- ou hétérosexuel) ou statut de la relation (mariage, pacs, concubinage) et également au sein des relations amoureuses. (3)

Les violences conjugales se distinguent ainsi de la « conjugopathie », conflit entre époux ou concubins de deux façons :

- premièrement, par l'existence d'un caractère inégalitaire de la violence ; il existe un rapport de force « asymétrique », qui n'a pour but qu'une recherche de contrôle de l'autre par un processus d'emprise. (3)
- deuxièmement, par le caractère cyclique des violences, les moments de crise laissant place à des périodes de rémission ou « lune de miel », au cours desquelles la femme reprend l'espoir de la disparition des violences.
Aux périodes d'accalmies de plus en plus courtes se succèdent des scènes de violences dont la fréquence et l'intensité augmentent avec le temps avec des conséquences parfois dramatiques. (3, 8)

b) Les différents types de violences conjugales

La violence au sein du couple se manifeste sous des formes très diverses, souvent intriquées. Il faut avoir en mémoire, au delà de l'image de la femme battue, le visage tuméfié, que « tout commence bien avant les bousculades et les coups... » (2, 4)

On distingue ainsi les violences (9, 10) :

- Verbales : insultes répétées, hurlements, ordres...
- Psychologiques : paroles humiliantes, dénigrement, intimidation, harcèlement, chantage, menace de représailles...
- Matérielles : privation de nourriture, non accès aux soins, privation ou destruction des objets personnels, confiscation de documents...
- Économiques : privation des ressources financières, non accès à l'argent du couple, contrôle des dépenses, confiscation du salaire, interdiction de travailler...
- Physiques : coups de pieds, coups de poings, utilisation d'armes ou d'objets, morsures, griffures, brûlures, strangulation...
- Sexuelles : sexualité contrainte, sévices sexuels, viols, prostitution...

Quelque soit le type de violence à l'œuvre, la finalité pour l'auteur est la même : blesser dans l'âme, de façon inopinée et prolongée ce qui peut s'apparenter pour les victimes qui vivent « dans la crainte et la terreur » à de la torture. (10)

2. Contexte de l'étude

a) Une priorité internationale

« Là où la violence perdure, la santé est fortement compromise. »

Dès 2002, l'OMS, à travers son Rapport mondial sur la violence et la santé, montre le lien étroit qui existe entre violence et santé. (11)

Elle formule ainsi plusieurs recommandations à l'intention de ses États membres dont la première est d'élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national pour la prévention de la violence ; et pour le réaliser la nécessité de mettre en place des moyens de collecte de données sur la violence, afin de fixer les priorités, orienter les programmes d'action et suivre les progrès.

Ainsi, un nombre croissant d'enquêtes en population vont mesurer l'impact des violences envers les femmes notamment la prévalence des violences entre partenaires intimes. La violence conjugale est en effet la forme la plus courante de violence subie par les femmes à travers le monde. (11)

Selon les estimations mondiales de l'OMS, basées sur une analyse multi-pays menée en 2013, 35 % des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie.

Dans le Monde, c'est près d'un tiers de toutes les femmes ayant eu une relation de couple qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime. (12)

Devant cette prévalence et les conséquences sur la santé des femmes, mais aussi des enfants, témoins de ces violences, l'OMS présente en 2014 son Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle, fondée sur la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs. (6)

b) Des mesures progressives au niveau national

Suite aux recommandations de la 4e Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995, la France doit fournir des statistiques précises sur les violences faites aux femmes. L'enquête ENVFF, publiée en 2003, sur un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, révèle en France, l'ampleur et la gravité du phénomène des VC.

Selon les résultats de l'enquête, une femme sur dix vivant en couple a subi des violences conjugales dans les 12 mois précédent l'entretien.

Ainsi, depuis 2004, l'État s'engage dans la lutte contre les violences conjugales par la mise en place de plans d'actions interministériels triennaux lancés successivement en 2005 - 2007, 2008 - 2010, 2011 - 2013, 2014 - 2016 et 2017 - 2019.

Dans le domaine de la santé, le 1er plan prévoit notamment d' « améliorer le repérage par les professionnels de santé des femmes victimes de violence. »

Si certaines des recommandations formulées dans le rapport de 2001 du Pr Henrion ont bien été reprises, leur mise en œuvre reste à l'époque partielle. (13)

Dès 2013, la création de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) va permettre de remettre au cœur des priorités l'enjeu de formation des professionnels, l'une des actions prioritaires du plan Henrion. (14)

A partir du 4ème plan de 2014 - 2016, l'action publique s'organise autour d'un principe d'action simple : « Aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse. »

Pour la première fois, les violences faites aux femmes sont considérées comme une priorité de santé publique. (15)

Plusieurs mesures phares sont adoptées ou renforcées parmi lesquelles :

- le 3919, numéro de référence d'accueil téléphonique et d'orientation des femmes victimes de violences, gratuit et ouvert 7 jours/7
- le développement des lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation
- des solutions d'hébergement d'urgence supplémentaires
- le dispositif Téléphone Grand Danger
- la création de référents « violences faites aux femmes » identifiés dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence (16)
- la formation des professionnels de santé : depuis 2013, plus de 400 000 professionnels ont été formés par la MIPROF. (14, 15)

Actuellement, le 5ème plan a pour premier objectif de sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves. Parmi l'une des mesures annoncées, la volonté de systématiser la formation des professionnels qui constituent le premier recours des femmes victimes de violences dont le nombre reste intolérable. (17)

Le gouvernement, par l'attribution du label « Grande cause nationale 2018 » à la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) a réaffirmé en avril dernier son engagement en faveur de la lutte contre les violences faites aux femmes, qui s'inscrit dans le cadre de sa mobilisation pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

c) Les derniers chiffres des violences faites aux femmes

Publiée à l'occasion du 25 novembre 2017, journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes, la Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes présentait les principales données disponibles en France sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2016 : (4)

- **123 femmes** ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3 jours dont 109 couples « officiels » (concubins, époux, pacsés), et 14 couples non officiels (petits-amis, amants, relations épisodiques).
- **225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans** déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année.
- Moins d'une femme sur cinq victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclare avoir déposé plainte.
- Plus de la moitié n'ont fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association.

En Nouvelle-Aquitaine, selon les chiffres de la Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DRDFE) :

- 16 personnes sont mortes en 2016 sous les coups de leur conjoint ou ex-conjoint. (18)
- 560 appels de femmes victimes de violence en 2016 ont été passés au 3919 (soit 6 % des appels) et 1 076 appels sur les 10 premiers mois de l'année 2017.

En Aquitaine uniquement (ancien découpage région), on recensait sur l'année 2016, 361 fiches d'appel FVHA (femmes victimes - hommes agresseurs) dont 72 dans les Pyrénées-Atlantiques. (19)

Au Pays Basque, en 2017 :

- 98 victimes ont été prises en charge aux urgences adultes du CHCB pour des violences conjugales. Parmi elles : 86 femmes, 5 hommes, 7 mineurs. (20)
Ces chiffres ne concernent que les urgences adultes du CHCB et ne tiennent pas compte de ceux de la maternité, de la pédiatrie et des autres services d'urgence du territoire.
- Le commissariat de Bayonne enregistré environ 280 plaintes, 123 mains courantes, chiffres donnés lors d'une rencontre entre professionnels du territoire.
- 10 à 15 ordonnances de protection ont été mises en œuvre.

Ainsi malgré les progrès réalisés grâce aux mesures mises en place au fil des années (17), les derniers chiffres des violences faites aux femmes appellent à une poursuite sans relâche des actions déjà engagées.

d) État des lieux au niveau territorial

En Aquitaine, pour répondre à la demande des professionnels de la périnatalité du territoire, démunis face aux situations de violences faites aux femmes (enceintes) et leurs conséquences, un groupe pluridisciplinaire de professionnels s'est constitué en 2015 et s'est associé au Réseau Périnat' Aquitain (RPA) et au Réseau de Santé Mentale du Pays basque (RSMPB) pour organiser une journée de sensibilisation sur ce thème, avec la venue, le 30 novembre 2015, du Dr Muriel Salmona.

À la suite de cette journée, le RPA s'est engagé à proposer une procédure régionale de repérage et de prise en charge des femmes enceintes victimes de violences.

« Cette procédure à destination initialement des professionnels de la périnatalité a vocation à être déclinée sur chaque territoire en intégrant les acteurs locaux et à être étendue aux autres professionnels de santé de la Ville-PMI-Hôpital. » (21)

Le groupe de travail

Ainsi, pour poursuivre cette démarche, décliner les actions engagées au niveau local, et dans le souhait de travailler avec tous les professionnels identifiés du territoire, un groupe de travail pluridisciplinaire et interinstitutionnel, localisé au Pays Basque, a été remobilisé en 2017 avec pour objectifs de :

- se connaître, créer du lien et constituer un réseau partenarial ;
- réfléchir et travailler ensemble sur une stratégie territoriale efficace en mettant les compétences de chaque acteur en commun afin de mieux coordonner leurs actions sur le territoire ;
- améliorer la prise en charge des femmes et enfants victimes de violences sur le territoire ;
- élaborer une fiche action concernant « les violences faites aux femmes et enfants et leurs conséquences sur la santé » dans le cadre du Contrat Local de Santé. (21)

Le contrat local de santé

Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil territorial porté conjointement par l'ARS et les collectivités territoriales, pour une durée de 3 ans, qui assure une meilleure coordination des actions de proximité.

C'est la déclinaison du Projet Régional de Santé à l'échelle locale, en tenant compte des besoins identifiés sur le territoire. L'idée est de mettre en œuvre des actions au plus près des besoins des populations et du territoire.

Le CLS participe ainsi à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

L'intérêt d'inscrire une fiche action dans un CLS, comme rappelé par Mme Herpin, animatrice en Santé Publique du groupe de travail, permet une meilleure coordination des actions de proximité et une plus grande complémentarité dans l'action des institutions concernées. Il permet de renforcer les partenariats locaux et de valoriser les démarches locales existantes auprès des acteurs locaux et institutionnels du territoire.

Cette fiche d'action intégrée, dans un premier temps, au CLS de l'Agglomération Côte Basque-Adour (ACBA) est reproductible aux autres CLS territoriaux du Pays Basque (Basse Navarre et Soule). (21)

Le plan d'action du groupe de travail

La constitution de 3 sous-groupes de travail a été proposée avec pour objectifs spécifiques :

- Groupe 1 : Informer, sensibiliser le grand public sur la thématique et coordonner les différents partenaires et les moyens déjà existants.
- Groupe 2 : Améliorer le repérage des victimes de violences par la sensibilisation et la formation des professionnels en lien avec ces femmes.
- Groupe 3 : Harmoniser et diffuser des outils, actions et pratiques des professionnels sur le territoire.

Au fil de ces rencontres, il a été réaffirmé l'importance de former les professionnels de tous les champs : professionnels de santé de la périnatalité (ville - PMI - hôpital), mais également du domaine médico-social, de la police et de la justice, les médecins généralistes, les psychiatres et pédo-psychiatres, les médecins scolaires, les dentistes et chirurgiens-dentistes...

Et la nécessité d'impliquer davantage les médecins libéraux, de les sensibiliser lors de soirées de formations.

Les actions de sensibilisation

La journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, qui se déroule chaque année le 25 novembre, est l'occasion pour les nombreux organismes et associations de se mobiliser afin de sensibiliser professionnels et grand public.

Au niveau régional, a eu lieu le 23 novembre 2017 à Bordeaux, dans le cadre du 5e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes, un colloque, organisé par l'ARS, en lien avec l'organisme Gynécologues sans frontières. Cette journée a permis de sensibiliser plus de 200 professionnels de la santé et du secteur social aux modalités de prise en charge des femmes victimes de violences intra-familiales dans la région.

Au niveau local, les acteurs du territoire et les associations partenaires dans le cadre du CLS de l'ACBA ont œuvré ensemble pour mener du 20 au 25 novembre 2017, une semaine d'information et de sensibilisation avec des actions cohérentes et innovantes sur le territoire du Pays basque.

Dans ce cadre, une première soirée de sensibilisation, rencontre Ville - Hôpital, à destination des professionnels de tous les champs et réunissant les acteurs locaux s'est déroulée le 21 novembre 2017 à Bayonne.

3. Rôle du médecin généraliste

a) Hier et aujourd'hui

Comme nous souligne l'historienne de droit Victoria Vanneau à travers « l'affaire Barthélémy Roch » et d'autres archives judiciaires (4), déjà un siècle auparavant, les hommes sanctionnaient les violences au sein du couple. Le rôle du médecin, amené à entrer au cœur des foyers, demeure à l'époque déjà une aide de premiers recours pour les femmes victimes de violences conjugales.

*Triel, ce 31 octobre 1850
À Monsieur Le Juge De Paix
Du canton De Poissy*

Monsieur Le Juge,

J'ai l'honneur de vous informer que le Né Armery barthelémy roch dit mimi la lune, vigneron à Triel recommence envers sa femme les mauvais traitements qui l'ont fait arrêter et condamner à trois mois de prison au commencement de cette année. D'après la demande de la femme et de la famille il serait urgent pour éviter quelque malheur de ne plus laisser cette femme en proie aux violences de son mari.

*Dimanche dernier à une heure de relevée j'ai été averti par M. Sobaux docteur médecin à Triel que sur les cris plaintifs qu'il avait entendu en passant devant la maison d'Armery et voyant beaucoup de personnes rassemblées il était entré dans la maison malgré la défense et les menaces d'Armery, qu'il a trouvé la femme Armery étendue sur le lit, le visage tout noirci et les pieds brûlés et les jambes brûlées, qu'il n'avait pu panser ces plaies parce que le mari s'y était opposé. Je me suis transporté avec M. Sobaux auprès de cette femme et là en présence de M. [Memelmens] secrétaire de la mairie, du Sieur Charles Dubois garde champêtre que nous avons requis de nous accompagner à cause des craintes qu'inspire le Né Armery, la femme Armery nous a déclaré que son mari la maltraitait depuis plusieurs jours [...].
Nous avons prié M. Sobaux de panser les plaies de cette femme qui depuis deux heures s'étaient considérablement gonflées. [...]*

Je crois de mon devoir de vous instruire de tout ceci afin que s'il est possible vous y apportiez remède.

*Veillez agréer l'assurance du profond respect avec lequel j'ai l'honneur d'être
Monsieur le Juge, votre humble serviteur.*

Le maire de Triel, Legrand.

Le système de santé reste le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences : en France, un quart des femmes victimes font appel en premier recours à un médecin alors que 13 % seulement se rendent au commissariat de police. (15)

Aujourd'hui, un consensus existe sur le fait que la consultation médicale chez le médecin généraliste est un outil précieux pour rompre le cycle de la violence. (15)

b) La prise en charge : les 10 points clés

Il n'existe pas de prise en charge idéale.

La plupart des femmes interrogées attendent de leur médecin généraliste qu'il les questionne sur l'existence de violences conjugales, afin de pouvoir parler, d'être écoutées, d'être enfin reconnues comme victimes et mises en relation avec le réseau de soutien dont elles ont besoin. (2)

Pour y arriver, plusieurs outils ont été discutés en groupe de travail parmi lesquels :

- le protocole obstétrique déjà élaboré au sein du RPA,
- le dépliant d'aide à la prise en charge médicale, réalisé par le service médico-légal du CHU d'Angers et validé par la MIPROF qui présente les 10 points à connaître afin de repérer, prendre en charge et accompagner au mieux les victimes :

1. Paraître concerné

Par la mise en évidence d'affiches et de brochures (22, 24, 28)

- dans la salle d'attente
- et dans les toilettes (lieu d'isolement)



Cela montrera à la victime ou aux témoins que vous êtes sensibilisés à ce problème.

2. Être alerté

Absence de profil type de femmes victimes de violences conjugales.

Toute femme peut un jour dans sa vie se retrouver sous l'emprise d'un conjoint violent. Néanmoins, l'histoire personnelle et certaines périodes de fragilité ou de vulnérabilité peuvent devenir des facteurs de risque. (23)

LES SITUATIONS À RISQUE : (2, 3, 11, 22, 24)

- maltraitance dans l'enfance, témoin ou victime de violences intrafamiliales
- jeune âge, faible niveau d'éducation, niveau d'études supérieur à celui du partenaire
- instabilité professionnelle, instabilité et/ou rupture conjugale
- grossesse, naissance
Les violences conjugales commencent souvent lors de la première grossesse pour 40 % de l'ensemble des violences conjugales. (3)
La grossesse est un moment clé pour le dépistage des violences. (24)
- situations de handicap
- conduites addictives, consommation d'alcool chez le partenaire

Absence de symptomatologie typique mais certains signaux doivent vous alerter. (22, 24, 25)

chez la victime :

- attitude : comportement craintif, refus de se déshabiller, absence d'émotions, agressivité, relation conflictuelle, retard à consulter, oublis de rendez-vous, consultations itératives souvent en urgence pour motifs multiples et contradictoires, problème d'observance
- antécédents :
 - médicaux : pathologies fonctionnelles chroniques, inexplicables (douleurs lombaires, abdominales, céphalées...)
 - gynéco-obstétriques : grossesses à risque, non désirées, dépression du post-partum, fausses-couches, IVG multiples, infections à répétition (urinaires, vaginales, utérines, IST), douleurs pelviennes
 - psychiatriques : troubles anxio-dépressifs, tentatives de suicides, addictions
- signes physiques : lésions traumatiques évidentes, perte de poids, anémie, décompensation de maladie chronique

chez le partenaire :

- attitude : comportement inapproprié, trop attentionné ou au contraire agressif, propos méprisants, dénigrement, ordres, intrusif (répond à la place de sa compagne), contrôle faits et gestes par le regard, nie ou minimise les faits...
- en cas d'absence du partenaire : la patiente se sent obligée de répondre à ses coups de téléphone.

chez les enfants :

- rupture dans le comportement, repli sur soi ou hyperactivité, rupture scolaire
- régression des acquisitions ou maturité précoce
- troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées
- actes délictueux, mise en péril de soi chez l'adolescent

3. Dépister

Le questionnement systématique

Au moindre soupçon, il faut poser clairement et systématiquement la question de l'existence de traumatismes antérieurs et/ou actuels lors de l'interrogatoire médical. (24)

L'exercice peut être difficile mais est efficace et nécessaire. (2)

Souhaité par la majorité des victimes : la gêne et les difficultés sont souvent du côté des professionnels et pas des victimes.

Par ailleurs, en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins français. (8)

Il existe plusieurs questionnaires de référence, présentés en annexe dont :

- les questions de la MIPROF
- le questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool), seul outil de dépistage validé en langue française qui a été expérimenté et bien accueilli par la majorité des professionnels dans l'étude récente du Dr Linassier. (26)
- le questionnaire PVS (Partner Violence Screen)
- l'outil SAFE

Il faut néanmoins garder à l'esprit que « **la meilleure des questions est celle que l'on se sent capable de poser.** » (24)

L'entretien avec la victime (22, 24, 28)

Créer un climat de confiance favorable aux révélations est essentiel en rassurant sur le secret professionnel et le caractère confidentiel de l'entretien, qui doit se dérouler lors d'une consultation sans conjoint et sans enfant en âge de parler.

Il faut être patient, veiller au choix de ses mots, à son langage corporel, et en cas de barrière de la langue, se faire aider d'un interprète, extérieur à la famille.

Si la victime déclare des violences :

Il est essentiel de prendre son temps, de proposer une écoute active et bienveillante : c'est peut-être la première fois qu'elle peut ou ose s'exprimer.

Il faut être attentif à ce que la victime décrit, c'est l'élément constitutif initial du certificat médical. (2)

Le professionnel qui reçoit ce témoignage doit croire systématiquement, et ce de façon « inconditionnelle » les dires de la patiente, les reformuler avec elle, et ne surtout pas douter de sa parole, même en l'absence de traces ou d'indices.

Les femmes ont «tendance à dissimuler leurs coups et leur mal-être», le plus souvent la totalité des faits n'est pas mentionnée par la victime par honte, déni, banalisation des violences et «les auteurs de violences sont souvent de très grands manipulateurs».(27)

Enfin il faut délivrer un message de soutien et de valorisation de la démarche

Et si la victime ne parle pas ? :

Là également il faut prendre le temps, rassurer afin d'établir une relation de confiance et savoir réitérer la proposition d'aide, laisser une porte ouverte.

