



HAL
open science

Évaluation de la connaissance des recommandations de bonne pratique sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales par les chirurgiens-dentistes de Gironde

Margaux Barthelemy

► **To cite this version:**

Margaux Barthelemy. Évaluation de la connaissance des recommandations de bonne pratique sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales par les chirurgiens-dentistes de Gironde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03430159

HAL Id: dumas-03430159

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03430159>

Submitted on 16 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.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2021

Thèse n° 70

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par BARTHELEMY Margaux

Née le 19 Juillet 1990 à Saint Martin d'Hères (38)

Le 18 Octobre 2021

**EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS
DE BONNE PRATIQUE SUR LE REPERAGE DES FEMMES
VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES PAR LES CHIRURGIENS
DENTISTES DE GIRONDE**

Sous la direction de : Christophe BOU

Membres du jury :

Mme Caroline BERTRAND
Mme Elise ARRIVE
M. Christophe BOU
Mme Mathilde FENELON
Mme Camille LEVEQUE

Professeur des Universités
Maître de conférences des Universités
Maître de conférences des Universités
Maître de conférences des Universités
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Présidente
Rapporteur
Directeur
Examineur
Invitée

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
01/09/2021

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie Mr DELBOS Yves 56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. CATROS Sylvain 57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M.SEDARAT Cyril 57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01

M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noëlle	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mme	Jane	GOURGUES	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mr	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements :

Aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail,

*Madame le Professeur Caroline BERTRAND
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Sous-section Prothèse dentaire 58-01*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Je souhaiterais également vous faire part de ma reconnaissance pour la confiance que vous m'avez donnée en acceptant ma candidature via le concours passerelle pour accéder aux études d'odontologie dans votre établissement. Cela a changé ma vie pour toujours.

*Madame le Docteur Elise ARRIVE
Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Sous-section Prévention épidémiologie—économie de la Santé—Odontologie légale 56-02*

Vous me faites l'honneur de rapporter et de juger ce travail. Merci pour le temps que vous y avez consacré, pour votre disponibilité et votre aide précieuse. Merci pour votre expertise nécessaire à l'amélioration de cette thèse.

*Madame le Docteur Mathilde FENELON
Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Sous-section Chirurgie-orale 57-01*

Merci d'avoir accepté de juger et participer à ce travail. Merci pour votre bienveillance auprès des étudiants, et pour ces années d'apprentissage à l'Hôpital Pellegrin.

A mes co-directeurs de thèse,

*Madame le Docteur Camille LEVEQUE
Médecin Généraliste*

Je te remercie de m'avoir fait confiance en me proposant ce travail. Merci pour ton écoute, ta disponibilité sans faille. Merci pour l'aide précieuse que tu m'as apporté. Je tiens à t'exprimer l'immense plaisir que j'ai eu à échanger avec toi sur ce sujet passionnant.

*Monsieur le Docteur Christophe BOU
Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Sous-section Prévention épidémiologie—économie de la Santé—Odontologie légale 56-02*

Merci d'avoir accepté d'encadrer et diriger cette thèse. Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité, votre investissement et vos précieux conseils pour ce travail. Merci également pour ces années d'apprentissages à vos côtés. Votre bienveillance et gentillesse à l'égard des étudiants donne un immense plaisir d'apprendre ce fabuleux métier à vos côtés.

A l'ensemble des professionnels de santé m'ayant apporté leur aide,

Madame le Docteur Virginie CHUY

Assistante

Sous-section Prévention épidémiologie—économie de la Santé—Odontologie légale 56-02

Un immense merci pour toute l'aide que vous m'avez apporté pour ce travail. Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour le temps que vous avez consacré à m'aider pour ce travail, ainsi que pour tous vos conseils et votre disponibilité.

Madame le Docteur Nathalie DELPHIN

Chirurgien-dentiste, présidente du Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes, Elue au conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Gironde et élue URPS

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail dès le début. Je tiens à vous faire part de toute ma reconnaissance pour votre disponibilité et votre aide dans ce travail. Vos conseils ont été pour moi une aide précieuse. Nos longues discussions sur ce sujet ont été des échanges très agréables et passionnants. Merci de me faire l'honneur d'être présente à ma soutenance.

Monsieur le Docteur Edouard BONTOUX

Médecin Légiste, Praticien Hospitalier, Responsable Médical UMJ - CAUVA - CHU de Bordeaux

Un grand merci pour votre disponibilité et pour avoir partagé votre expérience. Je tiens à vous faire part de ma reconnaissance pour m'avoir accueilli dans votre structure et m'avoir permis de partager l'expérience des professionnels du CAUVA. Merci également pour votre présence à ma soutenance de thèse, votre intérêt pour mon travail est un honneur.

Et un immense merci à *Madame Martine PERRAULT* présente tout au long de ma scolarité et pilier de cette faculté. Merci pour votre dévouement auprès de chaque élève, et notamment pour les passerelles. Votre gentillesse, votre professionnalisme et votre bienveillance ont marqué cet établissement.

A mes amis,

A mes amies de longue date qui m'ont soutenu tout au long de mon (très) détourné parcours d'étude. Sophia merci pour ton amour et ta joie de vivre, Charlotte et Justine pour m'avoir toujours considéré comme la troisième fille Michon et pour votre amitié si précieuse à mes yeux, Clotilde pour ta confiance en ma réussite qui m'a permis de tenir dans les moments de doutes.

Aux biologistes Grenoblois et d'ailleurs. Eva et Aurélie, merci pour votre présence malgré la distance, j'espère qu'on aura pleins d'autres aventures à ajouter à notre liste, Roman merci pour ton soutien pendant toutes ces années. Mon Camillou, merci d'être toujours là, dans les bons et les moments plus difficiles, tes petits mots sont toujours aussi réconfortants.

Aux Bordelais pour votre folie et votre sens de la fête.

A tous les médecins et leurs petits culs, et autres adhérents de la FFTata, je serai votre Krakito pour la vie et au-delà (Justine, Juline, Marie, Anouk, Léna, Jeanne, Sarah, Mathieu, Olive, Arthur, Dasset, Guigui, Seilenn – petit cul malgré toi- Charles, Romain, JJ, Benoit et Kelly, Fabio et Camille).

A tous mes coloc qui ont suivis mon parcours et ont tous contribué à ma réussite, merci de m'avoir fait réviser, réciter, d'avoir joué les cobayes pour mon apprentissage (Mut, Val, Thomas, Alba, Anais, Audrey, Margaux, Juliette et ses lessives au Mr.Propre).

A ma Léa, tu apportes autant de soleil dans mon salon que dans ma vie, et à Yann toujours prêt pour une session de skate nocturne.

A mes amies et futures consœurs, Marlène, les Chouchous dentistes Béran, Ines, Fanny, Taroune et les autres.

A Justine, meilleure assistante toute catégorie !! Travailler avec toi a été un plaisir quotidien, le cabinet nous a offert une belle amitié.

A Edith, merci pour ton amitié, ta bienveillance, ton soutien quotidien, et ta bonne humeur.

A Margaux, une ligne ne suffit pas pour décrire la joie de partager mon quotidien professionnel et personnel avec toi.

A ma Famille,

Merci pour votre soutien inconditionnel, merci de m'avoir toujours encouragé sans aucun jugement malgré mes doutes et mes chemins détournés. Merci pour votre sourire et votre joie à chacun de mes retours. Sachez que la distance avec vous a été un grand sacrifice pendant toutes ses années.

A mes chers parents,

Merci pour votre amour, votre soutien sans faille et votre confiance en moi. Je n'aurai pu rêver de meilleurs parents.

Abréviations :

BBD : Bilan Bucco-Dentaire

CD : Chirurgien-dentiste

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

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

EVS : Environnement de Vie et Santé

HNF : Head, Neck and Face (région tête-cou-visage)

INED : Institut National d'Etude Démographique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

NC : Non Comptabilisable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

ONU : Organisation des Nations Unies

ONVF : Observatoire National des Violences faites aux Femmes

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

VC : Violences Conjugales

VIRAGE : Violences et RAports de GENre

UE : Union Européenne

TGD : Téléphone Grand Danger

Table des matières

I.	INTRODUCTION	10
II.	LES VIOLENCES CONJUGALES (VC)	11
A.	Définitions	11
1-	Distinction entre violences faites aux femmes et violences conjugales	11
2-	Différence conflit conjugal / violence au sein du couple	12
3-	Les types de violences conjugales	12
4-	Le cycle de la violence conjugale, un cercle vicieux	13
B.	Épidémiologie, prévalence et facteurs de risque.....	15
1-	Des chiffres inquiétants	16
2-	Facteurs de risque	21
3-	Conséquences de la VC : enjeu individuel et de santé publique	24
C.	Cadre Juridique et Politique	30
1-	Historique et évolution de la pensée politique sur les violences conjugales	30
2-	Cadre légal et judiciaire	32
3-	Le secret médical dans le cadre des violences conjugales	36
III.	Professions médicales et violences conjugales.....	38
A.	Etat actuel des connaissances : médecins et violences conjugales	38
B.	Etat actuel des connaissances : Chirurgiens-dentistes et violences conjugales	42
IV.	Etude	45
A.	Méthodes	45
B.	Résultats	48
V.	Discussion.....	61
VI.	Conclusion	70
VII.	Bibliographie	71
	Résumé :	97

Table des illustrations

FIGURE 1 : CYCLE DES VIOLENCES CONJUGALES SELON L.WALKER	14
FIGURE 2 : FEMMES EUROPEENNES VICTIMES DE VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU SEXUELLES D'UN(E) PARTENAIRE DEPUIS L'AGE DE 15 ANS.	16
FIGURE 3 : NOMBRE ANNUEL DE DECES LIES AUX VC, 2006-2019	19
FIGURE 4 : REPARTITION DU COUT ECONOMIQUE DES VIOLENCES SELON LES POSTES DE DEPENSE.....	29
FIGURE 5 : DEMARCHES ENTREPRISES PAR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU SEXUELLES PAR CONJOINT OU EX-CONJOINT AUPRES DES FORCES DE SECURITE.....	35
FIGURE 6 : GRAPHIQUE DES VICTIMES D'HOMICIDES CONJUGAUX 2015-2016 SELON L'ANTERIORITE DES VIOLENCES SUBIES	35
FIGURE 7 : PROPORTION DE FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU SEXUELLES PAR CONJOINT OU EX-CONJOINT AYANT ENTREPRIS DES DEMARCHES AUPRES DE PROFESSIONNELS.....	39
FIGURE 8 : SCHEMA RECAPITULATIF DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES PARTICIPANTS AVEC LES VIOLENCES CONJUGALES SELON TROIS PERIODES DISTINCTES	46
FIGURE 9 : DIAGRAMME DE FLUX.....	49
FIGURE 10 : FREQUENCE DE L'EXPERIENCE PERSONNELLE DES SONDES (N=175) VIS A VIS DES VC EXPRIMES EN POURCENTAGE	50
FIGURE 11 : SOURCES DE CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS DE 2019 PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES DE L'ETUDE EXPRIMEE EN POURCENTAGE (N=175).....	51
FIGURE 12 : DIAGRAMME DE REPARTITION SUR L'AVIS DE LA POPULATION D'ETUDE (N=175) CONCERNANT LES SIGNES EVOCATEURS DE VC CITES DANS LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET D'AUTRES SIGNES CLINIQUES NON EVOCATEURS.	55
FIGURE 13 : DIAGRAMME DE REPARTITION SUR L'AVIS DES CD AYANT LU LES RECOMMANDATIONS (N= CONCERNANT LES SIGNES EVOCATEURS DE VC CITES DANS LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET D'AUTRES SIGNES CLINIQUES NON EVOCATEURS.....	56
FIGURE 14 : DIAGRAMME SUR L'OPINION DES CD QUANT A LEUR ROLE LEGITIME A JOUER DANS LE DEPISTAGE, L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE D'UN(E) DE LEUR PATIENT(E) VICTIME DE VC (N=175).....	57
FIGURE 15 : NOMBRE DE PATIENTS SUSPECTES PAR LES DENTISTES (N=71) D'ETRE VICTIME DE VIOLENCE CONJUGALE SELON LA PERIODE.....	58
FIGURE 16 : POURCENTAGE DE PRATICIENS (N=71) QUI POSENT LA QUESTION A LEURS PATIENT(S) EN CAS DE SUSPICION DE VC.....	58
FIGURE 17 : PRINCIPALES RESSOURCES VERS LESQUELLES LES PRATICIENS (N=71) ORIENTENT LES VICTIMES APRES UNE SUSPICION OU UN DEPISTAGE (%).	59
FIGURE 18 : PART DES PARTICIPANTS (N=175) AYANT SUIVI UNE FORMATION SUR LES VIOLENCES CONJUGALES (%).	60

I. INTRODUCTION

Les violences au sein du couple constituent un problème de santé publique d'actualité pour toutes les sociétés. Les données de prévalence, ainsi que les conséquences tant sur le plan sanitaire qu'économique placent la lutte contre ces violences comme enjeu de santé publique. Longtemps réservée aux forces de l'ordre et à la Justice, cette mission est aujourd'hui élargie aux professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes. Malgré le développement d'outils pour aider au dépistage des victimes et à leur orientation dans un parcours de prise en charge globale, les chirurgiens-dentistes sont encore trop peu investis dans cette cause.

Ce travail a donc pour but d'évaluer l'implication des chirurgiens-dentistes dans le dépistage des victimes de violences conjugales parmi leur patientèle, grâce à l'étude de leur connaissance des recommandations de bonne pratique rédigées par la haute autorité de santé en Juin 2019.

Après le rappel des généralités concernant les violences conjugales, nous présenterons les résultats de notre étude. Nous discuterons ensuite de l'implication de ces résultats avant de conclure.

II. LES VIOLENCES CONJUGALES (VC)

A. Définitions

1- Distinction entre violences faites aux femmes et violences conjugales

Depuis 2014, la France a adopté la définition des **violences faites aux femmes** établie par la Convention Européenne d'Istanbul sur la prévention et la lutte des violences faites aux femmes [1] (ratifiée par la France le 4 juillet 2014), tirée de la déclaration des Nations Unies de 1993 [2] selon laquelle : « Tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée ».

Ces violences interviennent dans toutes les sphères de la vie (intime, publique, professionnelle).

Dans la sphère strictement intime (couple, famille, amis proches), les **violences conjugales** (VC) constituent « tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime » [1].

Les victimes concernées sont de manière disproportionnée, les femmes, mêmes si certains hommes sont également victimes de violences dans le couple. Les autres victimes de ces violences sont les enfants, y compris en tant que témoins [3, 4]. Dans les VC, les faits de violences sont récurrents, cumulatifs (plusieurs types à la fois), s'aggravent et s'accroissent (phénomène de la « spirale »). Ils existent quels que soient la configuration conjugale (couple cohabitant ou non, mariés ou non, petits-amis, relations épisodiques...) et le moment de la relation (pendant, au moment de la rupture ou après la fin) [5].

2- Différence conflit conjugal / violence au sein du couple

Dans le **conflit** conjugal, les deux conjoints ont deux points de vue opposés, mais interagissent dans un rapport d'égalité. Le désaccord fait partie intégrante de la vie du couple. Cependant, il ne conduit pas toujours à la violence, qui elle seule est punie par la Loi. Au contraire, dans la **violence** conjugale, le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé) et figé (il ne s'inverse jamais). Le dominant contrôle sa partenaire et la maintient sous son emprise par un climat de tension. [6, 7]

3- Les types de violences conjugales

Les VC se manifestent par différentes formes, qui se cumulent entre elles le plus souvent. La plupart du temps, l'agresseur alterne les types de violence. Leur connaissance est donc capitale pour optimiser le dépistage. [5,6]

La violence **physique** est la forme la plus connue et la plus facilement dépistable. Elle se manifeste par des bousculades, morsures, coups, gifles et peut aller jusqu'à l'homicide. [6]

La violence **sexuelle** reste méconnue et difficilement repérable car très taboue. Les victimes se livrent très rarement sur ce sujet. Elle inclut les agressions, le harcèlement, les mutilations et surtout le viol.

La violence **psychique** est souvent le premier type de violence exercée. Le dominant rabaisse sa victime, la dévalorise, l'intimide, l'humilie, use de chantage affectif. Il la rend responsable de tous les problèmes que rencontre le couple. En raison des dévalorisations devant les enfants sur son rôle de parent, la mère perdra le respect de ses enfants.

La violence **verbale** est souvent banalisée par la victime. Elle accompagne souvent les autres types de violences. Ce sont des reproches, insultes, afin de diminuer l'estime de soi de la victime. Cela peut aller jusqu'à des menaces (sur la femme, les enfants, jusqu'à la menace de mort).

La violence **économique et sociale** vise à isoler progressivement la victime. Le dominant oblige la victime à arrêter son activité professionnelle (retraite anticipée) pour créer une dépendance financière. Parallèlement, la victime ne voit plus ses amis ni sa famille. Le contrôle est total.

La violence **administrative** est une forme plus rare, dans laquelle le conjoint, ressortissant français, confisque les papiers d'identité de sa conjointe étrangère. Cela peut également concerner la rétention de la carte vitale, les diplômes, le livret de famille...

