HAL
open science

# Évaluation de la connaissance des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes : étude réalisée à l'université Clermont Auvergne

Mathilde Corde

**To cite this version:**

Mathilde Corde. Évaluation de la connaissance des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes : étude réalisée à l'université Clermont Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03413075

**HAL Id: dumas-03413075**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03413075v1**

Submitted on 3 Nov 2021

**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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND**

**UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE**

# Evaluation de la connaissance des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes

Etude réalisée à l'université Clermont Auvergne


**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

CORDE Mathilde


**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

Année 2021

# ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

## UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Evaluation de la connaissance des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes**

Etude réalisée à l'université Clermont Auvergne


**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

CORDE Mathilde


**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

Année 2021

# REMERCIEMENTS

A Mme Chloé DESMARTIN, sage-femme coordinatrice au Centre Hospitalo-Universitaire de Clermont-Ferrand, d'avoir accepté la direction de ce mémoire mais aussi pour l'aide apportée tout au long de ce travail ;

A Mme Michèle BALSAN, enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, co-directrice de ce mémoire, pour son aide, ses conseils et sa disponibilité ;

A l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour leurs enseignements ;

A mes parents, mes deux frères, pour leur soutien et leur présence au cours de ces six années d'études, et plus particulièrement ma mère pour son aide précieuse et ses nombreuses relectures lors de la réalisation de ce travail ;

A Fabian, pour m'avoir encouragée et supportée dans les moments de doute tout au long de la réalisation de ce travail ;

A mes amis, pour leur présence, mais surtout Florine, Marina, Marie, Laura et Louise, pour tous les moments de stress et de joie qu'on aura partagés lors de nos études mais aussi pour leur soutien infaillible ;

Et enfin, à ma promotion 2016-2020, pour ces quatre années passées ensemble.

*« Dans presque toutes les affaires de violence conjugale, le déni de la violence est un point commun entre le conjoint violent et sa victime »*

Alexandra LANGE

# GLOSSAIRES

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DU : Diplôme universitaire

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

ESF : étudiant(e)s sage-femme

HAS : Haute Autorité de Santé

MIPROF : La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VAF : Violences faites aux femmes

# Table des matières

**INTRODUCTION** ..... 2

**REVUE DE LA LITERATURE** ..... 5

1 Généralités à propos des violences faites aux femmes ..... 6

2 En termes de santé publique ..... 10

3 La prévention des violences en France ..... 14

4 Le dépistage de ces violences ..... 20

5 Le rôle des professionnels ..... 23

**METHODE** ..... 30

1 L'étude et les objectifs ..... 31

2 Population et méthode ..... 32

**RESULTATS** ..... 35

1 La population étudiée ..... 36

2 La formation relative aux violences faites aux femmes ..... 37

3 L'expérience vis-à-vis des violences faites aux femmes ..... 40

4 Les connaissances sur les violences faites aux femmes ..... 42

5 Etudes des facteurs associés aux connaissances ..... 44

**DISCUSSION** ..... 47

1 Rappel des objectifs ..... 48

2 Forces et faiblesses de l'étude ..... 48

3 Discussion des résultats ..... 49

4 Projet d'action ..... 55

**CONCLUSION** ..... 57

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES** ..... 59

**ANNEXES** ..... 64

# INTRODUCTION

L'OMS définit la violence comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». L'exercice de la violence envers une personne constitue une violation de ses droits humains. L'auteur des violences les justifient en culpabilisant la victime et lui faisant croire qu'elle est responsable de la violence qu'il exerce contre elle. (1)

Les violences faites aux femmes sont une des facettes de la violence. Mais il ne faut pas oublier qu'une femme n'est jamais responsable des violences qu'elle subit. C'est pourquoi cette année encore les pouvoirs publics et les associations se mobilisent pour sensibiliser la population au fléau qu'est la violence faites aux femmes, afin que le tabou s'efface et que les femmes osent dénoncer.

« Aujourd'hui, en France une femme meurt tous les deux jours sous les coups de son compagnon », c'est le constat fait en 2019 par le gouvernement, qui va pousser les pouvoirs publics à mettre en place le premier Grenelle contre les violences conjugales. De ce Grenelle ressortiront 10 mesures d'urgences qui vont s'articuler autour de la prévention, de la protection et la prise en charge des victimes, et de la pénalisation des auteurs. (2)

Les violences peuvent commencer à n'importe quel moment dans la vie d'une femme, mais la grossesse semble être un moment qui accentue voir déclenche ces violences. C'est pourquoi les professionnels de santé, et en particuliers ceux de la périnatalité dont les sages-femmes, sont en première ligne pour mettre un mot sur ce qu'elles subissent et les accompagner pour que le cycle des violences puisse se briser. (3)

Leur formation sur le sujet est donc un enjeu majeur pour le repérage ainsi que pour la prise en charge des femmes. Les professionnels peuvent avoir accès à des formations spécialisées tout au long de leur parcours mais depuis 2014 la formation initiale des sages-femmes et des médecins inclut le module des violences faites aux femmes. (4)

Dans ce mémoire, nous voulons nous intéresser à la formation des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers dans la formation de la prévention des violences faites aux femmes. L'objectif principal était d'évaluer la connaissance de ces étudiants sur le dépistage des violences faites aux femmes.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer cette connaissance en fonction du sexe, de l'âge, de la filière, d'identifier la source d'information majoritaire ainsi que si elle influait sur leurs connaissances. On voulait aussi évaluer l'aisance de l'étudiant face à cette situation et repérer les freins possibles au dépistage par l'étudiant.

Dans un premier temps, il a été réalisé une revue de la littérature. Dans un deuxième temps, il a été présenté le travail de recherche avec la méthode, les résultats, la discussion et enfin la conclusion.

# REVUE DE LA LITERATURE

# 1 Généralités à propos des violences faites aux femmes

## 1.1 Définitions

On peut choisir comme définition des violences faites aux femmes celle de l'Organisation des Nation Unies (ONU) : *« La violence faite aux femmes désigne tout actes de violence dirigée 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. »*. (5)

La violence conjugale désigne spécifiquement toutes formes de violences perpétuées par le mari, le conjoint, l'amant, l'ex-mari, l'ex-conjoint ou ex-amant. On peut l'appeler « violence domestique » ou la sous-entendre lorsqu'on emploie le terme « violences faites aux femmes ». (6)

## 1.2 Les différents types de violences

Les violences exercées par un partenaire intime, comprennent tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui font partie de cette relation. (3)

On peut y retrouver plusieurs facettes de comportement violent. Toutes ces formes de violences poursuivent le même but : contrôler la victime.

La plupart du temps les violences ne sont pas isolées, elles se cumulent entre elles. Lorsqu'on découvre une femme victimes de violence physique, bien souvent celle-ci est aussi victimes d'autres formes de violences.

- Les violences psychologiques et verbales

Cela peut se traduire en la répétition constante de paroles insultantes ou d'injures à une femme. Elle peut s'illustrer par l'utilisation de mots blessants ou humiliants, des interdictions, un rabaissement, des actes d'intimidation (par exemple une destruction

d'objets), des menaces de sévices, des menaces de retrait des enfants, des éclats de voix ou un timbre de voix reconnu comme « dangereux ».

Cela peut aussi se traduire par des comportements tyranniques et dominateurs de l'agresseur, comme ceux consistant à isoler une personne de sa famille et de ses amis, à surveiller ses faits et gestes. (3,7)

La menaces de sévices sur les enfants ou la menace du retrait des enfants s'inscrit à la fois dans les violences psychologiques mais peut aussi se faire appeler violence sur la parentalité.

- Les violences physiques

Elles consistent en des actes d'agression physique, comme des gifles, des coups de poing, des coups de pied et des volées de coups. L'agresseur veut laisser son empreinte sur la victime, la soumettre. (3)

- Les violences sexuelles

La violence sexuelle englobe les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contraintes très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « *Tout acte sexuel, ou tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* ». (8)

- Les violences économiques et administratives

La violence économique vise à restreindre l'autonomie financière de la victime pour mieux la contrôler. Le partenaire violent peut restreindre l'accès à la victime aux

ressources financières du ménage, contrôler ses dépenses, ainsi que l'interdire de travailler.

La violence administrative consiste en la privation de documents, comme par exemple les papiers d'identité, le permis de conduire, livret de famille, passeport, carnet de santé, diplôme… (9,10)

❖ Les mutilations génitales féminines

On peut aussi les classer dans les violences physiques. Les mutilations génitales féminines et l'excision sont des pratiques dangereuses aux conséquences dramatiques sur la santé des jeunes filles et des femmes.

Elles sont considérées comme une violation des droits des filles à la santé, à leur bien-être et à leur autonomie. (11)

Elles ont de graves conséquences sur le plan sanitaire et ne présentent aucun avantage pour la santé. Elles consistent en l'ablation de tissus génitaux normaux et sains, ou endommagent ces tissus, et entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin. (12)

## 1.3 Le cycle de la violence et stratégie de l'agresseur

En 1979, Lenore Walker décrit la violence conjugale comme un processus cyclique. La violence s'installe progressivement dans le couple et se développe avec une intensité et une fréquence qui augmentent avec le temps. Ce sont les partenaires violents qui initient chacune des étapes du cycle de la violence. (13,14)

Selon la théorie de L. Walker, le processus se déroule en quatre phases :

Une **phase de tension**, d'irritabilité de la part du compagnon la plupart du temps liée selon lui à des difficultés de la vie quotidienne. Cela passe par ses paroles, son attitude, en prétextant la soi-disant incompétence de la femme.

La femme, elle, est anxieuse, doute d'elle-même, a peur de déplaire, faire des erreurs.

Une **phase d'agression** dans laquelle la violence physique commence progressivement : bousculade, bras tordus, gifles, coups de poing et éventuellement recours à une arme.

On a une colère et une tristesse de la conjointe, elle est humiliée, désespérée, outragée.

Une **phase de déni**, d'excuses, où l'auteur cherche à annuler ou à minimiser son comportement. Après cette explosion de violence, le compagnon est le plus souvent pris de remords, et cherche aussi une explication qui pourrait le déresponsabiliser en rendant sa partenaire responsable. Il peut également justifier son comportement par des motifs extérieurs (colère, alcool, ou surcharge de travail).

La femme se sent alors responsable de l'explosion de violence de la part de son mari (« Il a peut-être raison », « c'est moi qui ne comprends rien », « je suis trop sensible »).

Une **phase de « Lune de miel » ou de réconciliation**. Le conjoint adopte une attitude agréable, il est soudainement attentif et prévenant. Il devient affectueux et attentionné. C'est le plus souvent la peur de l'abandon qui le conduit à ce changement.

Durant cette phase, les femmes retrouvent espoir car elles reconnaissent l'homme charmant qui a su les séduire, ce qui les incite à rester avec l'espoir que l'homme peut changer.

Le cycle de la violence peut alors recommencer. Les violences, elles s'intensifient au fur et à mesure que le cycle recommence (*annexe I*). (15,16)

# 2 En termes de santé publique

La violence à l'égard des femmes constitue un problème majeur de santé publique et une violation des droits fondamentaux.

De nombreux accords internationaux, parmi lesquels la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et la *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes des Nations unies*, ont reconnu le droit fondamental des femmes à vivre sans violence. (17)

## 2.1 Les chiffres

En moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles (commises par leur ancien ou actuel partenaire intime), est estimé à **213 000** femmes. L'auteur de ces violences est le mari, concubin, pacsé, petit-ami ; ancien ou actuel ; cohabitant ou non avec la victime.

8 femmes victimes sur 10 déclarent avoir également été soumises à des atteintes psychologiques ou des agressions verbales. (18)

Parmi ces femmes victimes, 18 % déclarent avoir déposé une plainte en gendarmerie ou en commissariat de police à la suite de ces violences.

En 2019, **146 femmes ont été tuées** par leur partenaire ou ex-partenaire intime. Les hommes peuvent aussi être touchés par ce phénomène de violences, en effet **27 hommes** ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire intime.

On compte aussi **25 enfants mineurs** décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple. (19)

## 2.2 Conséquences sur la santé des femmes

La violence de la part d'un partenaire intime peut avoir des incidences directes sur la santé physique et mentale des femmes, comme les blessures corporelles. Mais aussi des incidences indirectes, comme les problèmes de santé chroniques qui résultent d'un stress prolongé.

Avoir été victime de violences est donc un facteur de risque pour divers maux et maladies. (3)

Dans la plupart des milieux, les femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire après l'âge de 15 ans risquent significativement plus que les autres de faire état d'un mauvais état de santé général, de douleurs chroniques, de pertes de mémoire, et de problèmes pour se déplacer et se livrer à leurs activités quotidiennes.