Le cheminement de la patiente doit être respecté sauf si danger manifeste pour la femme et/ou les enfants.

4. Soigner

Il faut prendre en charge les atteintes physiques, les troubles somatiques et également psychologiques liés aux violences : coups et blessures éventuels, agression sexuelle associée, anxiété, état de stress post-traumatique, évaluation du sommeil, recherche d'une consommation de toxiques associée.

L'examen clinique se fait avec l'accord de la victime, en expliquant ce que l'on fait, en couvrant les parties du corps déjà examinées, avec prise de photos éventuelles. Le médecin prescrit des examens complémentaires si besoin et propose un traitement et un suivi adapté. (24, 28)

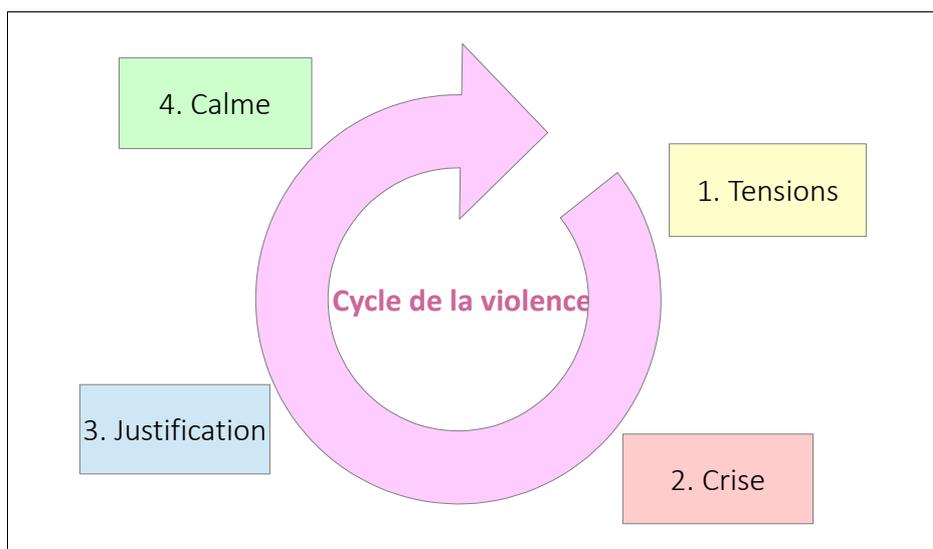
5. Expliquer

Il est essentiel que les femmes victimes de ces violences puissent comprendre les mécanismes en jeu : (3)

- **les différents types de violences**

- **le cycle de la violence**

Il s'organise en 4 phases d'après les recherches de Lenore Walker, théorie qu'elle publie en 1979 : (3, 29)



- Phase 1 : Climat de tension avec accès de colère, contrôle, menaces
→ crainte et peur chez la victime qui se conforme aux attentes de l'agresseur
- Phase 2 : Recours à la violence (verbale, psychologique, physique, sexuelle)
→ terreur et désespoir, sentiment d'humiliation et de honte chez la victime
- Phase 3 : Excuses et justification de l'agresseur avec déni et transfert
→ responsabilisation et culpabilisation de la victime
- Phase 4 : «Lune de miel», sursis avec arrêt momentané des violences
→ la victime pardonne avec espoir de changement

- **les stratégies de l'agresseur** : (3, 29)

Les 5 stratégies habituelles de l'agresseur consistent à :

- isoler la victime en la privant de ses ressources, de ses proches
- dévaloriser, humilier, dénigrer la victime qui perd toute estime d'elle même
- inverser la culpabilité
- instaurer un climat de peur, de terreur, se présenter comme tout-puissant
- assurer son impunité en recrutant des alliés

L'agresseur développe une véritable addiction à la violence et s'il constate qu'il bénéficie d'une totale impunité, le climat de domination peut se réinstaller, le cycle recommence et s'aggrave. (3)

- **le psychotraumatisme**

Le psychotraumatisme comme le résume le Dr Salmona, peut être considéré comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.

Les mécanismes neuro-biologiques à l'origine de ces troubles sont des mécanismes de sauvegarde exceptionnels qui se mettent en place lors d'un traumatisme. Ils permettent de mieux comprendre les troubles d'apparence parfois paradoxale présentés par les victimes : « ce sont des réactions normales à des situations anormales. » (3)

Les violences conjugales par leur caractère impensable et incompréhensible ne vont pas pouvoir être intégrées corticalement et provoquent une effraction psychique responsable d'une sidération, d'un blocage du cortex cérébral.

La victime n'a plus accès à la pensée ni à la parole ; il n'y a plus qu'un état de stress extrême qui ne peut pas être calmé.

Face à ce stress extrême qui entraîne un risque vital (lié à la sécrétion non régulée des hormones du stress dangereuses pour l'organisme) et comme dans un circuit électrique en survoltage, le cortex va faire disjoncter le circuit émotionnel.

Quand le circuit émotionnel est déconnecté, le circuit de réponse au stress s'éteint et entraîne une analgésie émotionnelle et physique. La réponse émotionnelle n'est alors plus connectée ainsi que la mémoire émotionnelle de l'événement qui reste piégée, chargée de son émotion initiale : c'est la mémoire traumatique.

Ce mécanisme de sauvegarde de l'organisme se fait ainsi au prix de symptômes dissociatifs importants et de troubles de la mémoire.

Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge. Ils entraînent une grande souffrance morale liée à des réminiscences (mémoire traumatique) avec la mise en place de conduites d'évitement pour y échapper, de conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et de conduites dissociantes pour tenter de les auto-traiter (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes). (3)

Expliquer l'ensemble de ces mécanismes, que ce soit le cycle de la violence, les stratégies de l'agresseur ou le psychotraumatisme permet de rendre à la victime son statut de victime, de lui faire prendre conscience de ce qu'elle vit et de déconstruire progressivement le phénomène d'emprise.

6. Évaluer la gravité

Il faut évaluer la fréquence, le contexte et les conséquences des épisodes de violences : (22, 24, 28)

- violences à l'encontre d'autres membres de la famille, présence d'enfants, vulnérabilité
- risque suicidaire (idées suicidaires, souffrance exprimée)

Également rechercher des facteurs de risques de violences graves et/ou d'homicide :

- armes au domicile, menaces de mort
- consommation d'alcool ou de substances psychoactives
- antécédents judiciaires ou psychiatriques du conjoint

En fonction de cette évaluation, un éloignement du domicile peut être proposé, si besoin, par une hospitalisation de protection en urgence

Il est impératif de s'assurer, à l'issue de toute consultation, en particulier la nuit et le week-end, que la victime peut rentrer au domicile sans danger pour elle et ses enfants. (24)

7. Établir un scénario d'urgence

Il faut s'assurer des recours de la victime et de ses enfants en cas d'urgence : (22, 24)

- identifier les personnes de confiance pouvant lui porter une aide en cas d'urgence
- noter et apprendre par cœur les numéros de téléphones importants
- éduquer les enfants sur la conduite à tenir en cas de situation de violences
- si possible, faire des copies ou scanner tous documents importants et les mettre en sécurité (internet, ami de confiance)
- préparer un sac de secours (papiers identité, documents personnels, vêtements, argent, double des clés...) et le placer en lieu sûr.
- lui indiquer les lieux ressources.

8. Signaler

Tout professionnel a l'obligation de signaler au Procureur de la république, toute situation de violence à l'égard de personnes vulnérables c'est à dire selon l'article 434-3 du code pénal, tout mineur de moins de 15 ans, personne qui ne peut se protéger en raison de son âge, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

Rappelons qu'un médecin peut pour toute victime faire un signalement avec l'accord de cette victime (article 226-14 Al.2 du Code pénal).

Il faut proposer à la victime de porter plainte tout en gardant à l'esprit là encore que le cheminement de la patiente doit être respecté, en l'absence de critères de gravité. Cette notion de temporalité est primordiale à prendre en compte car toutes les victimes ne sont pas en capacité d'entreprendre certaines démarches. (22, 29)

Il faut dans tous les cas expliquer à la victime ses droits, et lui rappeler la loi :

« Ce type de violences est puni par la loi. »

« La qualité de partenaire ou d'ex-partenaire constitue une circonstance aggravante. »

« Toute personne mariée ou non a le droit de refuser des rapports sexuels. »

La victime peut déposer plainte auprès du commissariat ou d'une gendarmerie et ce sans certificat médical même s'il reste fortement recommandé en pratique. (28)

9. Certificat médical descriptif

Le certificat médical initial (CMI) est un témoignage.

Il constitue un élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner en cas d'enquête. (22, 24)

Il doit être rédigé selon certaines règles, modèle en annexe, et comporte :

- les faits et les dires de la victime, rapportés au conditionnel
- les doléances exprimées, décrites de façon objective, les lésions traumatiques, les retentissements fonctionnels et les souffrances psychiques.
- la durée de l'ITT ou Incapacité Totale de Travail, notion juridique reflétant le retentissement physique et psychique de l'agression dans les actes de la vie courante et ne doit pas être confondu avec la durée de l'arrêt de travail.

La détermination de l'ITT qui peut parfois être difficile reste facultative et peut être fixée ultérieurement par un médecin légiste en cas de réquisition.

Par ailleurs, les violences intrafamiliales sont un délit quelle que soit la durée de l'ITT (art. 222-13 du Code pénal) car elles sont considérées comme aggravées. (28)

Le CMI est remis en mains propres et uniquement à la patiente après lui avoir lu les éléments notés avec copie ou conservation du double dans le dossier.

Même si la patiente n'a pas l'intention de porter plainte, il est recommandé de le rédiger et d'en conserver les deux exemplaires dans le dossier.

Il pourra être utile a posteriori et atteste de l'antériorité des violences et de l'évolution des symptômes.

10. Travailler en partenariat

Il est important d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts. (8)

Différents acteurs interviennent dans le parcours d'une femme victime de violences, sans chronologie prédéfinie de leurs interventions et le rôle de chacun est important tant dans la phase de repérage des violences que d'accompagnement de la victime et, le cas échéant, de ses enfants. (30)

Ce travail en réseau multidisciplinaire doit être réalisé en accord avec la patiente et dans le respect du secret professionnel.

Les propositions d'aide doivent être multiples et adaptées à la réalité du réseau de soin local.

Au pays basque, les lieux ressources sont : (31)

Dans l'urgence :

- Brigade de gendarmerie (pour le Pays Basque intérieur) ou Commissariat de police (pour la Côte Basque)
- Service des urgences des établissements de santé.
Il existe un référent violence dans chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgence : CHCB, CH de St Palais, Polyclinique Côte Basque, clinique Belharra, clinique Aguiléra

Pour porter plainte :

- Gendarmerie ou Commissariat de Police
- Procureur de la république (lettre)

Pour un accompagnement juridique :

- ACJPB (Association Citoyenneté - Justice Pays Basque) – aide juridique
- CIDFF (Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles) – information juridique
- Barreau de Bayonne – permanence des avocats

Pour un accompagnement psychologique, pour en parler et s'informer :

- Atherbea ("abri" en basque) – lieu d'accueil et d'écoute, soutien psychologique et référent violences conjugales sur le territoire
- ACJPB – accueil, écoute, soutien psychologique
- Planning familial 64 – Bayonne
- VIE (Violences dans le couple, Information, Écoute) – Centre Sagardian, St Jean de Luz

Pour un hébergement d'urgence :

- Le 115
- Atherbea – SIAO 64 (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation)

c) Les difficultés des médecins généralistes

Dans les années 2000, l'étude de Chambonet et coll., puis le rapport du Pr Henrion pointent du doigt les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

Le repérage est le premier temps de la prise en charge thérapeutique des victimes : (2)

- En 2000, les médecins ne font que peu de dépistage systématique (7 à 9 %). (8)
- En 2010, le constat est le même dans une étude qualitative menée en Basse Normandie : les médecins ont souvent appris la violence par la patiente elle-même. Ceux qui ont dit avoir posé la question l'avaient fait sur des éléments d'ordre traumatique.
Aucun médecin n'avait évoqué spontanément le dépistage systématique. (33)
- Selon l'étude comparative du Dr Cornilleau sur l'évolution des pratiques des médecins généralistes d'Île de France, entre 2000 et 2011, bien que les motifs de consultation restent dominés par ceux liés aux violences et par les motifs d'ordre psychologiques, en 10 ans, les médecins pensent plus souvent à évoquer les violences conjugales devant des motifs de consultations variés. (34)

Par ailleurs, en 2000, les médecins ne recueillent pas toujours les données cliniques et les examens complémentaires dans leurs archives et ne donnent pas toujours les renseignements utiles que la femme attend en l'orientant plutôt vers la police ou la gendarmerie que vers les associations ou d'autres confrères. (8, 32)

En 2011, d'après les résultats du Dr Cornilleau, les médecins savent mieux se servir des outils à leur disposition (réseaux de prise en charge, certificats, dossiers médicaux).(34)

Dès 2000, les premières études révèlent le sentiment de frustration des médecins, découragés par la complexité du problème. (8)

82 % des médecins pensent qu'il s'agit effectivement d'un problème difficile, les difficultés rencontrés étant dues, à leur avis (32) :

- dans 61 % des cas au comportement des femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence, leur refus de quitter leur compagnon ou de porter plainte, mais aussi par la fréquence des retraits de plainte.
- dans 64 % aux difficultés de l'exercice de leur métier, certains se plaignent du manque de temps
- dans 34 % au conjoint,
- dans 30 % à la lenteur de la réponse des partenaires sociaux.

Pour les médecins interrogés dans l'étude du Dr Cornillau, l'absence de symptôme ou de profil spécifiques reste en 10 ans, un problème majeur, bien qu'en nette régression, ainsi que la dissimulation et le refus d'aide par la femme. (34)

D'autres, enfin redoutent la réaction des familles et ont tout simplement peur d'un scandale qui serait préjudiciable à la relation de confiance avec leur clientèle.

Les médecins craignent également des retombées judiciaires, d'autant plus qu'ils ne se sentent pas toujours soutenus par les conseils ordinaires départementaux. (8)

4. Objectifs de l'étude

Selon le bilan du 4ème plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes et comme le suggère l'étude du Dr Cornilleau publiée en 2011 : les violences sont aujourd'hui mieux repérées, les patientes mieux prises en charge. (17)

Les médecins généralistes sont davantage sensibilisés qu'il y a une dizaine d'années et utilisent mieux les réseaux de soin. (34)

Pour autant, les pratiques des médecins généralistes au Pays Basque permettent-elles une prise en charge adaptée des femmes victimes de violences conjugales ?

- **Faire un état des lieux**

Au moment de proposer notre enquête, aucune étude publiée concernant la prise en charge des violences conjugales par les médecins généralistes sur le territoire du Pays Basque n'avait été retrouvée.

L'intérêt de faire ce bilan de l'existant est également apparu nécessaire dès les premières réunions du groupe de travail où le rôle des médecins généralistes et l'intérêt de les sensibiliser au mieux a été de nombreuses fois mis en évidence.

L'objectif principal de cette enquête était ainsi d'établir un état des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, vues en consultation par les médecins généralistes au Pays Basque : du repérage à l'orientation dans le réseau de soin.

L'occasion également d'évaluer le ressenti des médecins généralistes face aux violences conjugales, de préciser les difficultés rencontrées et d'élaborer un diagnostic de leurs besoins notamment en ce qui concerne la formation.

- **Comparer les pratiques des médecins**

Notre hypothèse de travail étant que le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales peut se révéler problématique notamment chez les médecins du territoire n'ayant pas été formés ou sensibilisés à cette question, nous avons comparé les différents points de la prise en charge selon ce critère.

- **Proposer un outil pratique**

L'un des objectifs du groupe de travail a été d'élaborer un logigramme afin de faciliter la prise en charge et la coordination des professionnels dans l'orientation des victimes. Cet outil a vocation à être diffusé auprès des professionnels du réseau et il nous semblait important de le proposer aux médecins de notre étude.

- **Sensibiliser les médecins généralistes**

En proposant cette étude, la finalité était également de sensibiliser les médecins généralistes du territoire à cette thématique des violences conjugales.

4. Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel de sondage en ligne SurveyMonkey®.

Il comportait 38 questions réparties en plusieurs parties :

- des questions générales sur le profil des médecins,
- des questions sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales,
- des questions sur le questionnement systématique en consultation,
- des questions sur la prise en charge en cas de violences conjugales,
- des questions sur le ressenti des médecins abordant les difficultés rencontrées, leur désir de formation sur ce sujet et leur intérêt pour le logigramme d'orientation validé par le groupe de travail du CHCB.

Selon la réponse à la question : *« Avez-vous été confronté au cours des 12 derniers mois à une ou plusieurs situations de femmes victimes de violences conjugales ? »*, le praticien était dirigé à l'aide d'un branchement conditionnel vers la page « violences déclarées », « violences suspectées » ou vers la dernière page en l'absence de violences rencontrées.

Les questions sur le repérage et le questionnement systématique ont été élaborées à l'aide des données de la littérature sur les facteurs de risques et les signaux d'alerte ; celles sur la prise en charge des victimes, selon les 10 points clés de la prise en charge et celles sur le ressenti et les difficultés des médecins, à partir des études déjà menées sur le sujet.

5. La réalisation de l'enquête

a) Le recrutement des médecins

Les médecins du territoire en été recensés en recoupant les données des annuaires de santé du site ameli.fr et des pages jaunes, puis contactés directement par téléphone afin de récupérer leur adresse mail.

Deux recrutements de médecins ont également eu lieu avant et pendant la diffusion du questionnaire, lors de rencontres entre médecins généralistes et médecins hospitaliers. Le questionnaire a été proposé en version papier lors de la première rencontre mais le plus souvent l'adresse mail a été récupérée.

b) La collecte des données

Pour des raisons pratiques, les données ont été par la suite uniquement collectées à l'aide du questionnaire de sondage en ligne avec informatisation des réponses durant la période de mai à octobre 2018.

En cas d'adresse mail partagée pour les cabinets de groupe, les médecins étaient invités à utiliser un lien permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne.

Un rappel a été envoyé aux médecins n'ayant pas répondu au premier envoi.

c) L'analyse des données

Une première analyse statistique descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel SurveyMonkey.

Des analyses croisées complémentaires ont été élaborées avec le test d'indépendance du χ^2 (*), ou le test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques < 5 .

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel de statistiques en ligne BiostaTGV.

Une valeur p inférieure à 0.05 a été retenue comme statistiquement significatif.

III. RÉSULTATS

1. Échantillon de l'étude

Sur les 355 médecins généralistes installés que nous avons recensés au Pays Basque (312 médecins au Labourd, 27 en Basse-Navarre et 16 en Soule), 172 mails ont pu être récupérés parmi lesquelles des adresses mails partagées pour les cabinets de groupe soit un total de 259 médecins à qui le questionnaire a potentiellement été transmis.

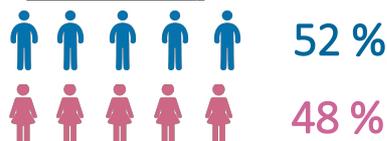
87 réponses ont été collectées soit un taux de réponse d'environ 33% : 66 réponses suite à l'invitation par mail, 16 réponses via le lien web et 5 questionnaires papier dont les réponses ont été saisies manuellement dans le logiciel.

Seuls les questionnaires complets ont été analysés soit 81 réponses.