La **cyber-violence** est une nouvelle forme de violence. Elle s'exprime par exemple par le piratage des données informatiques par le conjoint ou l'ex-conjoint (accès aux APL, CAF, messageries...), la mise en ligne sans consentement de photos ou vidéos intimes ou encore la divulgation en ligne d'informations personnelles. [8]

4- Le cycle de la violence conjugale, un cercle vicieux

Les VC s'organisent à l'intérieur d'un schéma reproductible, décrit par L.Walker en 1979 comme le « cycle de la violence conjugale ». Ce cycle, orchestré par l'agresseur, lui permet de maintenir sa domination sur la victime [9].

Phase 1 – *Le climat de tension*

L'agresseur a des accès de colère, menace l'autre personne du regard et fait peser de lourds silences. La victime se sent inquiète, tente d'améliorer le climat et fait attention à ses propres gestes et paroles.

Phase 2 – *La crise ou passage à l'acte violent*

L'agresseur violence sa conjointe en utilisant différents types de violences. La victime se sent humiliée et triste ; elle a le sentiment que la situation est injuste.

Phase 3 – *La Justification*

L'agresseur trouve des excuses et culpabilise sa victime. Il banalise son acte. La victime tente de comprendre ses explications, l'aide à changer, doute de ses propres perceptions et se sent responsable de la situation.

Phase 4 – *La lune de miel*

Période d'accalmie pendant laquelle l'agresseur demande pardon et parle de thérapie ou de suicide. La victime lui donne une chance, l'aide, constate ses efforts : un sentiment d'espoir renaît.

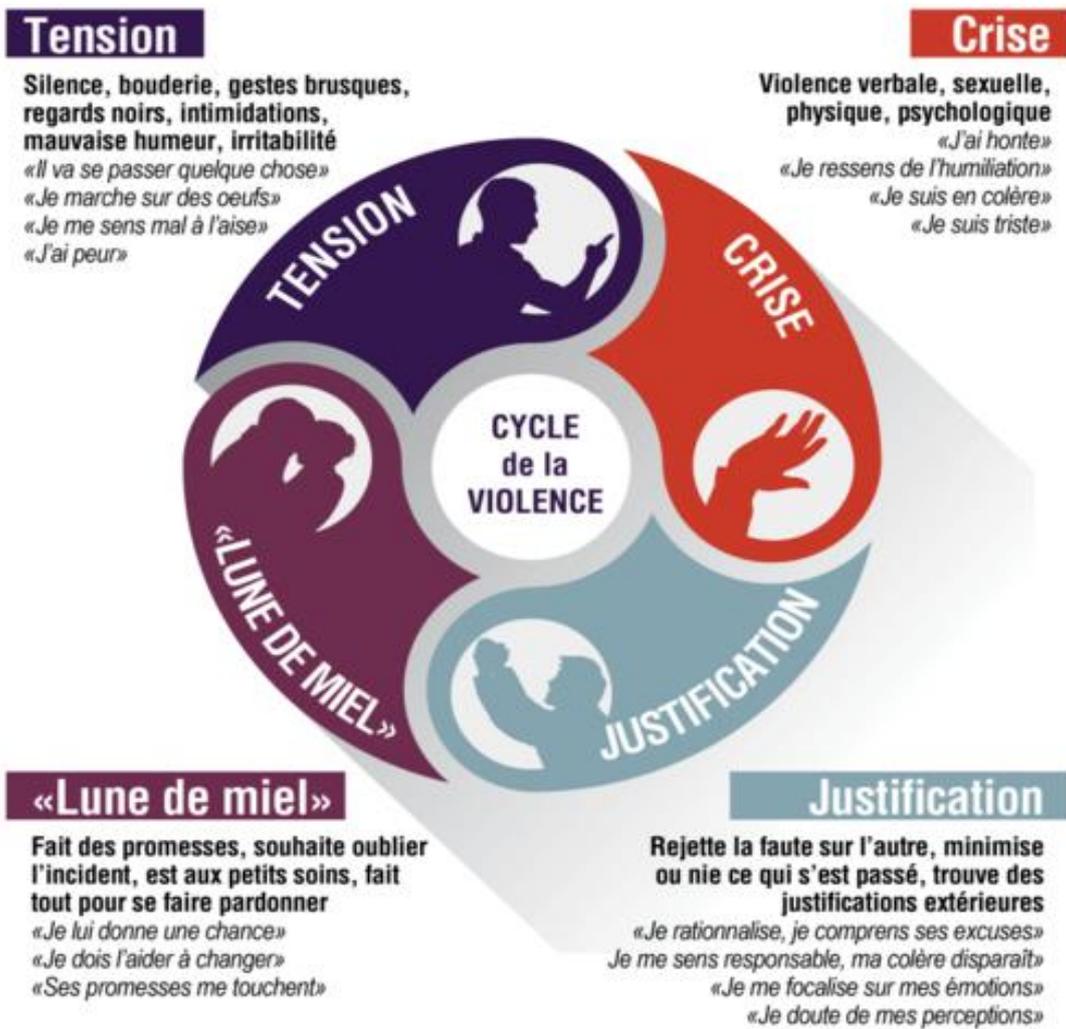


Figure 1 : Cycle des violences conjugales selon L. Walker

Source : <https://www.morbihan.gouv.fr/>

Sans intervention extérieure, le cycle se répète, s'accélère, avec une escalade de la sévérité des violences. Avec le temps, les phases de justification et de lune de miel tendent à disparaître, pour ne faire place qu'aux phases de tension et de violence.

La compréhension du caractère cyclique du phénomène et la connaissance de chacune des 4 phases par les professionnels de santé concernés, dont le chirurgien-dentiste, sont primordiales pour un dépistage et un accompagnement réussi des victimes (voir partie III. B. 1). En effet, **la phase de violence est la plus propice pour une intervention extérieure** [5]. C'est le seul instant où la femme consulte pour des atteintes physiques et où elle est la plus encline à se livrer, à déposer plainte [5,6].

Lors des autres phases, la victime reste sous l'emprise de son agresseur et ne pourra entreprendre de démarche pour se protéger.

B. Épidémiologie, prévalence et facteurs de risque

Les violences au sein du couple sont fréquentes, elles représentent un problème de santé publique. Les chiffres sur la prévalence des VC n'ont été étudiés que très récemment tant au niveau mondial que national (OMS 1993, Convention d'Istanbul, ENVEFF). Pourtant, l'objectivation de ces violences (son ampleur, ses caractéristiques, ses conséquences) est primordiale pour en déduire les politiques publiques appropriées afin de lutter contre ce fléau. Cela est également nécessaire pour faire reculer la tolérance de la société à leur l'égard, par une prise de conscience générale.

L'outil de recueil de données le plus utilisé à ce jour consiste à mener des enquêtes de victimation (fait d'être victime de, de subir un préjudice tels qu'infraction, accident, atteinte aux biens, à la personne, etc.) en population générale. Les résultats sont ainsi obtenus en interrogeant un échantillon représentatif de la population sur les violences subies, puis sont extrapolés à l'ensemble de la population étudiée [10].

Les VC ont été intégrées au champ de la santé publique à partir des années 1990, se détachant ainsi du domaine exclusif de la Police et de la Justice [11]. Auparavant, les services de gendarmerie et de police, principales sources des données statistiques de ce fléau, fournissaient une sous-estimation de la réalité. Seulement 10% des victimes de VC portent plainte et parmi ces plaintes, seulement 1 % aboutit à une condamnation judiciaire [1, 12].

Une autre source potentielle de données est le secteur de la Santé. En effet, selon plusieurs études en population générale [3, 4], les femmes victimes se livrent principalement aux personnels médicaux quant aux violences subies [3]. La 4^{ème} Conférence mondiale sur les femmes de 1995 à Pékin, sous l'égide de l'ONU, a permis l'acquisition de statistiques précises sur les violences faites aux femmes. Depuis, les institutions internationales (ONU, OMS, etc.) s'investissent pour que le secteur de la santé soit étroitement associé à la lutte contre ces violences [13]. De même, l'UE ne cesse d'inviter les États membres à produire des données statistiques sur ce sujet, conformément à la convention d'Istanbul [1].

1- Des chiffres inquiétants

a. A l'international

Les données rassemblées par l'ONU Femme montrent des variations importantes entre pays développés [14] et entre pays développés et non développés. Une première enquête publiée par l'OMS en 2006 dans 10 pays observait une prévalence des violences physiques et/ou sexuelles par un partenaire intime, s'étalant de 15 % au Japon à plus de 70 % en Ethiopie [15]. Une autre étude de l'OMS conduite en 2013 fait état de 35 % des femmes dans le Monde ont subi une forme quelconque de violences physiques et/ou sexuelles par un partenaire intime. De plus, cette enquête révèle que 38 % des féminicides dans le monde sont le fait de VC [16].

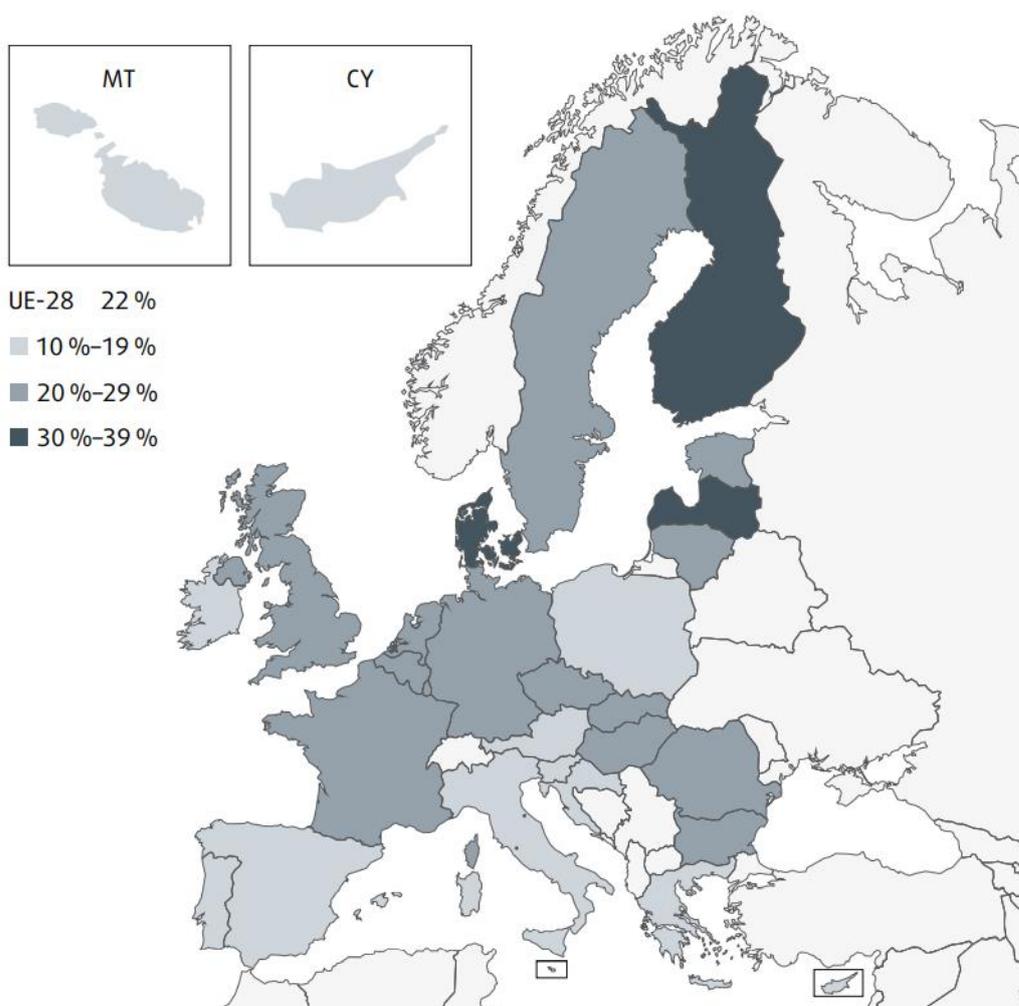


Figure 2 : Femmes européennes victimes de violence physique et/ou sexuelle d'un(e) partenaire depuis l'âge de 15 ans.

Source : Ensemble de données de l'enquête de la FRA sur la violence à l'égard des femmes, 2012

Crédit : EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA)

En Europe, depuis l'âge de 15 ans, 1 femme européenne sur 5 en moyenne a été victime de violences physiques et/ou sexuelles par un conjoint ou ex-conjoint et presque 1 sur 2 a été victime de violences psychologiques. Pourtant, seulement 14 % des femmes signalent à la police le fait de violence le plus grave commis par un(e) partenaire intime. Des différences apparaissent clairement entre pays, les prévalences les plus fortes de violences physiques ou sexuelles ou psychologiques sont mesurées au Danemark, en Lettonie et en Finlande (Figure 2) [17].

Le Canada est le premier pays à avoir mené une enquête d'envergure en population générale et spécifique sur les violences conjugales en 1993. Depuis, de nouvelles enquêtes conduites en 1999 et 2004 montre un déclin faible mais significatif de la prévalence des violences domestiques subies par les femmes dans le pays. En effet, 12 % des femmes enquêtées en 1993 déclaraient avoir été victimes de violences conjugales par le conjoint, contre 8 % et 7 % en 1999 et en 2004 respectivement [18].

b. En France

La première grande enquête en France a été très tardivement conduite, en 2000. L'**Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF)** a révélé que ***près d'1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois***, quel que soit le niveau de formation et le niveau économique de la victime et de l'agresseur. Presque la moitié d'entre elles n'avaient jamais parlé de ces agressions subies avant cette enquête. Elle a permis de mettre en évidence la complexité du phénomène des VC qui ne se limite pas à l'image de la « femme battue », mais se manifeste par le « continuum des violences », terme décrit par les spécialistes, incluant les agressions verbales, les pressions psychologiques, les agressions physiques et sexuelles dans les violences faites aux femmes [3].

L'étude de l'agence européenne de 2014 révèle que les prévalences en France se situent au-dessus de la moyenne européenne [17].

En 2015, l'Institut National d'Etude Démographique (INED) a réalisé une seconde enquête de grande ampleur en France, l'**enquête Violences et Rapports de Genre (VIRAGE)**. Elle a montré que malgré la signature de la Convention d'Istanbul, plus de 10 ans après, les chiffres restent inquiétants. En effet, 0,52 % des femmes interrogées déclaraient avoir subi au moins une forme de violence sexuelle de la part d'un conjoint ou ex-conjoint au cours des 12 derniers mois. Cette enquête révèle également que

les femmes dans les DOM/TOM (surtout en Polynésie et Nouvelle Calédonie) sont surexposées au risque de VC par rapport aux femmes en métropole [4].

En parallèle, la MIPROF (Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) créée en 2013, fait état de la situation chaque année par la publication de sa **lettre de l'ONVF (Observatoire National des Violences faites aux Femmes)**, en se basant notamment sur les chiffres tirés des **enquêtes CVS (Cadre de Vie et Sécurité)** du ministère de l'intérieur. Elle présente les principales données statistiques annuelles disponibles en France sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. La MIPROF travaille en partenariat avec les services statistiques des ministères compétents, les instituts de recherche, les associations, la ligne d'écoute nationale 3919 et les services de gendarmerie et de police. Ces données permettent de disposer de chiffres fiables et partagés, et de conclure à des tendances en comparant les résultats des différentes années.

Voici les chiffres révélés dans la lettre de l'ONVF de Novembre 2020 [19]. Ils sont issus des données sur les violences au sein du couple récoltées en 2019 auprès de l'enquête CVS (INSEE - ONDRP - SSMSI), de la base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie (ministère de l'Intérieur, SSMSI), et des statistiques pénales et du casier judiciaire national (ministère de la Justice, SDSE).

Il est important de comprendre que mêmes si ces chiffres sont des indicateurs fiables, ils correspondent cependant à une sous-estimation de la réalité [20]. Les VC restent aujourd'hui un sujet tabou, en particulier les violences sexuelles. Un nombre non négligeable d'enquêtés hésitent chaque année, malgré le caractère anonyme de l'enquête, à décrire ces violences.

Les morts violentes au sein du couple en 2019 en France :

- ◆ **146 femmes** ont été tuées par leur (ex)-partenaire, soit **1 femme tous les 2,5 jours**. Sur les 146 femmes, **60 (soit 41%)** avaient subi au moins une forme **de violences antérieures**.
 - ◆ **27 hommes** ont été tués par leur (ex)-partenaire. Plus de la moitié des femmes autrices (11 sur 21, soit 52%) avaient déjà été victimes de violences de la part de leur partenaire.
 - ◆ **25 enfants mineurs** sont morts, victimes d'infanticides ou dans un contexte de VC.
- (Source : Ministère de l'intérieur).

Ces chiffres de 2019 sont comparés avec les données récoltées depuis 2006 (Figure 3). Cela nous permet de comprendre que le phénomène touche de manière très démesurée les femmes, et qu’après une diminution faible mais constante du nombre de femmes décédées de mort violente au sein du couple entre 2012 et 2018, on assiste à une nouvelle augmentation en 2019.