Des études ont également montré que les femmes ayant des antécédents de mauvais traitements risquent plus que les autres de connaître toutes sortes de problèmes de santé chroniques. (12)

❖ Physique :

Les répercussions de la violence sur la santé peuvent être aiguës et immédiates, de longue durée et chroniques, et/ou mortelles. On peut retrouver par exemple :

- Des traumatismes physiques aigus ou immédiats : ecchymoses, abrasions, lacérations, perforations, brûlures et morsures, ainsi que des fractures des os ou des dents cassés
- Des blessures plus graves, susceptibles d'entraîner des incapacités, notamment : des blessures à la tête, aux yeux, aux oreilles et des traumatismes au thorax et à l'abdomen
- Des troubles gastro-intestinaux, des problèmes de santé à long terme et un mauvais état de santé général, notamment des syndromes de douleur chronique
- Des décès (notamment féminicide) et décès liés au SIDA

❖ Sexuelle et génésique :

- Grossesse involontaire/non désirée
- Avortement, parfois dans de mauvaises conditions de sécurité
- Infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH
- Complications de la grossesse/fausse-couche
- Hémorragies ou infections vaginales
- Infections pelviennes chroniques
- Infections urinaires
- Fistule (déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux)
- Rapports sexuels douloureux
- Troubles sexuels

❖ Comportementale :

- Usage nocif d'alcool, toxicomanies
- Multiples partenaires sexuels
- Choix de partenaires violents plus tard dans la vie
- Diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs

❖ Mentale :

La violence aussi bien physique que sexuelle s'accompagne d'un risque accru d'effets néfastes sur la santé mentale des femmes, comme :

- Mauvaise estime de soi
- Dépression
- Troubles du sommeil et de l'alimentation
- Troubles psychosomatiques
- Stress et troubles anxieux (par exemple, l'état de stress post-traumatique)
- Comportements autodestructeurs et tentatives de suicide

Les travaux de recherche actuels montrent que l'influence de la violence peut persister longtemps après qu'elle s'est arrêtée. Plus la violence est grave, plus son impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond. (3)

## 2.3 Violence conjugale et grossesse

Souvent la première grossesse ou la naissance du premier enfant peut marquer le début des violences conjugales ou l'aggravation de celles-ci. C'est donc un moment privilégié pour les professionnels de la périnatalité (sages-femmes, obstétriciens...) pour dépister ces violences.

La Grossesse est un facteur déclenchant dans 40 % des cas, pour les femmes enceintes maltraitées par leur partenaire. Mais elle peut être aussi un facteur aggravant, si les violences conjugales existaient avant la grossesse, avec une violence qui s'aggrave pour près des 2/3 des femmes.

Ces violences s'exercent sur une femme en période de **vulnérabilité**. Elles vont avoir de graves conséquences sur la santé physique et psychique de la mère, mais aussi sur celle de l'enfant et sur l'intégrité du lien mère-enfant. Dans presque la totalité des cas (90 %), les violences continuent dans les mois qui suivent la naissance.

L'homme violent ne supporte pas que sa compagne soit enceinte, que la grossesse soit ou ne soit pas désirée, cette situation génère chez lui une grande angoisse qu'il va s'autoriser à calmer par une conduite violente dirigé contre la mère et le fœtus. (20)

Il existe un lien évident entre la violence physique et sexuelle pendant la grossesse et ses complications, parmi lesquelles :

- Un faible gain de poids maternel
- Fausses-couches
- Recours tardifs aux soins prénataux
- Mortinaissances
- Accouchements et naissances prématurées
- Traumatismes du fœtus (fracture in-utéro)
- Insuffisance pondérale à la naissance, ou hypotrophie néonatale. (3)

### 2.4 Violences conjugales : les répercussions chez les enfants

Toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés. (21)

De nombreuses études ont montré l'existence d'un lien entre la violence exercée par un partenaire intime à l'égard des femmes et les problèmes sanitaires et sociaux chez les enfants, notamment l'angoisse, la dépression, les mauvais résultats scolaires et les effets négatifs sur la santé. (3)

Les enfants témoins des violences familiales subissent de nombreuses conséquences de ces actes et ont un risque considérablement plus grand d'être eux-mêmes maltraités et maltraitants.

Il en résulte des lésions traumatiques, des troubles sphinctériens, des troubles de l'audition et du langage, des retards de croissance mais aussi des troubles du comportement (agressivité, violence, fugues, délinquance, tentatives de suicide), des troubles psychologiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, symptômes anxieux et dépressifs). (22)

## 3 La prévention des violences en France

Jusqu'à présent, la plupart des politiques et des programmes s'attachaient simplement à répondre aux victimes de la violence, en s'appuyant sur la formation des prestataires de services d'assistance juridique, de services sociaux et de services de santé pour assurer la prise en charge des besoins immédiats des femmes confrontées à la violence, ou sur le durcissement des sanctions prévues par la loi contre les auteurs d'actes violents.

Toutefois, ils accordent de plus en plus d'attention à la prévention de la violence à l'égard des femmes. Cette démarche en amont passe notamment par la mise en place de campagnes médiatiques et d'interventions communautaires pour essayer de faire changer les normes inégalitaires régissant les relations entre hommes et femmes. (17)

## 3.1 Les lois en France

En France, les différentes violences faites aux femmes sont punies par la loi.

La qualité de partenaire ou d'ex-partenaire constitue pénalement une circonstance aggravante de nombreuses infractions notamment les homicides, les actes de tortures et de barbarie, les violences, le viol et les autres agressions sexuelles. Un délit spécifique de harcèlement entre conjoint est également prévu par le code pénal.

Suivant les cas de figure et l'infraction commise c'est le code civil ou le code pénal qui fera office de référence. (23)

Dans le cadre juridique permettant de sanctionner les différents actes de violences, des dispositions spécifiques ont été prises ces dernières années pour mieux prévenir et réprimer les violences sexistes et sexuelles. La loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes a pour objet de mieux prévenir les violences, mieux accompagner les victimes et mieux sanctionner les agresseurs.

La loi n° 2015-993 du 17 août 2015 a transposé la directive européenne « Victimes » n° 2012/29/UE du 25 octobre 2012 en introduisant un article 10-5 dans le code de procédure pénale sur l'évaluation personnalisée des victimes afin de déterminer si elles ont besoin de mesures spécifiques de protection au cours de la procédure pénale. Les femmes victimes de violences sexuelles et intrafamiliales, qui présentent une exposition particulière à des risques de représailles ou d'intimidation de la part de l'auteur des faits, ainsi qu'à des risques de victimisation secondaire, sont particulièrement concernées par ces dispositions.

La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a amélioré notablement la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes en renforçant les sanctions et les poursuites ainsi que l'accompagnement des victimes en les protégeant sur le long terme.

La loi a amélioré le dispositif de **l'ordonnance de protection** pour les victimes de violences au sein du couple ou de mariages forcés (durée portée de 4 à 6 mois, priorité donnée au maintien de la victime dans le logement du couple y compris pour les couples non mariés…). L'ordonnance de protection vise à empêcher l'auteur des violences de s'approcher de la victime et de ses enfants. (24)

Les enfants sont également mieux protégés : le champ d'application de l'ordonnance de protection est étendu aux faits de violences commis sur les enfants au sein de la famille, les juridictions pénales condamnant un père ou une mère pour un délit d'atteinte volontaire à la l'intégrité physique ou psychique de la personne commis sur la personne de leur enfant ou de l'autre parent seront tenus de se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale.

Le recours à la médiation pénale est strictement limité et ne sera possible en cas de violences conjugales qu'à la demande expresse de la victime. En cas de réitération des faits, elle sera interdite. L'éviction du conjoint violent du domicile est désormais la règle.

La loi fixe en outre le cadre juridique du déploiement du **téléphone d'alerte grave danger** au profit des victimes de violences au sein du couple ou de viol. C'est un téléphone spécifique permettant à une victime de violences conjugales de contacter directement une plate-forme spécialisée en cas de danger. C'est cette plate-forme qui alertera la police ou la gendarmerie si nécessaire. La victime pourra être géolocalisée si elle le souhaite. Le dispositif est destiné aux cas les plus graves de violences conjugales. Le téléphone est donné par le Procureur de la République et pour une durée de 6 mois renouvelable. La femme peut en faire la demande auprès de la gendarmerie, de la police ou directement auprès du parquet de justice. (4,24)

## 3.2 La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)

Créée en 2013 par le décret n°2013-07, la MIPROF est une structure qui a pour objectif en matière de lutte contre les violences faites aux femmes :

- De rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes.
- De favoriser l'animation des acteurs publics et privés intervenant dans la lutte contre les violences faites aux femmes
- De définir un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes en lien avec les ministères et les acteurs concernés.

Elle permet la diffusion de support de formation, pensé et réalisé avec les principaux acteurs concernés : les professionnels de santé, sociaux, de l'enseignement et de la justice ainsi que les associations étudiantes. (25)

## 3.3 Grande cause nationale : plan 2017-2019

Les plans interministériels de lutte contre les violences traduisent l'engagement de l'État pour permettre aux femmes victimes de violences d'accéder à leur droit d'être protégées et accompagnées pour sortir des violences et se reconstruire.

Ce nouveau plan sera doté d'un budget en augmentation, c'est environ 125 millions d'euros seront consacrés à ce plan élaboré pour la période 2017-2019. Ce nouveau plan souhaite permettre à toutes les femmes victimes de violences, d'accéder à leur droit d'être protégées et accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire. Pour cela, le plan fixe trois objectifs :

- *Sécuriser et renforcer les dispositifs d'écoute et d'accompagnement*

Les accueils de jour et les lieux d'écoute et d'orientation constituent deux dispositifs d'accompagnement indispensables pour les femmes victimes de violences. Portés

majoritairement par des associations, ils garantissent une prise en charge plus précoce, une plus grande fluidité dans le parcours des femmes pour sortir des violences, un renforcement de la coordination des dispositifs et des acteurs sur les territoires.

On dispose aussi de la **plateforme d'écoute du 3919** : elle apporte une écoute anonyme et gratuite aux femmes victimes de toutes formes de violence depuis le 1er janvier 2014. Il permet d'améliorer le premier accueil des victimes, en favorisant le partenariat entre les associations nationales spécialisées dans leur prise en charge.

On dispose aussi du site **http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/** qui délivre toutes les informations utiles et pratiques aux femmes victimes de violences (rappel de la loi, orientation vers les dispositifs existants, etc.…).

- *Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants, notamment en milieu rural*

- *Déraciner les violences par la lutte contre le sexisme et la récidive, qui banalise la culture des violences et du viol.*

La prévention doit être globale, menée dans tous les espaces de vie des femmes : école et université, transport, et travail. (26,27)

## 3.4 Le Grenelle des violences conjugales

Face au constat du nombre de victimes de violences faites aux femmes et du nombre de féminicides en France, le Gouvernement français a décidé de mettre en place de manière inédite un Grenelle des violences conjugales afin de renforcer la prévention et la prise en charge des victimes. Celui-ci s'est tenu de septembre à novembre 2019 et a permis de faire ressortir 30 grandes mesures.

Toutes les mesures s'articulent autour de trois grands objectifs : prévenir, protéger et prendre en charge, punir pour mieux protéger. Parmi les grandes mesures prisent pendant le Grenelles ont retrouvent :

- L'amélioration de la visibilisé de la plateforme du 3919 pour une meilleure écoute des victimes.
- La création de 1000 places d'hébergement supplémentaires ainsi que la création d'une plateforme de géolocalisation des hébergements disponibles à proximité à destination des professionnels.
- La création d'une grille unique d'évaluation du danger dans les commissariats de police et gendarmerie afin que les femmes soit pris en charge de la même manière sur tout le territoire. Ainsi qu'un renforcement de leur formation initiale en matière de violences faites aux femmes.
- La possibilité pour les victimes de déposer plaintes dans les hôpitaux.
- La possibilité pour le juge pénal de suspendre l'exercice de l'autorité parentale et suspendre de plein droit l'autorité parentale en cas de féminicide dès la phase d'enquête ou d'instruction.
- Mise en place d'un dispositif électronique anti-rapprochement dans les 48 heures après le prononcé de la mesure d'éloignement dans le cadre d'une ordonnance de protection ou d'un contrôle judiciaire.
- La possibilité de la levée du secret professionnel dans des conditions définit par le code pénal : pour les mineurs ou les majeurs considérés vulnérables victimes de violences.
- Prendre en compte l'impact des violences sur les enfants.

Toutes les mesurent prisent pendant ce Grenelle vont mobiliser un financement à la hauteur de 360 millions d'euros. (2,28)

## 3.5 Campagne de sensibilisation

La prévention du sexisme et la promotion du respect mutuel entre les sexes, est l'un des leviers pour faire reculer les violences et construire une société de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Elle s'appuie sur une approche globale tendant à renforcer la connaissance des phénomènes de violences et sur des actions concrètes conduites à l'échelle des établissements d'enseignement supérieur et de la recherche.