2. Présentation des résultats

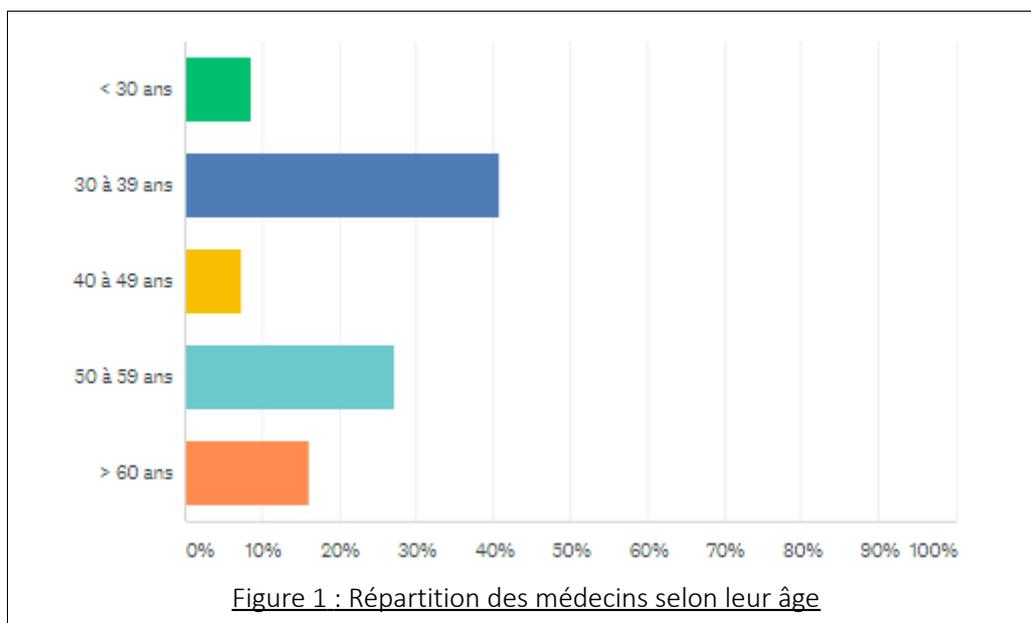
a) Caractéristiques des médecins

- Selon le sexe :



Sur les 81 médecins qui ont participé à l'enquête, **51,9 %** (n=42) sont des hommes, **48,2 %** (n=39) sont des femmes.

- Selon l'âge :



Ils sont **40,7 %** (n=33) à être âgés de 30 à 39 ans, **27,2 %** (n=22) ont entre 50 à 59 ans, **16,1 %** (n=13) ont plus de 60 ans, **8,6 %** (n=7) ont moins de 30 ans et **7,4 %** (n=6) ont entre 40 à 49 ans.

- Selon le mode et lieu d'exercice



51 %
en cabinet de groupe

La moitié des médecins de l'enquête exerce en cabinet de groupe (**50,6 %**, n=41) ; **18,5 %** (n=15) exercent en cabinet individuel et **4,9 %** (n=4) en maison médicale. Les médecins remplaçants représentent **22,2 %** (n=18) des participants. **3,7 %** (n=3) des médecins exercent selon un autre mode d'exercice (exercice mixte, SOS Médecins).

- Selon le lieu d'exercice



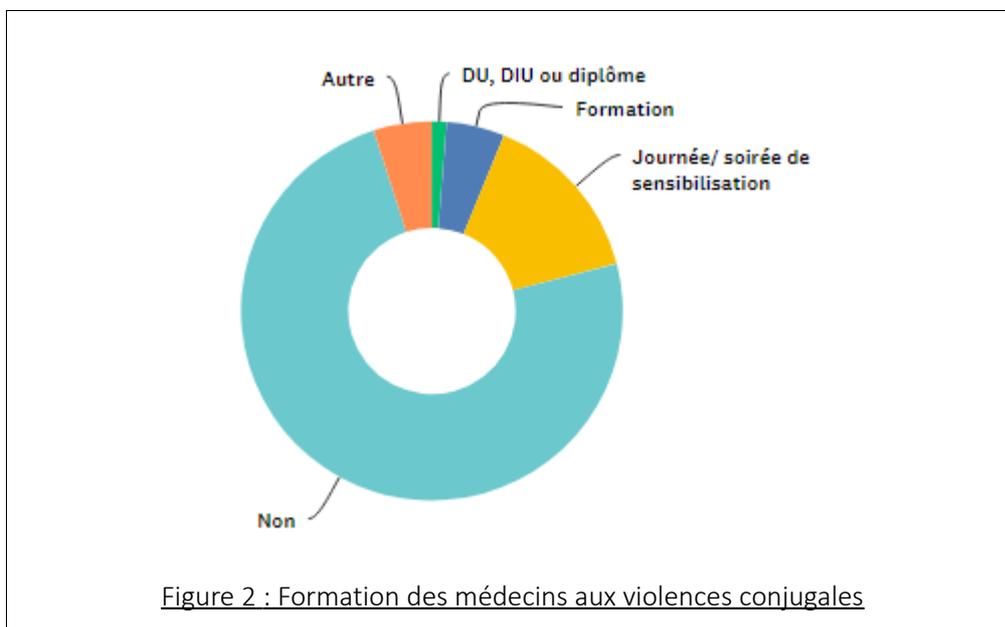
51 %
en milieu rural, semi-rural

Le lieu d'exercice est défini comme rural ou semi rural dans **50,6 %** (n=41) des cas, urbain dans **45,7 %** (n=37) des cas et mixte pour **3,7 %** (n=3) des réponses.

- Selon la durée d'exercice

Concernant la durée d'exercice, **49,4 %** (n=40) exercent depuis plus de 10 ans, **30,9 %** (n=25) depuis 1 à 5 ans, **11,1 %** (n=9) depuis 5 à 10 ans et **8,6 %** (n=7) depuis moins d'un an.

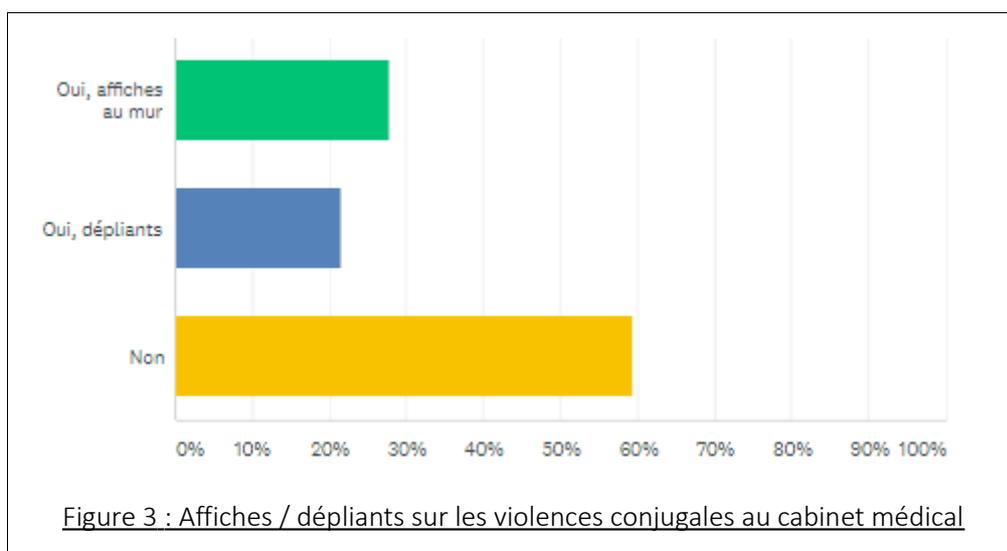
- Selon la formation aux violences conjugales



À la question concernant la formation spécifique sur le thème des violences conjugales : **74,1 %** (n=60) des médecins répondent n'avoir pas suivi de formation, **14,8 %** (n=12) ont été sensibilisés sur le sujet ; **4,9 %** (n=4) ont suivi une formation et **1,2 %** (n=1) ont obtenu un diplôme universitaire dans ce domaine. Parmi les autres réponses, **4,9 %** (n=4) des médecins ont évoqué le DIU et des stages de médecine légale ainsi que l'article sur ce thème de la revue Prescrire.

b) Repérage des victimes

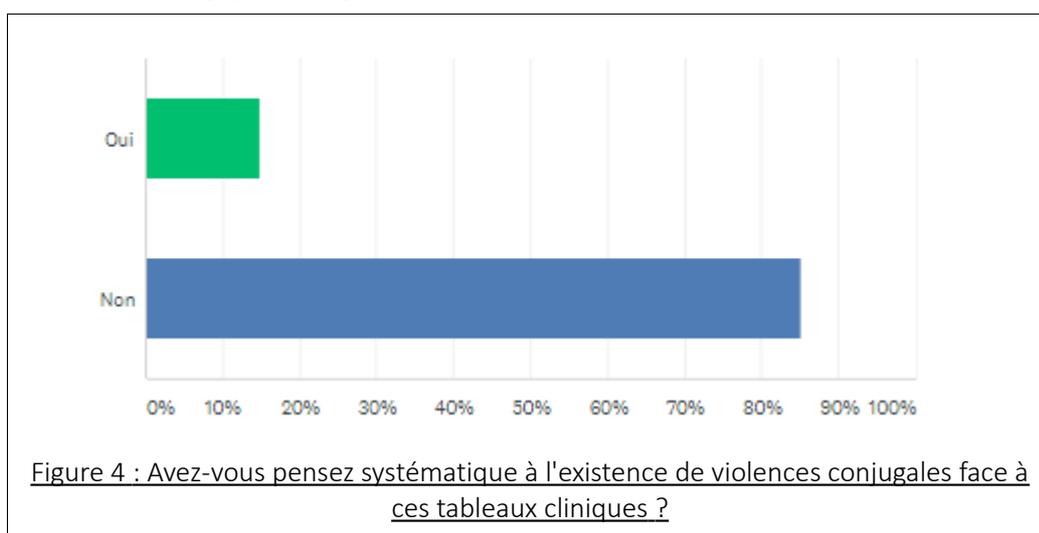
- Mise en évidence d'affiches



59,3 % (n=48) des médecins participant à l'enquête ne mettent pas d'affiches concernant les VC sur leur lieu d'exercice, **27,2 %** (n=22) apposent des affiches au mur et **22,2 %** (n=18) mettent des dépliants à la disposition des patientes. Si on filtre les réponses, **8,6 %** (n=7) des médecins disposent affiches et dépliants.

- Repérage des signaux d'alerte

Au cours des 12 derniers mois, la majorité des médecins interrogés a été confrontée à des patientes suivies au long cours pour des pathologies fonctionnelles chroniques à **98,8 %** (n=80) ; des pathologies gynéco-obstétriques à répétition à **80,3 %** (n=65) ; et des troubles psychiatriques à **100 %** (n=81).



Face à ces tableaux cliniques, ils sont **85,2 %** (n=69) à n'avoir pas pensé de façon systématique à l'existence de violences conjugales ; **14,8 %** (n=12) ont répondu oui. L'analyse des commentaires à la question retrouve en mots clés le fait d'y penser, mais pas de façon systématique, pour **7,4 %** (n=6) des médecins ; et un médecin précisait y penser de façon systématique depuis une soirée de sensibilisation.

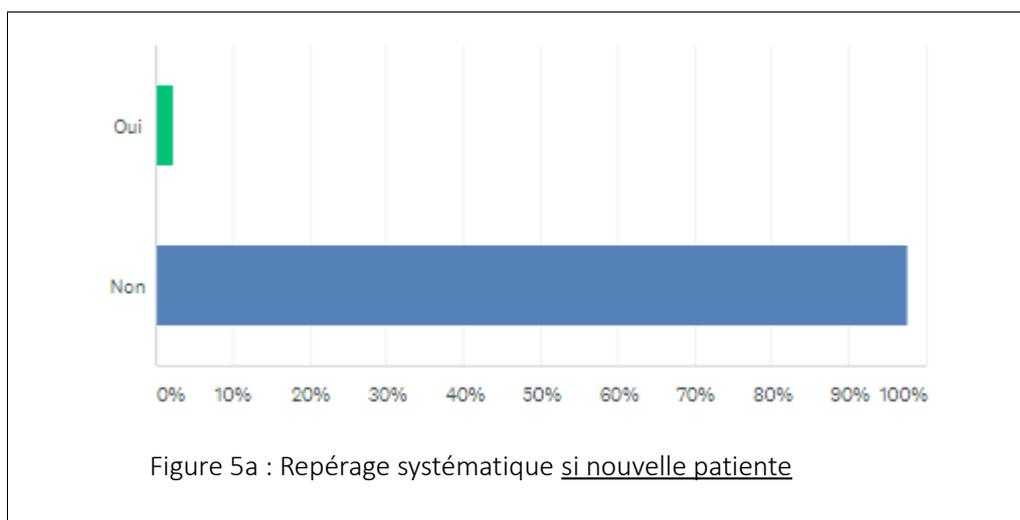
c) Questionnement systématique

- En cas de suspicion de violences conjugales

65,4 % (n=53) des médecins qui ont suspecté l'existence de violences conjugales ont posé la question à la patiente.

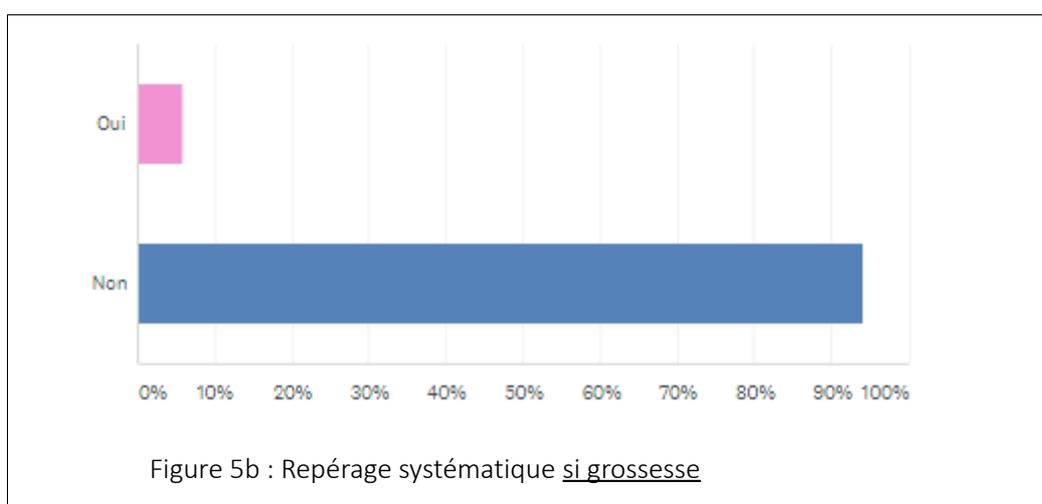
Ils sont **21 %** (n=17) à s'être déclarés non concernés par la question ; et **13,6 %** (n=11) à n'avoir pas posé la question.

- Cas particuliers : nouvelle patiente, grossesse.

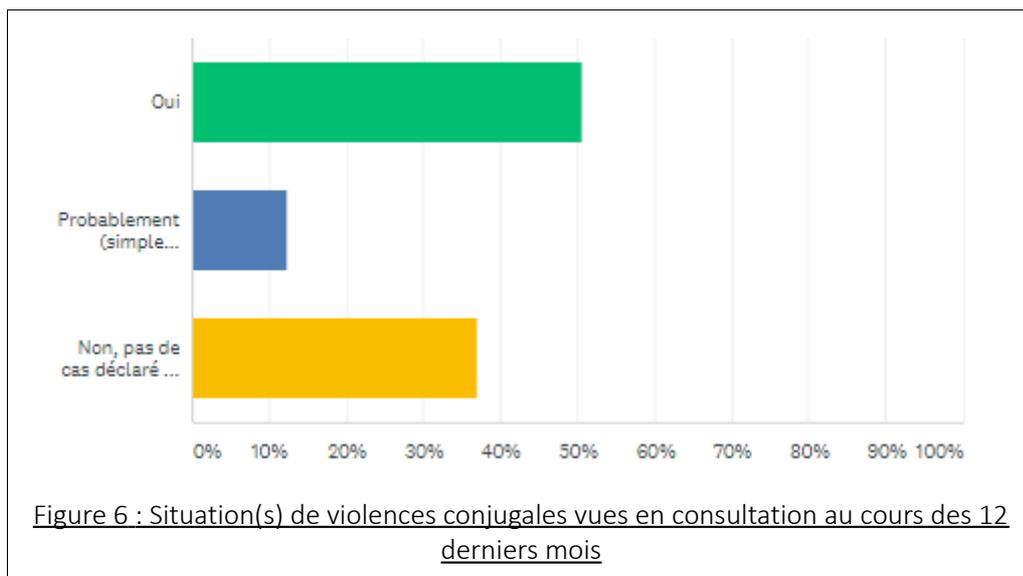


La question de l'existence de violences conjugales n'est pas posée de façon systématique lors de la création du dossier médical d'une nouvelle patiente, dans **97,5 %** (n=79) des cas ;

Ni quand la patiente est une femme enceinte ou a un projet de grossesse dans **93,8 %** (n=76) des cas.



d) Prise en charge des violences

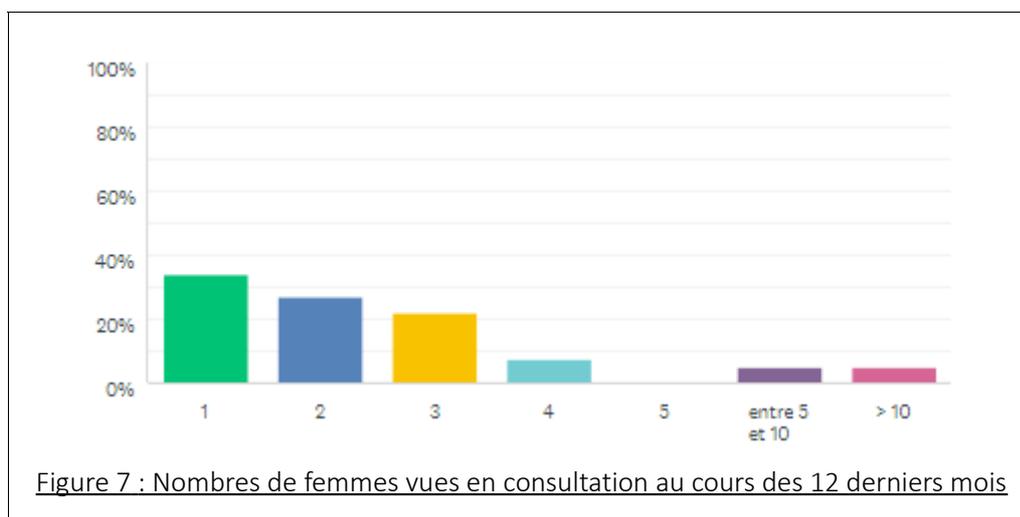


On constate que **50,6 %** (n=41) des médecins interrogés ont été confrontés au cours des 12 derniers mois à une ou plusieurs situations de femmes victimes de VC. **12,4 %** (n=10) des médecins ont simplement suspecté l'existence de VC et **37 %** (n=30) n'ont pas été confrontés ni suspecté de situations de VC.

Violences déclarées :

En cas de réponse affirmative à cette question, les médecins étaient interrogés sur le nombre de femmes vues en consultation pour des violences conjugales en un an puis sur la prise en charge concernant leur dernière patiente victime.

- Nombre de femmes vues en consultation :

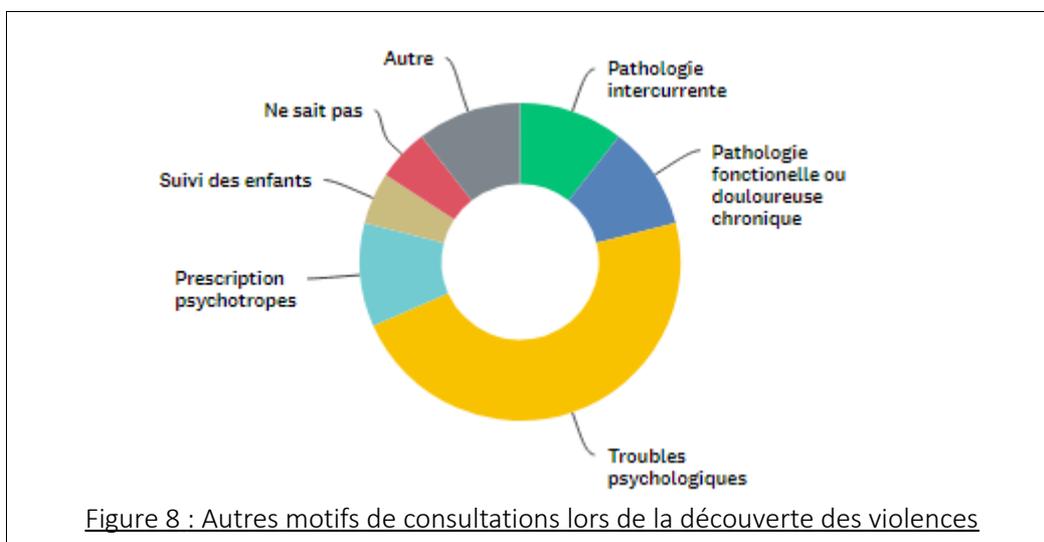


Le nombre de femmes vues en consultation était de : 1 femme pour **34,2 %** (n=14) des médecins interrogés, 2 femmes pour **26,8 %** (n=11), 3 femmes pour **22 %** (n=9), et 4 femmes pour **7,3 %** (n=3).