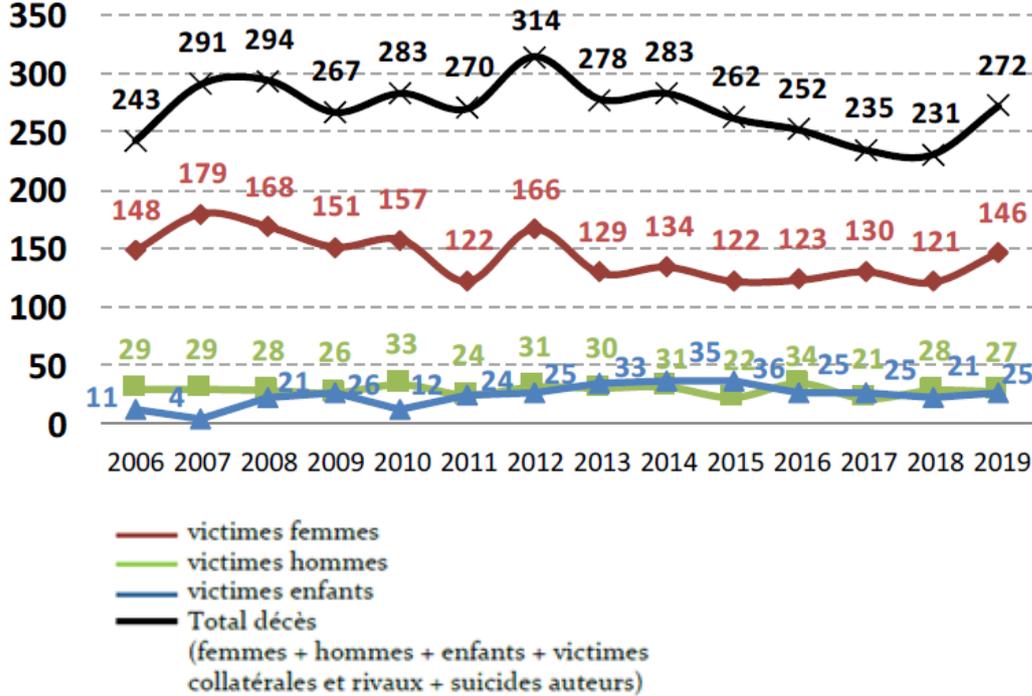


Figure 3 : Nombre annuel de décès liés aux VC, 2006-2019

Source : Lettre N°16 de l'ONVF Nov 2020.

Crédit : MIPROF

Les violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple en moyenne sur 2012-2019 en France :

- ◆ **213 000 femmes majeures** déclarent avoir été **victimes de violences physiques et/ou sexuelles** par leur partenaire ou ex-partenaire sur 1 année, dont
7 sur 10 déclarent avoir subi des **faits répétés**
8 sur 10 déclarent avoir été également soumises à des **atteintes psychologiques** et/ou **agressions verbales**.
- ◆ **Moins d'1 victime sur 5** déclare avoir **déposé plainte**
- ◆ **Plus de la moitié des victimes** n'a fait **aucune démarche** auprès d'un professionnel ou d'une association.

(Source : INSEE-ONDRP-SSMSI, CVS 2012 à 2019).

- ◆ **142 310 victimes** de VC ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie en 2019 (plaintes, signalements, constatations transmis à l'autorité judiciaire).
- ◆ **88 %** des victimes de VC enregistrées par les services de police et de gendarmerie **sont des femmes**.
- ◆ Parmi les faits connus par des forces de sécurités, les **actes commis par le conjoint ou ex-conjoint** représentent **62 % des violences volontaires** et **34 % des viols** concernant une victime femme majeur.

(Source : Ministère de l'intérieur).

Impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'augmentation des violences conjugales depuis 2020 :

Les mesures actuelles de distanciation physique et de confinement ont précipité les épisodes de VC déjà fréquents. Ainsi, en 2020, on a observé une augmentation du nombre d'appels des services d'écoute téléphonique pour les victimes en Chine, Italie, Espagne Canada. La France et le Royaume unis ont enregistré une hausse du nombre de rapports de Police entre 20 et 30%. En France, plus de quatre fois plus d'appels ont été reçus par le 39 19 géré par la Fédération nationale Solidarité Femmes (FNSF) en avril-mai 2020 [19, 21]. Dès le début du premier confinement, l'Organisation des Nations Unies a émis une mise en garde contre cette hausse des violences, y compris des féminicides [22]. Les soins et les services d'aides aux victimes ont été moins accessibles aux victimes, souvent confinées avec leur agresseur.

2- Facteurs de risque

Ces facteurs ne sont pas systématiquement la cause de violences dans un contexte conjugal, mais leur présence et leur association, augmente le risque de survenue. De par leur multitude et leur combinaison fréquente, ces facteurs sont généralement regroupés en 4 catégories : sociétaux, communautaires, relationnels et individuels [5, 11]. Une compilation non exhaustive de ces groupes de facteurs est disponible dans le Tableau 1.

Facteurs	Individuel	Relationnel	Communautaire	Sociétale
Agrresseur	Etre un homme ; Jeune âge (< 30 ans) ; Faible niveau d'instruction ; Exposition violence pendant l'enfance ; Conduite addictive (alcool, drogues) ; Troubles de la personnalité ; Banalisation de la violence ;	Conflit conjugal ; Instabilité conjugale ; Séparation conflictuelle ; Domination masculine dans la famille ; Dysfonctionnement familial ; Stress économique, précarité ;	Sanctions communautaires légères en cas de violence familiale ; Pauvreté ;	Normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes ; Normes sociales propices à la violence ;
Victime	Etre une femme ; Jeune âge ; Faible niveau d'instruction ; Exposition au VC dans l'enfance ; Maltraitance pendant l'enfance ; Acceptation de la violence ; Grossesse, périnatalité ; Handicaps, maladies de longue durée ; Problème santé mentale ; Dépendance financière ; Conduite addictive (alcool, drogues) ;	Vulnérabilité par dépendance administrative, sociale ou économique ; Écart entre les niveaux d'instruction, (femme >partenaire) ; Différence d'âge importante dans le couple ; Déracinement géographique entraînant un isolement social ;		

Tableau 1 : Les 4 catégories de facteurs de risques de VC (Selon [5] et [11])

a. Profil de la victime

Pour la victime, les facteurs de risques sont les suivants : être une femme, jeune (moins de 30 ans), issue d'une catégorie socio-professionnelles défavorisée (étudiants et inactifs non retraités dont les femmes au foyer).

Attention, toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées par les VC, mais les plus pauvres sont victimes de VC plus importantes en nombre et en gravité [1, 3, 4, 23, 33].

De plus, les victimes sont exposées à une double peine puisque le premier facteur de risque d'être victime de violences est d'en avoir vécu par le passé. En effet, le risque de subir des violences conjugales est multiplié par 3 lorsque l'on a subi des violences dans son enfance et par 5 quand on a subi des violences sexuelles antérieures [24, 25].

b. Profil et stratégie de l'agresseur

Pour l'agresseur, nous retrouvons principalement les facteurs suivants : être un homme, jeune (moins de 30 ans) [23], violences antérieures fréquemment conduites [24, 25]. Le facteur prédominant reste la consommation d'alcool régulière et excessive [5, 11, 17, 23, 24, 25, 26, 33], ainsi que la consommation de drogues pendant la violence. En effet, plus de 3 victimes sur 10 rapportent que l'agresseur était sous l'influence d'alcool ou de drogue au cours des violences ou d'au moins un des épisodes de violences survenus au cours des 24 derniers mois [24].

L'agresseur recherche toujours à garder une emprise sur sa victime. Pour cela, il développe un arsenal qui lui permet de maintenir et renforcée cette domination. Imprévisible et manipulateur, il va systématiquement reporter la responsabilité de ses actes sur la victime en la culpabilisant subtilement. Il utilise l'isolement, et n'hésite pas à impliquer les enfants en les utilisant souvent pour dévaloriser la femme dans son rôle de mère, renforçant ainsi son sentiment de culpabilité [6].

Il existe 3 différents profils d'agresseur décrit dans l'ouvrage de 2015 de Karen Sadlier, Edouard Durand, et Ernestine Ronai, intitulé « Violences conjugales : un défi pour la parentalité ».

Ces profils décrits dans le tableau 2 sont dissociés sur des critères psychologiques et émotionnels qu'il est primordial de prendre en compte pour comprendre les VC dans leur globalité et adapter la prise en charge de ces agresseurs [27]. Cet accompagnement encore peu développé en France est pourtant indispensable à la lutte contre les VC et surtout, leurs récidives [28].

Ces stratégies expliquent les propos recueillis des victimes, et leurs difficultés à quitter l'agresseur.

1	2	3
Immaturité émotionnelle Impulsif et égocentrique Modèle de dominance masculine familiale	Immaturité émotionnelle pathologique Impulsif et égocentrique Se sentent victime	Intelligence élevée Manipulation Perversité (planification et dissimulation de ces émotions) Très dangereux car tente de duper les services sociaux et judiciaires
Epreuve des remords	Aucune remise en question	Absence d'empathie ++ Volonté de faire croire à des remords pourtant absents
Propice au changement si bon encadrement après séparation	Encadrement strict obligatoire mais peu de chance de changement	Changement impossible, individus très dangereux
Minorité des profils	Majorité des profils	

Tableau 2 : les 3 profils d'agresseurs décrits dans l'ouvrage « Violences conjugales : un défi pour la parentalité »

c. Les moments à risque d'apparition ou d'aggravation : la grossesse et la séparation

Certains contextes sont particulièrement propices à la survenue de violences plus ou moins graves, tels que la **séparation**, et la **période de grossesse/périnatalité**.

En effet, l'homicide conjugal par un homme se produit le plus souvent lors des séparations (ou des disputes) ; l'homicide par une femme arrive plutôt lors des disputes et suite aux violences subies [5, 6, 28].

Cette information est capitale pour adapter les conseils donnés à une femme qui déclare subir des violences. Une fuite du domicile conjugale non préparée peut rapidement tourner au drame.

Également, la grossesse et la période périnatale sont décrites comme moments propices aux VC [5, 6, 30] avec une fréquence plus accrue des violences, notamment des homicides. Une étude américaine de 2013 révèle que les VC constituent l'une des principales causes de traumatisme chez les femmes enceintes. Les cas rapportés oscillent entre 1 à 57 % des grossesses, avec une sous-estimation évidente de la réalité [30].

Certaines professions médicales et paramédicales doivent ainsi être particulièrement sensibilisées sur ce sujet pour le repérage des VC dans ces contextes (gynécologue, sage-femme, dentiste lors du Bilan Bucco-Dentaire maternité...).

3- Conséquences de la VC : enjeu individuel et de santé publique

Les conséquences relatives à la santé des victimes sont bien décrites dans la littérature, à partir d'études en milieu médical et d'études nationales en population, majoritairement qualitatives. Nous disposons donc de très peu de données statistiques. Ces conséquences se manifestent de manière immédiate, ou à moyen et long terme. D'un point de vue individuel, elles ont un impact direct sur la santé des victimes (femmes et enfants) dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, reproductive, périnatale... D'un point de vue sociétal, les VC représentent un coût et un manque à gagner considérables.

Pour rappel, en 2019 en France, 213 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint. 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 2,5 jours ; Presque la moitié (41 %) avait subi des violences antérieures [19, 55].

a. A l'échelle individuelle

Comparées aux femmes non victimes, les victimes de VC auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus [31], avec la perte d'une à quatre années de vie en bonne santé [32].

Les premiers troubles constatés sont d'ordre **physique**, avec des lésions traumatiques chez 33 % des victimes en France (temporaires chez 87 %, définitives chez 5 %, invalidantes chez 1,4 %) [33, 34].

Elles sont principalement localisées dans la région tête-cou-face (fractures de la mandibule, de l'orbite, plaies de la face, manifestations bucco-dentaires multiples) [5, 6, 35, 36]. En effet, les blessures localisées au niveau de cette région décrite dans la littérature comme « head, neck and face » (ou HNF) sont très fréquentes dans un contexte de VC (40 à 95 %). Une fois la cause de l'accident de la route écartée, une blessure dans cette région constitue un signe évocateur de VC et doit systématiquement être envisagée par les interlocuteurs de la victime comme tel [5, 6, 35, 36, 47-51, 53].

Plus précisément, l'étage moyen de la face semble être la localisation privilégiée des coups portés dans ce contexte (69 %), avec des fractures fréquentes au niveau du nez (40 % des fractures de la face) et du maxillaire [35, 53].

L'agresseur porte principalement ses coups avec le poing (67 %) [35, 46-48, 53], même si certaines études évoquent des coups avec des objets ou des armes dans de plus rare cas, ainsi que des morsures [49, 53]. Un autre type d'attaque préoccupante semble se produire fréquemment dans les VC, c'est l'étranglement. Des marques au niveau du cou, des yeux injectés de sang, doivent être pris en compte comme signes potentiels de VC [Annexe 1], les conséquences étant souvent dramatiques pour la victime. Pourtant, ces signes ne sont pas encore décrits dans les recommandations de la HAS de Juin 2019, mais ont été récemment abordés dans la littérature américaine [53].

De manière générale, les tissus mous sont les plus touchés (61 %), avec des ecchymoses, coupures, lacérations [35, 47, 55, 56]. Cela implique que les signes de VC sont directement visibles par le professionnel de santé qui ausculte une victime juste après son agression.

Généralement, la victime qui est une femme jeune de moins de 35 ans [35, 47, 48] consulte le jour même de l'agression [46], ces signes sont donc présents. Pourtant, très peu de patientes ayant des coups au niveau de la région HNF se voient dépistées pour d'éventuelles VC [46, 51] par les professionnels de santé, que ce soit dans les services d'urgences, au cabinet médical ou chez le dentiste. Ceci est d'autant plus préoccupant que dans la majorité des cas, l'agresseur est le conjoint actuel de la victime [46, 54, 55].

Les conséquences de ces violences physiques peuvent se manifester à court, moyen et long terme. A court terme, on observe des ecchymoses, des fractures [46, 47]. Dans une étude de 2014, Oliveira et son équipe décrivent un cas d'ostéomyélite maxillaire s'étant déclaré plusieurs années après, suite à des épisodes répétés de traumatisme [52].

Les conséquences bucco-dentaires des VC ont été jusqu'à présent très peu étudiées. Une équipe brésilienne de 2012 les a estimées à 2% des coups portés dans les violences domestiques, englobant malheureusement la maltraitance chez les enfants aux VC [48]. Nous retiendrons quand même que parmi les dents impactées (100% des cas sont dus à des coups de poing), les incisives maxillaires sont les plus touchées (31,8%), devant les incisives mandibulaires (27,3%) et les canines maxillaires (9,1%). Elles sont généralement fracturées (59%), luxées (27,3%), ou encore avulsées (13,7%). Il est donc important de noter que ces types de traumatismes dentaires conduisent la victime à consulter immédiatement un dentiste ou un service d'urgence dentaire. Cela propulse les professionnels de la cavité buccale (le chirurgien-dentiste notamment) comme professionnels de santé privilégiés dans le dépistage et la prise en charge des victimes de VC.

Par ailleurs, les femmes victimes de VC présentent deux à trois fois plus de problèmes gynécologiques que dans la population générale (infection sexuellement transmissible, douleur pelvienne chronique...). Cela entraîne des complications sexuelles (dyspareunies, comportements sexuels à risques...), et peut impacter la grossesse (Grossesses non désirées, interruptions volontaires de

grossesse, complications obstétricales par manque d'accès au suivi, complications fœtales...). Les VC multiplient par 1,9 le risque de fausse-couche et augmentent de 17% celui de naissance prématurée [37].

L'exposition aux violences est également corrélée avec un risque plus grand d'apparition ou d'aggravation de pathologies chroniques (asthme, diabète, insuffisance cardiaque, etc...). La victime peut soit être empêchée de consulter ou de suivre son traitement par l'agresseur, soit rencontrer des difficultés à le faire (difficulté de concentration, fatigue, angoisse) [5, 6, 33, 34].

De plus, on observe des conséquences sur le plan **psychologique**. En effet, 70% des femmes ayant subi des violences graves au sein du couple déclarent que ces agressions ont causé des dommages psychologiques importants [37].

En plus de troubles émotionnels (colère, honte), on retrouve dans la littérature des troubles cognitifs (perte de mémoire, difficulté de concentration), psychosomatiques (douleurs abdominales et pelviennes inexpliquées), du sommeil. Un état de stress post-traumatique est retrouvé chez la moitié des victimes [5, 6, 31, 37, 38].

Le psychotraumatisme est une conséquence psychologique définie par le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, système de classification des maladies mentales de l'Association américaine de psychiatrie) comme « les troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) ». Ces troubles concernent notamment les victimes de VC, comme cela a été décrit par Muriel Salmona [41]. L'agression provoque un stress intense, constituant un risque vital cardiovasculaire et neurologique. Pour l'éviter, le système neuronal « disjoncte », provoque une anesthésie psychique et physique et des troubles de la mémoire. L'état de stress post-traumatique se manifeste par les symptômes suivants :

- Reviviscences : pensées récurrentes, souvenirs intrusifs (sensations, douleurs...), cauchemars...
- Symptômes d'évitement : évitement phobique de toute situation se rapportant au traumatisme.
- Hyperactivité neuro-végétative : hypervigilance, état de contrôle, sursaut, insomnie, irritabilité ...

Cela explique certaines conséquences psychologiques des VC (syndrome dépressif, idées suicidaires ou conduites addictives).