La visibilité des dispositifs d'écoute et la déconstruction des stéréotypes associés aux violences faites aux femmes sont essentielles pour permettre aux victimes de sortir des violences. Par ailleurs, de nombreux stéréotypes banalisent les violences ou font porter aux victimes la culpabilité des agressions qu'elles subissent.

Des campagnes de communication sont lancées chaque année pour sensibiliser le grand public à cette problématique, faire connaître les numéros d'urgence et inciter à réagir. (26)

# 4 Le dépistage de ces violences

## 4.1 Les signes à repérer

Les femmes victimes de violences de la part d'un partenaire intime ont davantage de besoins en matière de soins de santé et ont plus fréquemment recours aux services de santé que la population générale. De plus, leur recours à ces services augmente à mesure qu'augmente la fréquence et la gravité des violences subies.

En revanche, en matière de soins préventif tel que mammographie, contrôle de cholestérols, de tension artérielle, dépistage du cancer, ceux-ci sont moins sollicités par les femmes victimes de violences. (12)

Dans d'autres cas, c'est le comportement de la femme et/ou de l'homme lors de la consultation qui éveille l'attention. La patiente tantôt craintive et apathique, tantôt irritée et agressive, sursaute au moindre bruit, à la moindre stimulation, elle est dans un état d'hyper vigilance. Ses déclarations peuvent être confuses ou incohérentes.

L'homme quant à lui, est trop prévenant, répond à la place de la femme ou lui suggère ses réponses, la contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes. (15,29)

La Haute Autorité de Santé appelle à y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum et à considérer l'impact sur les enfants du foyer pour les protéger. (21,30)

## 4.2 Quels outils de dépistage

### 4.2.1 Le dépistage systématique

En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le **dépistage systématique**, reconnu essentiel pour les américains et canadiens et très peu fait par les médecins français. Mais la plupart des femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas parler de ce qu'elles subissent. (29)

La Haute Autorité de Santé préconise d'ailleurs le questionnement systématique des patientes lors de l'entretien médical, même en l'absence de signe évocateur, au même titre que le questionnement concernant les antécédents familiaux, la consommation de tabac ou d'alcool. En effet, un repérage précoce est essentiel car les violences s'accélèrent et s'aggravent au fil du temps.

Il est recommandé de débuter l'entretien par des questions préférentiellement ouvertes, avec lesquelles le professionnel se sent à l'aise. Il est important d'expliquer à la patiente que le sujet est abordé avec toutes les patientes. D'expliquer l'impact négatif des violences sur la santé, son caractère courant au sein des familles, ainsi que leur interdiction par la loi.

En plus du questionnement systématique, le professionnel de santé peut montrer aux patientes son intérêt et son implication envers cette problématique en mettant des affiches et brochures à disposition. (21,30)

### 4.2.2 Les questionnaires

Nos confrères anglophones ont réalisé de nombreux questionnaires simples et rapides qui permettent aux professionnels de dépister la violence au sein du couple. Parmi les questionnaires validés (*annexe II*), on peut trouver :

***ASI (Abuse Screening Inventory) :*** Il cherche à révéler l'existence de la violence physique, psychologique, verbale et sexuelle subie au cours de la dernière année par les femmes qui consultent en milieu hospitalier. L'outil permet de vérifier la présence d'enfants dans l'entourage de la victime, en plus de déterminer la fréquence de la

violence, le sentiment de peur et le degré de souffrance éprouvés par la femme. Cet outil comprend seize questions.

***WAST (Woman Abuse Screening Tool) :*** il comporte 8 questions qui visent à déceler la présence de violences physiques, psychologiques et sexuelles chez les femmes. Il vérifie aussi l'étendue et la gravité de la violence subie.

***WEB (Women's Experience with Batterring Scale) :*** ce questionnaire comporte 10 questions, il est rempli par la patiente en fonction de son ressenti, il est surtout axé sur la violence psychologique.

Il existe aussi des questionnaires plus courts :

***AAS (Abuse Assessment Screen) :*** Il comprend 5 questions et a été conçu pour être utilisé en milieu hospitalier, spécifiquement dans les salles d'urgence et les cliniques prénatales. Il s'adresse aux femmes qui consultent pour des problèmes de santé ou bien qui sont enceintes. Il permet de révéler l'existence de la violence physique et sexuelle au cours de la dernière année et depuis le début de la grossesse, la fréquence et la gravité de la violence subie, l'emplacement des blessures sur le corps et l'identité de l'auteur.

***HITS (acronyme pour "Hurt, Insult, Threaten, Scream ") :*** Il peut être utilisé dans tous les milieux de pratique, particulièrement dans les cliniques médicales, tant auprès des femmes que des hommes. Il a été conçu pour révéler l'existence de violence physique, verbale et psychologique au cours de la dernière année.

***PVS (Partner Violence Screen) :*** Conçu pour le milieu hospitalier, il comporte 3 questions et s'adresse aux femmes qui consultent en urgence. Il cherche à révéler l'existence de violence physique au cours de la dernière année et s'intéresse à la perception de la femme quant à sa sécurité.

***SAFE-T :*** Il comprend cinq questions indirectes portant sur la relation actuelle entre conjoints : le sentiment de sécurité au domicile, l'appréciation du conjoint par la famille, le tempérament du conjoint, l'acceptation de la femme par son conjoint, la résolution des conflits. Le questionnaire est appliqué par le professionnel de santé.

Cependant ces questionnaires ne sont que des exemples et chacun doit interroger la femme de la manière avec laquelle il est le plus à l'aise. (31)

# 5 Le rôle des professionnels

Les professionnels de santé constituent également un premier recours pour un quart des femmes victimes de violences. La révélation des violences doit entraîner une orientation rapide et adaptée ainsi qu'un accompagnement spécialisé. À cet effet, les professionnels en contact avec les femmes victimes de violences doivent être outillés.

Mais, la plupart des professionnels de santé, faute de formation et d'outils, sont le plus souvent démunis face à cette problématique qu'ils connaissent peu ou mal. Et ils ne vont pas forcément repérer ces situations ni savoir comment agir pour protéger les victimes.

Il est pourtant urgent que chacun d'entre eux soit en mesure de repérer les patientes subissant des violences au sein de leur couple. Avec l'aide d'une équipe de santé pluri professionnelle et en s'appuyant sur les acteurs du secteur social, associatif, médico-social et judiciaire, les professionnels de santé sont à même d'initier des actions concrètes adaptées aux besoins de la patiente.

La loi fixe l'obligation d'intégrer dans la formation initiale de certains professionnels des modules sur les violences intrafamiliales et faites aux femmes. (4)

En outre, plus de 300 000 professionnels ont été formés par la MIPROF depuis 2013, notamment des formateurs (225 référents dans les services d'urgence, plus de 150 formateurs de travailleurs sociaux, etc.). (26)

La HAS a mis en place des fiches pratiques de recommandation pour le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences.

Ces recommandations s'adressent plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : **médecin** généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, **sage-femme**, infirmier(e) des urgences et libéral(e), **infirmier(e)** puériculteur (trice), **chirurgien-dentiste**, masseur kinésithérapeute.

Mais aussi à d'autres professionnels de santé concernés par le thème et certains partenaires d'autres secteurs : médecin en UMJ, médecin des conseils départementaux et en particulier médecin de PMI et référent protection de l'enfance, psychologue, **pharmacien(ne)**, conseiller(e) conjugal(e) des CPEF, assistant(e) social(e), travailleur social et professionnel travaillant en lien avec les professionnels susnommés (aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, secrétaire médical(e), etc. (32)

## 5.1 La particularité du secret professionnel

La notion de secret professionnel couvre l'ensemble des informations concernant le patient porté à la connaissance du professionnel de santé. Cela inclut les informations confiées, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété lors de l'exercice médical (déclaration du patient, diagnostic, dossiers).

De manière générale la loi prévoit, que la révélation d'une information à caractère secret est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 226-13 du code pénal). (33)

Mais pour ce qui est des violences conjugales, la loi permet quelques exceptions afin de permettre la protection des victimes. C'est ce qui est notifié dans l'article 226-14 du code pénal. La levée du secret peut se faire par :

- Celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une

personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

- Le médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. 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.**

- Le médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

- Les professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article **ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur**, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. (34)

## 5.2 Les chirurgiens-dentistes

Le chirurgien-dentiste, en tant que professionnel de premier recours, a un rôle déterminant à jouer dans le repérage et l'accueil des victimes de violences.

Des chirurgiens-dentistes référents violences ont été désignés dans chaque département. Ils ont pour mission d'organiser, pour leurs pairs, des temps de sensibilisation/information sur les violences au sein du couple et d'identifier les acteurs locaux institutionnels et associatifs vers qui les victimes pourraient être orientées.

En cas de suspicion de violences chez une patiente consultant pour des soins dentaires, certains signes peuvent alerter le praticien : récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ; plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ; douleur de l'articulation temporo-mandibulaire ; attitude « trop » résistante à la douleur ; attitude très docile, voire figée ; troubles somatiques ; impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche...

Le cas échéant, le chirurgien-dentiste peut effectuer un certificat médical initial. (21)

## 5.3 Les sages-femmes

La période de la grossesse et la période périnatale constituent des situations à risque notable de violences au sein du couple. Les femmes exposées à des violences pendant leur grossesse représentent environ 10 % des femmes en âge de procréer.

Les professionnels de la santé périnatale ont un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences. En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que, jusque-là, la femme n'aurait pas évoquée.

De part cette configuration et les consultations régulières lors du suivi de la grossesse, la sage-femme est le professionnel clé dans le dépistage des violences faites aux femmes. La sage-femme est aussi présente pour les femmes lors du suivi gynécologique de prévention, ce qui rajoute encore d'autres occasions de dépister ces violences. (21)

## 5.4 Les médecins

Des référents « femmes victimes de violences » ont été nommés dans les services d'urgence. Ces derniers sont formés au repérage, à la prise en charge et à l'orientation des victimes, afin de former à leur tour l'ensemble du personnel des urgences, du SAMU et du SMUR.

Pour assurer une mission de coordination de proximité des acteurs et des actrices autour des victimes, des postes de « référents départementaux pour les femmes victimes de violences au sein du couple » existent dans 52 départements. Dans certains, ils assurent par ailleurs une mission d'accompagnement des femmes bénéficiant du téléphone grave danger (TGD). Ce dispositif est bien ancré dans les territoires et jugé très pertinent, notamment dans des territoires ruraux. (26)

Les médecins gynécologues-obstétriciens ont aussi un rôle dans ce dépistage du fait de leur proximité avec les femmes lors du suivi prénatal et gynécologique de prévention.

C'est aussi le cas du médecin généraliste qui va accompagner la population dans leur parcours de santé globale. (21)

## 5.5 Les pharmaciens d'officine

En tant que professionnel de premier recours, le pharmacien constitue légitimement un point d'appui possible pour alerter les forces de l'ordre et leur permettre, le cas échéant, d'intervenir en urgence.

En ce sens, et au vu de l'efficacité de systèmes comparables déjà mis en place dans certains pays d'Europe, un dispositif de signalement en pharmacie de ces situations d'urgence auprès des forces de l'ordre a été mis au point par le Ministère de l'Intérieur en collaboration avec l'Ordre national des pharmaciens. Il constitue un complément aux numéros d'appel 39 19 (Violences femmes info) et 119 (Allo enfance maltraitée). (35)

## 5.6 Les infirmiers

L'infirmier(e) dans le cadre de son exercice professionnel peut détecter des signes de violence et dans ce cas agir pour venir en aide à la personne. Selon le code de déontologie, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour protéger l'individu. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives."

Si la victime le demande, l'infirmière ou l'infirmier peut alors établir une **attestation clinique infirmière** qui ne portera pas atteinte au secret professionnel puisque la victime y consent. La rédaction d'une telle attestation se doit d'être absolument objective en faisant état des dires de la victime. L'attestation ne doit en aucun cas apparaître tendancieuse. (36)

## 5.7 La place des étudiants

Les professionnels au contact des femmes victimes de violences ont un rôle crucial à jouer en termes de repérage et d'orientation, que ce soit dans les domaines de la santé, de la sécurité, du social, du judiciaire, de l'éducation, etc.

Pourtant le manque de formation est identifié comme le principal obstacle à l'accompagnement et l'orientation des victimes de violences. (37)

Leur formation initiale et continue constitue donc un enjeu pour favoriser leur implication. Désormais, la formation initiale des médecins et des sages-femmes intègre ces questions. Des urgentistes référents dans leur service ont été nommés et formés.

Pour poursuivre cette dynamique, de nouveaux professionnels doivent être outillés et formés, notamment les pharmaciens, les infirmiers, les polices municipales, les médecins et assistantes sociaux exerçant dans le système éducatif. (26)

La formation des étudiants est importante tant pour leurs pratiques de futurs professionnels de santé mais aussi car, dès leur cursus universitaire ils peuvent être confrontés à cette problématique lors de leurs nombreux stages.