4,9 % (n=2) des médecins ont vu entre 5 et 10 femmes et également **4,9 %** (n=2) plus de 10 femmes .

- Motif de consultation :

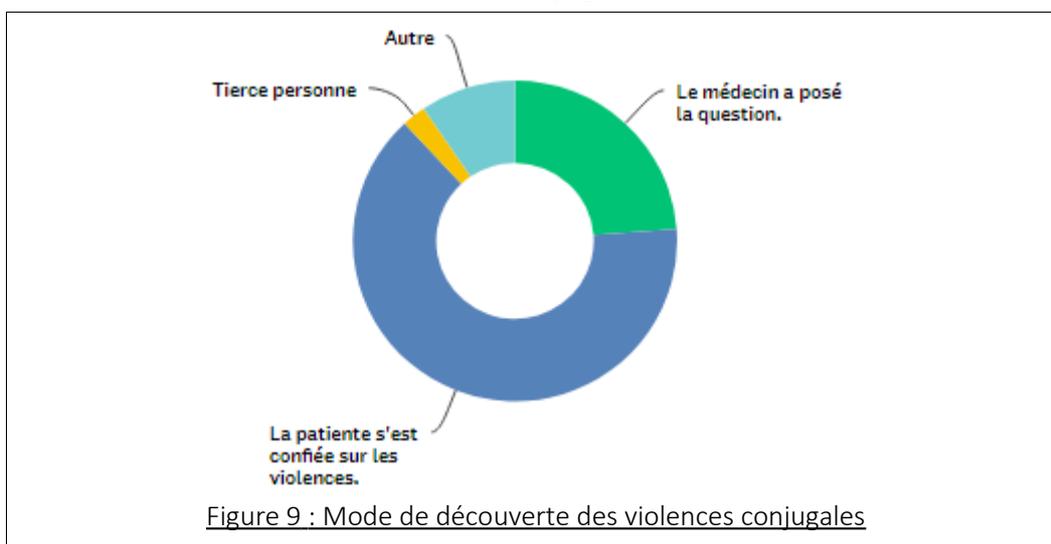
Le motif de consultation était explicite, c'est à dire violences déclarées par la victime pour **63,4 %** (n=26) des femmes vues en consultation. La patiente venait en consultation pour un autre motif dans **36,7 %** (n=15) des cas.



Parmi les autres motifs de consultation, on retrouve des troubles psychologiques à **47,4 %** (n=9) ; les troubles chroniques, les pathologies intercurrentes ainsi que la prescription de psychotropes représentent chacun **10,5 %** (n=2) des réponses, et le suivi des enfants, **5,3 %** (n=1).

Dans les autres réponses, on retrouve une demande de bilan IST ; et le fait que le sujet soit arrivé « par surprise » en discutant avec la patiente.

- Mode de découverte des violences conjugales :



L'existence de violences conjugales s'établit quand la patiente se confie dans **65,9 %** (n=27) des cas, ce qui confirme la précédente observation. Dans **24,4 %** (n=10) des cas, le médecin a posé la question et dans **2,4 %** (n=1), l'existence des violences a été révélée par une tierce personne. Dans les autres réponses, on retrouve dans **7,3 %** (n=3) l'intervention d'un tiers ou la présence de lésions suspects.

- Entretien avec la victime :

Lors de l'entretien avec la victime, les médecins ont déclaré proposer une écoute active et bienveillante à **95,1 %** (n=39), soutenir et valoriser la démarche de la patiente à **75,6 %** (n=31) et proposer à la victime de la revoir dans **73,2 %** (n=30) des cas. Rassurer la victime sur le caractère confidentiel de l'entretien a été évoqué à **58,5 %** (n=24) ; croire systématiquement les dires de la victimes et les reformuler avec elle à **48,8 %** (n=20).

- Notions expliquées à la patiente :

Concernant les notions spécifiques liées aux violences conjugales : **51,2 %** (n=21) des médecins déclarent avoir évoqué la notion de psychotraumatisme avec la victime, **46,3 %** (n=19) les différents types de violences, **39 %** (n=16) le cycle de la violence, **31,7 %** (n=13) les stratégies de l'agresseur. **17,1 %** (n=7) des médecins n'ont expliqué aucune des notions proposées ; **9,8%** (n=4) ont répondu ne pas savoir. Parmi les autres réponses, un médecin a évoqué les souffrances de l'aidant.

- Évaluation du danger :

Les médecins se sont assurés dans **58,5 %** (n=24) des cas de l'absence de risque d'un retour au domicile pour la patiente et ses enfants.

En cas d'urgence, **41,7 %** (n=17) des médecins se sont assurés des recours de la victime ou ont élaboré avec elle un scénario d'urgence.

- Examen clinique :

La plupart des médecins ont procédé à un examen clinique : aussi bien physique à **95,1 %** (n=39), que psychologique à **85,4 %** (n=35).

- Droits de la victime :

56,1 % (n=23) des médecins ont pu expliquer à la victime ses droits et lui rappeler la loi.

- Certificat médical :

Les médecins ont établi un certificat médical initial dans **61 %** (n=25) des cas et ont conservé les données dans le dossier médical **92 fois sur 100** (n=38).

- Orientation de la victime :

La victime a été orientée vers : la police ou la gendarmerie à **68,3 %** (n=28), un psychologue à **48,8 %** (n=20) ; vers une association de victimes à **34,2 %** (n=14), une autre structure médicale ou les urgences à **17,1 %** (n=7), un avocat à **17,1 %** (n=7), un travailleur social à **9,8 %** (n=4).

Il n'y a pas eu d'orientation proposée dans **7,3 %** (n=3) des cas.

L'analyse individuelle des réponses retrouve que **29,3 %** (n=12) des médecins ont fait une proposition d'aide multiple (≥ 3 orientations dont une association de victimes).

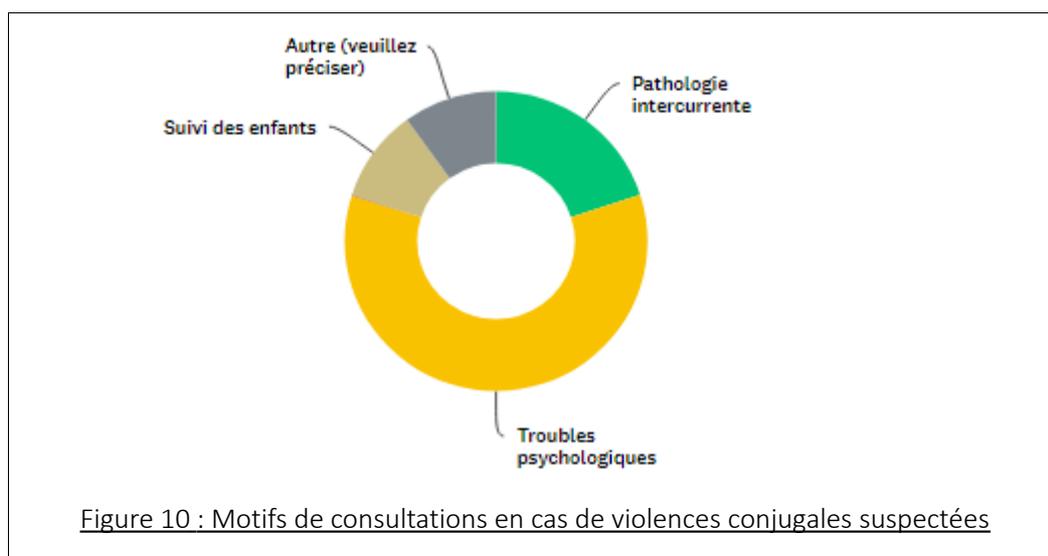
Violences suspectées

Pour les médecins ayant répondu qu'ils avaient seulement suspecté l'existence de violences conjugales, c'est à dire en cas de violences non déclarées, il leur a été demandé de préciser certains points.

- Nombre de femmes vues en consultation

Au cours des 12 derniers mois, les médecins ont suspecté l'existence de situations de violences conjugales chez 2 femmes dans **70 %** (n=7) des cas, 3 femmes dans **20 %** (n=2) des cas, et chez 1 femme dans **10 %** (n=1) des cas.

- Motif de consultation



Parmi les motifs on retrouve : des troubles psychologiques pour **60 %** (n=6) des patientes, une pathologie intercurrente pour **20 %** (n=2), le suivi des enfants pour **10 %** (n=1) et un renouvellement de traitement chez une nouvelle patiente.

- Éléments en faveur de la suspicion de violences conjugales

Les médecins ont suspecté l'existence de violences conjugales face : au comportement de la patiente dans **60 %** (n=6) des cas, à certains signaux d'alerte (consultations répétées, plaintes multiples, blessures...) pour **20 %** (n=2), à l'attitude du partenaire dans **10 %** (n=1) des cas.

- Attitude et actions du médecin

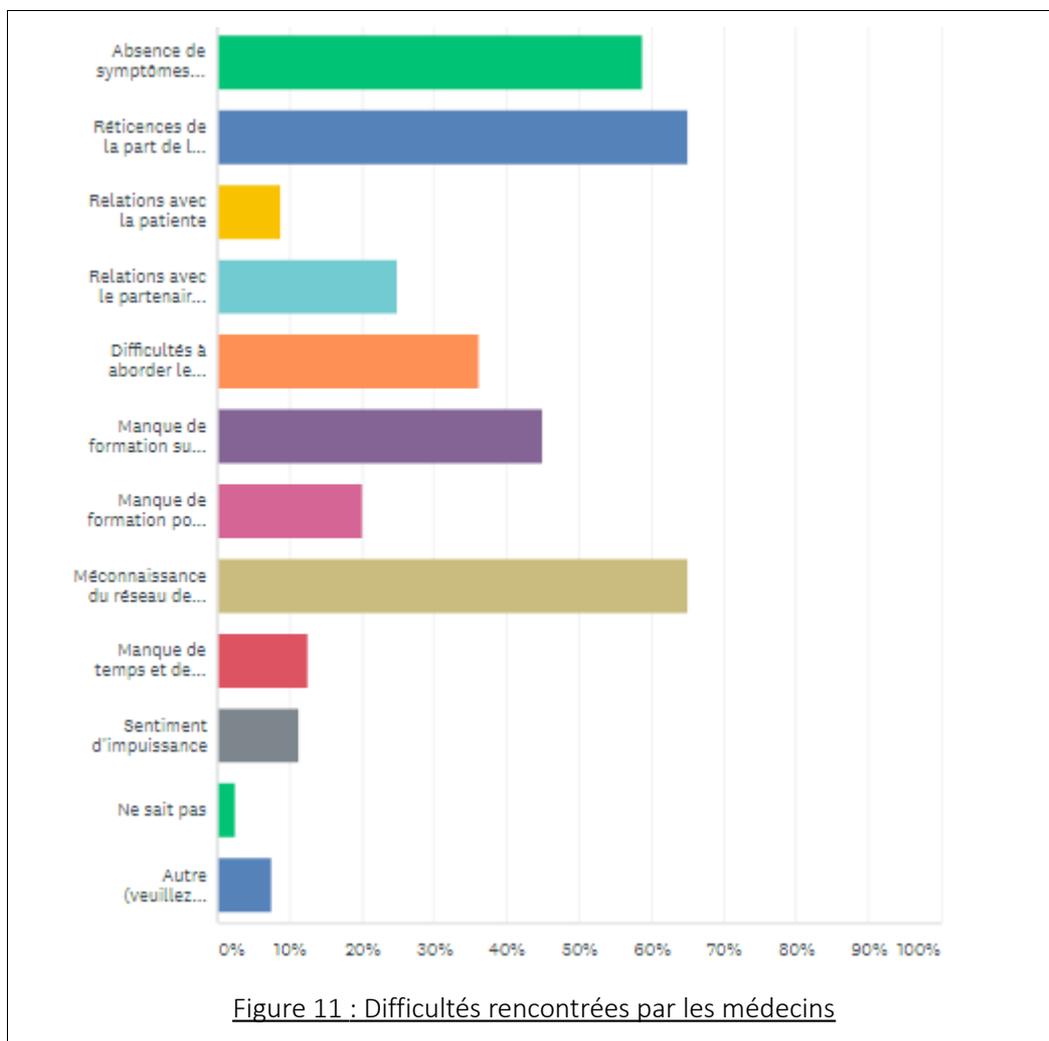
Face à ces situations de suspicion de violences conjugales, le médecin a proposé au cours de l'entretien, une écoute active et bienveillante pour **80 %** (n=8), une nouvelle consultation pour **50 %** (n=5), a rassuré sur le caractère confidentiel de l'entretien, pour **40 %** (n=4) d'entre elles.

L'examen clinique a pu être réalisé dans la majorité des cas : un examen physique dans **90 %** (n=9) des cas et un examen psychologique dans **80 %** (n=8) des cas.

e) Ressenti des médecins

Le ressenti des médecins a été évalué chez l'ensemble des participants.

- Difficultés de prise en charge



En ce qui concerne leurs difficultés rencontrées ou qu'ils pensent rencontrer dans la prise en charge de femmes victimes de violences conjugales, les médecins déclarent : à **64,2 %** (n=52) une méconnaissance du réseau de soin, l'absence de symptômes spécifiques pour **58 %** (n=47) d'entre eux, des difficultés à aborder le problème et à poser la question à **35,8 %** (n=29).

Le manque de formation sur le sujet et concernant la rédaction du CMI est problématique respectivement pour **45,7 %** (n=37) et **19,8 %** (n=16) d'entre eux. D'autre part, ils sont **65,4 %** (n=53) à évoquer les réticences de la patiente, **24,7 %** (n=20) les relations avec le partenaire de la victime.

Dans une moindre mesure, **12,4 %** (n=10) évoquent le manque de temps, **11,1 %** (n=9) un sentiment d'impuissance, **8,6 %** (n=7) les relations avec la patiente.

Parmi les autres réponses, l'analyse des commentaires retrouve : « le manque de systématisation dans l'anamnèse », « le peu d'expérience en tant que remplaçant », « le manque de solution de repli », « les solutions difficiles à trouver pour protéger la victime », « la culpabilité des patientes », le fait que « la police ne peut rien dans les ¾ du temps ».

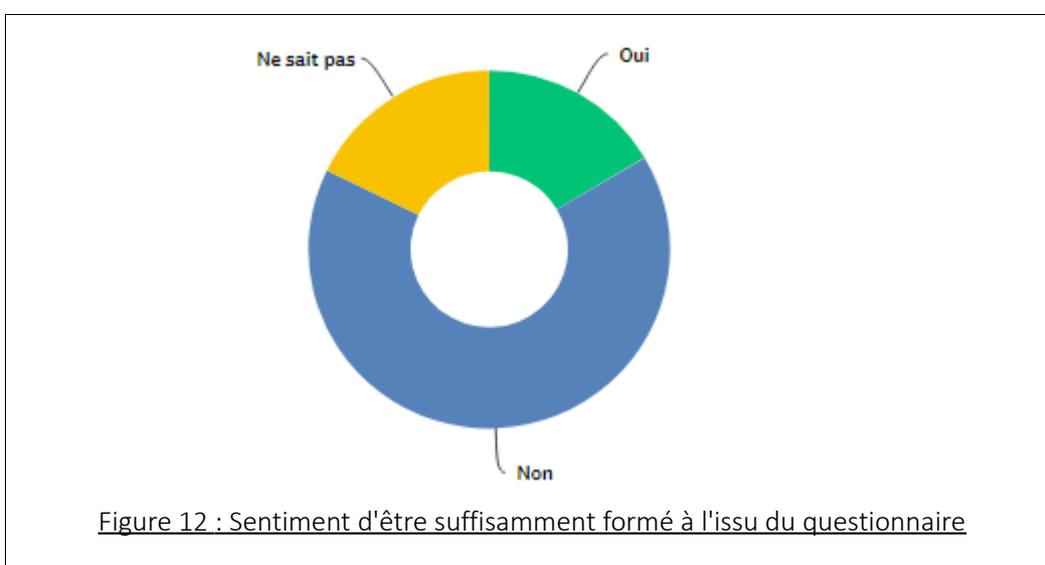
- Coordonnées des structures ressources à disposition

75,3 % (n=61) des médecins possèdent les coordonnées du Planning Familial, **55,6 %** (n=45), ont celles du Numéro National 3919.

Ils sont **66,7 %** (n=54) à ne pas avoir les coordonnées d'Atherbea, **77,8 %** (n=63) à ne pas avoir celles de l'ACJPB, **81,5 %** (n=66) n'ont pas celles du Barreau de BAYONNE, **86,4 %** (n=70) n'ont pas celles de l'association VIE et **88,9 %** (n=72) n'ont pas celles du CIDFF.

L'analyse des commentaires retrouve pour deux médecins le recours aux urgences du CHCB ou au référent violence de l'hôpital de Saint Palais ainsi que « la possibilité de trouver les coordonnées sur internet ».

- Ressenti des médecins sur leur aptitude à prendre en charge une femme victime de violences conjugales.



65,4 % (n=53) estiment ne pas être suffisamment formés ou sensibilisés pour prendre en charge une patiente victime de violences conjugales contre **16,1 %** (n=13) qui estiment l'être. **18,5 %** (n=15) des médecins ne se sont pas prononcés.

- Intérêt pour une soirée de sensibilisation ou une formation

Ils sont **66,7 %** (n=54) à souhaiter participer à une soirée de sensibilisation, et **49,4 %** (n=40), à des journées de formation.

- Intérêt pour le logigramme d'orientation

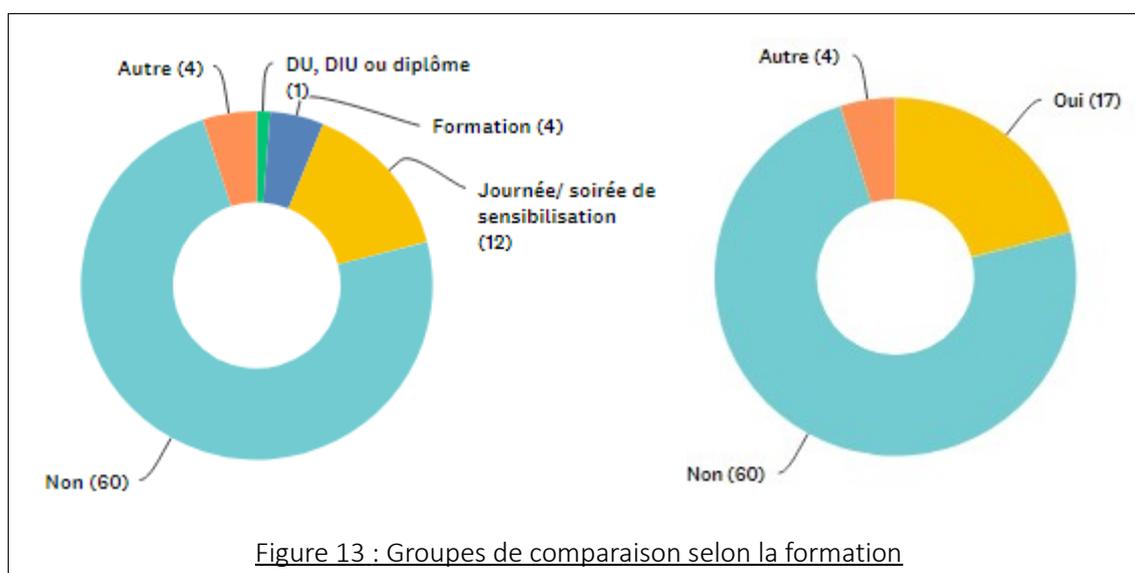
Les médecins interrogés étaient intéressés à **90,1 %** (n=73), pour recevoir le logigramme d'orientation élaboré par le groupe de travail du CHCB sur la prise en charge des victimes de violences conjugales.

3. Analyse croisée des données selon la formation

Afin de vérifier notre hypothèse de travail qui était que la prise en charge des médecins généralistes du Pays Basque peut se révéler problématique notamment en l'absence de formation ou de sensibilisation sur ce thème, nous avons comparé si le taux de médecins ayant vu des femmes victimes de violences conjugales en consultation était différent selon cette variable et si cette différence était sensiblement significative ($p < 0,05$).