Les victimes sont ainsi 2 fois plus sujettes à la dépression [16] et aux symptômes anxieux. L'enquête ENVEFF a révélé que 5% des femmes victimes de VC ont fait une tentative de suicide contre 0,2 % chez les femmes n'ayant pas subi de violences au cours des 12 derniers mois. Les victimes ont ainsi 26 fois plus de risque de faire une tentative de suicide [3, 33, 37, 38].

Elles sont également 2 fois plus enclines à l'abus de substances (drogues, alcool, psychotrope) [16].

Comme le reconnaît la Convention d'Istanbul, les enfants sont également des victimes, directes ou indirectes, des violences conjugales [1].

Entre 2010 et 2013, en moyenne, chaque année, 1 % des enfants de moins de 18 ans vivaient dans un ménage où une femme déclarait être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex-conjoint, l'année précédant l'enquête, soit environ **145 000 enfants**. Deux tiers de ces enfants vivaient dans un ménage où les faits de violences étaient répétés. 42% de ces enfants avaient moins de 6 ans [41].

Une majorité d'entre eux (80%) sont présents au moment des actes de violences [11], et 40% sont eux-mêmes directement victimes de violences physiques ou psychologiques par le même auteur. Les autres enfants sont quant à eux des témoins visuels ou auditifs de ces violences répétés.

De manière indirecte, les enfants peuvent être victimes sans être présents au moment des faits de violences, mais leurs répercussions ont des impacts tout autant délétères (passage régulier de la Police au domicile, plainte et pleurs de la mère en dehors des violences, blessures visibles, loi du silence).

Les VC ont un impact plus ou moins grave sur les enfants victimes. Dans les cas les plus dramatiques, les VC peuvent aller jusqu'à la mort des enfants. En 2019, **25 enfants** mineurs sont morts, victimes d'infanticides ou dans un contexte de VC, dont 3 tués en même temps que leur mère, et 22 tués dans le cadre de VC sans qu'un autre parent ne soit tué [19, 24]. Une étude menée sur plusieurs pays en développement a révélé que la mortalité des enfants de moins de 5 ans est statistiquement plus élevée lorsque la mère déclare avoir été victime de VC dans le passé [42].

Par ailleurs, les VC hors homicide retentissent sur la santé globale de l'enfant. Ces répercussions dépendent de différents facteurs : l'âge de l'enfant, son genre, l'intensité des violences, la multiplicité des violences endurées (VC et autres), présence ou l'absence de l'enfant au moment des violences [43].

Les répercussions selon l'âge de l'enfant sont de 3 types : impact sur la santé physique et mentale, le développement global, le fonctionnement social (Annexe 2).

Il faut savoir repérer différents symptômes non spécifiques mais dont la concomitance peut présumer de VC affectant un enfant. On note par exemple une rupture brutale dans le comportement avec un retrait (inhibition, tristesse) ou au contraire une sur-manifestation (agressivité, hyper-agitation), une régression ou au contraire une maturité en décalage avec son âge, des désordres alimentaires ou troubles du sommeil, une rupture scolaire ou un surinvestissement, des actes délictueux, une mise en danger de soi, troubles psychopathologiques (syndrome anxieux, dépressif, de stress post-traumatique), des plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales) [5, 40]. On retrouve fréquemment une reproduction d'actes violents (auto- ou hétéro-agressivité). Les enfants victimes de VC sont plus enclins à la violence envers leurs pairs, surtout les garçons. Les filles développent plus

fréquemment un syndrome dépressif même si elles peuvent également faire preuve d'une grande violence majoritairement envers leurs paires de sexe opposé. Enfin, l'exposition aux VC pendant l'enfance est un facteur de risque de VC futures. A l'adolescence, ces victimes sont plus enclines à reproduire un schéma de VC (les jeunes femmes dans le rôle de la victime, les jeunes hommes dans celui de l'agresseur) [43].

b. A l'échelle sociétale

Les VC engendrent des coûts socio-économiques considérables, à court, moyen et long terme, tant au niveau individuel, familial que sociétal. Obstacle au développement économique et social de toutes sociétés, elles engendrent des coûts très élevés sur le plan sanitaire, social, juridique, ainsi qu'un manque à gagner induit par l'impact sur le Travail.

Faisant suite à deux précédentes études menées sur les coûts estimés en 2004 et 2006, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et le Secrétariat d'Etat aux droits des femmes, conformément aux engagements du IVème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes a lancé une nouvelle étude pour mesurer le coût économique des VC. Ceci afin d'actualiser les chiffrages précédemment établis, et surtout d'intégrer au calcul les coûts liés aux violences subies par les hommes et les enfants. Ainsi, le coût économique des VC est estimé à **3,6 milliards d'euros en 2012 en France (soit 56 euros annuels par personnes)**, contre 1 093 423 200 € et 2 471 713 000 € en 2004 et 2006 respectivement [45] (Annexe 3). Cette étude a dégagé les différents postes de coût dans lesquels ce chiffre est divisé [41, 45] (Figure 4).

Parmi ces postes, on observe 21,5 % de coûts directs (médicaux ou non), 11,7 % de coûts pesant sur les enfants. Ces dépenses reposent donc principalement (66, 8%) sur les coûts indirects des VC comprenant les pertes de productivité (38,2 %) et les pertes en capital humain (28,6 %). Selon une étude de l'OMS, les VC entraînent une diminution des performances professionnelles due aux problèmes de santé physiques et psychiques engendrés. Cela augmente le risque chez la victime de perdre son emploi, d'être au chômage, de changer d'emploi plus fréquemment. Les femmes victimes ont un revenu personnel statistiquement inférieur à celui des femmes non victimes (jusqu'à 46 % de revenus en moins), ce qui explique des recours plus accrus d'accès aux aides sociales [11]. Les conséquences sur la santé des victimes entraîneraient le doublement de leurs dépenses totales de santé annuelles [32]; ce poste de dépense ne constitue que 8 % des coûts totaux engendrés.

Si chaque acte de violences conjugales constitue un drame individuel, leur ampleur en termes de prévalence (voir partie II. B. 1 ci-dessus) et de répercussions économiques rend nécessaire qu'elles soient appréhendées en tant que problème de société à part entière. C'est dans cette perspective qu'a été mis en place le V^{ème} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes pour renforcer encore le combat déterminant contre ces violences, dans l'intégralité des aspects qu'elles revêtent.

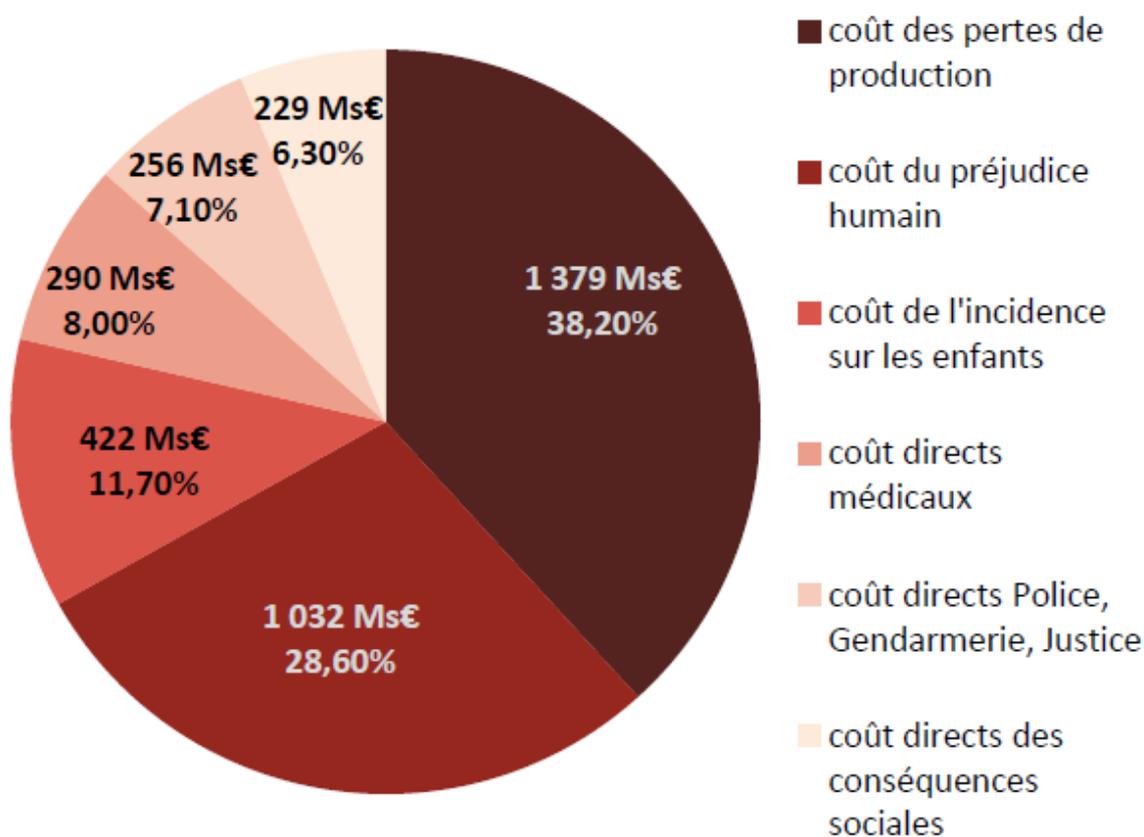


Figure 4 : Répartition du coût économique des violences selon les postes de dépense

Source : Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Rapport final de l'étude. Paris : Psytel ; 2014. 102 p. <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/>

Crédit : MIPROF, Lettre ONVF N°4, Novembre 2014.

C. Cadre Juridique et Politique

1- Historique et évolution de la pensée politique sur les violences conjugales

L'urgence de la lutte contre les violences faites aux femmes est apparue au niveau international dès 1990. L'étape fondamentale a été l'adoption de la Déclaration sur l'élimination de toutes les formes de violences à l'égard de femmes de l'assemblée générale des Nations Unies du 20 Décembre 1993 [2]. Dès 1990, l'OMS a élargi la problématique des VC au champ de la santé publique (plus uniquement intégrée à ceux de la Police et de la Justice). Depuis, les institutions internationales (ONU, ONU Femmes, OMS, etc.) se sont investies et continuent de le faire pour que le secteur de la santé soit étroitement associé à la lutte contre ces violences [13]. Déjà en 1972, une première enquête nationale sur le sujet avait été réalisée aux États-Unis [56]. La première enquête d'envergure en population générale et spécifique de la thématique a été menée en 1993 au Canada [18].

Au niveau Européen, la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte des violences faites aux femmes (convention d'Istanbul 2014) [1] crée un cadre juridique complet pour prévenir ces violences en les caractérisant de violation des droits humains.

En France, l'étendue des violences n'a été prise en compte que très tardivement. En effet, la première enquête sur les victimes a été publiée en 2000 : l'enquête ENVEFF [3]. En plus de faire ressortir l'ampleur du phénomène par sa fréquence, elle a également dévoilé la gravité des séquelles physiques et psychologiques sur la santé des femmes victimes et de leurs enfants.

Il en a découlé une politique publique de lutte contre les violences faites aux femmes, par la mise en place de plans d'action nationaux et de mesures juridiques. Le but est de protéger les victimes, renforcer leurs droits, prévenir les violences et réprimer les auteurs. C'est dans ce cadre qu'a été rédigé par un comité d'experts un premier rapport sur les violences conjugales, à la demande du Ministère de la Santé, dirigé par le Professeur Roger Henrion en 2001 [57]. Ce travail a mis en évidence le rôle fondamental des professionnels de santé.

Il a été suivi, à partir de 2004, par cinq plans interministériels afin de poursuivre ces objectifs :

- **Premier plan (2005-2007)** : A fourni des réponses sociales, économiques et juridiques aux femmes, grâce à ces 10 mesures.

•**Second plan (2008-2010)** : Rédigeait 12 objectifs dont le renforcement de la prise en charge de l'entourage de la victime.

•**Troisième plan (2011-2013)** : Luttait principalement contre les violences sexistes et sexuelles au travail, le viol, les mariages forcés, la polygamie, et la prostitution.

•**Quatrième plan (2014-2016)** : Instaurait la mesure phare du Téléphone Grave Danger (TGD).

•**Cinquième et dernier plan (2017-2019)** : Articulé sur les 3 points suivants :

- Sécuriser et renforcer les dispositifs efficaces pour améliorer le parcours des victimes
- Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants
- Déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol.

C'est dans cette dynamique que la MIPROF (Mission Interministérielle de PROtection des Femmes victimes de violences et de lutte contre la traite des êtres humains) a été créée par le décret n°2013-07 du 03/01/2013, avec pour objectif en matière de lutte contre les violences faites aux femmes de :

- Rassembler, analyser et diffuser les informations sur les violences faites aux femmes.
- Favoriser l'animation des acteurs publics et privés intervenant dans la lutte contre ces violences.
- 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.

En parallèle de cette formation et afin de renforcer son message, la Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé en Juin 2019 des recommandations de bonnes pratiques cliniques sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Elles s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention, dont les CD. Ces recommandations sont disponibles depuis Octobre 2019 [5] et ont été mises à jour en Décembre 2020 suite à la Loi du 30 Juillet 2020. Elles ont pour objectifs de :

Renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

Favoriser le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple.

Faciliter la coordination entre professionnels concernés.

Elles mettent à la disposition des concernés des fiches outils « comment repérer et évaluer », ainsi que « comment agir ». Les messages clés délivrés sont copiés en annexe de ce travail (Annexe 4).

2- Cadre légal et judiciaire [58-61]

Le cadre législatif évolue en parallèle de la prise de conscience politique au fil des années. Cette évolution a été accélérée récemment par le Grenelle des violences conjugales tenu en Septembre 2019, dont l'objectif était d'améliorer la prise en charge des victimes de VC. Depuis, 11 groupes de travail ont été créés sur plusieurs thématiques : violences intrafamiliales, éducation, handicap, accueil dans les commissariats de Police et Gendarmerie, VC en outre-mer, santé, monde du travail, hébergement, justice, violence psychologique et notion d'emprise, violence économique.

Concernant la Santé, plusieurs propositions ont été lancées : développement de réseaux, faciliter le dépôt de plainte, mise en place de centres référents de prise en charge des victimes, promotion de la Recherche à ce sujet, formation des professionnels de santé, ainsi qu'une mesure importante concernant la levée du secret médical (cf. partie II C 3). Les principales lois sur le sujet sont disponibles en annexe 5. Nous retiendrons en particulier la **Loi n° 2014-873 du 4 août 2014** qui renforce l'ordonnance de protection, généralise le dispositif de téléprotection pour les femmes en grand danger, priorise le maintien à domicile de la victime, le recours à la médiation pénale encadrée, institue une **obligation de formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels concernés** (y compris les chirurgiens-dentistes), un stage de responsabilisation pour les auteurs de violences...

Les dispositions juridiques auxquelles s'exposent les auteurs de VC sont disponibles dans l'Annexe 6. La condition nécessaire pour la poursuite en justice de l'auteur et sa condamnation est le **dépôt de plainte** auprès des services de police ou gendarmerie qui la transmettent au procureur de la République. Le délai de dépôt de plainte varie selon les faits reprochés à l'agresseur, allant de six à vingt ans à partir de la date de l'infraction. Toutes les VC sont interdites et punies par la loi, qu'elles touchent un homme ou une femme, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles. Il s'agit des violences commises au sein des couples mariés, pacsés ou en union libre.

La victime de VC qui signale les faits peut bénéficier de nombreuses mesures de protection de la part des institutions publiques et des associations. Ces mesures peuvent même s'étendre aux enfants :

- **Eloignement du conjoint violent du domicile conjugal** (après dépôt d'une main courante).
- **Hébergement d'urgence** pour la victime et ses enfants : en lien avec le SAMU social
- **Relogement** : Après obtention d'une ordonnance de protection, les associations spécialisées peuvent sous-louer des logements qu'elles louent auprès des organismes d'HLM.

- **Ordonnance de protection** : Délivrée par le juge aux affaires familiales pour protéger la victime, elle donne lieu à différentes interdictions édictées envers l'agresseur (interdiction d'entrer en contact avec la victime, de se rendre dans certains lieux désignés, de détenir ou de porter une arme, de se rapprocher de la victime à moins d'une certaine distance, obligation de porter un dispositif électronique mobile anti-rapprochement). Elle donne droit à la victime à une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique, ainsi qu'une attribution prioritaire de logement social. En présence d'enfants, elle édictera les mesures en matière d'exercice de l'autorité parentale, les modalités de droit de visite et d'hébergement (simple ou en lieu neutre ou en présence d'un tiers de confiance, voire suspension de ses droits pour le parent violent), la contribution aux charges du mariage, l'aide matérielle, la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants.

- **Le port d'un dispositif électronique mobile anti-rapprochement (bracelet électronique)** ne peut être demandé que si la victime demande préalablement une interdiction de contact. La mesure ne peut être prononcée par le juge qu'avec le consentement libre et éclairé des deux parties.

- **Le Téléphone Grand Danger (TGD)** : Dispositif destiné au cas de VC les plus graves, il permet de contacter une plate-forme spécialisée en cas de danger, qui alerte la police ou la gendarmerie et géo localise la victime si nécessaire. Il est attribué par le procureur en cas d'éloignement du conjoint violent sur décision de justice, ou en cas de danger grave et imminent lorsque l'auteur n'a pas encore été arrêté ou jugé. Le téléphone est donné pour une durée de 6 mois renouvelable.