Une enquête de 2013 auprès d'étudiants en médecine nous montre la nécessité d'une formation à la violence tout au long des études médicales, afin d'améliorer l'identification, la prise en charge médicale et l'accompagnement des victimes. (38)

L'introduction de cet item est apparue dans la formation initiale et a concerné les nouveaux internes à partir de 2016.

Les sages-femmes, elles, ont vu intégré dans leur formation initiale une composante sur les violences faites aux femmes depuis 2013, ce qui leur permet d'acquérir une sensibilisation sur la problématique des violences intrafamiliales et plus particulièrement sur celles faites aux femmes. (39)

Pour venir compléter les enseignements des étudiants en médecine et maïeutiques des DU portant sur cette thématique sont créés afin de permettre aux professionnels qui n'ont pas pu avoir cette formation initiale de se former aux violences. Cela permet aussi aux professionnels ayant une formation initiale sur le sujet d'approfondir leurs connaissances.

# METHODE

# 1 L'étude et les objectifs

## 1.1 Type, durée et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de type transversale.

Celle-ci a eu lieu pendant 2 mois et 2 semaines (du 29 Mai au 10 Août 2020 inclus). L'envoi et la collecte initiale des réponses de l'auto-questionnaire se sont effectués dans un premier temps par l'intermédiaire des adresses mails UCA de la population étudiante ciblée, du 26 mai au 30 juin 2020 inclus. Une relance a été effectuée par mail le 8 juillet 2020. La collecte s'est finalement terminée le 10 août 2020.

Cette étude a été réalisée au sein de l'Université Clermont-Auvergne auprès de :

- L'école de sage-femme
- L'UFR de médecine et des professions paramédicales
- L'UFR de pharmacie
- L'UFR d'odontologie
- L'institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Clermont-Ferrand

## 1.2 Les objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers dans le dépistage des violences faites aux femmes. Avec pour critère de jugement principal, le nombre de réponses justes.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer cette connaissance en fonction du sexe, de l'âge, de la filière
- Evaluer la source majoritaire d'information sur le sujet (formation initiale, congrès, journées de formations, associatifs…) et voir si celle-ci influait sur les connaissances
- Evaluer la confiance de l'étudiant devant ce genre de situations lors des stages
- Repérer les freins possibles au dépistage par l'étudiant

# 2 Population et méthode

## 2.1 La population de l'étude

La population cible était les étudiants des trois professions médicales, de la pharmacie et infirmiers, en formation de Clermont-Ferrand

### 2.1.1 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient :

- Inscrit à l'université Clermont Auvergne
- En cinquième année de médecine
- En sixième année de pharmacie, parcours officine
- En cinquième année de maïeutique
- En sixième année d'odontologie
- En troisième année de soins infirmiers
- Ayant reçu le questionnaire
- Ayant répondu au questionnaire

### 2.1.2 Les critères de non-inclusion

Les critères d'exclusion pour cette étude étaient :

- Étudiants mineurs
- Étudiant PACES
- Étudiants Erasmus
- Étudiants ne sachant pas lire et comprendre le français
- Questionnaire remplit de manière incomplète

## 2.2 Méthode

### 2.2.1 Le mode de recueil des données

Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un auto-questionnaire rédigé sur le logiciel Redcap du CHU de Clermont-Ferrand (*Annexe V*).

Cet auto-questionnaire a été testé auprès d'une infirmière diplômée d'état, un étudiant en pharmacie, et de 2 étudiants parisiens (paramédical et sciences de l'enseignement). Les remarques (écrites et orales) ont ainsi été prises en compte dans l'élaboration finale du questionnaire.

Puis un mail a été envoyé aux étudiants par l'intermédiaire de l'ENT, ce mail contenait une explication de l'étude ainsi qu'un lien hypertexte pour accéder au questionnaire de façon anonyme. (*Annexe III et IV*).

Les réponses des étudiants ont été directement retranscrites de façon anonyme par l'intermédiaire du logiciel Redcap dans un fichier Excel.

### 2.2.2 Les variables recueillies

La première partie du questionnaire consistait à recueillir les données sociodémographiques de la population étudiée (âge, sexe, filière et année de formation).

Ensuite la deuxième partie du questionnaire consistait à recueillir des informations sur la formation et l'expérience des participants (source de l'information, vécue en stage…).

La troisième partie portait sur les connaissances des participants sur les violences faites aux femmes (dépistage et orientation). Les questions portaient sur : les données épidémiologiques des violences faites aux femmes, les mécanismes, le rôle des professionnels, le début de la prise en charge (dépistage et orientation) et le secret professionnel.

### 2.2.3 L'analyse statistique des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Epi-Infos, en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne (± écart-type associé) pour les variables quantitatives. Le score de connaissance moyen a été comparé selon les caractéristiques des étudiants par le test T de Student.

### 2.2.4 Les aspects éthiques et réglementaires

Cette étude reposait sur des auto-questionnaires rendus anonymes par la méthode de distribution. Le consentement était implicite selon l'action ou non de donner suite au mail. Une information sur la visée de cette étude ainsi que sur son anonymat était expliquée dans le mail contenant le lien pour le questionnaire.

Les aspects éthiques ont donc été respectés.

# RESULTATS

# 1 La population étudiée

Le lien pour accéder au questionnaire a été envoyés via des listes de diffusion aux étudiants en 3e année de soins infirmiers (117 inscrits), en 5e année de maïeutique (30 inscrits), en 5e année de médecine (206 inscrits), en 6e année de chirurgie dentaire (64 inscrits) et en 6e année de pharmacie filière officine (49 inscrits). Soit 466 sollicitations au total.

Sur un total de 151 réponses obtenues (109 avant la relance, et 42 après la relance), ce qui correspond à un taux de participation de 32,4 %, il a été possible d'exploiter 127 réponses (27,3% des questionnaires envoyés). Plus précisément, 24 questionnaires ont été exclus pour non-respect des critères d'inclusion (questionnaire partiellement remplit).

La filière en soins infirmiers à un taux de réponse de 32,5 %, la filière maïeutique de 30,0 %, la filière médecine de 26,2 %.

Les étudiants de chirurgie dentaire étaient 17,2 % à répondre et les étudiants en pharmacie filière officine étaient 30,6 %.

Le tableau I décrit les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (sexe, filière de formation).

*Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques*

| ***Caractéristiques sociodémographiques*** | | ***Effectif n = 127 ( %)*** |
|---|---|---|
| **Sexe** | *Hommes* | 21 (16,54) |
| | *Femmes* | 106 (83,46) |
| **Filière de formation** | | |
| *Chirurgie dentaire* | | 11 (8,66) |
| *Maïeutique* | | 09 (7,09) |
| *Médecine* | | 54 (42,52) |
| *Pharmacie* | | 15 (11,81) |
| *Soins infirmiers* | | 38 (29,92) |

L'âge moyen de la population étudiée est de 24,3 ± 3,8 ans.

*Tableau II : Age moyen de la population totale et par filière*

| ***Moyenne d'âge de la population totale et par filière*** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Age moyen de la population (en année)** | | | | | |
| | *Minimum* | *Maximum* | *Moyenne* | *Ecart type* | *Effectif n* |
| | 20 | 44 | 24,3 | 3,8 | 127 |
| **Age moyen de la population par filière (en année)** | | | | | |
| *Chirurgie dentaire* | 24 | 32 | 25,4 | 2,3 | 11 |
| *Maïeutique* | 23 | 28 | 23,7 | 1,6 | 9 |
| *Médecine* | 22 | 37 | 23,6 | 2,3 | 54 |
| *Pharmacie* | 23 | 27 | 24,9 | 1,2 | 15 |
| *Soins infirmiers* | 20 | 44 | 24,8 | 6,1 | 38 |

Nous observons que les étudiants répondants en chirurgie dentaire sont en 6e année d'étude, et que ceux de maïeutique sont en 5e année d'étude. Pour les étudiants répondant en médecine ils sont en 5e année d'étude et ceux de pharmacie sont en 6e année d'étude. Et en 3e année d'études pour les étudiants en soins infirmiers.

Nous observons donc pour la population étudiée une moyenne d'année d'étude de 4,2 +/- 1,7.

## 2 La formation relative aux violences faites aux femmes

La seconde partie du questionnaire permettait de voir si l'étudiant interrogé déclarait avoir reçu une formation sur les violences faites aux femmes et pouvait citer les supports de cette formation.

On remarque que seulement 46 étudiants (soit 36,2 % de la population) déclarent avoir reçu une formation sur les VAF, 73 étudiants (57,5%) déclarent ne pas en avoir reçus et 8 étudiants (6,3%) ne s'en souviennent pas.

Le tableau III nous montre le pourcentage d'étudiants déclarant avoir reçu la formation ainsi que le détail par filière.

*Tableau III : Formation sur les violences faites aux femmes*

| ***Formation sur les violences faites aux femmes (données déclaratives)*** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***Formation sur les VAF toutes filières confondues (%)*** | | | | |
| | *Oui* | *Non* | *Ne se rappelle pas* | *Effectif n* |
| | 46 (36,2) | 73 (57,5) | 8 (6,3) | 127 |
| ***Formation sur les VAF détails par filière (%)*** | | | | |
| *Chirurgie dentaire* | 1 (9,1) | 9 (81,82) | 1 (9,1) | 11 |
| *Maïeutique* | 8 (88,9) | 0 (0,0) | 1 (11,1) | 9 |
| *Médecine* | 35 (64,8) | 15 (27,8) | 4 (7,4) | 54 |
| *Pharmacie* | 1 (6,7) | 13 (86,7) | 1 (6,7) | 15 |
| *Soins infirmiers* | 1 (2,6) | 36 (94,74) | 1 (2,6) | 38 |

Pour les étudiants déclarant avoir reçu une formation sur les VAF on remarque que celle-ci intervient lors de la 4,5 ±1,1 année d'études.

Le tableau IV nous montre le détail par filière de l'année de formation, pour les étudiants déclarant avoir reçu une formation sur les VAF seulement.

*Tableau IV : Année de formation moyenne par filière sur les VAF*

| ***Année de formation moyenne par filière sur les VAF*** | | | |
|---|---|---|---|
| | *Moyenne* | *Ecart type* | *Effectif n* |
| *Chirurgie dentaire* | 2 | / | 1 |
| *Maïeutique* | 4,3 | 0,5 | 8 |
| *Médecine* | 4,7 | 0,5 | 35 |
| *Pharmacie* | 6 | / | 1 |
| *Soins infirmiers* | 2 | / | 1 |

Les figures 1 et 2 ci-dessous nous montre les différents types de dispensation ainsi que le type d'intervenant pour la formation des VAF. On remarque donc que sur les 46 étudiants déclarant avoir eu la formation, certains citent plusieurs sources. En effet 8 étudiants citent au moins 2 sources différentes d'information sur le sujet (soit 6,3%).

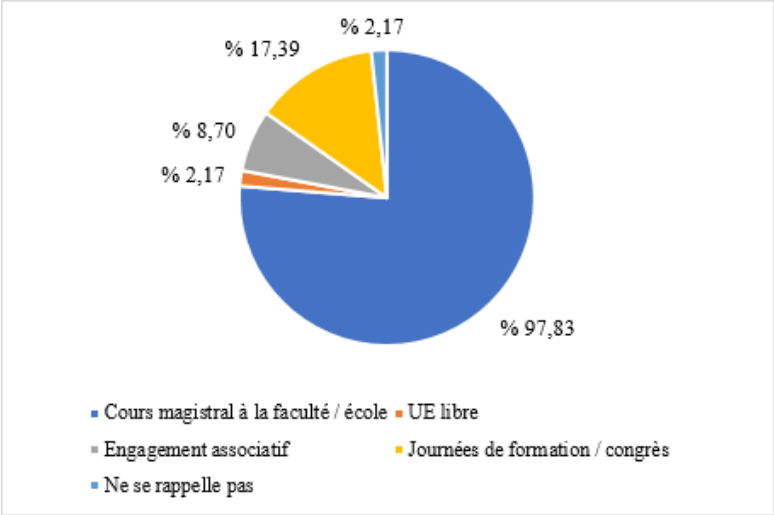



*Figure 1 : Type de dispensation de la formation*

*Figure 2 : Type d'intervenant pour la formation*

Les étudiants ayant coché la case « autre » avaient la possibilité de noter dans une zone de texte la source en toute lettre. Parmi les 28,26% d'étudiants ayant coché la réponse « autre » on retrouve comme réponse : Des livres de cours / collège de gynécologie, médecin (psychiatre, gynécologue), docteur en santé publique, enseignant en odontologie, et la scolarité via les mailings étudiantes.