Nous avons également comparé selon l'existence ou pas d'une formation préalable des médecins si les points clés du repérage, de la prise en charge et également du ressenti exprimé différaient de façon notable.

a) Groupes de comparaison



À la question n°6 : « *Avez-vous suivi une formation spécifique sur le thème des violences conjugales ?* », plusieurs réponses étaient proposées :

- Nous avons regroupés les différentes modalités de réponses afin de créer 2 groupes :
 - un groupe **FORMATION (+)** composé de 21 médecins ayant coché l'une des différentes réponses excepté le choix « NON ». Au vu de l'analyse des commentaires, les médecins ayant coché la réponse « AUTRE » ont également été inclus.
 - un groupe **FORMATION (-)** composé de 60 médecins ayant répondu « NON ».

Les caractéristiques des deux groupes ne font pas apparaître de différence significative.

Tableau 1 : Caractéristiques des groupes de comparaison selon la formation

		Formation (+) : n=21		Formation (-) : n=60		Valeur p
Hommes	Femmes	42,9 % (9)	57,1 % (12)	55 % (33)	45 % (27)	$p = 0,34 *$
<u>Age</u> < 40a	> 40a	52,4 % (11)	47,6 % (10)	48,3 % (29)	51,7 % (31)	$p = 0,75 *$
<u>Exercice</u> < 5a	> 5a	52,4 % (11)	47,6 % (10)	35 % (21)	65 % (39)	$p = 0,16 *$
<u>Mode</u> : Installé	Remplaçant	80,9 % (17)	19,1 % (4)	76,7 % (46)	23,3 % (14)	$p = 0,77$
<u>Lieu</u> : Urbain	Rural	33,3 % (7)	61,9 % (13)	50 % (30)	46,7 % (28)	$p = 0,20 *$

b) Comparaison du taux de médecins ayant vu des femmes victimes de VC

Nous avons comparé le fait d'avoir été confronté au cours des 12 derniers mois à des femmes victimes de VC selon la formation. Les valeurs de la modalité « Probablement » n'ont pas été prises en compte et ont été considérées comme des données manquantes.

Tableau 2 : Comparaison du taux de médecins ayant vu des femmes victimes de VC

	Femmes victimes de VC vues en 12 mois			Valeur p
	OUI	NON	Total	
Formation (+)	16 (76,2 %)	4 (19,1 %)	20	p = 0,02 * (* Test du Chi ²)
Formation (-)	25 (41,7 %)	26 (43,3 %)	51	

76,2 % (n=16) des médecins formés ont été confrontés au cours des 12 derniers mois à des situations de violences conjugales contre **41,7 %** (n=25) dans le groupe des médecins non formés, avec une différence retrouvée significative (p = 0,02).

c) Comparaison des autres points de la prise en charge

Nous avons comparé les autres points de la prise en charge du repérage à l'orientation. Les valeurs des modalités « Non concerné », ou « Ne sait pas » n'ont pas été prises en compte. Les résultats significatifs ont été soulignés en rose, les autres en bleu (une seule modalité de réponse a été mise en couleur pour faciliter la lecture).

Tableau 3 : Comparaison des points clés du repérage selon la formation

		Formation = oui		Formation = non		Valeur p
Affichage (affiches OU dépliants)						
<u>_ oui</u>	_ non	52,4 % (11)	50 % (10)	36,6 % (22)	63,3 % (38)	p = 0,21 *
Y penser systématiquement si signes d'appel						
<u>_ oui</u>	_ non	19,1 % (4)	81 % (17)	13,3 % (8)	86,7 % (52)	p = 0,50
Question systématique si suspicion de VC						
<u>_ oui</u>	_ non	76,2 % (16)	15 % (3)	61,7 % (37)	13,3 % (8)	p = 1
Question systématique si nouvelle patiente						
<u>_ oui</u>	_ non	9,5 % (2)	90,5 % (19)	0 % (0)	100 % (60)	p = 0,06
Question systématique si grossesse						
<u>_ oui</u>	_ non	9,5 % (2)	90,5 % (19)	5 % (3)	95 % (57)	p = 0,60
Nombres de femmes vues en consultation en un an						
<u>< 5</u>	≥ 5	87,5 % (14)	12,5 % (2)	92 % (23)	8 % (2)	p = 0,64
Motif de consultation explicite						
<u>_ oui</u>	_ non	53,3 % (9)	46,7 % (7)	68 % (17)	32 % (8)	p = 0,45 *
Mode de découverte						
<u>_ médecin</u>	_ patiente	43,8 % (7)	43,8 % (7)	12 % (3)	80 % (20)	p = 0,02

Concernant le mode de découverte des violences conjugales, le médecin a posé la question à **43,8 %** (n=7) chez les médecins formés contre **12 %** (n=3) chez les médecins non formés avec une différence significative (p=0,02).

Tableau 4 : Comparaison des points clés de la consultation selon la formation

	Formation = oui		Formation = non		Valeur p	
Entretien (oui / non)						
_ écoute active	87,5 % (14)	12,5 % (2)	100 % (25)	0 % (0)	p = 0,14	
_ confidentialité	56,3 % (9)	43,8 % (7)	60 % (15)	40 % (10)	p = 0,81 *	
_ croire	37,5 % (6)	62,5 % (10)	56 % (14)	44 % (11)	p = 0,25 *	
_ soutien	81,3 % (13)	18,8 % (3)	72 % (18)	28 % (7)	p = 0,71	
_ revoir	75 % (12)	25 % (4)	72 % (18)	28 % (7)	p = 1	
Absence de risque d'un retour à domicile						
_ oui	_ non	56,3 % (9)	43,8 % (7)	60 % (16)	28 % (7)	p = 0,39 *
Recours et scénario d'urgence						
_ oui	_ non	50 % (8)	43,8 % (7)	36 % (9)	52 % (13)	p = 0,46 *
Notions expliquées à la victime (oui / non)						
_ types de violence	43,8 % (7)	56,3 % (9)	48 % (12)	52 % (13)	p = 0,79 *	
_ stratégies agresseur	43,8 % (7)	56,3 % (9)	24 % (6)	76 % (19)	p = 0,18 *	
_ cycle violence	37,5 % (6)	62,5 % (10)	40 % (10)	60 % (15)	p = 0,87 *	
_ psychotraumatisme	43,8 % (7)	56,3 % (9)	56 % (14)	44 % (11)	p = 0,44 *	
_ aucune	18,8 % (3)	81,3 % (13)	16 % (4)	75 % (21)	p = 1	
Droits de la victime						
_ oui	_ non	75 % (12)	18,8 % (3)	44 % (11)	36 % (9)	p = 0,12 *
Examen physique						
_ oui	_ non	93,8 % (15)	0 % (0)	96 % (24)	4 % (1)	p = 1
Examen psychologique						
_ oui	_ non	81,3 % (13)	6,7 % (1)	88 % (22)	8 % (2)	p = 1
Certificat médical						
_ oui	_ non	75 % (12)	25 % (4)	52 % (13)	44 % (11)	p = 0,12 *
Données cliniques conservées						
_ oui	_ non	93,8 % (15)	6,3 % (1)	92 % (23)	4 % (1)	p = 1
Orientation de la patiente (oui / non)						
_ autre structure médicale	12,5 % (2)	86,7 % (13)	20 % (5)	80 % (20)	p = 0,69	
_ psychologue	50 % (8)	46,7 % (7)	48 % (12)	52 % (13)	p = 0,74 *	
_ police / gendarmerie	68,8 % (11)	33,3 % (5)	68 % (17)	32 % (8)	p = 0,96 *	
_ avocat	18,8 % (3)	86,7 % (13)	16 % (4)	84 % (21)	p = 1	
_ association de victimes	62,5 % (10)	40 % (6)	16 % (4)	84 % (21)	p = 0,002 *	
_ travailleur social	18,8 % (3)	80 % (12)	4 % (1)	96 % (24)	p = 0,14	
_ aucune orientation	0 % (0)	100 % (15)	12 % (3)	88 % (22)	p = 0,28	
_ ≥ 3 dont une association	50 % (8)	50 % (8)	16 % (4)	84 % (21)	p = 0,03	

Les médecins formés ont orienté la patiente vers une association à **62,5 %** (n=10) contre **16 %** (n=4) pour les médecins non formés avec une différence significative (p=0,002). **50%** (n=8) des médecins formés ont fait une proposition d'aide multiple (≥3 orientations dont une association) contre **16 %** (n=4) avec une différence significative (p=0,03).

Tableau 5 : Comparaison du ressenti des médecins selon la formation

	Formation = oui		Formation = non		Valeur p	
Difficultés évoquées (oui / non)						
_ absence de symptômes	52,4 % (11)	47,6 % (10)	60 % (36)	40 % (23)	p = 0,49 *	
_ réticences patiente	52,4 % (11)	47,6 % (10)	70 % (42)	30 % (17)	p = 0,12 *	
_ relations patiente	9,5 % (2)	90,5 % (19)	8,3 % (5)	91,7 % (54)	p = 1	
_ connaître partenaire	28,6 % (6)	71,4 % (15)	23,3 % (14)	76,7 % (45)	p = 0,66 *	
_ poser la question	42,9 % (9)	57,1 % (12)	33,3 % (20)	66,7 % (39)	p = 0,46 *	
_ manque formation VC	28,6 % (6)	71,4 % (15)	51,7 % (31)	48,3 % (28)	p = 0,06 *	
_ manque formation CMI	14,3 % (3)	85,7 % (18)	21,7 % (13)	78,3 % (46)	p = 0,54 *	
_ méconnaissance réseau	42,9 % (9)	57,1 % (12)	71,7 % (43)	28,3 % (16)	p = 0,01 *	
_ manque de temps	4,8 % (1)	95 % (19)	15 % (9)	85 % (50)	p = 0,44	
_ sentiment d'impuissance	9,5 % (2)	90,5 % (19)	11,7 % (7)	88,3 % (52)	p = 1	
Coordonnées structures ressources (oui / non)						
_ ACJPB	47,6 % (10)	52,4 % (11)	13,3 % (8)	86,7 % (52)	p = 0,002	
_ Atherbea	52,4 % (11)	47,6 % (10)	26,7 % (16)	73,3 % (44)	p = 0,03 *	
_ Avocats Bayonne	33,3 % (7)	66,7 % (14)	13,3 % (8)	86,7 % (52)	p = 0,05	
_ CIDFF	33,3 % (7)	66,7 % (14)	3,3 % (2)	96,7 % (57)	p = 0,001	
_ Planning familial	76,2 % (16)	23,8 % (5)	75 % (45)	25 % (15)	p = 1	
_ VIE	28,6 % (6)	71,4 % (15)	8,3 % (5)	91,7 % (55)	p = 0,03	
_ 3919	71,4 % (15)	28,6 % (6)	50 % (30)	50 % (30)	p = 0,09 *	
Sentiment médecin d'être suffisamment formé						
_ oui	_ non	28,6 % (6)	66,7 % (14)	11,9 % (7)	66,1 % (39)	p = 0,19
Intérêt soirée sensibilisation/ formation (oui / non)						
_ soirée		66,7 % (14)	19,1 % (4)	66,7 % (40)	16,7 % (10)	p = 1
_ formation		71,4 % (14)	23,8 % (5)	41,7 % (25)	28,3 % (17)	p = 0,29 *
Intérêt recevoir logigramme						
_ oui	_ non	95,2 % (20)	4,8 % (1)	88,3 % (53)	8,3 % (5)	p = 1

Concernant les difficultés : les médecins formés évoquent une méconnaissance du réseau à 42,9 % (n=9) contre 71,7 % (n=43) chez les médecins non formés avec une différence significative (p=0,02).

Concernant les structures ressources : les médecins formés disposent des coordonnées de l'ACJPB à 47,6 % (n=10) contre 13,3 % (n=8) chez les médecins non formés ; d'Atherbea à 52,4% (n=11) contre 26,7 % (n=16) ; du CIDFF à 33,3 % (n=7) contre 3,3 % (n=2) et de l'association VIE à 28,6 % (n=6) contre 8,3 % (n=5) avec une différence significative pour tous ces résultats (p < 0,05).

IV. DISCUSSION

1. À propos de l'étude

a) Apports de l'étude

La problématique des violences conjugales est au cœur de la politique de santé publique et grande cause nationale de cette année 2018.

Pour autant, il n'existe relativement que peu d'études, quantitatives, en France, ayant pour question la prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences conjugales.

Notre étude dresse un bilan global des pratiques du repérage à l'orientation.

Le questionnement systématique, souvent abordé dans les études a été analysé ici en présence de signaux d'alerte et également en cas de grossesse, une situation à risque, peu étudiée jusqu'à présent chez les médecins généralistes.

La prise en compte dans notre travail des différents points clés de la prise en charge nous a permis d'avoir d'une part un regard comparatif sur des notions déjà abordées dans d'autres études et d'autre part d'analyser des points nouveaux comme l'entretien avec la victime ou l'évaluation du risque d'un retour à domicile chez les patientes.

La réalisation de cet état des lieux sur le territoire du Pays Basque nous éclaire ainsi davantage sur la réalité de la situation et des problématiques rencontrées par les médecins généralistes dans leur exercice afin de pouvoir leur apporter des réponses en accord avec leurs attentes et les points notables soulevés.

Nous avons pu ainsi recueillir leurs souhaits en matière de formation et leur proposer un outil d'aide à l'orientation des victimes validé par les professionnels du réseau de soin.

Enfin à travers notre étude et les échanges avec les médecins, ce travail a permis de sensibiliser peut-être davantage certains de nos confrères à cette problématique, aux modalités de sa prise en charge et à l'organisation du réseau de soin au niveau local.

b) Limites de l'étude

Notre recherche bibliographique ne nous a pas permis de retrouver d'études sur les pratiques des médecins généralistes au Pays Basque et en Aquitaine concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales d'où notre intérêt pour le sujet.

À la lecture du dossier sur les Violences faites aux Femmes publié sur le site de l'URPS Nouvelle - Aquitaine, nous avons néanmoins trouvé l'existence d'une enquête régionale, menée par l'URPS et adressée par mail à 2 991 médecins libéraux de la Nouvelle - Aquitaine (pédiatres, psychiatres, gynécologues et médecins généralistes) dont les résultats ont été présentés à l'occasion du colloque sur la « Prise en charge des femmes victimes de violences intrafamiliales » qui s'est tenu le 23 novembre 2017 à Bordeaux. Cette enquête mettant en évidence la nécessité d'améliorer le repérage et la prise en charge des violences conjugales par les médecins libéraux.

Il est ainsi possible que la multiplication d'enquêtes sur cette thématique et sur d'autres de façon générale ait diminué le nombre de répondants à notre étude.

Nous n'avons pas pu nous procurer les résultats de cette enquête et bien qu'il s'agisse d'une étude de plus grande ampleur dont la population ne cible pas de façon spécifique les médecins généralistes, une lecture et une analyse de ces données existantes nous auraient peut-être permis de préciser encore mieux l'intérêt de notre travail au niveau local.

- choix de l'enquête

Le choix de réaliser une enquête en ligne comporte encore aujourd'hui évidemment un biais de sélection puisqu'il nécessite que les praticiens soient informatisés et qu'ils sachent maîtriser Internet.

- représentativité et taille de l'échantillon

Par ailleurs, le choix d'inclure les médecins remplaçants a de même possiblement induit un biais dû à une sur-représentativité ; les jeunes médecins étant peut-être plus enclins à répondre à une sollicitation pour un travail de thèse.

Néanmoins, ce choix nous semblait cohérent avec notre objectif de sensibilisation ; ces médecins sont amenés à prendre en charge ces femmes et pour certains à s'installer de façon pérenne sur le territoire.

Concernant notre population d'étude, elle concerne environ 350 médecins, notre échantillon d'étude est en conséquent de petite taille, néanmoins suffisant pour nous avoir permis de mettre en évidence certains résultats significatifs.

- biais du questionnaire

Certaines questions portant sur la prise en charge d'une ou plusieurs situations de femmes victimes de violences conjugales ont pu induire un biais de mémorisation que nous avons essayé de minimiser en limitant l'ancienneté de la rencontre aux douze derniers mois et en considérant uniquement la dernière patiente prise en charge.

- biais de l'analyse

En ce qui concerne l'analyse croisée des données, pour le groupe « FORMATION = oui » nous avons regroupé toutes les modalités de réponse hormis la réponse non et même si ce regroupement semble logique, il a pu induire une perte de précision dans l'analyse des réponses puisqu'il ne tient pas compte du niveau de formation.

Nous avons par ailleurs choisi pour les variables à étudier de ne pas prendre en compte les modalités de réponses « Probablement » ou « Ne sait pas » et de les traiter comme des données manquantes.

Cela a pu induire un biais dû à la perte d'information mais a permis de ne pas extrapoler en attribuant une réponse à un groupe plutôt qu'à un autre ce qui aurait pu orienter les résultats.

2. À propos des résultats

À la lecture de nos résultats, le repérage et l'orientation restent ici également deux problématiques notables dans la prise en charge des médecins de notre enquête et comme le confirme en partie notre analyse, ces moments clés de la prise en charge peuvent être mieux appréhendés chez les médecins ayant pu bénéficier d'une formation quelle qu'elle soit sur les violences conjugales et ce de façon significative concernant certains points du repérage et de l'orientation des victimes.

a) Comparaison avec les données de la littérature

Nous avons comparé nos résultats, soulignés en gras, avec d'autres études quantitatives déjà publiées en France.

- Le dépistage systématique

Concernant le repérage, seuls **2,5 %** des médecins de notre étude posent la question de l'existence de violences conjugales en cas de nouvelle patiente ; des chiffres bas et en accord avec les données connues, ce mode de repérage n'étant que très peu appliqué pour l'heure en France. (8)

En 2016, seuls 2 % des médecins de Haute-Normandie réalisaient un dépistage systématique. (35)

Dans le groupe des médecins formés ils sont néanmoins près de **10 %** à le faire contre aucun dans le groupe des médecins n'ayant pas eu de formation.

- Le nombre de médecins ayant vu des femmes victimes de VC en un an.

On constate que **50,6 %** des médecins déclarent avoir été confrontés au cours des 12 derniers mois à une ou plusieurs situations de femmes victimes de VC.

Dans l'étude comparative du Dr Cornilleau : en 2000, 59,6 % des médecins avaient vu des femmes victimes de VC lors de l'année précédente contre 67,3 % en 2011.(34)

Un taux plus faible dans notre étude, qui peut en partie s'expliquer par le fait que nous avons distingué d'emblée les situations de violences déclarées et celles suspectées.

Dans tous les cas, seul **1 médecin sur 2** a déclaré avoir vu au moins une situation de violence conjugale en un an ce qui reste peu, au vu de la prévalence estimée en France selon laquelle 3 à 4 patientes sur 10 dans nos salles d'attente de médecine générale peuvent être victimes de violences conjugales. (36)

Selon notre analyse comparative, les médecins formés ont été davantage confrontés, et ce de façon significative, au cours des 12 derniers mois à des situations de violences conjugales avec un taux de 76,2 % contre 41,7 % dans le groupe des médecins non formés.

- Le nombre de femmes vues en consultation en un an

90 % des médecins ont vu 1 à 4 femmes l'année précédente ; **10 %**, plus de 5.

L'analyse comparative ne permet pas de mettre en évidence un nombre de femmes vues en consultation significativement plus important chez les médecins formés par rapport aux médecins non formés.

Dans notre étude et en accord avec les données déjà publiées, la grande majorité des médecins est ainsi confrontée à peu de situations de femmes victimes de VC et ce nombre ne semble pas avoir évolué depuis les premières études réalisées. (34, 37)

- Le mode de découverte des violences

Dans **66 %** des cas, c'est la patiente qui a révélé d'emblée les violences aux médecins ; et seuls **24,4 %** d'entre eux ont posé la question.

Dans l'étude du Dr Cornilleau, la femme en a parlé spontanément dans 84,6 % des cas en 2000, et dans 69 % des cas en 2011. C'est le médecin qui a posé la question dans 7,7 % des cas en 2000, et dans 18,4 % des cas en 2011. (34)

De manière attendue, l'existence des violences conjugales s'établit principalement quand c'est la femme qui se confie, néanmoins comme le confirme notre étude, les médecins semblent poser davantage la question aujourd'hui.