- **L'aide juridictionnelle** : Assistance par un avocat dont les frais peuvent être pris en charge.

- **Déblocage de l'épargne salariale des victimes** : Autorisé par le décret n° 2020-683 du 4 juin 2020 afin d'avoir rapidement les moyens de s'éloigner de l'agresseur en cas d'urgence et de faire face aux changements matériels imposés par la situation.

Malgré toutes ces dispositions, le nombre de dépôt de plaintes et de condamnations pour faits de VC restent très inférieur aux statistiques de prévalence des VC (Figure 5). En effet, en 2019 :

213 000 femmes majeures déclaraient avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Pourtant, moins d'1 victime sur 5 déclarait avoir déposé plainte (chiffres 2018). Plus de la moitié des victimes n'a entrepris aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association.

142 310 victimes de violences commises par le partenaire ont été enregistrées par les services de police et gendarmerie (plaintes, signalements, constatations, transmis à l'autorité judiciaire). Parmi les faits connus des forces de sécurité, les actes commis par le (ex) conjoint représentaient 62 % des violences volontaires et 34 % des viols concernant une victime femme majeure.

Plus de 78 000 auteurs présumés ont été impliqués dans des affaires de violences entre partenaires traitées par les parquets. 33 011 ont fait l'objet de poursuites, 2 863 ont accepté et exécuté une composition pénale et 16 122 ont bénéficié d'un classement sans suite dans le cadre d'une procédure alternative aux poursuites [19].

De la même façon, le rapport publié en octobre 2019 de l'inspection générale de la justice sur les homicides conjugaux commis en 2015 et 2016 et jugés définitivement, révèle que :

30 % des auteurs avaient déjà été condamnés pour des faits de violence. Dans 77 % des cas, la victime est la même. Dans la moitié des cas, l'auteur a récidivé sur la même victime (homicide ou tentative) dans les trois ans suivant la condamnation antérieure.

41 % des victimes d'homicides conjugaux avaient subi des violences ou menaces antérieurement signalées au parquet et/ou aux forces de l'ordre (sous formes de mains courantes, plaintes, mais également signalements et interventions au domicile). 24 % des victimes ont déposé au moins une plainte. Sur les 21 plaintes déposées, 15 (soit 71 %) ont été transmises au parquet, dont 80 % ont été classées sans suite. Seules 2 plaintes ont reçu un début de réponse pénale avec un classement après un rappel à la loi (Figure 6).

Ceci pointe les dysfonctionnements des mesures mises en place.

Il y a tout d'abord des lacunes dans la mise en place de la protection de la victime. Le rapport de la mission sur les homicides conjugaux estime que l'ordonnance de protection est un « mécanisme inexploité » et un « outil insuffisamment identifié et rarement utilisé par les victimes ainsi que par les acteurs de terrain y compris les parquets ». Le même constat est à déplorer concernant le dispositif TGD, ainsi que l'interdiction d'entrer en contact avec la victime ou de paraître au domicile de celle-ci pour l'agresseur. On note également un déficit d'exploitation des informations et une défaillance dans la coordination entre les différents services judiciaires, et « une articulation entre les services de police, de gendarmerie et les parquets à parfaire ».

Il sera donc indispensable d'évaluer les retombées des nouvelles mesures apportées par la Loi du 30 Juillet 2020 en étudiant les chiffres de prévalence, de condamnation et de récidive dès l'année 2021.

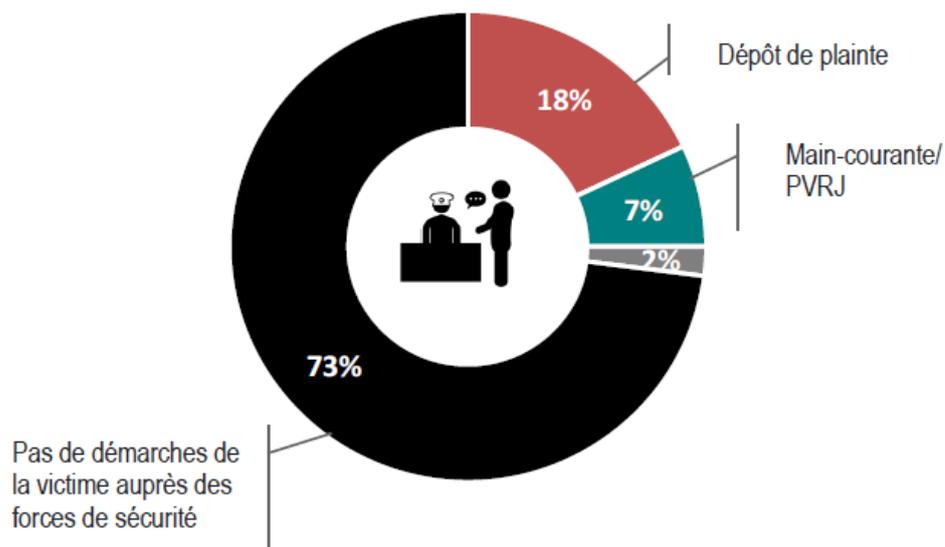


Figure 5 : Démarches entreprises par les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint auprès des forces de sécurité.

Source : Lettre ONVF N°16 Novembre 2020

Crédit : MIPROF

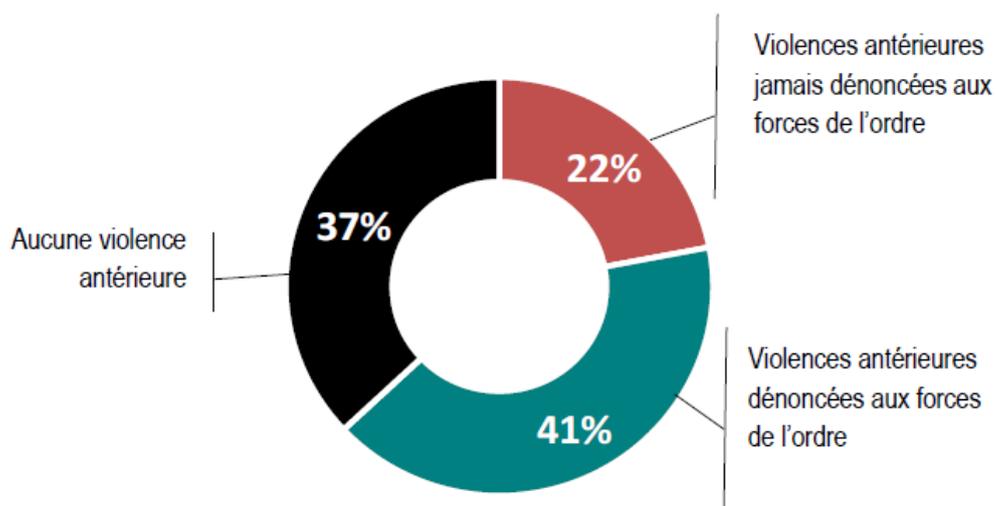


Figure 6 : Graphique des victimes d'homicides conjugaux 2015-2016 selon l'antériorité des violences subies.

Source : Mission sur les homicides conjugaux, Inspection générale de la Justice, Octobre 2019.

Crédit : Lettre ONVF N°16 MIPROF

3- Le secret médical dans le cadre des violences conjugales

L'une des mesures phares du Grenelle des violences conjugales qui s'est tenu à la fin de l'année 2019 a été la levée du secret médical pour tout professionnel de santé lorsqu'une victime majeure est en danger immédiat dans un contexte de violences conjugales, même sans son accord.

L'article 12 de la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales a modifié l'article 226-14 du code pénal en précisant que le secret médical ne s'applique pas «Au 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 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 ».

Il est donc désormais possible, pour tous les professionnels de santé (toute personne appartenant à une profession régie par la quatrième partie du code de la santé publique) de signaler, sans l'accord de la victime, les faits de violences conjugales, lorsque 3 conditions sont réunies. Il est question des violences commises par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité, y compris lorsqu'ils ne cohabitent pas. Ces conditions sont les suivantes :

- **Présence d'un danger immédiat pour la victime**
- **La victime 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 professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime**

Jusque-là, à travers l'article 226-14 du code pénal, un professionnel de santé pouvait déroger au secret médical pour signaler au Procureur de la République sans l'accord de la victime lorsqu'elle était mineure. Les femmes majeures victimes de VC ne pouvaient donc pas être protégées contre leur gré.

Cette nouvelle loi soulève des interrogations et des réactions contrastées dans les professions concernées. En effet, se pose le problème de la protection de la victime, du fait de l'augmentation du risque de violence et d'homicide lorsque les victimes quittent le domicile conjugal. On peut légitimement craindre la rupture du lien de confiance unissant le praticien à son patient avec une diminution des consultations chez les victimes. Cette loi a donc été encadrée par plusieurs

recommandations du Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes (HCE), avec notamment la diffusion d'un modèle de signalement. Celui-ci prend en compte les conditions du signalement (type, multiplicité, augmentation en fréquence et en gravité des violences, projet de séparation connu de l'auteur des violences ou séparation déjà effective, menaces de mort ou de suicide par l'agresseur, possession d'arme à feu...), la présence de potentielles plaintes ultérieures, ainsi que l'évaluation de l'emprise sur la victime. Cette nouvelle loi doit donc s'inscrire dans l'élaboration d'un réseau complet de prise en charge des victimes, encore à l'état de projet dans la plupart du territoire national.

Il est important de noter que l'article 226-14 du code pénal prévoit que « le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues dans le présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale, disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ». Le professionnel de santé auteur du signalement peut donc faire l'objet de poursuite de la part de l'agresseur présumé, même s'il n'encourt aucune peine. Il serait donc toutefois préférable de prévoir, dans un avenir proche, d'éviter aux professionnels de devoir s'expliquer devant les juridictions civiles, pénales, ou ordinaires, afin d'encourager encore les signalements.

III. Professions médicales et violences conjugales

A. Etat actuel des connaissances : médecins et violences conjugales

Le rapport d'experts réunis sous la présidence de Roger HENRION en 2001 [57], faisant suite à l'enquête ENVEFF [3], a placé les professionnels de santé au centre du dépistage et de l'orientation des femmes victimes de VC. Le III^{ème} plan interministériel signe le début de la mobilisation des institutions pour l'implication des professionnels de santé dans cette direction. La Convention d'Istanbul de 2011 engage les états membres en ce sens, notamment par la formation des professionnels de santé pour le dépistage et la prise en charge des victimes. Elle pointe aussi la nécessité d'exploiter les services hospitaliers pour étayer les données statistiques par un recensement systématique des patientes [1]. L'ENVEFF révèle que le taux d'hospitalisation (hors accouchement) augmente significativement chez les victimes de VC (13,5% des victimes de VC graves, 17% des victimes de VC très graves, contre 12,3% des femmes de 20 à 59 ans non victimes de VC). Pourtant, le dépistage systématique en milieu médical (dépister la violence chez toutes patientes indépendamment d'un risque présumé) semble abandonné aujourd'hui. Cette question a longtemps été débattue, y compris pour les femmes enceintes. Toutes les études s'accordent sur le fait que les femmes qui parlent des violences subies le font le plus souvent avec des professionnels de santé. [1, 3, 5, 11, 57].

Parmi les professionnels de santé, le médecin généraliste a un rôle clé à jouer. Tout d'abord, cela s'explique par le nombre important de patientes qu'il examine chaque jour. En effet, selon les chiffres de l'agenda électronique utilisé par la quasi-totalité des praticiens, Doctolib.fr, les médecins généralistes français effectuaient en moyenne 22 consultations par jour en 2018. C'est également un professionnel de premier recours contrairement au personnel hospitalier.

L'enquête ENVEFF a révélé que les femmes victimes de VC, lorsqu'elles se confient, le font principalement à leur médecin (22 %), avant la police et gendarmerie (13 %), la justice ou les associations [3]. Quinze ans plus tard, cette tendance est stable puisque selon des données présentées par la MIPROF (enquêtes CVS de 2015 à 2019), les professionnels de santé restent les premiers professionnels vers qui les femmes victimes de VC se tournent [19]. Parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, 25 % ont consulté un médecin, 19 % un psychiatre/psychologue, 12 % ont parlé de leur situation aux services sociaux, 7 % ont rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et une proportion équivalente a

appelé un numéro vert. L'enquête VIRAGE a démontré que malgré une prévalence des VC stable sur le territoire français, on observe des différences démographiques quant aux recours des victimes. Les femmes issues d'un milieu rural ont plus facilement recours à un professionnel de santé, principalement le psychologue ou le psychiatre, qui sera le seul interlocuteur pour toute la prise en charge. En ville, les réseaux de soins étant plus développé, c'est principalement le médecin généraliste que les femmes consulteront en premier, qui les orientera par la suite vers d'autres acteurs [4].

Néanmoins, entre 2015 et 2019, plus de la moitié des victimes (55 %) n'a entrepris aucune démarche (Figure 6). Cette proportion s'élève à 61 % lorsque les victimes vivent toujours avec l'auteur des faits au moment de l'enquête. Plus généralement, seul un dixième des femmes victimes de violences serait détecté par les services de santé. Aux États-Unis, deux tiers des femmes tuées par leur conjoint auraient reçu des soins médicaux dans l'année précédant leur mort [33].

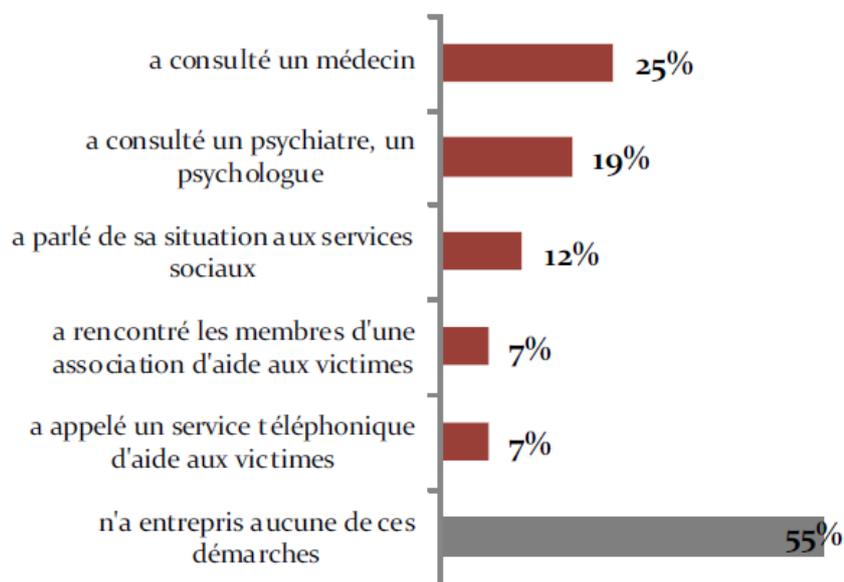


Figure 7 : Proportion de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant entrepris des démarches auprès de professionnel.les.

Source : Lettre ONVF N°16 Novembre 2020
Crédit : MIPROF

Des études récentes [62, 63] dégagent 3 principaux facteurs entraînant un frein à la déclaration des victimes en service d'urgence hospitalière, que l'on peut rapprocher aux difficultés rencontrées par le médecin généraliste :

- **Les professionnels de santé :**

Manque de connaissance du sujet, manque d'attitude empathique, manque d'entraînement au dépistage malgré une connaissance théorique solide, historique personnel face aux VC, manque de temps, perception de leur rôle dans le dépistage des VC, oublis, sexe du professionnel.

- **L'organisation et le contexte :**

Environnement peu propice à la déclaration (les victimes ont besoin d'un lieu privé qui garantit l'intimité de leur déclaration), manque de temps, manque de lien avec les réseaux de prise en charge (services sociaux, justices, ...).

- **La victime :** Manque de confiance, sentiment de honte, peur des représailles par l'agresseur sur elle-même ou les enfants, peur de perdre la garde des enfants, barrière de la langue, présence d'un membre de la famille aux urgences.

Plusieurs travaux de thèse [64, 65] et articles scientifiques [33, 62-66] révèlent que les femmes victimes souhaitent qu'on leur pose la question et se sentent soulagées par le dépistage, même si elles n'osent pas aborder le sujet en premier.

Heureusement, les solutions sont nombreuses. Pour la plupart, elles sont déjà mises en place mais nécessitent encore des efforts cruciaux pour améliorer leur efficacité.

Premièrement, **la formation** des professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge des victimes de VC semblent indispensables [1, 3, 5, 11, 33, 57]. La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 institue l'obligation de formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels de santé. A cet effet, la MIPROF, dans le cadre du V^{ème} plan interministériel, a développé une série d'outils pédagogiques ainsi qu'une formation en e-learning (Annexes 9-11). Ils doivent être capables de rédiger un certificat médical adapté, à la demande de la victime ; et à défaut, établir un dossier médical exploitable. Ils doivent connaître la Loi pour informer la victime de ses droits et des sanctions auxquelles s'expose son agresseur, les conseils à prodiguer, le réseau de soins et d'association vers lequel la diriger. En 2020, une étude a permis d'évaluer l'impact de la formation des sages-femmes sur leur dépistage, d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Durant la semaine de formation, les sages-femmes ont dépisté d'avantage de violences, et identifié plus de victimes. Cependant, plusieurs semaines après la formation, la majorité des professionnels dépistaient à nouveau moins de patientes. Cela démontre l'importance d'une formation des professionnels de santé, et ce, **de manière régulière** [69].