## 3 L'expérience vis-à-vis des violences faites aux femmes

Une autre partie du questionnaire portait sur l'expérience en stage de l'étudiant vis-à-vis des violences faites aux femmes. Que ce soit au niveau du repérage, de l'orientation, de la prise en charge, et qu'il soit acteur ou simple observateur.

58 étudiants ont déjà eu à faire à une femme victimes de violences au cours de leurs stages, soit 45,7 % de la population étudiée.

*Tableau V : Taux d'étudiants ayant rencontré une femme victimes de violences lors d'un stage*

| ***Taux d'étudiants ayant rencontré une femme victimes de violences lors d'un stage*** | | | |
|---|---|---|---|
| ***Toutes filières confondues (%)*** | | | |
| | *Oui* | *Non* | *Effectif n* |
| | 58 (45,7) | 69 (54,3) | 127 |
| ***Détails par filière (%)*** | | | |
| *Chirurgie dentaire* | 4 (36,4) | 7 (63,6) | 11 |
| *Maïeutique* | 7 (77,8) | 2 (22,2) | 9 |
| *Médecine* | 32 (59,3) | 22 (40,7) | 54 |
| *Pharmacie* | 1 (6,7) | 14 (93,3) | 15 |
| *Soins infirmiers* | 14 (36,8) | 24 (63,2) | 38 |

Ils ont ensuite pu notifier via une échelle allant de 0 à 100 (en acceptant une décimale), leur sentiment d'aisance vis-à-vis d'une situation de violences faites aux femmes.

Le score moyen obtenu est de 38,97/100.

*Tableau VI : score d'aisance devant une situation de violences faites aux femmes*

| ***Score d'aisance*** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Score moyen de la population (en année)** | | | | | |
| | *Minimum* | *Maximum* | *Moyenne* | *Ecart type* | *Effectif n* |
| | 00 | 100 | 38,97 | 23,83 | 127 |
| **Score moyen de la population par filière** | | | | | |
| *Chirurgie dentaire* | 13 | 80 | 44,18 | 21,86 | 11 |
| *Maïeutique* | 20 | 73 | 44,11 | 22,34 | 9 |
| *Médecine* | 00 | 100 | 39,07 | 25,39 | 54 |
| *Pharmacie* | 02 | 73 | 35,27 | 21,21 | 15 |
| *Soins infirmiers* | 00 | 90 | 37,55 | 24,10 | 38 |
| ***Score moyen de la population par sexe*** | | | | | |
| *Homme* | 01 | 100 | 40,62 | 26,45 | 21 |
| *Femme* | 00 | 100 | 38,64 | 23,40 | 106 |

Les 110 étudiants (soit 86.6 % de la population) ayant côté un score d'aisance ≤ 70 ont eu la possibilité de s'exprimer sur les raisons qui les menaient à ce score. Plusieurs explications leur étaient proposées ainsi qu'une case "autre". Les étudiants cochant la case "autre" avait aussi la possibilité de s'exprimer librement. 65 étudiants (soit 51,2%) ont coché plusieurs raisons à leur gêne vis-à-vis de la situation.

Le tableau ci-dessous nous montre la répartition des différentes raisons à un score d'aisance ≤ 70.

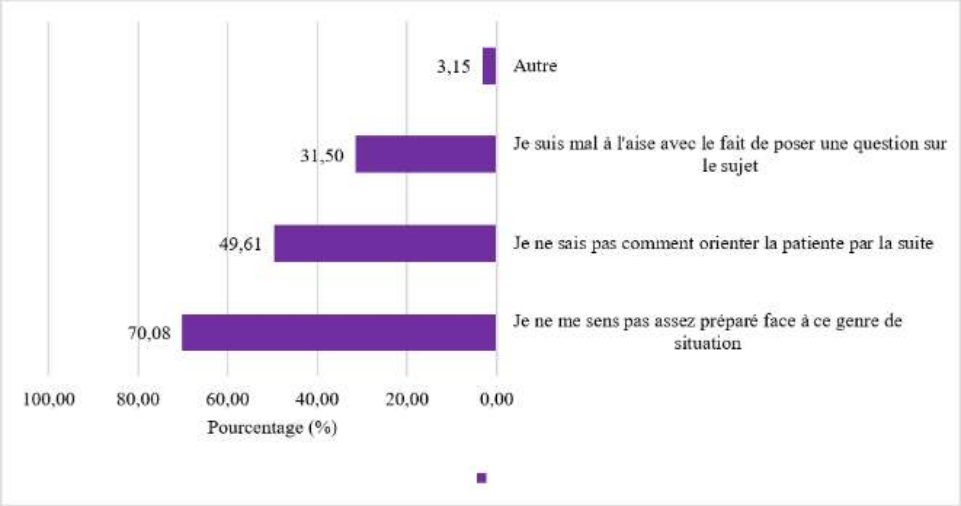



*Figure 3 : Les différentes raisons à un score d'aisance ≤70.*

Parmi les 3,15% de réponses "autre" on retrouve : la "peur d'avoir des ennuis juridiques", la "peur de passer à côté de la plainte de la patiente si elle ne peut pas s'exprimer librement", et "peur d'aggraver la situation, je ne me sens pas à l'aise/à ma place".

# 4 Les connaissances sur les violences faites aux femmes

La dernière partie du questionnaire comportait 14 questions et 1 échelle d'opinion (graduée de 0 = pas d'accord, à 100 = d'accord) et consistait à interroger les étudiants à propos de généralités sur les violences (chiffres, mécanisme, dépistage, secret professionnel, rôle des professionnels...). Le calcul du score de connaissance s'est effectué sur les 14 questions posées.

L'échelle d'opinion (question 12 du questionnaire) portait sur le fait que "souvent l'agresseur est dans l'entourage de la victime". Une note de 0 à 25 équivalait à "pas d'accord", de 25 à 50 à "plutôt pas d'accord", de 50 à 75 à "plutôt d'accord", et de 75 à 100 à "d'accord". La moyenne d'opinion était à 85,5 ± 15,1, avec une opinion minimale à 30 et maximale à 100.

*Tableau VII : Opinion des étudiants "l'agresseur est souvent dans l'entourage de la victime"*

| ***Opinion*** | ***Effectif (n)*** | ***Pourcentage (%)*** |
|---|---|---|
| *Pas d'accord* | 0 | 0 |
| *Plutôt pas d'accord* | 2 | 1,6 |
| *Plutôt d'accord* | 15 | 11,8 |
| *D'accord* | 110 | 86,6 |

Le score de connaissance moyen était de 8,4 ± 2,1 sur 14, avec un score minimal de 1 et un score maximal de 13.

Il a été calculé de la sorte que si toutes les propositions correctes étaient cochées et qu'aucune proposition fausse n'était cochée, l'étudiant s'est vu attribuer 1 point à la question. En revanche si l'étudiant avait coché une réponse fausse ou oublié de cocher une réponse considérée correcte alors 0 point lui a été attribué pour la question.

De façon détaillée (*Figure 5*), les étudiants ont majoritairement répondu correctement aux questions sur la mortalité (question 13), le rôle des professionnels dans le dépistage/la prise en charge (question 15), l'impact de la grossesse sur les violences (question 16) et le cycle des violences (question 17).

En revanche, pour les questions relatives au dépistage systématique, à la prise en charge et au secret professionnel (question 14, 18 et 19) ont reçu une grande majorité de réponses incorrectes. Seulement 20,5 % des étudiants savent que le dépistage des violences doit être systématique selon les recommandations actuelles (question 14). 78% ne savent pas dans quels cas la loi impose la levée du secret professionnel par le professionnel de santé lors de violences (question 19). Et entre 67,7 et 92,9 % n'ont pas les actions adéquates en fonction du statut de la patiente (mineure, majeure, ou majeure vulnérable) lorsqu'elle évoque des violences (question 18).

En ce qui concerne la question 11, sur le nombre de victimes chaque année, l'avis des étudiants est mitigé. En effets 55,9% ont répondu correctement à la question. 21,2% ont surestimés le nombre de victimes et 22,8 % les ont sous-estimés.

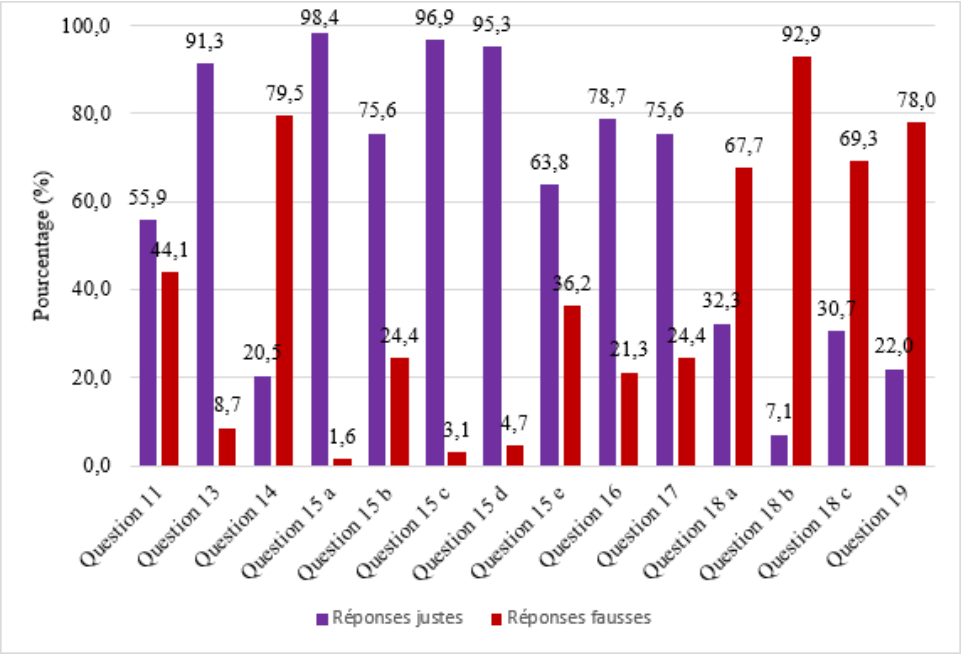



*Figure 5 : Répartition des réponses pour les questions du score de connaissance*

# 5 Etudes des facteurs associés aux connaissances

Une relation statistiquement significative entre le fait d'avoir eu une formation sur les violences faites aux femmes au cours de son cursus et le score de connaissance, avec un score moyen passant de 9,5 ± 1,8 pour les étudiants ayant eu la formation, à 7,8 ± 3,2 pour les étudiants ne l'ayant pas eu (Tableau VIII).

Par ailleurs, les étudiants de la filière maïeutique présentaient un score de connaissances moyen significativement plus élevé que les étudiants de chacune des autres filières.

*Tableau VIII : Différentes variables associées au score de connaissances.*

| ***Variable*** | ***Score de connaissance*** | ***P-value*** |
|---|---|---|
| ***Sexe*** | | |
| *Homme* | 8,0 ± 1,6 | 0,21 |
| *Femme* | 8,5 ± 2,1 | |
| ***Filière*** | | |
| *Maïeutique* | 10,1 ± 1,4 | < 0,001 |
| *Chirurgie dentaire* | 7,9 ± 2,1 | |
| *Médecine* | 8,9 ± 2,3 | |
| *Pharmacie* | 7,9 ± 1,2 | |
| *Infirmière* | 7,7 ± 1,6 | |
| ***Age*** | | |
| < 25 ans | 8,6 ± 2,2 | 0,07 |
| ≥ 25 ans | 7,9 ± 1,7 | |
| ***Formation sur les violences au cours du cursus*** | | |
| *Oui* | 9,5 ± 1,8 | < 0,001 |
| *Non* | 7,8 ± 3,2 | |
| ***Type de dispensation de l'information*** | | |
| *Cours magistral* | 9,5 ± 1,7 | 0,21 |
| *UE libre* | 11,0 ± 0,0 | 0,18 |
| *Engagement associatif* | 10,0 ± 2,2 | 0,13 |
| *Journées de formation / Congrès* | 10,25 ± 1,5 | 0,007 |
| ***Plusieurs types de dispensation*** | | |
| *0 type* | 7,8 ± 1,9 | < 0,001 |
| *1 type* | 9,5 ± 1,8 | |
| *2 types* | 9,6 ± 1,8 | |
| *3 types* | 11,0 ± 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| ***Sources informations*** | | |
| *Médecin légiste* | 9,2 ± 1,8 | 0,09 |
| *Personne qualifiée en victimologie* | 9,9 ± 1,6 | 0,0013 |
| *Association d'aide aux victimes* | 10,5 ± 0,7 | 0,11 |
| *Autres* | 9,4 ± 1,8 | 0,08 |
| ***Sentiment d'aisance*** | | |
| *≤ 70 / 100* | 8,33 ± 2,1 | 0,14 |
| *> 70 / 100* | 9,11 ± 1,7 | |

# DISCUSSION

# 1 Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'établir les connaissances des futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers sur les violences faites aux femmes. Celui-ci a pu être établi autour de 14 questions via un score de connaissance.