Un autre résultat significatif de notre étude est que **le mode de découverte des violences diffère de façon significative s'il existe une formation préalable : les violences étant davantage révélées quand le médecin a posé la question à près de 44 % chez les médecins formés contre 12 % chez les médecins non formés.**

- Le certificat médical

Les médecins de notre étude ont établi un CMI dans **61 %** des cas, conservé les données dans le dossier médical **92 fois sur 100** et pour **20 %** d'entre eux, le manque de formation concernant la rédaction du CMI est problématique.

Bien que non significatif, le certificat médical a néanmoins été établi davantage chez les médecins formés à **75 %** contre **52 %** chez les médecins non formés et l'absence de formation concernant le CMI est évoqué davantage chez ces derniers.

Dans des études récentes, c'est respectivement 78 % et 82 % des médecins qui ont rédigé un CMI ; 89 % ont notifié les données dans le dossier médical (35, 38).

En Île de France, en 2000 et 2011 : le CMI avait été rédigé dans 83,3 % puis 76,6 % des cas ; les données conservées à 50,8 % et 61,1 % ; et le manque de formation pour rédiger les certificats était moins problématique passant de 20,5 % à 16,5 %. (34)

En 2017, dans l'étude du Dr Bonnet, il était facile pour 86,1 % des médecins de la Vienne de rédiger un certificat médical initial à leurs patientes. (37)

Le taux de rédaction du CMI est plus faible dans notre étude ; cela peut être expliqué en partie par le souhait de certaines patientes de ne pas se voir délivrer de CMI et ce d'autant plus si les violences n'étaient pas le motif initial de consultation.

Il semble par ailleurs aujourd'hui, et nos chiffres le confirment que les médecins conservent largement les éléments de l'examen dans le dossier ; et que la rédaction du CMI soit moins problématique pour les médecins. Cela peut s'expliquer par l'existence de référentiels dédiés comme les recommandations de la HAS, du Conseil National de l'Ordre, et par une meilleure formation initiale et continue.

- L'orientation des victimes

Les médecins ont orienté la victime à **68 %** vers la police ou gendarmerie, un peu moins d'1 fois sur 2 vers un psychologue et dans une moindre mesure vers une association de victimes pour un tiers des femmes, un travailleur social dans 1 cas sur 10. Par ailleurs dans notre étude, seulement **30 %** des médecins ont fait une proposition d'orientation multiple comprenant une association de victimes.

En comparaison, dans l'étude du Dr Cornilleau, les médecins orientaient 1 fois sur 2 vers les forces de l'ordre et vers un psychologue, dans 42 % des cas vers des associations, et un tiers des femmes vers un travailleur social. (34)

La méconnaissance du réseau de soin est une difficulté pour **64 %** des médecins dans notre étude ce qui peut expliquer en partie nos résultats.

En effet, un peu plus d'1 médecin sur 2 a les coordonnées du numéro national 3919 et bien qu'ils soient près des $\frac{3}{4}$ à posséder celles du Planning Familial, ils sont une majorité à ne pas avoir les coordonnées des associations ressources comme Atherbea, référent « violences conjugales » sur le territoire.

Bien que nos chiffres soient un peu en dessous des données connues notamment pour le recours à des associations ou à un travailleur social, les pratiques des médecins dans notre étude suivent la tendance déjà observée.

Afin d'améliorer la prise en charge des femmes, les médecins doivent pouvoir connaître les structures ressources en matière d'aide aux victimes. Il ne faut pas se limiter à une orientation uniquement répressive ou seulement vers un psychologue, important pour la prise en charge psychotraumatique mais qui pourrait faire croire à la victime qu'elle est responsable. Seul un accompagnement pluridisciplinaire où chacun joue un rôle essentiel peut aider la patiente à se reconstruire. (30)

Dans notre analyse comparative, les médecins formés orientent davantage et de façon significative la patiente vers une association de victimes à 62,5 % contre 16 % et sont également plus nombreux à proposer une orientation multiple à 50 % contre 16 %, et ce également de façon significative.

Ils disposent davantage des contacts des structures ressources en ce qui concerne notamment et de façon significative les coordonnées des différentes associations de victimes.

- Les difficultés des médecins

Enfin, dans notre étude, les difficultés majeures rencontrées par les médecins sont présentes de façon attendue au niveau du repérage par l'absence de symptômes spécifique pour **58 %** des médecins et comme vu précédemment au niveau de l'orientation pour **64 %** d'entre eux par la méconnaissance du réseau.

Les réticences de la patiente restent encore également dans notre étude une difficulté majeure évoquée à **65 %**. Le manque de formation sur la thématique des violences conjugales arrive en 4^e position à **45 %**.

Dans l'étude du Dr Cornilleau, l'absence de symptômes typiques était problématique à 72,8 % en 2000 et 61,4 % en 2011 ; l'absence de formation à 60,3% en 2000 et 66,9% en 2011 ; la dissimulation par la femme à 82,6% en 2000 et 86,7% en 2011. (34)

Dans l'étude du Dr Bonnet, 86,2% des médecins généralistes pensaient que le manque de formation était un obstacle à leur prise en charge. (37)

Dans l'étude du Dr Quenot, les médecins évoquaient comme principaux freins aux repérage : le manque de formation à 67,5% et la méconnaissance du réseau à 57,5%.(38)

Nos résultats, en accord avec les études déjà publiées retrouvent principalement les mêmes difficultés chez les médecins ; néanmoins bien que classé parmi les premières problématiques, le manque de formation a été moins souvent évoqué dans notre étude.

Selon notre analyse comparative, les médecins non formés évoquent davantage et de façon significative des difficultés concernant la méconnaissance du réseau à 71,7% contre 45% chez les médecins formés.

Bien que non significatif, l'absence de symptômes spécifiques et notamment le manque de formation sont également plus souvent évoqués chez les médecins non formés. De manière assez prévisible, le manque de formation est évoqué près de deux fois plus chez les médecins non formés bien qu'il représente encore une difficulté pour 28,6% des médecins sensibilisés ou formés. Notre analyse comparative regroupe toutes les formations sans distinction ; parmi lesquelles certaines sont évidemment plus complètes.

Enfin, il semble que les réticences de la patiente soient davantage une problématique pour les médecins non formés que pour ceux ayant eu une formation à ce sujet, et qui sont peut-être davantage sensibilisés à la mécanique des violences conjugales et aux difficultés pour les victimes de se libérer de l'emprise de leur agresseur.

b) Points nouveaux étudiés

D'une façon générale, la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins de notre étude souffre tout d'abord d'un manque de systématisation du questionnement face à des signes qui mériteraient que l'on y pense et dans des situations à risque comme la grossesse.

Par ailleurs, notre étude nous a permis d'analyser de façon plus précise des moments clés de la consultation, peu étudiés jusqu'à présent.

- Les signaux d'alerte

L'absence de symptomatologie spécifique est l'une des problématiques majeures rapportée par les médecins de notre étude et retrouvée de manière générale dans la littérature.

Le rapport Henrion incite à dépister les violences conjugales au moindre soupçon.

Ainsi, nous avons analysé si face à des signaux qui doivent en théorie alerter le praticien, les médecins pensent en pratique à l'existence de violences conjugales.

La plupart des médecins de notre étude ont été confrontés à des pathologies relativement courantes en consultation de médecine générale : **99 %** des médecins pour les pathologies fonctionnelles chroniques (troubles fonctionnels intestinaux, céphalées, cervicalgies, lombalgies, fibromyalgie...) ; un peu moins, **80 %**, pour les pathologies gynéco-obstétriques (fausses couches et IVG multiples, dépression du post-partum, infections urinaires, gynécologiques et IST à répétition...) ; et **100 %** des médecins ont rencontré des patientes qui consultaient pour des troubles psychiatriques chroniques (troubles anxio-dépressifs, TS, conduites addictives).

Le lien entre l'augmentation du risque relatif de survenue de ces pathologies médicales et les violences conjugales est établi dans la littérature. (2)

Pour autant **85 %** des médecins interrogés déclarent n'avoir pas pensé de façon systématique à l'existence de violences conjugales face à ce genre de tableaux.

Notre analyse ne permet pas de mettre en évidence de différence significative bien que les médecins formés semblent être davantage à le faire ; un médecin déclarant y penser de façon systématique depuis une soirée de sensibilisation sur les violences conjugales.

Le dépistage systématique restant peu réalisé en routine, il faut ainsi que face à ces tableaux cliniques, les médecins puissent y penser afin de ne pas méconnaître l'existence de violences conjugales dont les conséquences sur la santé sont désastreuses ; sensibiliser les médecins semble pouvoir améliorer ces pratiques.

- La grossesse

La question de l'existence de violences conjugales n'est pas posée de façon systématique par les médecins quand la patiente est une femme enceinte ou a un projet de grossesse dans environ **94 %** des cas dans notre étude.

Chez les médecins formés, moins de **10 %** posent la question de l'existence de violences conjugales de façon systématique contre respectivement **5 %** chez les médecins non formés sans qu'il n'existe de différence significative entre les deux groupes.

Les violences conjugales n'épargnent pourtant pas les femmes enceintes puisque bien au contraire les violences vont débiter souvent au cours d'une grossesse ou s'aggraver. (3)

Dans une étude réalisée aux urgences du CHCB par le Dr Hanebali, parmi les 76 victimes femmes, 7 étaient enceintes lors des violences soit **9,2 %** des victimes.

A la lecture de ces données et au vu des conséquences graves pour la femme enceinte, il faut ainsi sensibiliser davantage les médecins généralistes à l'intérêt du dépistage à ce moment de la vie où les femmes ont facilement accès aux soins donc au dépistage et à la prévention. (3, 25)

- L'entretien

L'entretien est un moment de la consultation essentiel dans la prise en charge où le médecin va recueillir peut-être pour la première fois le témoignage de la victime et lui permettre de parler en toute confiance.

Dans notre étude, **95 %** soit la quasi totalité des médecins a proposé une écoute attentive et bienveillante et **75 %** ont soutenu et valorisé la démarche de la patiente en cas de violences déclarées. **73 %** des médecins ont proposé de revoir la patiente en cas de violences déclarées contre 1 médecin sur 2 en cas de simple suspicion.

Il est pourtant important même si la victime ne déclare pas de violences de « laisser une porte ouverte » et de lui faire savoir qu'elle peut consulter de nouveau si besoin.

Concernant l'attitude adoptée au cours de l'entretien, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes et les médecins non formés sont ceux qui déclarent tous à **100 %** avoir proposé une écoute active, contre **87,5 %** chez les médecins formés. Cela peut s'expliquer par le fait que l'attitude du médecin, le « savoir être » au cours de l'entretien fait partie intégrante de la relation médecin-patient et peu importe finalement qu'un médecin ait été sensibilisé aux particularités des violences conjugales, il peut, et heureusement, recueillir le témoignage d'une victime dans le cadre d'une relation empathique et bienveillante.

Dans une moindre mesure, les médecins rassurent sur le caractère confidentiel de l'entretien à **58,5 %** et **48,8 %** ont déclaré « croire systématiquement les dires de la patiente et les reformuler avec elle. »

C'est le pourcentage le plus faible de notre étude concernant les différents points de l'entretien et bien que la différence ne soit pas significative, les médecins formés, paradoxalement sont **37,5 %** à le faire contre **56 %** chez les non formés.

Pourtant croire de façon « inconditionnelle » les dires de la patiente ainsi que reformuler avec elle ses déclarations est fondamental pour établir une communication de qualité.

« Je te crois »... c'est la première réponse que conseille Clémence Pajot, directrice du centre Hubertine Auclert, à faire à quelqu'un qui se confie après avoir été victime de violences, sans douter de sa parole, et ce comme on l'a vu même en l'absence de traces ou d'indices. (28)

Les victimes ont en effet tendance à minimiser les faits par honte, culpabilité.

La technique de reformulation dans l'entretien permet au médecin de s'assurer de la bonne compréhension de ce qui lui est révélé ; et à la patiente de se sentir écoutée dans ce qu'elle vient de dire, de préciser sa pensée et de se reconnecter à la réalité des violences subies. (3, 39, 40)

C'est assurément un point qui peut être amélioré dans la communication à adopter avec la victime et ce chez l'ensemble des médecins de notre étude.

- les notions expliquées à la patiente

La consultation est également un moment dédié pour mettre des mots sur ce que vit la patiente et lui expliquer les mécanismes à l'œuvre afin qu'elle puisse se libérer progressivement du phénomène d'emprise.

Dans notre étude, environ 1 médecin sur 2 déclare avoir évoqué la notion de psychotraumatisme avec la victime, et dans une moindre mesure les différents types de violences à **46 %**, le cycle de la violence à **39 %**, les stratégies de l'agresseur à **31 %**. Il n'existe pas de différence significative selon la formation néanmoins on observe que les médecins formés déclarent davantage expliquer les stratégies de l'agresseur quand les médecins non formés déclarent plutôt aborder les différents types de violence et le psychotraumatisme.

Concernant le psychotraumatisme, considérée comme une notion dont les mécanismes sont encore trop peu connus (2, 3), les médecins peuvent y avoir été sensibilisés quelque soit l'origine du traumatisme pris en charge ; on en a pour exemple beaucoup entendu parlé après la vague d'attentats qui a touché la France.

Par ailleurs, la question posée ne différenciait pas si les médecins évoquaient les mécanismes neuro-biologiques à l'œuvre ou encore les signes psychiques en lien avec le psychotraumatisme.

Dans tous les cas les conséquences du psychotraumatisme expliquent un bon nombre des symptômes presque toujours observés chez les victimes de violences conjugales et la connaissance de ces mécanismes doit être généralisée afin de permettre dans un premier temps aux médecins de mieux appréhender la prise en charge de ces victimes.

Les réticences de la patiente sont on l'a vu encore pour la majorité des médecins toujours une problématique ; or comprendre le psychotraumatisme permet de comprendre la normalité des allers retours que va faire une victime dans son cheminement pour se détacher de ce phénomène d'emprise où elle lutte sans cesse.

La compréhension de ces phénomènes va permettre également aux victimes de prendre conscience de l'origine de leurs troubles et de ne plus se sentir coupable.

1 à 2 médecins sur 10 n'expliquent aucune notion à la patiente et ce même en cas de formation ou sensibilisation sur le sujet ; notre analyse ne permettant pas de distinguer ou comparer le type de formation. C'est pourtant un point clé de l'entretien sur lequel il faudra mieux sensibiliser les médecins.

Sur le plan juridique, **56 %** des médecins ont pu expliquer à la victime ses droits ; et bien que non significatif les médecins formés l'ont expliqué à 75 % contre 44 %. Il est essentiel que la victime comprenne qu'elle peut signaler les faits, être protégée de son agresseur et que des sanctions sont prévues par la loi contre les auteurs de ses violences ; et les médecins formés semblent y être davantage sensibilisés.

- L'examen clinique

La très grande majorité des médecins de l'étude réalise un examen clinique aussi bien physique à **95 %** que psychologique à **85 %** et il n'existe pas de différence significative selon l'existence d'une formation aux violences conjugales.

Dans notre étude, quand le motif de consultation n'est pas explicite, les troubles psychologiques représentent le principal motif de consultation, à **47 %** pour les violences déclarées, et **60 %** en cas de violences suspectées.

Néanmoins dans les violences conjugales, les troubles psychiques sont souvent sur le devant de la scène (3) et il ne faut pas se limiter à ces symptômes que l'on voit et qui sont bien souvent l'expression d'un psychotraumatisme qu'il faut s'employer à rechercher afin d'orienter les patientes vers une prise en charge adaptée.

- L'évaluation du risque

Le rapport Henrion notifie dans ses actions prioritaires l'importance d'évaluer la gravité de la situation en cas de violences conjugales.

Dans notre étude, **58 %** des médecins se sont assurés de l'absence de risque d'un retour au domicile pour la patiente et ses enfants ; et **41 %** se sont assurés des recours de la victime ou ont élaboré avec elle un scénario d'urgence.

Bien que les médecins formés semblent avoir davantage élaboré un scénario d'urgence ; environ 3 à 4 médecins sur 10 n'ont pas évalué la gravité de la situation et ce aussi bien chez les médecins formés ou sensibilisés que chez ceux n'ayant reçu aucune formation.

Au vu des conséquences potentiellement dramatiques, cette évaluation du risque doit être systématisée.

En effet, **5 %** des situations de violences conjugales déclarées dans notre étude l'ont été à l'occasion du suivi des enfants et le double dans le cas de violences suspectées.

Dans l'étude du Dr Hanebali, des enfants étaient impliqués, en tant que témoins ou victimes dans au moins 10 % des cas ; et 14 victimes (17,7 %), ont fait une tentative de suicide au moment des violences ou dans la semaine qui a suivi. (20)

D'où la nécessité de ne pas méconnaître ce risque afin de ne pas mettre en danger la victime et le cas échéant ses enfants.

C'est assurément un point à améliorer dans la prise en charge de ces patientes.

3. Pistes de réflexion

a) Outils à disposition pour les médecins

- **Affiches et fiches des structures ressources**

Parmi les points clés mis en avant par le guide validé par la MIPROF, la présence d'affiches et/ou de dépliants dès l'arrivée au cabinet permet de faire savoir aux victimes et aux tiers que le médecin est sensibilisé à cette problématique.

Cela peut participer à remédier à la sous-révélation des violences conjugales.

Sur le même principe, il faudrait que les médecins puissent avoir à disposition les fiches des différentes structures ressources notamment la petite carte 3919 très utile pour les patientes qui peuvent facilement la dissimuler et qui répertorie tous les organismes du territoire que ce soit en cas d'urgence, pour en parler et s'informer, pour un hébergement ou pour porter plainte.

Des actions au niveau des médecins généralistes de Bayonne en association avec le Planning familial ont déjà été menées avec affiches distribuées et flyers de chaque structure.

Actuellement les médecins du territoire peuvent se procurer les fiches 3919 auprès de la déléguée départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité, auprès de notre animatrice de réseau au CHCB ou à l'occasion des soirées de sensibilisation.

À l'image de ce qui se fait déjà pour certaines campagnes de sensibilisation, on peut envisager que les médecins puissent à terme commander des kits de sensibilisation avec affiches et cartes afin de faciliter la diffusion de ces outils.

- **Logigramme d'orientation**

Le logigramme d'orientation est un organigramme élaboré au sein du groupe de travail et validé par les acteurs du réseau.

Au moment de la diffusion du questionnaire, il était en cours de validation par l'ensemble des professionnels. Il a donc été adressé dans un second temps aux médecins qui souhaitaient le recevoir.

90 % des médecins de notre étude ont souhaité recevoir ce logigramme, en accord avec l'étude du Dr Bonnet où 86 % des médecins interrogés pensaient qu'un arbre décisionnel les aiderait pour la prise en charge des victimes de violences conjugales.

(37)

Les retours spontanés que nous avons eu sont certes favorables et ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins cependant on peut espérer qu'avec cet « outil synthétique », « utile à la pratique quotidienne » les médecins pourront mieux orienter leurs patientes dans le réseau de soin local.

b) Améliorer la sensibilisation

L'amélioration de nos pratiques passe peut-être dans un premier temps par une meilleure sensibilisation des médecins car tous ne se sentent pas encore suffisamment concernés tout simplement car ils ne voient pas de victimes de violences conjugales en consultation : « Je ne suis pas concerné, je n'en vois pas ».

Comme le confie le Dr Gilles Lazimi dans le livre *Violences Conjugales et famille* dont il est l'un des auteurs : « Médecin généraliste au centre de santé de Romainville, je n'ai pendant de nombreuses années, faute de sensibilisation et surtout de formation, quasiment pas rencontré dans mes consultations de femmes victimes de violences. Les rares que je repérais, venaient explicitement pour des violences, n'avaient pas besoin de révéler le motif de leur consultation, les signes physiques en attestaient dès l'entrée dans le cabinet. » (2)

Il faut ainsi poursuivre les actions menées sur le territoire. Une prochaine soirée de sensibilisation aura lieu sur le territoire dans le cadre de la semaine de prévention des violences faites aux femmes. L'invitation a été diffusé comme recommandé à l'ensemble des médecins de notre étude, aux secrétariats médicaux et médecins dont nous avons les coordonnées en espérant qu'ils répondent nombreux à cette rencontre avec les différents professionnels et partenaires qui travaillent pour cette cause.

c) Multiplier les supports de formations

L'un des points du rapport Henrion et objectif des derniers plans ministériels est d'« Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé. »

Au 2e semestre 2019, une première formation sera proposée sur « Les violences intra-conjugales et leurs conséquences sur la santé », répartie sur 3 journées, avec des apports théoriques et pratiques, des partages d'expériences, des mises en situation ; une formation qui a l'avantage d'être pluridisciplinaire, localisée et axée sur le territoire.