Deuxièmement, le **dépistage systématique** doit être mis en place chez toutes les femmes consultant un professionnel de santé, même en l'absence de signe évocateur de VC. Une étude néozélandaise de 2008 a recontacté 36 femmes dépistées systématiquement pour les VC. Parmi celles-ci, 97 % ont salué l'intervention, contestant le fait que ce type de dépistage puisse constituer une gêne pour les patientes. Les femmes victimes ont d'ailleurs souligné que ce dépistage était important pour empêcher la poursuite des violences [68].

Selon l'étude d'Ahmad et al. 2016, un dépistage systématique des femmes dès leur arrivée en service d'urgences hospitalières donne de meilleurs résultats. Un dépistage indirect par un questionnaire semble favoriser la dénonciation des violences par les victimes, plutôt qu'en entretien face à face avec un professionnel [62]. Pourtant, une revue de la littérature de 2014 conclue que le dépistage systématique n'augmente pas toujours les résultats de dépistage positif, et qu'il ne semble pas apporter de bénéfice significatif pour les victimes sur 18 mois. De plus, elle pointe les conséquences négatives auxquelles sont exposées les victimes lorsque le dépistage est mal conduit [70].

Pour faciliter le dépistage, la HAS recommande en 2019 la mise en évidence dans la salle d'attente des praticiens d'affiches signalant leur implication dans la cause des VC. Ces affiches ont été développées par l'ONCD et sont disponibles sur le site internet du gouvernement [61] (Annexe 8).

De plus, le milieu législatif a permis une avancée grâce à la levée du secret médical afin de faciliter la protection des victimes en danger immédiat.

Enfin, le suivi thérapeutique de l'agresseur est une condition indispensable à la lutte contre les VC. En effet, il a été démontré que mêmes si toutes les mesures mises en œuvre pour protéger les victimes, qu'elles aient quitté ou non le domicile, le risque de récurrence de violences est très important lorsque l'agresseur n'est pas suivi, et ce, malgré des dispositifs comme les ordonnances de protection, le bracelet électronique ou l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal.

Toutes ces dispositions sont des pistes de travail suggérées dans le rapport Henrion, rédigé en 2000 (Annexe 7). Elles ont également été reprises par la convention d'Istanbul, le rapport des enquêtes ENVEFF et VIRAGE, et exposées dans les recommandations de 2019 de la Haute Autorité de Santé. Cela pointe un manque d'efficacité des institutions en charge de leur développement, ainsi que des outils de communication chargés de leur diffusion.

B. Etat actuel des connaissances : Chirurgiens-dentistes et violences conjugales

Parmi les professionnels de santé exposés à la problématique des VC, le chirurgien-dentiste occupe une place privilégiée pour l'identification et l'orientation des victimes.

Premièrement, il fait partie au même titre que le médecin généraliste, des professionnels de santé de premier recours, consulté régulièrement par les patients. Une étude américaine révélait en 2015 que deux américains sur trois consultent leur dentiste au moins une fois par an [71]. Selon une autre étude, les patients consultent même moins fréquemment leur médecin généraliste que leur dentiste, qui planifie souvent d'autres rendez-vous à la suite de la consultation [72]. En 2017 en France, chaque CD actif à part entière a traité en moyenne 911 patients [73]. Contrairement à un praticien hospitalier (stomatologue, chirurgien maxillo-facial, ORL...), le chirurgien-dentiste est régulièrement consulté par ses patients. Cela permet la mise en place d'une relation de confiance pouvant favoriser les révélations de la victime, ainsi que son dépistage et son orientation [74].

Deuxièmement, les compétences spécifiques du CD sont fréquemment sollicitées dans les cas de violences physiques pour traiter les blessures oro-faciales et dentaires chez les victimes qui les consulteront en priorité [75, 76].

Troisièmement, la localisation typique des blessures occasionnées lors des VC, tête – cou – visage [5, 6, 33, 34, 47-51, 53] donne au chirurgien-dentiste, au même titre que tout professionnel de santé buccale, une place privilégiée pour identifier les victimes. Cette identification s'opère aussi bien lors de restaurations dentaires nécessaires suites à des violences physiques [48], que lors de l'examen de routine avec l'inspection minutieuse de cette région cible des VC. Que ce soit au niveau exo ou endo buccal, l'approche diagnostique du praticien lors de cet examen doit conduire, dans les cas de VC, à l'identification de signes de violences actuelles ou passées [5, 6].

Enfin, le lien temporel entre l'agression et la consultation chez le CD par la victime le place au centre du dépistage et de la prise en charge. En effet, dans le cas d'atteintes dentaires ou faciales, la nécessité de consulter un professionnel est immédiate (raison esthétique, douloureuse...) ; la victime consulte généralement le jour même ou le lendemain de l'agression. Or, dans le cycle des VC de Walker [9], l'unique moment où la victime se libère de l'emprise de son agresseur et peut donc faire des révélations correspond à la période qui suit immédiatement l'acte de violence. Le CD est donc l'un des rares interlocuteurs à pouvoir obtenir des confidences de la victime [5, 6].

Tous ces éléments laissent penser qu'il est primordial que le CD sache dépister les signes de VC. Un dépistage et une orientation maîtrisés donnent de bons résultats, permettant aux victimes de sortir du cycle des violences et d'être ainsi protégées de leur agresseur, et de toutes les conséquences des VC à plus long terme.

Pourtant, le dépistage systématique aux urgences, en présence de signes de violence physique, par les professionnels de santé, reste encore très occasionnel [62, 63].

Il en est de même concernant le dépistage systématique effectué en routine au cabinet dentaire, en l'absence de signe de VC, chez toutes les patientes. En effet, une revue de la littérature sur l'efficacité du dépistage a révélé qu'il y a une augmentation significative du nombre de femmes identifiées avec un dépistage effectué en routine [70]. Pour Guillam et. al, le dépistage des traumatismes, considérés comme l'indicateur le plus évident des violences physiques, ne permet pas d'identifier les victimes présentant des troubles de santé sur le long terme, ni les autres formes de violences. De plus, le dépistage systématique réalisé en routine permettrait d'apporter une autre source de statistiques sur les VC ; le recensement par les forces de Police et de Gendarmerie ayant montré ses limites [5, 6, 33].

Pour effectuer le dépistage et l'orientation des victimes, plusieurs outils ont été réalisés en France pour accompagner les professionnels concernés.

Des guides vidéo courts et éducatifs ont été développés et peuvent être visionnés en ligne sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr, rubrique « je suis un professionnel », ou être demandés à la MIPROF en écrivant à formation@miprof.gouv.fr.

Plusieurs fiches pédagogiques ont également été réalisées et sont disponibles gratuitement sur le site de la MIPROF ou en annexe des recommandations de bonne pratique de la HAS. Parmi les fiches pratiques disponibles en annexe de ce travail [Annexes 8-11], on retrouve l'aide à la rédaction d'un certificat. Il existe de plus un questionnaire canadien, le Woman Abuse Screening Tool (WAST) dont la version française a été validée par une étude menée par Santé Publique France [77] [Annexe 12]. Il est composé de huit questions fermées. Les deux premières portent sur les relations au sein du couple de manière générale, les six suivantes sur les violences physiques, psychologiques et sexuelles. L'analyse, menée au CHU de Clermont-Ferrand a montré de bonnes valeurs prédictives. Simple, rapide et bien accepté par les patientes (taux de réponse > 95 %), le WAST est un outil précieux pour la pratique courante, et devrait être intégré de manière systématique dans l'interrogatoire des CD. Il favorise un dépistage précoce, donc la mise en place d'un parcours de soins spécifique.

Les CD étant des professionnels de santé de premiers recours, ayant de plus un abord privilégié du fait de la fréquence des conséquences oro-faciales, ne dépistent jusqu'à présent que très peu les victimes de VC. La HAS a donc intégré dans les recommandations de bonne pratique sur le repérage des victimes de VC une partie dédiée au CD qu'ils considèrent comme acteur essentiel du dépistage et de l'orientation.

C'est dans cette optique que s'inscrit ce travail dont les objectifs sont les suivants :

L'objectif principal est d'évaluer la connaissance de ces recommandations de bonne pratique par les chirurgiens-dentistes de Gironde, à 24 mois de leur sortie et à 6 mois de leur mise à jour.

L'objectif secondaire est de déterminer comment les chirurgiens-dentistes Girondins se positionnent concernant leur rôle de professionnel de santé dans la lutte contre les VC, enjeu de santé publique.

Le troisième et dernier objectif est d'étudier les pratiques auto-déclarées des CD exerçant en Gironde face à un patient victime de violence.

IV. Etude

A. Méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique conduite entre Mai et Juin 2021, dans le département de la Gironde.

Population de l'étude

La population cible de cette étude était les chirurgiens-dentistes de Gironde, sans critères d'inclusion spécifiques à l'âge, au nombre d'années d'exercice, au secteur d'exercice, au statut professionnel, et au statut libéral ou salarié, afin d'obtenir une population répondante relativement variée.

Protocole

Sur la base des données de la littérature, l'investigateur et les deux directeurs ont élaboré un questionnaire (annexe 13) réalisé avec l'outil Google Form afin de faciliter son envoi et son analyse. Une version Word a également été développée sous format papier. Il a été conçu pour que la durée de remplissage n'excède pas 10 minutes et garantisse ainsi un nombre de participations maximal.

La durée de remplissage, ainsi que la compréhension des questions ont été validées par une pré-étude qui a rassemblé 20 participations, menée entre Mars et Avril 2021. Les enquêtés devaient, en plus de remplir le questionnaire, faire un rapide retour par mail sur les difficultés rencontrées lors du remplissage. Le questionnaire a été par la suite modifié puis soumis à la population d'étude.

Il comprend 16 questions, articulées en 3 parties :

- Les premières questions permettent de définir le statut du praticien (Q1 à Q6).
- La seconde partie évalue l'expérience professionnelle et personnelle du participant avec la problématique des VC (Q7 à Q9).
- La troisième partie mesure la connaissance des recommandations de la HAS de Juin 2019 des participants, ainsi que leur application dans leur pratique professionnelle (Q10 à Q16).

Pour évaluer l'impact de la sortie des recommandations et leur mise à jour sur leur connaissance et lecture par les CD, nous avons organisé les questions de la seconde partie selon 3 périodes distinctes (cf. Figure 8).



Figure 8 : Schéma récapitulatif de l'expérience professionnelle des participants avec les violences conjugales selon trois périodes distinctes

La troisième partie est constituée d'un tableau basé sur une échelle de Likert à 5 points. Pour éviter les réponses stéréotypées, nous avons glissé parmi les signes évocateurs décrits dans les recommandations 4 erreurs, représentées par des signes cliniques n'ayant aucun rapport avec les VC (Lésions carieuses multiples, Candidose, Reflux gastro-œsophagiens, Parodontite chronique).

Plusieurs canaux de diffusion de ce questionnaire ont été utilisés afin de maximiser les participations et d'obtenir une population d'étude représentative de la population cible.

Le questionnaire a été envoyé par email en utilisant plusieurs listes d'adresses mail de praticiens exerçant en Gironde, obtenues par appels téléphoniques préalables. Certains praticiens ont accepté de répondre directement par téléphone lors de ces appels, les réponses ont donc été insérées directement dans le Google Form par nos soins.

Afin de toucher un public plus large, une diffusion a également été réalisée par les réseaux sociaux (Facebook) sur plusieurs groupes de professionnels (« Dentaire Bordeaux », « Dentiste de la Nouvelle Aquitaine », « URPS Chirurgien-dentiste Nouvelle Aquitaine »).

Enfin, le questionnaire a été imprimé sous format papier, distribué dans 92 cabinets, 7 centres dentaires et 1 service hospitalier (Hôpital Saint André) de l'agglomération Bordelaise puis recherché et remis en main propre une fois remplis. Les réponses à ces questionnaires papiers ont été ensuite intégrées au GoogleForm.

A la fin de la période de recueil, l'ensemble des réponses a été collecté afin d'être analysé.

Analyse statistique

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Excel.

Les données issues des questionnaires ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive. Toutes les variables ont été traitées comme des variables qualitatives et ont donc été décrites par des effectifs et pourcentages. Afin de mettre en évidence une éventuelle relation significative entre 2 variables qualitatives, nous avons utilisé le logiciel R++ et BiostaTGV pour effectuer le test du Khi^2 lorsque les effectifs nous permettaient de comparer les pourcentages. Lorsque les effectifs étaient trop faibles pour réaliser le Khi^2 , nous avons déduit des tendances grâce au test exact de Fisher. Un test était considéré comme statistiquement significatif si la p-value était inférieure à 0,05.

Éthique

Ce travail visait à évaluer les connaissances et pratiques des chirurgiens-dentistes vis-à-vis de l'identification des violences conjugales parmi leur patientèle. Par conséquent, ce travail ne rentre pas dans la définition de recherche impliquant la personne humaine et donc ne nécessite pas de soumission à un comité d'éthique. Les questionnaires sont anonymes et ne contiennent pas de données personnelles permettant d'identifier directement ou indirectement les praticiens. Le traitement de ces données ne fait donc pas l'objet de déclaration au délégué de protection des données. Les participants ont été informés et la réponse au questionnaire valait pour consentement.

B. Résultats

Recueil de données : Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé aux CD de Gironde par l'intermédiaire de plusieurs canaux. Nous avons envoyé le questionnaire par mail (112 adresses étaient disponibles). 150 cabinets ont été contactés par téléphone. 153 questionnaires ont été déposés directement auprès des praticiens sous format papier. Enfin, 2500 personnes étaient présentes dans le groupe Facebook « Dentaire Bordeaux », 1331 présentes dans le groupe « Dentiste de la Nouvelle Aquitaine », et 626 suivent la page Facebook « URPS Chirurgien-dentiste Nouvelle Aquitaine ». Certains praticiens étaient présents dans plusieurs de ces groupes. Le nombre total de personnes touchées par ce moyen de diffusion est non comptabilisable (NC).

Sur les **193** réponses obtenues, nous avons éliminés 12 participants en ligne ne faisant pas partie de la population d'étude (praticiens exerçant hors de la Gironde), et 6 participants dont le questionnaire papier était incomplet.

Les taux de participation selon les différents moyens de diffusion du questionnaire sont disponibles dans le digramme de flux (Figure 8). L'estimation du nombre de personnes réellement touchées par le biais des réseaux sociaux n'était pas réalisable (certains praticiens sont présents sur plusieurs des groupes mentionnés, d'autre non). Le taux de participation par ce biais de diffusion n'était donc pas comptabilisable (NC). Notre population d'étude était de 175 participants parmi une population cible de 1303 (Nombre de CD recensés par l'Ordre départementale de la Gironde en Juillet 2021), le taux de participation à cette étude était de 13,4%.

Diagramme de flux de l'étude :

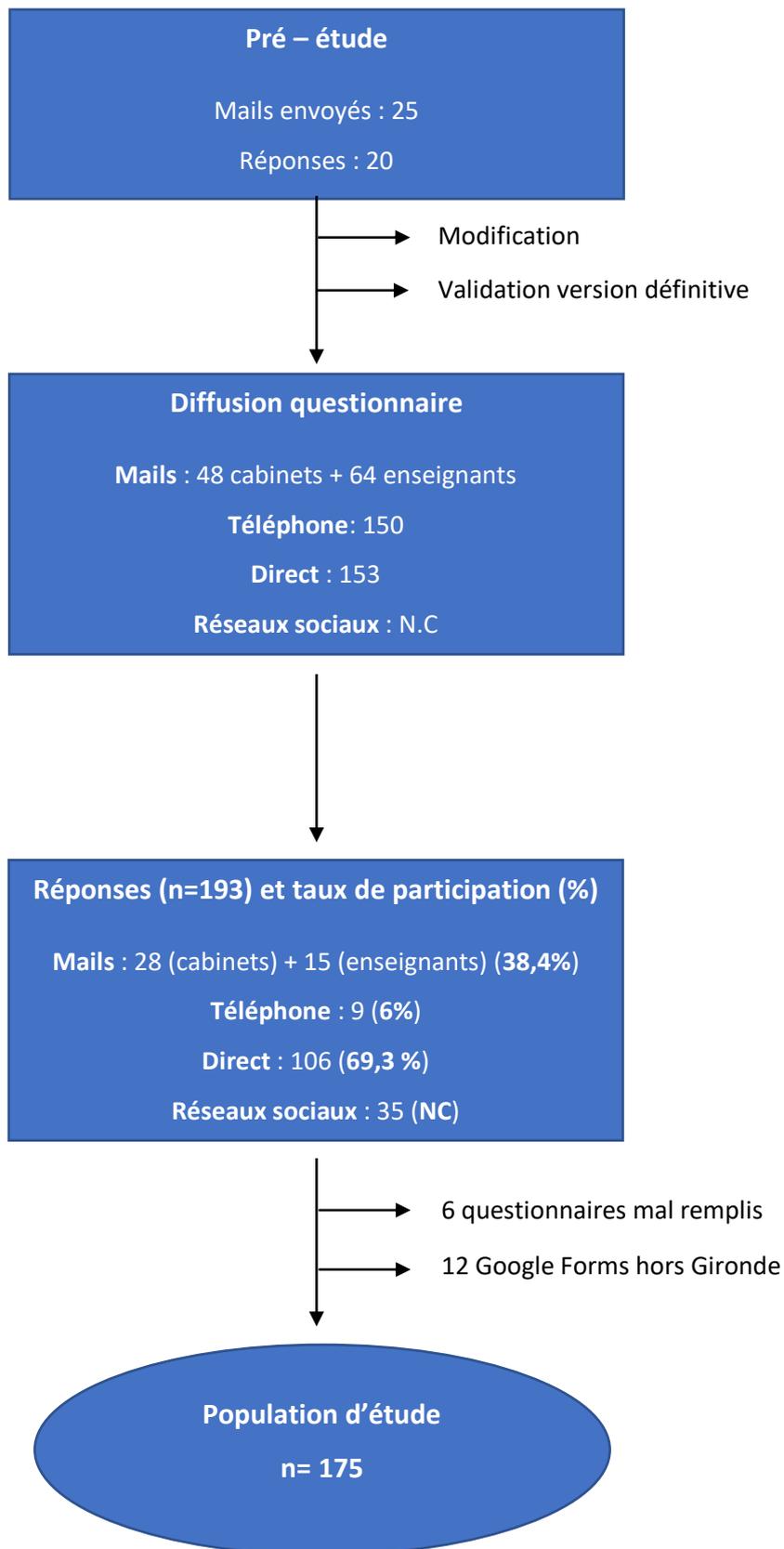


Figure 9 : Diagramme de flux

Caractéristiques de la population d'étude

L'ensemble de ces caractéristiques a été répertorié dans le tableau 3. Parmi les répondants, 53,7 % étaient des femmes, la classe d'âge 30-39 ans était la plus représentée (32,6 %). Les participants avaient majoritairement moins de 5 ans d'expérience (29,7 %), travaillaient en exercice libéral (77,7 %) en milieu urbain (77,1 %).