# 2 Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude a permis d'établir les connaissances des étudiants des trois professions médicales, infirmiers et de la pharmacie à propos du dépistage des violences faites aux femmes. Cependant les résultats obtenus ne peuvent être généralisables du fait du manque de puissance de notre étude.

Il a été possible de diffuser le questionnaire par l'intermédiaire de listes de diffusion sur les adresses mail UCA des étudiants, ce qui a permis de sélectionner la population cible de notre étude et ainsi éviter les réponses d'étudiants non concernés. Du fait du mode de diffusion, les étudiants ont pu répondre seul au questionnaire évitant ainsi un biais dans les réponses.

Cela a aussi permis une analyse des réponses des étudiants en fonction de leur parcours d'étude pour voir s'il y avait une influence sur les connaissances.

Le taux de participation de notre étude est en revanche que de 32.4 %. Ce biais de non-réponse peut être expliqué par la période d'envois du questionnaire (fin mai-début juin) qui n'est pas la plus optimale pour obtenir un nombre important de réponses de la part des étudiants. Il aurait fallu envoyer le questionnaire plus tôt, vers avril, pour avoir un taux de participation plus élevé. Peut-être aussi que les étudiants non-répondants ne se sentaient pas concerné par la problématique et n'ont, de ce fait, pas rempli le questionnaire.

Enfin, cette étude a permis une diffusion de l'information sur les violences faites aux femmes puisqu'elle a entraîné le questionnement et la réflexion des étudiants sur des informations générales concernant les violences faites aux femmes.

Cette étude a donc, sans doute, amené plusieurs étudiants à s'interroger sur la problématique des violences faites aux femmes et sur le rôle de sa future profession dans le domaine.

De plus, certaines questions comportaient l'item « je ne sais pas » permettant ainsi d'éviter le biais de mémorisation ou une réponse aléatoire.

# 3 Discussion des résultats

## 3.1 Présentation de l'échantillon répondant

La population étudiée est globalement jeune, avec un âge moyen de 24,3 ans et est composée à 83,46 % de femmes et 16.54 % d'hommes.

Notre population est composée de 5 filières d'étudiants en santé, avec une moyenne d'année d'étude de 4,2 années.

Plus précisément les étudiants sont en 5$^{e}$ année de médecine à 42,52 %, en 3$^{e}$ année de soins infirmiers à 29.92 %, en 6$^{e}$ année de pharmacie à 11.81 %, en 6$^{e}$ année de chirurgie dentaire à 8.66 % et en 5$^{e}$ année de maïeutique à 7.09 %.

## 3.2 La formation et l'expérience vis-à-vis des violences conjugales

En moyenne, seulement 36.2 % de notre population a déclaré avoir reçu une formation sur les violences faites aux femmes au cours de leur cursus. Les étudiants en maïeutique (88.9 %) et en médecine (64.8 %) sont ceux les plus formés sur le sujet.

Pour ceux ayant déclaré avoir eu une formation, celle-ci interviendrait en fin de cursus pour les étudiants en maïeutique, pharmacie et infirmiers. En début de cursus pour les étudiants en chirurgie dentaire, et en 5e année (1 an avant les épreuves classantes nationales) pour les étudiants en médecine.

L'arrêté du 11 mars pour les sages-femmes et l'arrêté du 8 avril 2013 pour les médecins, ont inclus dans leur formation initiale le module de prévention et dépistage des violences faites aux femmes. Malgré cela on note un taux déclaratif de formation à ce sujet plus bas par rapport à ce qu'on pourrait attendre. (40)

Pour ce qui est des chirurgiens-dentistes, des infirmiers ou des pharmaciens, le 5e plan de lutte contre les violences faites aux femmes ne prévoit pas de formation à ce sujet dans la formation initiale, en revanche cela a été intégré dans leur formation continue ce qui explique un taux déclaratif de formation plus bas pour les sages-femmes et médecins. (26)

Sachant que les violences débutent ou s'intensifient dans 40% des cas pendant la grossesse, les professionnelles de la périnatalité ont donc un rôle majeur à jouer.

Un autre objectif consistait à voir les sources d'informations des étudiants sur les violences ainsi que son émetteur. La formation via un cours magistral a été identifiée comme source majoritaire d'information à 97,83 %.

Pour ce qui est du type d'intervenant, les réponses étaient plus variées. Des intervenants spécialisés dans la prise en charge de femmes victimes de violences ont été

cités (comme les médecins légistes, gynécologues, psychiatres, personnes avec qualification en victimologie…).

On note que 45,7 % des étudiants interrogés ont rencontré lors de leur stage une femme victime de violences. Les étudiants en maïeutique et en médecine sont ceux qui ont le taux le plus élevé avec respectivement 77,8 % et 59,3 %.

Ces taux plus élevés s'expliquent par des terrains de stage où le dépistage des violences semble plus propice. Les consultations de gynécologie, d'obstétrique, de médecine générale et en services d'urgence semblent plus exposées à la rencontre de femme victimes de violences.

Ceci s'explique par le fait que la grossesse est un facteur de risque déclenchant ou d'aggravation des violences. Les professionnels de la maïeutique et de la médecine sont donc plus exposés que les autres professions à rencontrer ces femmes victimes de violences.

Cependant le taux d'étudiant en pharmacie ayant rencontré des femmes victimes de violences pourrait augmenter. Car depuis le confinement lié à la COVID-19 en mars 2020, les pharmacies d'officines sont désormais intégrées dans le parcours de signalement et de prise en charge des femmes victime de violences. En effet celles-ci peuvent signaler dans leur pharmacie être victimes et avoir besoin d'aide en demandant un « masque 19 ». Les pharmaciens sont donc depuis plus sensibilisés à cette problématique et affirment une nouvelle fois leur rôle de proximité et de premiers recours pour les patients. (35)

Le faible niveau d'aisance des étudiants vis-à-vis des violences faites aux femmes a pu être établi via une échelle graduée de 1 à 10 avec 2 décimales. Bien que depuis 2013 le modules sur les violences faites aux femmes soit intégré dans la formation continue des ESF, celles-ci ont un score d'aisance moyen < 45 %.

On pourrait croire que la position d'étudiant joue un rôle sur le score d'aisance mais CILLART.L avait montré lors de son étude auprès des sages-femmes auvergnates que celles-ci n'étaient pas à l'aise non plus (20,7 % d'entre elles trouvent la question difficile à poser).

On peut trouver dans notre étude parmi les explications le sentiment de manque de formation dans le domaine ainsi que sur les suites à donner, le malaise d'aborder le sujet avec la patiente, mais aussi la peur d'aggraver la situation et la peur d'ennuis juridiques.

Ce sont des explications qui ont déjà été soulevées lors de l'étude nationale de 2015 menée par la MIPROF en partenariat avec différentes associations de sages-femmes (professionnelles et étudiantes) auprès de sages-femmes en activité. (37)

## 3.3 Les connaissances des étudiants sur les violences faites aux femmes

Les résultats nous montrent que notre population a globalement de bonnes connaissances sur les généralités des violences faites aux femmes. Le score moyen retrouvé était de 8,4 ± 2,1 sur 14.

86,6 % des étudiants sont également conscients que l'agresseur est dans l'entourage de la victime, ce qui correspond bien à la définition donnée par l'OMS sur les violences faites aux femmes. (3)

Cela peut être due à leur formation mais aussi au fait que les pouvoirs publics sensibilisent plus la population sur le sujet, via des spots publicitaires (notamment à l'occasion du 25 novembre qui est la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes) et des affiches dans des lieux stratégiques (gendarmeries, commissariats de police, cabinets de consultation médicaux, planning familial…) par exemple.

Les associations féministes et de lutte contre les violences faites aux femmes sont aussi plus actives, que ce soit sur les réseaux sociaux ou en organisant divers évènements de sensibilisation (la marche de *#Noustoutes* par exemple, a rassemblé plus de 49 000 personnes à Paris en 2019).

En revanche, seulement 20,5 % des étudiants estiment que le dépistage est systématique, chiffre qui se rapproche des pratiques des professionnels.

Dans son mémoire de 2012, ROUVEYRE a estimé que 11,5 % des professionnels de santé pratiquaient le dépistage systématique. En 2014 CILLART a montré que 17,4 % des sages-femmes auvergnates pratiquaient le dépistage systématique.

En France, une étude réalisée par la MIPROF en 2015 a montré que 19 % des sages-femmes pratiquaient ce dépistage systématique. Le rapport du professeur Henrion a montré que le taux de dépistage systématique par les médecins était faible également (9 %).

On peut voir que le taux de dépistage systématique augmente au fil des années. Les actions entreprises pour la prise en charge des femmes ainsi que la formation des différents acteurs ont sûrement un impact positif dans le dépistage, puisque dans les freins au dépistage identifiés c'est le manque de formation qui ressortait le plus souvent. (16,29,37,41)

Dans notre étude, les étudiants estiment à plus de 95% que les médecins, sages-femmes et infirmiers ont un rôle à jouer dans le dépistage et/ou la prise en charge des femmes victimes de violences.

Pour les pharmaciens plus de 75% sont d'accord avec leur rôle dans le dépistage et/ou la prise en charge, le taux pour les chirurgiens-dentistes est plus faible mais malgré tout assez significatif car pour plus de 60% des étudiants interrogés, ils ont eux aussi un rôle à tenir.

En revanche on voit aussi que s'ils savent qu'en tant que futur professionnel ils joueront un rôle dans le parcours de ces femmes, les modalités de prise en charge et de levé du secret professionnel ne sont pas bien connues. Une accentuation des rôles propres de chacun ainsi que des formations sous des formes plus ludiques et pratique (mise en situation, cas clinique…) permettrait peut-être de fixer plus rapidement les informations et ainsi créer certains automatismes chez les professionnels.

## 3.4 Les facteurs associés aux connaissances

On aurait pu s'attendre à avoir une relation statistiquement significative entre le sexe et un score de connaissance élevé en posant le postulat qu'étant un problème qui parle des femmes, celles-ci auraient plus d'information sur le sujet. Or notre étude montre que la différence de score de connaissance n'est pas significative entre les femmes et les hommes. Les violences faites aux femmes sont donc un problème de santé publique qui concerne tout le monde.

Alors que plusieurs études dénoncent le manque de formation comme un obstacle majeur dans le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences, notre étude montre, elle, que le score de connaissance est significativement plus élevé chez les étudiants ayant reçu une formation sur les VAF. En effet, les étudiants déclarant avoir reçu une formation ont en moyenne 9,5 sur 14 au score contre 7,8 pour ceux n'ayant pas déclaré avoir reçu une formation sur le sujet. Ceci nous confirme une fois de plus la nécessité d'être formé sur le sujet des violences faites aux femmes.

Notre étude montre aussi que le fait d'être en maïeutique joue positivement sur le score de connaissance. En effet, les étudiantes en maïeutique sont celles qui déclarent le plus avoir reçu une formation sur les violences. Cela est dû à leur stage, où elles sont au contact des femmes enceintes, qui est rappelons-le une période à risque de déclenchement ou d'aggravation des violences. Ce sont aussi du fait de leur domaine de compétences en santé génésique, celles qui sont au cœur de l'intimité de la vie des femmes, les accompagnant tout au long de leur suivi gynécologique et leur suivi de grossesse. (3,20)

On note aussi que plus le type de dispensation de l'information est varié, plus le score de connaissance augmente. La formation initiale est indispensable, malgré tout la formation continue est essentielle et complémentaire à celle-ci. Il est important de consolider les acquis des professionnels sur le sujet ainsi que de leur apporter les outils adaptés et spécifiques à leur profession.

Les différences de score entre une formation en cours magistral ou via des modalités différentes (engagements associatifs, journées de formation/congrès, UE libre) n'est pas suffisamment significative pour tirer une conclusion. Avec un nombre de participants plus élevé il aurait peut-être été permis de conclure à l'incidence du caractère volontaire de se faire former sur le score de connaissance.

# 4 Projet d'action

Il aurait été intéressant d'inclure les étudiants en masso-kinésithérapie dans l'étude afin d'avoir tous les futurs professionnels de santé pouvant être acteurs dans le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences. On aurait pu aussi comparer ces résultats avec l'enquête réalisée sur ces étudiant au niveau national entrepris cette année et présenter au 8e rencontre de la MIPROF.

De plus, étendre l'étude à tous les étudiants en santé de France aurait permis de voir si les efforts de formation initiale dans les filières concernées avaient commencé à porter leurs fruits. On pourrait aussi chercher au niveau national auprès des étudiants les points sur lesquels accentuer la formation initiale.