Dans notre étude et d'une façon générale l'absence de formation aux violences conjugales est l'une des problématiques principales mais moins d'un médecin sur deux souhaite participer à des journées de formation. Les médecins ayant déjà été sensibilisés ou formés semblent davantage intéressés à 71% contre 41% chez les médecins n'ayant eu aucune formation.

Il faut ainsi envisager d'autres possibilité de formation pour les médecins.

Tout d'abord au niveau de la formation initiale, aux urgences de Bayonne, les internes reçoivent une formation au cours du semestre par le médecin référent pour les violences conjugales. Le stage aux urgences étant obligatoire dans le cursus de l'internat en médecine générale et chaque service d'urgences étant maintenant doté d'un médecin référent on peut espérer que cette pratique puisse être systématisée afin

de s'assurer que les jeunes praticiens soient sensibilisés à cette thématique.
En ce qui concerne la formation continue, les formations proposées sont diverses : journées régionales, congrès récemment à Pau avec table ronde sur les violences faites aux femmes, formation sur le traumatisme psychique à Bordeaux.

La question qui se pose reste celle d'impliquer davantage les médecins libéraux, qui ont peu de temps dédié à la formation ; peut-être comme il a été proposé en groupe de travail en intégrant davantage cette thématique dans le cadre des formations dispensées par les organismes de développement personnel continu (DPC).

On peut également citer la possibilité de la formation en ligne par la diffusion :

- des outils de la MIPROF comme le court-métrage « Anna » disponible sur le site, qui explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge et le travail en réseau et peut permettre en quinze minutes de sensibiliser le praticien à cette question.
- des sites internet référents sur le sujet : stop-violences-femmes.gouv.fr
memoiretraumatique.org, de clicviolences.fr

L'avantage est une information facile d'accès qui n'a pas vocation à se substituer à une rencontre avec des professionnels mais qui peut servir de socle pour renforcer les connaissances des praticiens.

V. CONCLUSION

Les violences conjugales représentent une priorité de santé publique où le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le repérage et l'accompagnement des victimes.

Encore trop peu de médecins sont concernés par cette question.
En un an, selon nos chiffres, seul un médecin sur deux a été confronté à cette situation.

Le repérage de ces victimes demeure l'une des problématiques de cette prise en charge.

Poser la question de l'existence de violences conjugales n'est pas généralisée en pratique courante lors de la rencontre avec une nouvelle patiente ni en cas de grossesse ; une situation pourtant particulièrement à risque qui mérite que l'on s'y emploie sans réserve et de façon systématique.

Au delà de ce questionnement, il faut déjà face à des signaux d'alerte notamment devant des troubles psychiques chroniques, premier motif de consultation quand les violences ne sont pas explicites, que le médecin se pose la question de l'existence de violences conjugales.

Très peu sont les médecins qui en pratique y pensent de façon systématique.

Dans notre étude, l'existence d'une sensibilisation à la question des violences conjugales voire d'une formation améliore le repérage des victimes, la connaissance du réseau et permet une meilleure orientation des patientes.

Les médecins sensibilisés et formés sont davantage confrontés aux femmes victimes de violences conjugales ; ils sont également plus nombreux à poser la question de l'existence de violences conjugales quand le plus souvent chez les autres médecins c'est la patiente qui révèle les violences.

Une fois ces violences révélées, d'une façon générale, les médecins proposent un cadre bienveillant afin de recueillir le témoignage des victimes, une écoute attentive et un soutien de la démarche. La quasi totalité des médecins réalise un examen physique et également psychologique. Un certificat médical initial est établi dans la majorité des cas et sa rédaction semble moins problématique qu'auparavant.

Face à ce bilan encourageant pour la pratique, des points restent néanmoins perfectibles. Les médecins sont moins nombreux à croire de façon inconditionnelle la victime, une attitude à adopter et à faire savoir à la patiente qui est essentielle pour établir une relation de soin de qualité. Au cours de la consultation, c'est plus d'un médecin sur trois qui ne s'est pas assuré de l'absence de risque d'un retour à domicile pour la patiente et ses enfants ; un risque bien réel malheureusement. Et concernant les notions expliquées à la patiente au cours de l'entretien, ils sont une petite majorité à expliquer ses droits à la victime et à évoquer la notion de psychotraumatisme quand près de deux médecins sur dix n'expliquent aucun des mécanismes des violences conjugales. La connaissance des mécanismes en jeu est pourtant pour les victimes « la clé pour leur permettre de comprendre ce qu'elles ressentent ». (2)

Enfin l'orientation des victimes est également problématique dans la prise en charge. Moins d'un tiers des médecins proposent un accompagnement pluridisciplinaire et la plupart ne disposent pas des contacts des structures ressources à disposition ; le manque de connaissance du réseau étant l'une des difficultés principales évoquées par les médecins.

Savoir quels sont les signes d'alerte, y penser et oser poser la question pour ainsi mieux repérer les victimes de violences ; comprendre les mécanismes des violences conjugales afin de mieux appréhender les réticences de la patiente et pouvoir l'accompagner à son rythme dans sa démarche ; protéger la victime et son entourage ; l'informer de ses droits ; connaître les professionnels et partenaires du réseau de soin : tels sont les points clés qui ressortent de notre étude, en accord avec les objectifs pédagogiques des soirées de sensibilisation et des journées de formation organisées par le groupe de travail sur les violences conjugales au centre hospitalier de la Côte Basque.

L'intérêt d'une formation a été confirmée dans notre étude et ces actions doivent être pérennisées afin d'améliorer les pratiques professionnelles des médecins généralistes du territoire.

Des outils d'aide à la prise en charge comme le logigramme d'orientation validé par le groupe de travail et l'ensemble des acteurs du réseau local et adressé aux médecins de notre étude ont pour objectif d'améliorer la prise en charge de ces femmes victimes de violences conjugales.

D'une façon générale, une diffusion auprès des professionnels d'affiches de sensibilisation, d'outils valides comme ceux de la MIPROF ; ou encore une offre de formation plus importante dans le cadre du DPC permettrait également de sensibiliser le plus grand nombre.

Un meilleur repérage et accompagnement des victimes passe par une sensibilisation et une formation des médecins généralistes, tous concernés par cette question et encore plus qu'ils ne le pensent car l'enjeu de la lutte contre les violences faites aux femmes va au delà du combat pour le droit des femmes.

Repérer les violences quelles qu'elles soient, c'est mieux soigner, davantage écouter, parfois moins prescrire et s'engager vers une médecine plus humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gouges O de (1748-1793) A du texte. Les droits de la femme . A la Reine [Internet]. 1791 [cité 6 sept 2018]. Disponible en ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64848397>
2. Coutanceau R, Salmona M, Ayotte R, Baron D, Besset MO, Brisson M et coll. Violences conjugales et famille. Malakoff : Dunod ; 2016. 288p. (Psychothérapies).
3. Mémoire traumatique et Victimologie. Violences conjugales. Dr Muriel Salmona. [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible en ligne : <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html>
4. MIPROF. Lettre de l'Observatoire National des violences faites aux femmes. « Violences au sein du couple et violences sexuelles » N°12 - novembre 2017 [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible en ligne : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no12-violences-au-sein-du-couple.html>
5. Vanneau V. La Paix des ménages - Histoire des violences conjugales XIXe-XXIe siècle. Paris : Anamosa ; 2016. 254 p.
6. OMS. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Genève ; 2017 [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible en ligne : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/>
7. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. New York, ONU, 1993.
8. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales et le rôle des professionnels de santé : Rapport au ministère chargé de la Santé. Paris; La Documentation Française ; 2001.
9. Secrétariat d'état en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. Violences au sein du couple [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible en ligne : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/violences-au-sein-du-couple-317.html>
10. Organisation mondiale de la santé. La violence à l'égard des femmes. Dans la famille. Genève ; Juillet 1997 : 38 pages.
11. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la sante. Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes. Genève ; 2002 : 39 pages. [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible en ligne : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
12. OMS. London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève ; 2013.
13. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Rapport d'évaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes. [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible en ligne : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publications/droits-des-femmes/lutte-contre-les-violences/evaluation-du-plan-global-2005-2007-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>

14. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Rapport d'activité 2013 – 2017.
15. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Le 4ème plan interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes. [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible en ligne : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>
16. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. CIRCULAIRE N° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes. Paris;Novembre 2015.
17. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. 5e plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. [Internet]. [cité 16/10/2018]. Disponible en ligne : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
18. Direction générale de la Police Nationale, Direction générale de la Gendarmerie Nationale et Délégation aux victimes. Étude Nationale sur les morts violences au sein du couple – 2016 : 33 pages.
19. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Observatoire des violences conjugales. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2016. Novembre 2017
20. Hanebali M. Prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Mémoire pour l'obtention du diplôme de DESC de médecine d'urgence. Bordeaux. 2018
21. Borel S, Herpin A, Larzabal B. Violences faites aux femmes et enfants et leurs conséquences. Compte-rendu de la réunion du 06 janvier 2017. CHCB. Bayonne ; Janvier 2017.
22. Service de Médecine Légale. CHU d'Angers. Violences conjugales : aide à la prise en charge médicale à destination des médecins. Dépliants et guides [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/depliants-et-guides-308.html>
23. Fédération Nationale Solidarité Femmes – FNSF. Suis-je victime de violences conjugales ? [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/suis-je-victime-de-violences-conjugales>
24. Borel S, Haddad S, Vignelongue MH. Réseau Périnatal Aquitaine. Protocole obstétrique : Accompagnement des femmes enceintes victimes de violences conjugales. Bordeaux ; 2016 : 26 pages.
25. Déclic Violences. La boîte à outils – Repérer : les signes d'alerte [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://declicviolence.fr/boite01.html>
26. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire. Thèse de Médecine générale. Poitiers. 2017
27. Solidarité Femmes Besançon. Que dire à une femme victime de violences [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes25.org/dire-a-une-femme-victime-de-violences/>

28. Soulat M. Violences conjugales : Repérage et prise en charge par les professionnels de santé. Rencontre ville-hôpital. Bayonne. Novembre 2017.
29. Jorge A, Trounday A, Versvavaud Pietrat MN. Cycle de la violence et Psychotraumatismes. Rencontre ville-hôpital. Bayonne. Novembre 2017.
30. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Les principaux acteurs et le dispositif partenarial [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-principaux-acteurs-et-le.html>
31. Elhorga M, Valere J. Orientation des femmes victimes de violences conjugales. Réseau Territorial. Rencontre ville-hôpital. Bayonne. Novembre 2017.
32. Chambonnet JY et coll. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. Rev Prat Med Gen - Septembre 2000; N°507: 1481-1485
33. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer 2010; 92:75-81
34. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Thèse de Médecine générale. Paris 6 - Pierre et Marie Curie. 2012.
35. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse de Médecine générale. Rouen. 2016.
36. Déclic Violence. Un problème de santé publique sous estimé [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.declicviolence.fr/pourquoi-b1.html#titre1>
37. Bonnet P. État des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. Thèse de Médecine générale. Poitiers. 2017.
38. Quenot M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes : À propos d'une enquête en Haute Garonne. Thèse de Médecine générale. Toulouse 2016.
39. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. Collège National des Généralistes Enseignants. La relation médecin-patient. Exercer – Avril 2017 ; N°132 : 187-8.
40. Déclic Violence. Préambule : Principes et attitudes à développer pour une prise en charge adaptée [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://declicviolence.fr/comment-c1.html>

ANNEXES

Annexe n°1 : La prise en charge en 10 points

Dépliant Violences conjugales : aide à la prise en charge médicale à destination des médecins.
Service de Médecine Légale. CHU d'Angers.



Violences conjugales :

Aide à la prise en charge médicale
à destination des médecins

CentralFab - CHU Angers - novembre 2013 - crédit photos : Artem Furman - Fotolia

Pour vous aider à repérer et prendre
en charge vos patients et patientes victimes
de violences conjugales.

Les 10 points à connaître ...



www.chu-angers.fr

Service de Médecine légale - CHU Angers
4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 9

1 Paraître concerné

Par la mise en évidence d'**affiches** et de **brochures** dans votre salle d'attente. Les témoins ou victimes vous sentiront ainsi sensibilisé à la problématique.

2 Être alerté

Bien qu'il n'existe **pas de symptomatologie typique**, certains signes doivent vous alerter :

- **la victime** : comportement craintif, refus de se déshabiller, consultations itératives pour des motifs multiples et contradictoires ...
- **le ou la partenaire** : propos méprisants, nie ou minimise les faits, contrôle des faits et gestes de son partenaire par le regard ...

Certains facteurs de risque d'être victime, sont aussi à prendre en compte :

- jeune âge (pour les femmes),
- faible niveau d'éducation (pour les femmes),
- haut niveau d'études et revenus importants (pour les hommes),
- instabilité ou rupture conjugale,
- conduites addictives,
- grossesse, naissance.



3 Dépister

- De façon systématique ou face à des signes d'alerte, **oser poser la question** est important et souhaité par la majorité des victimes.

Des questions simples suffisent :

- "Comment ça va à la maison ?"
- "Vous êtes tombé(e), ou on vous a poussé(e) ?"
- "L'anxiété et les troubles du sommeil peuvent être le reflet de problèmes conjugaux, est-ce votre cas ?"

- Créer un climat de confiance favorable aux révélations est essentiel :

- rassurer sur la confidentialité et le respect du secret professionnel,
- être patient,
- veiller au choix de ses mots et à son langage corporel,
- en parler lors d'une consultation sans conjoint(e) et sans enfant (ou du moins, sans enfant en âge de parler),
- en cas de barrière de la langue, se faire aider d'un interprète extérieur à la famille.

- Et si la victime ne parle pas ?

Il faut savoir réitérer la proposition d'aide, laisser une porte ouverte : "*si vous avez besoin de quoi que ce soit, je suis là*".

Il est important de **prendre le temps et rassurer**.

4 Soigner

5 Expliquer

Plus qu'une aide pour quitter leur agresseur, les victimes veulent avant tout comprendre :

- Les différents types de violences :

- **psychologiques** : propos méprisants, dénigrement, chantage, menaces de représailles ...
- **verbales** : hurlements, insultes, ordres ...
- **physiques** : coups de pied, de poing, griffures, morsures, coups avec des objets, brûlures ...
- **économiques** : interdiction de travailler, pas d'accès à l'argent du couple, confiscation de salaire, contrôle des dépenses du ménage ...
- **sexuelles** : sexualité contrainte, sévices sexuels, viols, pornographie ...

- L'évolution en cycle au cours du temps augmentant en fréquence et en intensité.

6 Évaluer la gravité

- Évaluer la fréquence, le contexte et les conséquences des épisodes de violences.
- Rechercher des facteurs de risques de violences graves et/ou d'homicide :
 - arme au domicile,
 - menaces de mort,
 - usages nocifs d'alcool ou de substances psychoactives,
 - antécédents judiciaires pour ce motif.

En fonction de cette évaluation, un éloignement du domicile peut être proposé, si besoin, par une hospitalisation de protection en urgence.

7 Signaler

Il faut conseiller à la victime de **déposer plainte** auprès des autorités judiciaires.

Rappelons qu'un médecin peut pour toute victime faire un signalement **avec l'accord de cette victime** (article 226-14 Al.2 du Code Pénal).

Il se fait par écrit auprès du Procureur de la République (ou des services de police/gendarmerie).

Si la victime est un mineur ou une personne vulnérable, le médecin peut signaler sans l'accord de la victime.

Toutefois :

"Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire".

Article 226-14 Al.1 du Code Pénal

"Si la victime semble en péril imminent ou dans un état de vulnérabilité tel qu'elle semble dans l'incapacité d'agir elle-même, le médecin doit se manifester auprès des autorités judiciaires".

Guide de l'action publique 2011.

La difficulté réside en l'absence de définitions de la vulnérabilité et du péril imminent. Les facteurs de gravité, énoncés précédemment, et le travail en partenariat (cf. point 10) peuvent orienter votre prise de décision.

8 Établir un scénario d'urgence

Il s'agit d'identifier une **série de mesures** à mettre en place, afin d'assurer la sécurité de la victime et de ses enfants en cas de situations de violence :

- repérer les situations à risques,
- identifier les facteurs déclenchants,
- identifier une personne de confiance et convenir avec elle d'un mode de communication à utiliser en cas d'urgence,
- éduquer les enfants sur les conduites à tenir en cas de situations de violences,
- préparer un "sac de secours" contenant les papiers d'identité, les documents personnels, des vêtements, de l'argent, le double des clés... et le placer dans un endroit sûr.

9 Certificat médical descriptif

Il s'agit d'un **document médico-légal**. Ce n'est en aucun cas un préalable juridiquement nécessaire au dépôt de plainte.

Il doit comporter :

- les dires de la victime au conditionnel,
- une description objective des lésions physiques et des retentissements fonctionnel et psychologique,
- la détermination de l'ITT.

L'ITT ou Incapacité Totale de Travail est :

- une notion juridique reflétant le retentissement de l'agression dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer...),
- elle reflète le retentissement physique et psychique,
- à ne pas confondre avec l'arrêt de travail.

Il est essentiel de garder un double du certificat dans le dossier médical de la victime.

Si la victime ne souhaite pas de certificat, penser à **consigner** les faits relatés et les constatations **dans le dossier médical**.



Les violences conjugales en quelques chiffres :

En 2012

- **166 femmes** en sont décédées, soit 1 femme tous les 2 jours,
- **31 hommes** en sont décédés, soit 1 homme tous les 12 jours,

Près de **95 %** des victimes sont des **femmes**,

4 femmes sur 10 ne s'étaient jamais confiées,

1 femme sur 10 en aurait été victime au cours des 12 derniers mois,

1 femme sur 5 au cours de sa vie,

2,5 milliards d'euros par an en France,

1 million d'euros toutes les 30 min en Europe.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Document réalisé grâce au soutien de la Préfecture 49, Direction départementale de la cohésion sociale - Délégation aux droits des femmes et à l'égalité

10 Travailler en partenariat

Il ne faut en aucun cas tenter de résoudre seul tous les problèmes engendrés par les violences conjugales au risque de s'épuiser et d'enkyster la situation.

Un travail en **réseau multidisciplinaire**, en accord avec la patiente et dans le respect du secret professionnel, est nécessaire.

En fonction de la situation et des besoins, la victime pourra être orientée vers :

- **des professionnels de santé,**
- **des associations,**
- **un service médico-judiciaire,**
- **les autorités.**

Il faut veiller à ce que les propositions d'aide soient **multiples**, une simple orientation vers un psychologue pouvant augmenter la culpabilité de la victime vis-à-vis de la situation.

Dans le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne :

- **CHU Angers - SPIFEV** **02 41 35 66 66**
service d'information femmes et violences à l'intention des professionnels de santé
- **SOS Femmes** **49 : 02 41 87 97 22**
accueil, hébergement et accompagnement **72 : 02 43 78 12 75**
- **CIDFF** **49 : 02 41 86 18 04**
information et soutien juridique **72 : 02 43 54 10 37**
53 : 02 43 56 99 29
- **Associations d'aide aux victimes** **49 : ADAVEM 02 41 20 51 26**
72 : BAVI-ASAV 02 43 83 78 22
53 : ADAVIP 02 43 56 40 57
information juridique, accompagnement aux audiences et soutien psychologique aux victimes d'infractions pénales



Service de Médecine légale - CHU Angers
4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 9

www.chu-angers.fr



Annexe n°2 : Questionnaire type – les outils

4 questions types :

- Vivez-vous des situations stressantes ?
- Avez-vous subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) ?
- Arrive-t-il à votre conjoint d'être violent (verbalement, psychologiquement, physiquement) ?
- Vous sentez-vous en sécurité chez vous ? À votre travail ? ...

Les questions de la MIPROF :

- Avez-vous été victime dans votre vie de violences? Physiques? Psychologiques? Sexuelles?
- Comment cela se passe-t-il dans votre couple?
- Comment cela se passe-t-il dans l'intimité avec votre partenaire?
- Comment votre partenaire se comporte-t-il avec vous?
- Avez-vous peur de votre partenaire?
- Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire? Si oui, combien de fois?