Sexe	Nombre (%)	Tranches d'âge	Nombre (%)	Nombre d'années d'expérience	Nombre (%)
Femmes	94 (53,7)	<30 ans	45 (25,7)	Moins de 5 ans	52 (29,7)
		30- 39	57 (32,6)	Entre 5 et 9 ans	29 (16,6)
		40-49	34 (19,4)	Entre 10 et 19 ans	41 (23,4)
Hommes	81 (46,3)	50-59	20 (11,4)	Entre 20 et 29 ans	24 (13,7)
		60 et plus	19 (10,9)	Entre 30 et 40 ans	21 (12)
				Plus de 40 ans	8 (4,6)
Zone d'exercice	Nombre (%)	Domaine d'exercice	Nombre (%)	Statut d'exercice	Nombre (%)
Urbain	135 (77,1)	Libéral	136 (77,7)	Associé	75 (42,9)
Semi rural	24 (13,7)	Hospitalier	16 (9,1)	Collaborateur	33 (18,9)
Rural	16 (9,1)	Centre dentaire	21 (12)	Remplaçant	8 (4,6)
		Autre	2 (1,2)	Autre	59 (33,7)

Tableau 3: Caractéristiques de la population d'étude

Environ un tiers, 36,9 % (N=69) des praticiens avaient déjà été témoins de VC dans leur sphère privée, dont 69,5 % (N=48) rarement mais plus d'une fois (Figure 10).

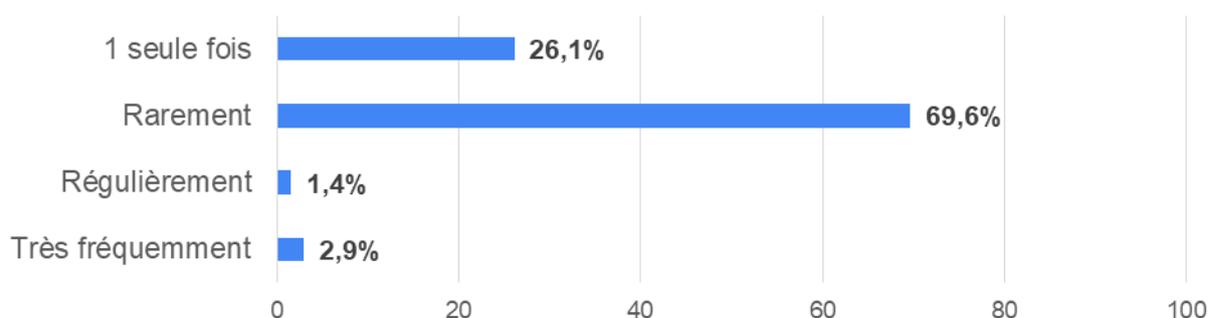


Figure 10 : Fréquence de l'expérience personnelle des sondés (N=175) vis à vis des VC exprimée en pourcentage

Résultats de l'objectif principal

Seuls 23 % (N=40) des participants avaient connaissance de l'existence des recommandations de bonne pratique de la HAS sur le dépistage des victimes de VC au moment de l'étude, et 15,4 % (N=27) les avaient lues .

Les répondants (N=40) en avaient majoritairement pris connaissance via la diffusion par l'ONCD (47,9 %) (Figure 11).

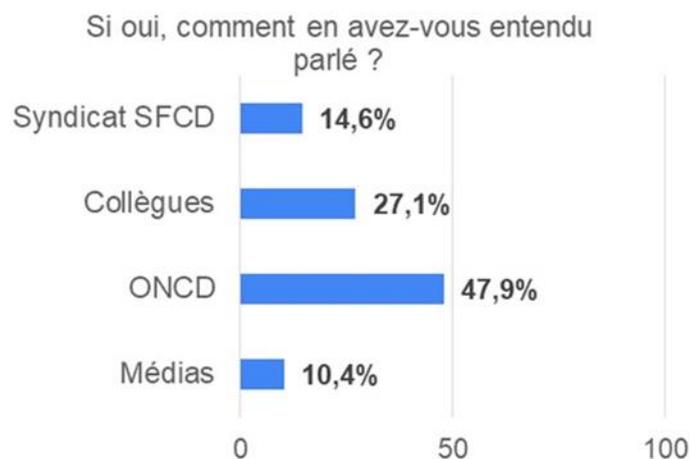


Figure 11 : Sources de connaissance des recommandations de la HAS de 2019 par les chirurgiens-dentistes de l'étude exprimée en pourcentage (N=40)

Des analyses statistiques en sous-groupe ont été réalisées afin d'identifier si des caractéristiques spécifiques des CD pouvaient influencer la connaissance et la lecture des recommandations, et si cette lecture avait des conséquences sur les participants.

La lecture des recommandations semblait augmenter le dépistage par les professionnels. En effet, les CD ayant lu les recommandations (N=27) déclaraient statistiquement avoir plus dépisté de victimes parmi leurs patients que les praticiens ne les ayant pas lu (N=148) (59,3% vs 37,2% respectivement) ($p=0,035$) (Tableau 4). Les praticiens qui ont lu les recommandations déclaraient significativement plus fréquemment savoir où trouver les outils nécessaires en cas de suspicion de VC sur un(e) de leur patient(e) (66,7% vs 30,4%) ($p < 0,001$) (Tableau 4) et osaient plus aborder le sujet en posant la question lors de la consultation (51,9% vs 16,9%) ($p < 0,001$) (Tableau 5). Enfin, la lecture des recommandations semblait augmenter la participation des professionnels à une formation sur le sujet (40,7% vs 3,4%) ($p < 0,001$) (Tableau 4).

Lecture des recommandations (Q.16)	Expérience VC sphère professionnelle (Q.7)		Savoir où trouver les informations en cas de suspicion (Q.12)		Participation à une formation continue sur les VC (Q.13)	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
OUI N= 27	16 (59,3%)	11 (40,7%)	18 (66,7%)	9 (33,3%)	11 (40,7%)	16 (59,3%)
NON N=148	55 (37,2%)	93 (62,9%)	45 (30,4%)	103(69,6%)	5 (3,4%)	143(96,6%)
p-value	p=0,035		p<0,001		p<0,001	

Tableau 4 : Relations entre la lecture des recommandations de la HAS, l'expérience des VC dans la sphère professionnelle et la formation continue sur le sujet (effectifs et pourcentages).

Lecture des recommandations (Q.16)	Initiative d'en parler avec le patient en cas de suspicion (Q.7C)	
	« A chaque fois » ; « la plupart du temps »	« jamais » ; « peu de fois » ; « j'ai répondu non »
OUI N=27	14 (51,9%)	13 (48,1%)
NON N=148	25 (16,9%)	114 (83,1%)
p-value	p<0,001	

Tableau 5 : Relations entre la lecture des recommandations de la HAS et l'initiative de poser la question au patient en cas de suspicion (effectifs et pourcentages).

L'expérience professionnelle avec les VC (N=71) augmentait la connaissance de l'existence des recommandations par les participants, par rapport aux praticiens n'ayant pas eu d'expérience avec les VC (N=104) depuis le début de leur activité (32,4% vs 16,3% respectivement) (p=0,021). L'expérience professionnelle avec les VC semblait également être associée à la lecture des recommandations par rapport aux praticiens n'ayant jamais rencontré de victime dans le cadre professionnel (22,5% vs 10,6% respectivement ; p=0,035). Néanmoins, les participants ayant eu une telle expérience professionnelle ne semblaient pas avoir plus participé à des formations sur le sujet que leurs confrères n'ayant pas eu de victimes parmi leur clientèle (22,5% vs 10,6% respectivement ; p=0,141).

L'expérience des VC dans la sphère privée (N=69) était associée à la connaissance des recommandations chez les chirurgiens-dentistes participants par rapport à ceux n'ayant pas eu d'expérience personnelle avec les VC (N=106) (33,3% vs 16% respectivement) (p = 0,013). Elle était

aussi associée à la lecture de ces recommandations ; plus importante chez les participants ayant eu des VC dans la sphère privée par rapport à ceux n'ayant pas eu de telles expériences personnelles (23,1% vs 10,3% respectivement) ($p = 0,037$). De plus, l'expérience personnelle des VC augmentait la participation des praticiens à une formation continue sur le sujet en comparaison avec les participants qui n'avaient jamais eu une telle expérience dans la sphère personnelle (17,3% vs 3,7%) ($p = 0,008$).

Enfin, les praticiens avec plus **d'expérience (nombre d'années d'exercice supérieur ou égale à 20 ; N=122)** avaient plus participé à des formations continues sur le sujet (5,7% vs 17% ; $p=0,017$) (tableau 6), et avaient plus lu les recommandations de la HAS sur les VC (10,6% vs 26,4% ; $p = 0,011$) (tableau 6). De manière surprenante, l'expérience des praticiens ne semblait pas contribuer à l'augmentation du dépistage des victimes de VC parmi la patientèle (39,3% vs 43,4% ; $p=0,615$) (tableau 6) ;

Nombre années d'exercice	Expérience professionnelle avec les VC (Q.7)		Participation à une formation continue sur le sujet des VC (Q.13)		Lecture des recommandations de la HAS (Q.16)	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
< 20 ans N=122	48 (39,3%)	74 (60,6%)	7 (5,7%)	115 (94,3%)	13 (10,6%)	109 (89,3%)
≥ 20 ans N=53	23 (43,4%)	30 (56,6%)	9 (17%)	44 (83%)	14 (26,4%)	39 (73,6%)
p-value	p=0,615		p=0,017		p=0,011	

Tableau 6 : Relations entre le nombre d'années d'exercice des praticiens avec le dépistage de victimes de VC parmi les patients, la participation à une formation continue sur le sujet, et la lecture des recommandations de la HAS sur les VC (effectifs et pourcentages).

Ni l'âge ni le genre du praticien n'était associé à la connaissance et la lecture des recommandations (tableau 7 et 8).

GENRE	Connaissance des recommandations		Lecture des recommandations	
	OUI	NON	OUI	NON
Femme N= 94	23 (24,5%)	71 (75,5%)	14 (14,9%)	80 (85,1%)
Homme N=81	17 (20,9%)	64 (79,1%)	13 (16,1%)	68 (83,9%)
p-value	p=0,714		p=0,999	

Tableau 7 : Relation entre le genre des participants, la connaissance de l'existence des recommandations de la HAS et leur lecture (effectifs et pourcentages).

TRANCHE D'AGE	Connaissance des recommandations		Lecture des recommandations	
	OUI	NON	OUI	NON
< 30 ans, N=45	8 (17,8%)	37 (82,2%)	6 (13,3%)	39 (86,7%)
30-39 ans, N=57	8 (14%)	49 (85,9%)	4 (7%)	53 (93%)
40-49 ans, N=34	10 (29,4%)	24 (70,6%)	7 (20,6%)	27 (79,4%)
50-60 ans, N=20	8 (40%)	12 (60%)	5 (25%)	15 (75%)
≥ 60 ans, N=19	6 (31,57%)	13 (68,4%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)
p-value	p=0,08		p=0,09	

Tableau 8 : Relation entre l'âge des participants, la connaissance de l'existence des recommandations de la HAS et leur lecture (effectifs et pourcentages).

Parmi l'ensemble des participants, plus de la moitié étaient « **Tout à fait d'accord** » ou « **Plutôt d'accord** » avec le fait que les signes cliniques suivants soient évocateurs de VC, décrits comme tels dans les recommandations de la HAS (Figure 12) :

- Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse (70,9 %)
- Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes (97,2 %)
- Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire (68 %)
- Troubles somatiques (57,2 %)
- Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche (58,9 %)
- Réflexions lors de l'examen clinique comme : « J'ai l'impression qu'on me viole » (70,3 %)

Plus de la moitié des participants étaient « **Plutôt d'accord** » ou « **Neutre** » concernant le fait que les signes suivants, décrits comme tels dans les recommandations, puissent être évocateurs de VC :

- Asymétrie du visage, affaissement facial (64,6 %)
- Troubles de l'occlusion (63,4 %)
- Attitude « trop » résistante à la douleur (65,7 %)
- Attitude très docile, voire figée (69,7 %)

Concernant les signes non décrits dans les recommandations comme signes évocateurs de VC, plus de la moitié des répondants étaient :

- « **Plutôt d'accord** » ou « **Neutre** » pour les signes suivants : Reflux gastro-œsophagiens (57,7 %)
- « **Plutôt pas d'accord** » ou « **Pas du tout d'accord** » avec les signes suivants : Lésions carieuses multiples (73,1 %), Candidose (61,1 %), Parodontite chronique (57,7 %).

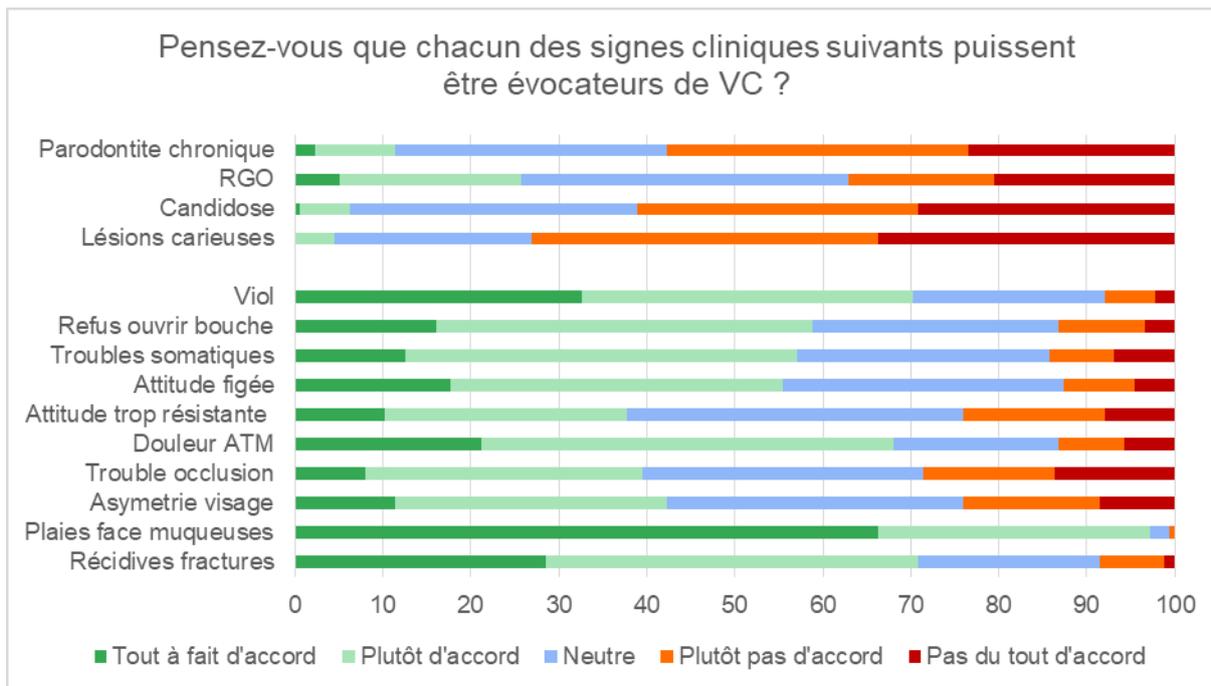


Figure 12 : Diagramme de répartition sur l'avis de la population d'étude concernant les signes évocateurs de VC cités dans les recommandations de la HAS et d'autres signes cliniques non évocateurs.