Il semble aussi judicieux de renforcer la formation initiale et continue de ces étudiants (sages-femmes, médecins, pharmaciens, infirmiers et chirurgiens-dentistes) avec notamment une accentuation sur le rôle spécifique de chacun : aspect légal, moyen à disposition pour un signalement, personne vers qui orienter. Il semble aussi important d'inclure dans la formation les coordonnées des différentes associations locales qui pourrait aider à l'orientation et la prise en charge des femmes.

Il ne faut pas oublier que la prise en charge des femmes victimes de violences est une prise en charge pluridisciplinaire qui fait intervenir des acteurs de santé mais aussi du social, du judiciaire, de l'éducation…

Un professionnel seul, quel que soit son domaine de compétences, ne pourra agir seul pour la prise en charge de ces femmes. Il est plus qu'important pour les professionnels de savoir le rôle de chacun des acteurs afin de pouvoir orienter les femmes et ainsi avoir une prise en charge optimale.

Peut-être est-il aussi intéressant d'avoir dans chaque établissement de santé une personne référente et représentante de chaque profession, qui pourrait être en partenariat avec les différents centres de victimologie régionaux et permettre la diffusion uniformisée d'un protocole d'accueil et de prise en charge de ces femmes.

# CONCLUSION

Les violences faites aux femmes sont très fréquentes et constituent un problème de santé publique. Leurs conséquences sur la santé des femmes et celle de leurs enfants sont nombreuses et néfastes tant sur le plan physique, psychologique que social. La prise de conscience de ces situations par les pouvoirs publics a permis de mettre en lumière un sujet resté tabou pendant de nombreuses années, et a poussé de plus en plus de professionnels à se former pour pouvoir prendre en charge les femmes victime de violences.

Parmi les freins pouvant expliquer les difficultés qu'ont les professionnels de santé à identifier les violences subies, on retrouve le manque de formation sur le sujet, de procédures établies et de connaissances sur les recours possibles.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance des étudiants en maïeutique, médecine, chirurgie dentaire, pharmacie et en soins infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes.

A l'issue de notre étude, nous nous rendons compte qu'il y a une bonne connaissance sur les violences faites aux femmes mais que certains points étaient encore peu ou mal connus. En effet le caractère systématique du dépistage, l'orientation et le signalement d'une femme en fonction de si elle est majeure, mineure, ou majeure et considérée vulnérable, ou encore les possibilités de levé du secret professionnel restent encore mal connues de notre population.

Mais les étudiants ont des connaissances satisfaisantes en ce qui concerne le nombre moyen de féminicides en un an, les étapes du cycle des violences, le fait que la grossesse soit un moment à risque de déclenchement ou d'aggravation des violences, le fait que chaque catégorie de professionnelle interrogée ait un rôle dans le dépistage et/ou la prise en charge des femmes. Pour ce qui est du nombre de victimes moyen chaque année seulement la moitié de notre population a pu trouver la bonne estimation.

Notre étude a aussi permis de voir qu'une formation sur le sujet des violences permettait d'avoir de meilleure connaissance. Une formation initiale et continue plus approfondie sur le sujet permettrait de démocratiser le dépistage systématique, de faire connaître aux étudiants et praticiens les bons outils pour une meilleure prise en charge et orientation de ces femmes.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Définition de la violence [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/violence/fr/

2. Gouvernement Français. Un Grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales [Internet]. Gouvernement.fr. 2019 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales

3. OMS. La violence exercée par un partenaire intime : Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf;jsessionid=A4E5DEC5CC9CB6D009A34A413D398070?sequence=1

4. Secrétaire d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Législation contre les violences faites aux femmes [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. 2018 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/la-legislation.html

5. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

6. Valade I. Violence conjugale : quel dépistage en maternité ? [Mémoire sage-femme]. [Nantes]: Université de Nantes; 2006.

7. Nasr R. Les violences conjugales : étude comparative entre Liban, France et Canada [Internet] [Thèse]. [Lyon]: Université Lumière Lyon 2; 2019 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.nasr_r&part=169744

8. OMS. La violence sexuelle : comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=1

9. Association violence que faire ? Économique - Violence que faire [Internet]. 2011 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.violencequefaire.ch/fr/informations/violence/economique

10. Stop violence. Violences au sein du couple [Internet]. 2019 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple#suis-je_concernee

11. UNICEF. Excision et mutilations génitales féminines [Internet]. UNICEF France. 2016 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/dossier/excision-et-mutilations-genitales-feminines

12. OMS. Conséquence sur la santé : comprendre et lutte contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WHO_RHR_12.43_fre.pdf?sequence=1

13. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. Pensée Plurielle. 2004;8(2):103-18.

14. Bergen RKennedy, Edleson JL, Renzetti CM. Violence against women : classic papers. Boston: Pearson/Allyn & Bacon; 2005.

15. Dahan-Tarrasona G. Stop aux violences faites aux femmes. 2017;(20):24-32.

16. Cillart L. Les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales : état des lieux des pratiques en Auvergne [Mémoire sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont-Ferrand; 2016.

17. OMS. Vue d'ensemble : Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86226/WHO_RHR_12.35_fre.pdf?sequence=1

18. Stop Violence. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. Arrêtons les violences. 2020 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes

19. Vacher A. Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes - MIPROF. 2020;(16).

20. Salmona M. Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant. l'Observatoire [Internet]. 2008 [cité 25 nov 2020];(59). Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2009-grossesse-et-violences-conjugales-article-muriel-salmona-revue-de-lobservatoire-decembre-2008.pdf

21. Gourbail L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : recommandations. 2019;53.

22. Haut comité de la santé publique. Rapport : Violences et santé [Internet]. Haut comité de la santé publique; 2004 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/044000405.pdf

23. Stop violence. Violences au sein du couple : ce que dit la loi [Internet]. Arrêtons les violences. 2019 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple#ce_que_dit_la_loi2

24. Ministère chargé de la justice français. Violence conjugale [Internet]. service-public.fr. 2020 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544

25. Stop Violence. La mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains [Internet]. Arrêtons les violences. 2018 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/?page=article&id_article=0

26. Ministère en charge du droit des femmes. 5e plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes [Internet]. 2017 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf

27. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes [Internet]. 2016 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes/

28. Gouvernement Français. Dossier de presse clôture du grenelle contre les violences conjugales [Internet]. 2019 [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf

29. Henrion R, Ministère de la santé français. Femmes Victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 5 mai 2019]. (La documentation Française). Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf

30. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Fiche pratique [Internet]. HAS. 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf

31. Flores J, Lampron C, Maurice P, Arseneau L, Paradis F, Laforest J, et al. Répertoire d'outils soutenant d'identification précoce de la violence conjugale. Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec; 2010.

32. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

33. Article 226-13 [Internet]. Code Pénal (2002). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945/

34. Article 226-14 [Internet]. Code Pénal (2020). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/

35. Conseil de l'Ordre des pharmaciens. Violences familiales : l'officine demeure un lieu d'alerte [Internet]. 2020 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Violences-familiales-l-officine-demeure-un-lieu-d-alerte

36. Conseil National de l'Ordre Infirmier. Contre les violences faites aux femmes : le rôle de l'infirmière [Internet]. 2020 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/contre-les-violences-faites-aux-femmes.html

37. Ministère des droits des femmes. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes [Internet]. 2015 [cité

5 nov 2020]. Disponible sur: https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/2015_resultats-enquete-nat-SF-violences-faites-femmes.pdf

38. Gilles Lazimi, Alexandre Duguet, Valérie Auslender, Benjamin Granger, Pierre Catoire, Ernestine Ronai. Les violences faites aux femmes. Enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Médecine. 1 févr 2014;10(2):83-8.

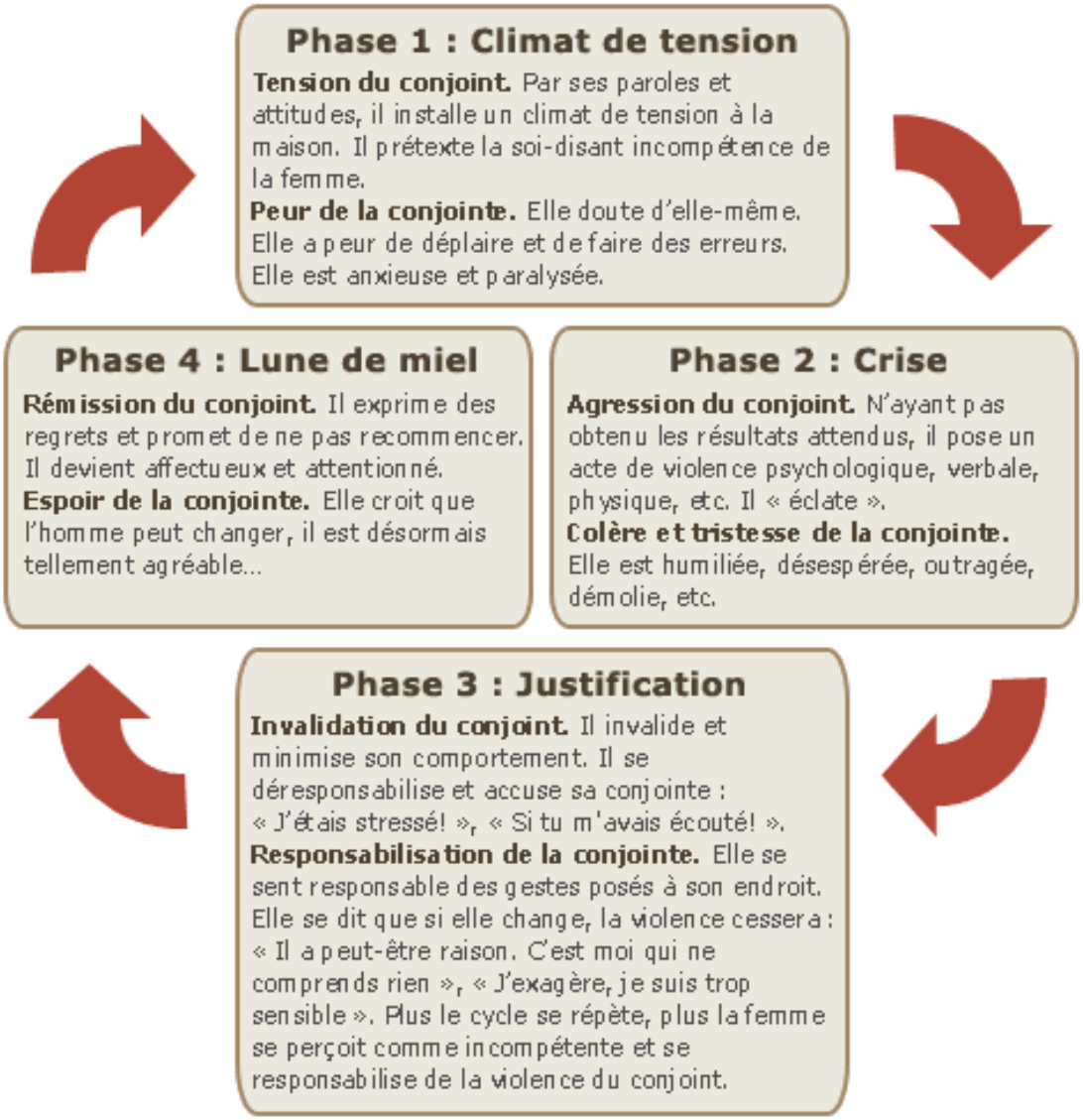
39. Senat. Formation des sages-femmes sur les violences faites aux femmes [Internet]. 2020 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ151018498.html

40. Ministère du droit des femmes. 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2014 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf

41. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales: état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme [Mémoire sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Clermont Auvergne; 2012.

# ANNEXES

**<u>Annexe I :</u> Schéma du cycle des violences conjugales**



## Annexe II : Questionnaires valides

**Woman Abuse Screening Tool (WAST) :**

1- En général, comment pourriez-vous décrire votre vie conjugale : beaucoup de tension, quelques tensions, pas de tension.
2- Lorsque vous n'êtes pas d'accord sur un sujet, est ce que vous et votre conjoint vous en discutez avec une grande difficulté, quelques difficultés, aucune difficulté ?
3- Est-ce-qu'au terme de la discussion, vous vous sentez rabaissée ?
4- Est-ce-que la discussion finit parfois par des coups, des coups de pieds, ou le fait d'être poussée ?
5- Vous sentez vous parfois effrayée par ce que votre partenaire dit ou fait ?
6- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé physiquement ?
7- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé psychologiquement ?
8- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé sexuellement ?