WAST (Woman Abuse Screening Tool) :

1. En général, comment décririez-vous votre relation?
Beaucoup de tension/ un peu de tension/ aucune tension
2. Vous et votre partenaire réglez-vous les disputes avec :
Beaucoup de difficulté/ un peu de difficulté/ aucune difficulté
3. Après une dispute, vous arrive-t-il de vous sentir déprimée ou de vous en vouloir?
Souvent/ parfois/ jamais
4. Arrive-t-il que les disputes finissent par des coups, coups de pieds, poussées? Souvent/
parfois/ jamais
5. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait? Souvent/ parfois/ jamais
6. Votre partenaire vous a-t-il déjà agressée physiquement? Souvent/ parfois/ jamais
7. Votre partenaire vous a-t-il déjà agressée sur le plan affectif? Souvent/ parfois/ jamais

PVS (Partner Violence Screen) :

- Au cours de la dernière année, avez-vous été victime de coups, de coups de pied, de coups de poing ou de quelque acte violent que ce soit ? Dans l'affirmative, qui en était à l'origine ?
- Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre relation actuelle ?
- Vous sentez-vous menacée par un de vos ex-partenaires ?

Outil SAFE :

- S : Comment décririez-vous la relation avec votre conjoint?
- A : Que se passe-t-il quand vous et votre partenaire vous disputez ?
- F : Lors de vos disputes, est-ce que vous vous faites frapper, bousculer ou blesser ?
- E : Disposez-vous d'un plan d'urgence ?

Brief conflict tactic scale :

Avez-vous été frappée, reçu un coup de poing ou été blessée d'une autre façon par quelqu'un au cours de la dernière année? Oui/ Non Si oui, par qui ?

Annexe n°3 : Modèle de certificat médical

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____
heure _____, à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS:

La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu),
de _____
_____ ».

DOLEANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de « _____ »

ETAT ANTERIEUR (*éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés*)

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :
- sur le plan psychique :
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN

Annexe n°4 : Questionnaire de thèse

Thèse violences conjugales - Agnès Ledoux
(version optimisée pour l'impression)

Bienvenue

Chers confrères, chères consœurs,

Je réalise actuellement ma thèse, dirigée par le Dr Catherine Rivière, sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête menée auprès des médecins généralistes exerçant au Pays Basque.

Cette étude, réalisée dans le cadre du contrat local de santé de l'agglomération Côte Basque - Adour, permettra de faire un état des lieux de nos pratiques afin d'améliorer la prise en charge et le parcours des patientes à travers le réseau de soin.

**Si vous êtes médecin généraliste, installé ou remplaçant, que vous ayez été confronté ou pas à cette situation, je vous invite à nous donner votre avis.
Ce questionnaire ne devrait vous prendre que quelques minutes.**

Merci de votre participation.

Agnès Ledoux

Pour tout renseignement complémentaire, merci de me contacter au 06 27 63 99 66 ou par mail à l'adresse suivante : agnes.ledoux@hotmail.fr

1) Votre profil

1. Quel est votre sexe ?

Homme Femme

2. Quel âge avez-vous ?

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

3. Quel est votre mode d'exercice ?

En cabinet individuel En cabinet de groupe, association Maison médicale pluri-disciplinaire Remplacements

Autre (veuillez préciser)

4. Quel est votre lieu d'exercice ?

Milieu urbain Milieu semi-rural, rural

Autre (veuillez préciser)

5. Depuis combien de temps exercez-vous ?

< 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans > 10 ans

6. Avez-vous suivi une formation spécifique sur le thème des violences conjugales ?

DU, DIU ou diplôme Formation Journée/ soirée de sensibilisation Non

Autre (veuillez préciser)

2) Repérage des victimes

7. Dans votre cabinet ou lieu d'exercice, avez-vous mis en évidence des affiches et/ ou des dépliants sur les violences conjugales ?

Oui, affiches au mur Oui, dépliants Non

8. Avez vous été confronté au cours des 12 derniers mois à des patientes suivies au long cours pour des pathologies fonctionnelles chroniques telles que : troubles fonctionnels intestinaux, céphalées, cervicalgies/ lombalgies, fibromyalgie, autres douleurs chroniques ?

Oui Non

9. Avez-vous été confronté au cours des 12 derniers mois à des patientes suivies au long cours pour des pathologies gynéco-obstétriques telles que : fausses couches/ IVG multiples, dépression post-partum, infections à répétition (urinaires, gynécologiques, IST), douleurs pelviennes ?

Oui Non

10. Avez-vous été confronté au cours des 12 derniers mois à des patientes suivies au long cours pour des troubles psychiatriques tels que : troubles anxio-dépressifs, tentatives de suicides, conduites addictives ?

Oui Non

11. Face à ces tableaux cliniques, avez-vous pensé systématiquement à l'existence de violences conjugales ?

Oui Non

3) Questionnement systématique

12. Lorsque vous avez suspecté l'existence de violences conjugales, avez-vous systématiquement posé la question à vos patientes?

Oui Non Non concerné

13. Posez-vous systématiquement la question de l'existence de violences conjugales lors de la création du dossier médical d'une nouvelle patiente ?

Oui Non

14. Posez-vous systématiquement la question de l'existence de violences conjugales aux femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse vues en consultation ?

Oui Non

15. Avez-vous été confronté au cours des 12 derniers mois à une ou plusieurs situations de femmes victimes de violences conjugales ?

Oui. => si réponse Oui, le médecin était redirigé en PAGE 4.

Probablement. => si réponse Probablement, le médecin était redirigé en PAGE 5.

Non pas de cas déclaré ou suspecté. => si réponse Non, le médecin était redirigé en PAGE 6.

4) Votre prise en charge : violences déclarées

(si réponse **OUI** à la question 15.)

16. Au total, combien de femmes victimes de violences conjugales avez-vous vu en consultation au cours des 12 derniers mois ?

- 1 2 3 4 5 entre 5 et 10 > 10

17. Concernant votre dernière patiente victime de violences conjugales, le motif de consultation était-il explicite, violences déclarées par la victime ?

- Oui Non, motif de consultation autre

18. Si non, quel était le motif de consultation ?

- Pathologie intercurrente Pathologie chronique (Tb fonctionnels, syndrome douloureux) Troubles psychologiques
 Prescription psychotropes Troubles gynéco-obstétriques Suivi gynécologique Suivi de grossesse
 Suivi des enfants Ne sait pas
 Autre (veuillez préciser)

19. Comment avez-vous établi l'existence de violences ?

- J'ai posé la question à la patiente. C'est la patiente qui s'est confiée sur les violences Tierce personne
 Autre (veuillez préciser)

20. Au cours de votre entretien avec votre patiente victime de violences conjugales, quelle(s) attitude(s) avez-vous adopté ?

(plusieurs réponses possibles)

- Proposer une écoute active et bienveillante
- Rassurer sur le caractère confidentiel de l'entretien
- Croire systématiquement les dires de la victime et les reformuler avec elle
- Délivrer un message de soutien et de valorisation de la démarche
- Proposer à la patiente de la revoir
- Aucune de ses réponses

Ne sait pas

Autre (veuillez préciser)

21. Avez-vous pu vous assurer de l'absence de risque d'un retour à domicile pour elle (et le cas échéant ses enfants) ?

Oui Non Ne sait pas

22. En cas d'urgence, avez-vous pu vous assurer des recours de la victime ou avez-vous élaboré avec elle un scénario d'urgence ?

Oui Non Ne sait pas

23. Quelles notions spécifiques avez-vous pu expliquer à votre patiente :
(plusieurs réponses possibles)

- Les différents types de violences
- Les stratégies de l'agresseur
- Le cycle de la violence
- La notion de psychotraumatisme
- Aucune

Ne sait pas

Autre (veuillez préciser)

24. Avez-vous pu expliquer à la victime ses droits et lui rappeler la loi ?

"Ce type de violences est puni par la loi." ;

" La qualité de partenaire ou d'ex-partenaire constitue une circonstance aggravante." ;

" Toute personne mariée ou non a le droit de refuser des rapports sexuels." etc...

Oui Non Ne sait pas

25. Avez-vous pu procéder à un examen clinique de votre patiente ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Examen physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen psychologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Avez-vous pu établir un certificat médical initial ?

Oui Non Ne sait pas

27. Avez-vous conservé dans le dossier médical les données cliniques et examens complémentaires éventuels ?

Oui Non Ne sait pas

28. Comment avez-vous orienté votre patiente dans le réseau de soin ?
(plusieurs réponses possibles)

- Autre structure médicale, urgences
- Psychologue
- Police/gendarmerie
- Avocat
- Association de victimes
- Travailleur social
- Pas d'orientation
- Autre (veuillez préciser)

5) Votre prise en charge : violences suspectées

(si réponse **PROBABLEMENT** à la question 15.)

29. Au total, combien de femmes suspectes d'être victimes de violences conjugales avez-vous vu en consultation au cours des 12 derniers mois ?

- 1 2 3 4 5 Entre 5 et 10 > 10

30. Concernant votre dernière patiente suspecte d'être victime de violences conjugales, quel était le motif de consultation ?

- Pathologie intercurrente Pathologie chronique (Tb fonctionnels, syndrome douloureux) Troubles psychologiques
 Prescription psychotropes Troubles gynéco-obstétriques Suivi gynécologique Suivi de grossesse
 Suivi des enfants Ne sait pas
 Autre (veuillez préciser)

31. Comment avez-vous suspecté l'existence de violences conjugales ?

- Signaux d'alerte (consultations répétées, plaintes multiples...) Comportement de la patiente Attitude du partenaire
 Tierce personne
 Autre (veuillez préciser)

32. Au cours de votre entretien avec votre patiente suspecte d'être victime de violences conjugales, quelle(s) attitude(s) avez-vous adopté ?

(plusieurs réponses possibles)

- Proposer une écoute active et bienveillante Rassurer sur le caractère confidentiel de l'entretien Proposer à la patiente de la revoir Aucune de ces réponses
- Ne sait pas
- Autre (veuillez préciser)

33. Avez-vous pu procéder à un examen clinique de votre patiente ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Examen physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen psychologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) Votre ressenti

34. Quelles difficultés pensez-vous rencontrer dans la prise en charge de patientes victimes de violences conjugales ?

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Absence de symptômes spécifiques des victimes | <input type="checkbox"/> Manque de formation pour la rédaction du CMI (certificat médical initial) |
| <input type="checkbox"/> Réticences de la part de la patiente | <input type="checkbox"/> Méconnaissance du réseau de soin pour bien orienter la victime |
| <input type="checkbox"/> Relations avec la patiente | <input type="checkbox"/> Manque de temps et de disponibilité |
| <input type="checkbox"/> Relations avec le partenaire de la victime (fait de le connaître et/ou de le suivre) | <input type="checkbox"/> Sentiment d'impuissance |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à aborder le problème, à poser la question | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Manque de formation sur le thème des violences conjugales | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

35. Avez-vous les coordonnées/ fiches d'information de ces structures ressources ?

	oui	non
ACJPB _Aide aux victimes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atherbea _Accueil/ écoute :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avocats _Barreau de Bayonne :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CIDFF _Information juridique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planning Familial :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIE - Centre Sagardian : (St Jean de Luz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NUMERO NATIONAL 3919 _Violences Femmes Info :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

36. A l'issu de ce questionnaire, pensez-vous être suffisamment sensibilisé ou formé pour prendre en charge une patiente victime de violences intra-conjugales ?

Oui Non Ne sait pas

37. Souhaiteriez-vous participer à l'une de nos soirées de sensibilisation et/ou journées de formation sur ce thème ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Soirée de sensibilisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Journées de formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Souhaiteriez-vous recevoir le logigramme d'orientation élaboré par le groupe de travail du CHCB concernant la prise en charge des victimes de violences conjugales sur le territoire ?

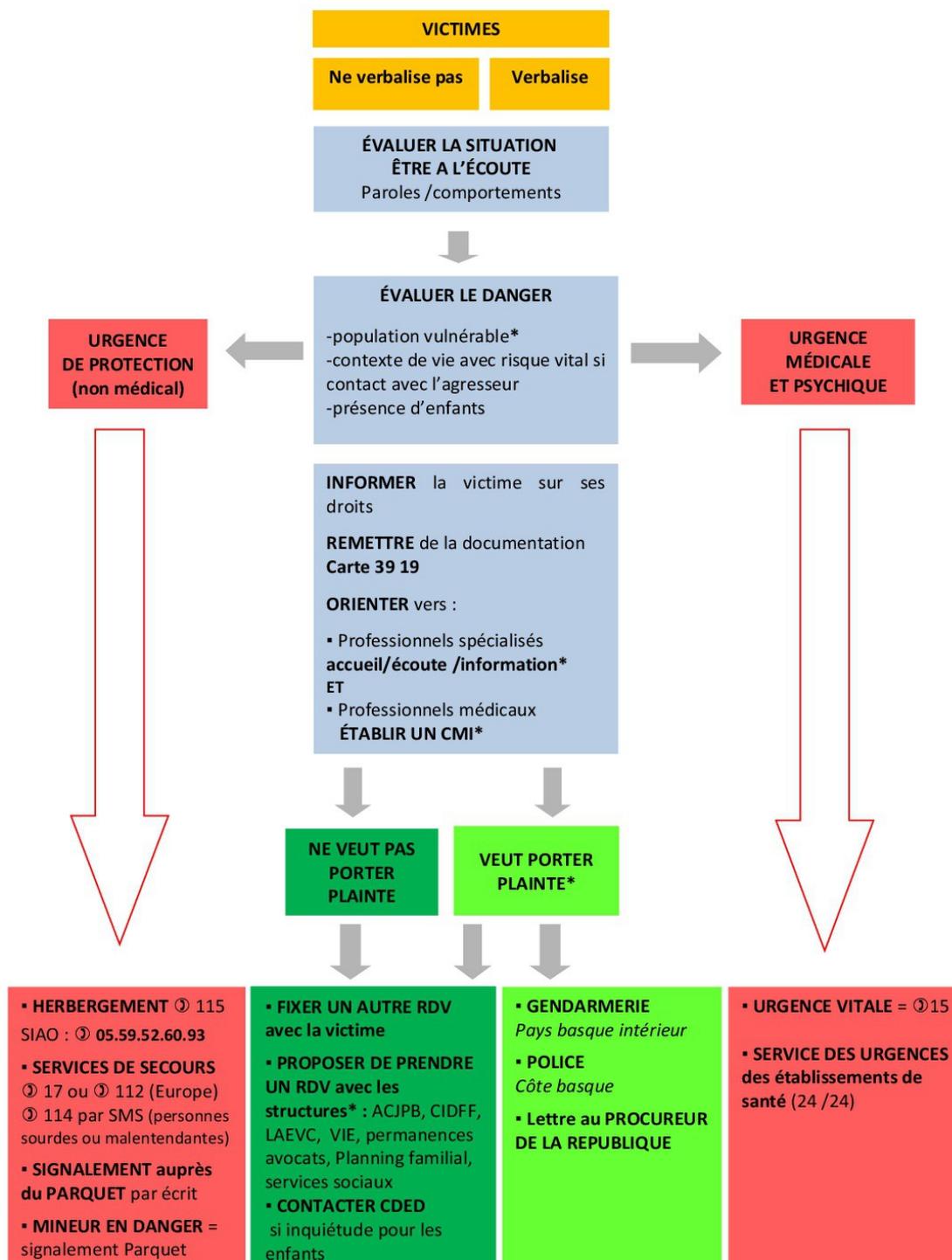
Oui Non Ne sait pas

Si vous êtes intéressé(e), laissez-nous votre adresse e-mail ci-dessous :

Annexe n°5 : Logigramme d'orientation

Groupe de travail du CHCB – Juin 2018

Orientation sur le territoire Navarre Côte-basque des femmes victimes de violences psychiques et/ou physiques



CLS ACBA - Juin 2018

Violences Femmes Info ☎ 39 19

Appel anonyme et gratuit, 7 jours sur 7

Personne vulnérable	Un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique : majeurs protégés, femmes enceintes, certaines personnes handicapées mentales.
CMI	Certificat Médical Initial , peut être établi par un médecin, quel que soit sa spécialité ou une sage-femme. Si la victime ne souhaite pas garder le CMI, le médecin peut le conserver dans son dossier médical. Il lui servira plus tard pour attester l'antériorité de la violence. Le CMI est différent d'un arrêt de travail.
Lieux Accueil Écoute Information	<p>LAEVC (Lieu d'Accueil Ecoute des Violences Conjugales) Atherbea 05.59.46.40.86</p> <p>ACJPB (Association de Contrôle Judiciaire du Pays Basque) / Aide aux victimes 05.59.59.45.93</p> <p>CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) / Information juridique 06.37.95.78.22</p> <p>Planning familial Pays basque 09.83.86.73.06</p> <p>VIE – Ecoute violences conjugales St Jean-de-Luz 05.59.08.04.04</p> <p>Permanences Avocats 06.22.05.02.35</p> <p>CDED (Cellule Départementale de l'Enfance en Danger) 05.59.11.42.45 / fax : 05.59.11.46.63</p> <p>Allo Enfance en Danger ☎119</p>
Plainte	<p>☎ 17 ou ☎ 112 (d'un portable en Europe)</p> <p>Gendarmerie : Pays basque intérieur</p> <p>Police : Côte basque</p> <p>Signalement par écrit au Procureur de la République</p> <p>TGI , 17 avenue de la Légion Tchèque 64100 BAYONNE</p> <p>Droit de déposer plainte en dehors de son lieu d'habitation.</p> <p>CMI non obligatoire pour le dépôt de plainte mais fortement conseillé.</p>
Hébergement	<p>SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) : 05.59.52.60.93</p> <p>En journée et jours ouvrables (9h00-17h00)</p>



RÉSUMÉ

Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque.

Introduction : Les violences faites aux femmes sont un enjeu de santé publique dans le Monde et grande cause nationale de cette année 2018 en France. Au Pays Basque, un groupe de travail s'est constitué afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales sur le territoire. L'objectif de cette thèse est de réaliser un état des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes du territoire et de comparer leurs pratiques selon leur formation ou non sur la question.

Méthode : Une étude quantitative descriptive a été menée de mai à octobre 2018 auprès des médecins généralistes du Pays Basque à l'aide d'un questionnaire en ligne abordant les 10 points clés de la prise en charge.

Résultats : 81 réponses ont été analysées. 85,2 % (n=69) des médecins ne pensent pas de façon systématique à l'existence de violences conjugales face à des signaux d'alerte. Le questionnement systématique en cas de grossesse n'est pas réalisé chez 93,8 % (n=76) des médecins. De façon significative : les médecins formés sont plus souvent confrontés aux femmes victimes de violences conjugales et posent davantage la question ; ils proposent plus souvent une orientation pluridisciplinaire et ont une meilleure connaissance du réseau de soin.

Discussion : La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales souffre d'un manque de systématisation du questionnement et d'une méconnaissance du réseau de soin. La sensibilisation et la formation des médecins améliorent significativement la prise en charge des patientes et notre étude confirme l'intérêt de poursuivre les actions engagées par le groupe de travail auprès des professionnels.

Mots clés : femmes, violences conjugales, violences faites aux femmes, médecins généralistes, repérage, prise en charge

ABSTRACT

Management of women victims of domestic violence : quantitative survey of general practitioners in the Basque Country.

Introduction : Violence against women is a public health issue in the world and the great national cause of this year 2018 in France. In the Basque Country, a working group has been set up in order to improve screening and taking care of victims of domestic violence in the territory. The aim of this thesis is to make an inventory of the management of women victims of domestic violence by general practitioners (GPs) of the territory and compare their practices according to their training or not on the question.

Method : A descriptive quantitative study was conducted from May to October 2018 among general practitioners in the Basque Country using an online questionnaire.

Result : 81 responses were analyzed. 85,2 % (n = 69) of general practitioners do not systematically think of conjugal violence in the presence of warning signals. The systematic questioning in case of pregnancy is not realized in 93,8 % (n = 76) of the doctors. Significantly: trained doctors are more confronted with women victims of violence and asked the question more ; they more often offer a multidisciplinary orientation and had a better knowledge of the care network.

Discussion : The management of women victims of domestic violence suffers from a lack of systematic questioning and a lack of knowledge of the care network. The awareness and training of doctors significantly improve the management of patients and our study confirms the interest to continue the actions initiated by the working group for professionals.

Keywords : women, domestic violence, violence against women, general practitioners, screening, management