**WEBS (Women's experience with battering scale)** :

1- Je ressens une insécurité dans ma propre maison
2- Je me sens honteuse des choses qu'il me fait
3- J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire
4- J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière
5- J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma propre vie, ni de pouvoir, ni de protection
6- Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de le dire
7- J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle
8- Il peut m'effrayer sans lever la main sur moi
9- Il a un regard qui me transperce et me terrifie

Réponses :

- Pas du tout d'accord = 1
- Parfois d'accord= 2

- Un petit peu d'accord =3
- Un peu d'accord =4
- Parfois d'accord
- Tout à fait d'accord = 6

Si total > ou = 20 : indentification positive de violences psychologiques de la part du conjoint.

**Abuse Assesment Screen (AAS)**

1- Avez-vous déjà été abusée moralement ou physiquement par votre partenaire ou par un proche ?
2- Dans le passé, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds ou blessée physiquement autrement par quelqu'un ?
3- Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds ou blessée physiquement autrement par quelqu'un ?
4- Dans l'année qui vient de s'écouler, quelqu'un vous a-t-il forcée à avoir des relations sexuelles ?
5- Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ou une des personnes citées plus haut ? (Proche, ex-partenaire…)

**HITS :**

1- Hurt : Est-ce que parfois votre conjoint vous frappe ?
2- Insult : Est-ce que parfois votre conjoint vous insulte ?
3- Threaten : Est-ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?
4- Scream : Est-ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?

**Partner Violence Screen (PVS)**

1- Avez-vous déjà reçu des coups de pieds, été frappée, poussée ou blessée autrement dans l'année qui vient de s'écouler ? Si oui, par qui ?
2- Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre couple ?
3- A ce jour, vous sentez vous menacée par un ex-partenaire ?

**SAFE :**

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

## <u>Annexe III :</u> Mail envoyé aux étudiants lors de la diffusion du questionnaire

Bonjour, je m'appelle Mathilde CORDE

Je suis étudiante sage- femme en 5ème année d'étude à l'école de Sage -Femme de Clermont Ferrand.

Dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'étude je réalise une enquête sur la connaissance des futurs professionnels médicaux et infirmiers dans le dépistage des violences faites aux femmes. Ainsi je vous sollicite pour répondre à mon questionnaire, ce qui vous prendra 5 minutes.

Les questionnaires seront traités anonymement. Vous êtes libres d'accepter de participer ou non ainsi que d'y mettre fin à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité, ni aucun préjudice de ce fait.

Vous trouverez en PJ toutes les informations relatives à l'étude.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Veuillez cliquer sur le lien pour accéder au questionnaire : https://redcap.chu-clermontferrand.fr/surveys/?s=TWL3YDRL7E

S'il ne marche pas veuillez copier-coller le lien dans votre barre de recherche internet. Pour toutes questions concernant le questionnaire vous pouvez me contacter à cette adresse mail : XXX

**CORDE Mathilde**

**5e année sage-femme**

# Annexe IV : Information préalable au questionnaire

Investigateurs:
- Corde Mathilde, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Desmartin Chloé, sage-femme

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail mathilde.corde@etu.uca.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " Evaluation de la connaissance des futurs professionnels médicaux et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes".

Une étude sur l' « Evaluation de la connaissance des futurs professionnels médicaux et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes » est engagée au sein de la faculté de médecine et de pharmacie, de l'école de sage-femme, de l'institut en soins infirmiers et de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Desmartin Chloé, sage-femme.

1. Pourquoi cette étude

- Les violences faites aux femmes, un vrai problème de santé publique : 225 000 femmes/an âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime

- Plusieurs plans de mobilisation nationale et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (5 aujourd'hui) : avec pour but de déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol.

- Place particulières des professionnels de santé dans le dépistage, l'orientation et la prise en charge
- Rôles importants des sages-femmes
- La grossesse : moment privilégié de dépistage des violences

- Place des étudiants : confrontation à ces situations lors des stages
- Associations étudiantes participent à l'élaboration d'outils de formation MIPROF et les diffusent à leurs adhérents

2. L'étude en pratique

Ce sera une étude qui évaluera les connaissances des futurs professionnels médicaux et infirmiers (médecines, pharmacies, sages-femmes, infirmiers et dentaires) sur le dépistage des violences faites aux femmes.

Cette étude se fera via un questionnaire en ligne anonyme qui vous sera transmis par mail sur vos adresses UCA.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décider d'arrêter votre participation à l'étude.

Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Corde Mathilde, . Service Ecole de Sages-femmes 28 place Henri Dunant BP 38 63001 Clermont-Ferrand

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Corde Mathilde, étudiante sage-femme : _____

- Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio, _____ CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand

# Annexe V : Questionnaire

*Confidential*



## Évaluation des connaissances des futurs professionnels de la périnatalité sur le dépistage des violences faites aux femmes

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme je réalise un questionnaire sur l'évaluation des connaissances des futurs professionnels médicaux et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes.

Ce questionnaire est assez rapide et ne prend que quelques minutes. Je vous remercie d'avance pour vos réponses et votre participation

Merci !

Mathilde Corde, DFASMa2

| | **Généralités** | |
|---|---|---|
| 1 | Etes-vous un homme ou une femme ? | ◯ Homme<br>◯ Femme |
| 2 | Quel âge avez-vous ? | _____ |
| 3 | Dans quelle filière étudiez vous ? | ◯ Chirurgie dentaire<br>◯ Maïeutique<br>◯ Médecine<br>◯ Pharmacie<br>◯ Soins infirmiers |
| 4 | Quelle est votre année d'étude ? | ◯ PACES<br>◯ 1ere année en soins infirmiers<br>◯ 2e année en soin infirmiers<br>◯ 2e année d'étude en maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire<br>◯ 3e année en soins infirmiers<br>◯ 3e année d'étude en maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire<br>◯ 4e année d'étude en maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire<br>◯ 5e année d'étude en maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire<br>◯ 6e année d'étude en médecine, pharmacie ou dentaire |

**Concernant votre formation, votre expérience**

5 Avez-vous reçu une information sur les violences faites aux femmes aux cours de votre cursus ?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne se rappelle pas

5bis Si oui, cette information vous a été dispensée :

- ◯ En cours magistral par la faculté / école
- ◯ Via un UE libre
- ◯ Via un engagement associatif
- ◯ Via des journées de formation / congrès
- ◯ Ne se rappelle pas

6 En quelle année avez vous reçu cette information ?

- ◯ PACES
- ◯ 1ere année en soins infirmiers
- ◯ 2e année en soins infirmiers
- ◯ 2e année de maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire
- ◯ 3e année en soins infirmiers
- ◯ 3e année de maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire
- ◯ 4e année de maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire
- ◯ 5e année de maïeutique, médecine, pharmacie ou dentaire
- ◯ 6e année de médecine, pharmacie ou dentaire

7 Qui vous a donné cette information ?

- ☐ Un médecin légiste
- ☐ Une personne qualifiée en victimologie
- ☐ Une association d'aide aux victimes
- ☐ Autres
- ☐ Ne sait pas

7bis Qui vous a donnée cette information ? (citez la profession)

_____

8 Vous est-il déjà arrivé de participer à la prise en charge d'une patiente identifiée comme victime de violences lors d'un stage (repérage, orientation...) que ce soit personnellement ou en tant qu'observateur ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

9 Sur une échelle de 1 à 10, vous sentez vous à l'aise avec cette situation ?

0 ———————————————— 10

*(Place a mark on the scale above)*

10 Pourquoi ?

- ☐ Je ne me sens pas assez préparé face à ce genre de situation
- ☐ Je suis mal à l'aise avec le fait de poser une question sur le sujet
- ☐ Je ne sais pas comment orienter la patiente par la suite
- ☐ Autre

10bis Précisez

_____

## Vos connaissances

11 Chaque année en France

- ◯ Environ 20 000 femmes sont victimes de violences
- ◯ Environ 120 000 femmes sont victimes de violences
- ◯ Environ 220 000 femmes sont victimes de violences
- ◯ Environ 320 000 femmes sont victimes de violences

12 Que pensez-vous de la phrase suivante :
Souvent l'agresseur est dans l'entourage proche de la victime

Pas d'accord — D'accord

*(Place a mark on the scale above)*

13 Que pensez -vous de l'affirmation suivante :
1 femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son compagnon ou ex-compagnon

- ◯ Vrai
- ◯ Faux
- ◯ Je ne sais pas

14 Selon les recommandations actuelles, le dépistage des violences est-il systématique ?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

| | **Les professionnels suivant ont un rôle dans le dépistage et/ou la prise en charge des violences** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Plutôt en désaccord | Je ne sais pas | Plutôt d'accord |
| 15 | Médecins | ○ | ○ | ○ |
| | Pharmaciens | ○ | ○ | ○ |
| | Sages-femmes | ○ | ○ | ○ |
| | Infirmiers | ○ | ○ | ○ |
| | Dentistes | ○ | ○ | ○ |

16 A propos de l'affirmation suivante :
"La grossesse est un moment d'accalmie des violences conjugales"

○ Vrai
○ Faux
○ Je ne sais pas

17 On parle de cycle de la violence : remettez les étapes suivantes dans l'ordre

_____

A. Crise / agression
B. Lune de miel / rémission
C. Climat de tension
D. Justification

**Que faites-vous si, lors d'une consultation une patiente mineure évoque des situations de violences ?**

| | | Je peux rédiger un certificat médical | Je dois effectuer rapidement un signalement judiciaire et administratif (information préoccupante) dans le cas d'une situation grave nécessitant une protection immédiate | Je dois obtenir l'accord de la patiente ou de son responsable légal pour effectuer une action (notifier dans le dossier médical, signalement, information préoccupante...) | Je dois m'assurer qu'elle est en sécurité | Je lui propose de l'orienter vers un psychologue et/ou association d'aide aux victimes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | La patiente est mineure | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | La patiente est majeure | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | La patiente est majeure et considérée vulnérable | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

19 Dans quels cas la loi impose-t-elle la levée du secret médical par le professionnel de santé ?

- ☐ En cas de violences exercées sur un mineur
- ☐ En cas de violences exercées sur une personne majeure
- ☐ En cas de violences exercées sur une personne majeure et considérée vulnérable
- ☐ En cas de violences exercées sur une femme enceinte
- ☐ En cas de violences conjugales sur une personne majeure avec une notion de péril imminent

**Résumé**

**Introduction :** En France, on estime que 213 000 femmes sont victimes de violences de la part de leur partenaire. Les conséquences de ces violences sont néfastes aussi bien sur le plan physique, psychologique que sur l'aspect obstétrical. La grossesse est un facteur déclenchant dans 40 % des cas, chez les femmes enceintes violentées par leur partenaire. Les professionnels de santé de la périnatalité ont donc un rôle majeur de dépistage et d'orientation pour ces femmes, puisque que près d'un quart des femmes victimes de violences se confient en premier lieu à un professionnel de santé.

**Matériel et méthode :** Cette étude avait comme objectif principal d'évaluer la connaissance des étudiants des trois professions médicales, de la pharmacie et infirmiers sur le dépistage des violences faites aux femmes. Pour cela un questionnaire leurs a été envoyé.

**Résultats :** Les résultats montre que les étudiants ont globalement de bonnes connaissances sur les violences faites aux femmes avec une moyenne de 8,4 sur 14. Les recommandations du dépistage systématique ainsi que les aspects légaux de prise en charge restent cependant mal connues. On remarque que les étudiants ayant reçu une formation sur les violences avaient un score de connaissance plus élevé que les autres.

**Discussion :** Un effort dans la formation de ces futurs professionnels reste encore à fournir. Cela permettrait de démocratiser le dépistage systématique, une meilleure orientation et prise en charges des femmes. Il est important de consolider les acquis des professionnels sur le sujet ainsi que de leur apporter les outils adaptés et spécifiques à leur profession.

**Mots-clés :** Violences faites aux femmes, dépistage, futurs professionnels médicaux, de la pharmacie et infirmiers, étudiants, connaissance

**Abstract**

**Background :** In France, an estimation of 213,000 women are victims of violence at the hands of their partner. The consequences of this violence are harmful both physically, psychologically, and obstetrically. Pregnancy is a trigger in 40 % of cases in pregnant women abused by their partner. Therefore, perinatal health professionals have a major role in screening and referral for these women, since almost a quarter of women victims of violence first confide in a health professional.

**Study design :** The main objective of this study was to evaluate the knowledge of medical, midwife, dental surgery, pharmacy and nursing students on the screening of violence against women. For this, a quest was sent to them.

**Results :** The results show that the students generally have a good knwledge of violence against women with an average of 8,4 out of 14. However, the recommendations for systematic screening as well as the legal aspects of treatment remain poorly understood. We note that the students who received training on violence had higher knowledge score than the other.

**Discussion :** An effort in the training of these future professionals remains to be provided. This would make it possible to democratized systematic screening, better guidance and care for women. It's important to consolidate the knowledge of professionals on the subject as well as to provide them with the tools adapted and specific to their profession.

**Keywords :** Violence against women ; screening ; future medical, pharmacy and nursing professionals ; student, knowledge