Les praticiens qui avaient lu les recommandations semblaient avoir un avis plus tranché sur les signes évocateurs présents dans les recommandations, ainsi que sur les signes non évocateurs de VC.

En effet, plus de la moitié des participants ayant lu les recommandations étaient « **Tout à fait d'accord** » ou « **Plutôt d'accord** » avec les signes suivant (Figure 13) :

- Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse (82,5 %)
- Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes (100 %)
- Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire (75 %)
- Troubles somatiques (70 %)
- Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche (75 %)
- Réflexions lors de l'examen clinique comme : « J'ai l'impression qu'on me viole » (75 %)
- Attitude très docile, voire figée (60 %)

Plus de la moitié d'entre eux se déclaraient « **Plutôt d'accord** » ou « **Neutre** » concernant les signes suivants :

- Asymétrie du visage, affaissement facial (65 %)
- Troubles de l'occlusion (62,5 %)
- Attitude « trop » résistante à la douleur (62,5 %)

Enfin, plus de la moitié des participants étaient « **Plutôt pas d'accord** » ou « **Pas du tout d'accord** » concernant les signes non présents dans les recommandations quant à leur statut de signes évocateurs de VC : Lésions carieuses multiples (70 %), Candidose (75 %), Reflux gastro-œsophagiens (60 %), Parodontite chronique (70 %).

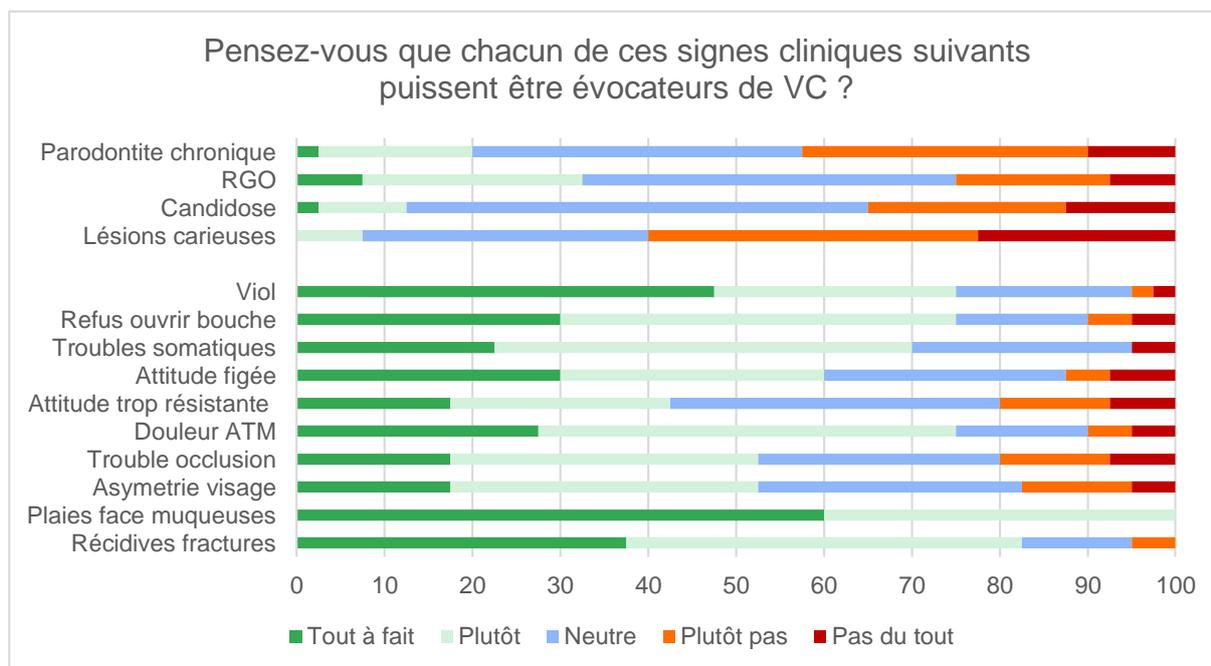


Figure 13 : Diagramme de répartition sur l'avis des CD ayant lu les recommandations concernant les signes évocateurs de VC cités dans les recommandations de la HAS et d'autres signes cliniques non évocateurs.

La majorité (68,5 %) des participants n'ont pas proposé d'autres signes cliniques évocateurs de VC par rapports à ceux énumérés dans les recommandations.

Résultats des objectifs secondaires

- Le CD estime être un acteur dans la lutte contre les VC

La majorité des enquêtés estimaient être acteur dans la lutte contre les VC : les CD interrogés pensaient avoir un rôle à jouer dans le dépistage à 88 %, dans l'orientation des victimes à 96,6 %, et dans la prise en charge des victimes de VC dans 53,7 % (Figure 14).

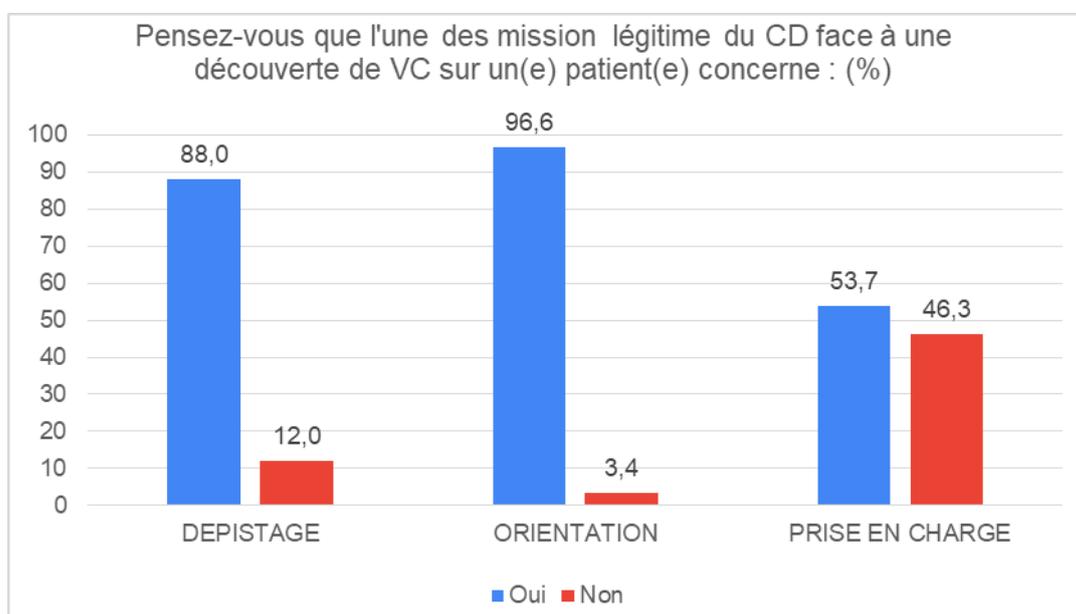


Figure 14 : Diagramme sur l'opinion des CD quant à leur rôle légitime à jouer dans le dépistage, l'orientation et la prise en charge d'un(e) de leur patient(e) victime de VC (N=175).

Les analyses statistiques en sous-groupe n'ont démontré aucune influence des caractéristiques spécifiques des participants sur leur opinion quant à cette question.

Les précisions apportées par les praticiens concernant leur rôle sont rassemblées dans le tableau 9.

Réponses	Raisons données
NON pour la PRISE EN CHARGE	Ce n'est pas notre métier mais plutôt celui du médecin généraliste
	Manque de temps
	Manque de formation et absence de connaissance du réseau local
	Peur d'offenser les patients en abordant le sujet
OUI pour le DEPISTAGE et L'ORIENTATION	Peur de poursuite judiciaire
	Devoir de citoyen (Notion d'assistance à personne en danger)
	Rôle en tant que professionnel de santé
	Relation de confiance privilégiée par des soins répétés chez le dentiste
	Notion de travail collégial (multidisciplinaire) très souvent avancé

Tableau 9: Explications apportées par les participants concernant leur avis sur leur rôle à jouer dans le dépistage, l'orientation et la prise en charge des victimes de VC.

Résultats du troisième objectif

- Pratiques de dépistage déclarées par les CD

Nous avons observé que 40,6 % des participants (N=71) avaient déjà suspecté un(e) de leurs patient(e)s être victime de VC. Parmi eux, plus de la moitié (66,2 %) n'avaient dépisté aucun(e) patient(e) au cours des 6 derniers mois ni durant l'année 2020. La majorité (52,6 %) avait dépisté entre 2 et 3 patient(e)s chacun avant l'année 2020 (Figure 15).

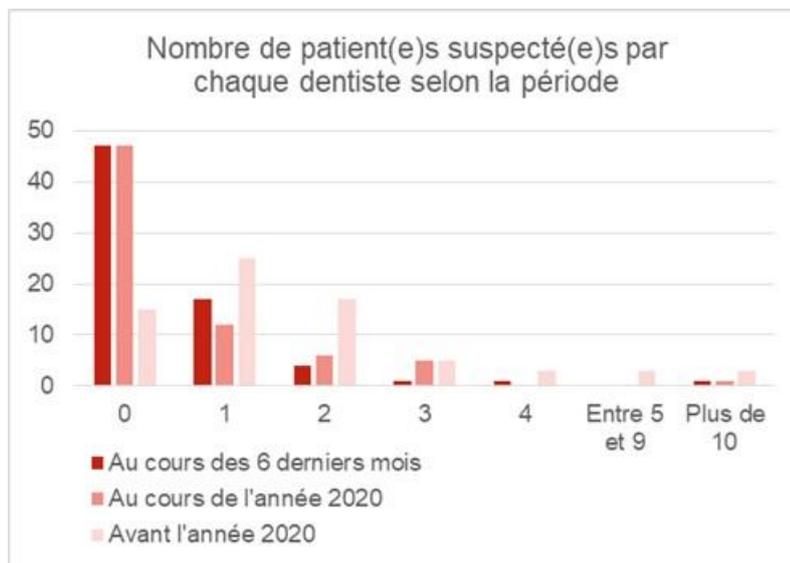


Figure 15 : Nombre de patient.e.s suspecté.e.s par les dentistes (N=71) d'être victime de violence conjugale selon la période

Le fait d'avoir une expérience personnelle concernant les VC ne semblait pas augmenter l'interrogation sur la situation des patient(e)s victime(s) des CD. Dans le cas d'une suspicion de VC sur l'un(e) de leurs patient(e)s, les participants (N=71) posaient la question à chaque fois ou la plupart du temps dans un peu plus de la moitié des cas (55 %) (Figure 16).

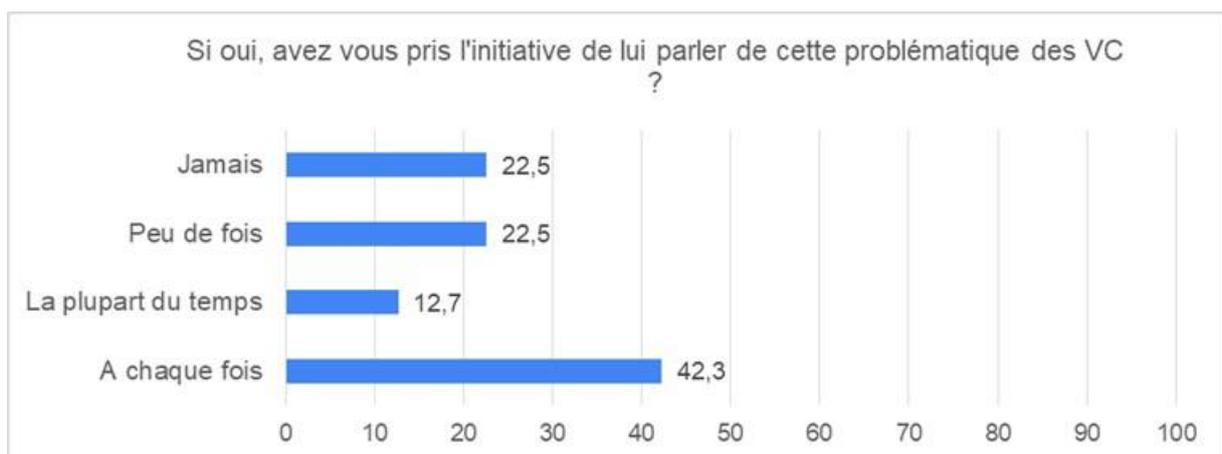


Figure 16 : Pourcentage de praticiens (N=71) qui posent la question à leurs patient(e)s en cas de suspicion de VC

- Réorientation des victimes de VC par les CD

Ils (N=71) orientaient préférentiellement les victimes vers un médecin généraliste (22,9 %), une association (14,6 %), ou les services de Police/Gendarmerie (14,6 %) ; 21,9 % déclaraient ne pas savoir comment orienter ces victimes (Figure 17).



Figure 17 : Principales ressources vers lesquelles les praticiens (N=71) orientent les victimes après une suspicion ou un dépistage (%)

A la suite d'une suspicion de violence sur patient(e)s, 9,85 % (N=7) des praticiens de Gironde parmi eux ayant suspecté des VC sur patient(e)s (N=71) orientaient les victimes vers le CAUVA. Parmi eux, 71,4 % (N=5) ont un exercice hospitalier, 28,6 % (N=2) exercent en libéral. Aucun praticien exerçant en centre dentaire n'orientait ces victimes vers le CAUVA.

Le CAUVA semblait être une ressource pour les victimes principalement connues par les praticiens hospitalier ($p = 0,0004$; Fischer exacte).

En cas de suspicion ou de dépistage de VC, seule une minorité (36 %) des participants (N=63) estimaient savoir vers quelles sources d'information se tourner pour trouver de l'aide.

Dans ce but, les sites internet divers représentaient la source d'informations vers laquelle la majorité des participants se tournaient (N=35), avant l'ONCD (site ou revue) (N=31), le site internet du Ministère compétent (N=21), les formations sur le sujet (N=19). Les recommandations de bonne pratique de la HAS constituaient la source d'information la moins recherchée par les participants (N=16).

- Violences conjugales et formations des CD

Concernant les formations pour les chirurgiens-dentistes sur le sujet des violences conjugales, 81,1 % des participants n'en n'avaient pas suivis, 9,7 % en avaient bénéficié durant leur formation initiale, et seulement 9,1 % en formation continue (Figure 18).

Parmi les enquêtés, la moitié pensait que ces formations étaient optionnelles (49,7 %), l'autre moitié (50,3 %) estimait qu'elles étaient obligatoires.

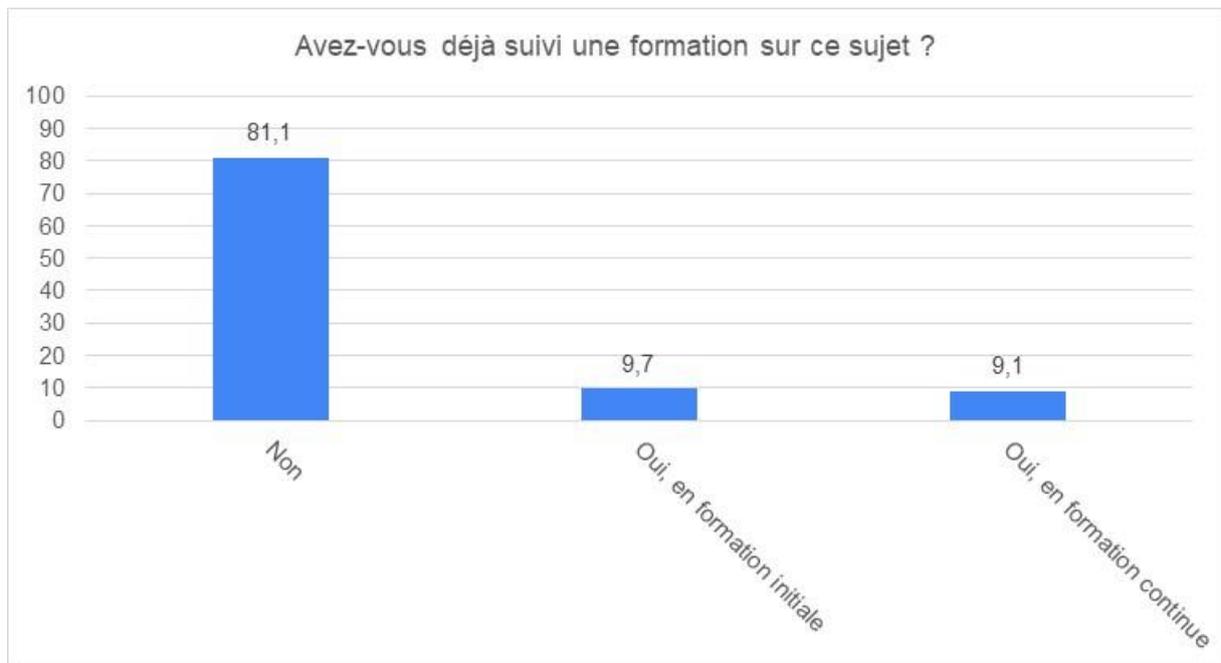


Figure 18 : Part des participants (N=175) ayant suivi une formation sur les violences conjugales (%)

Des analyses statistiques ont démontré que les CD femmes de l'étude (N=94) considéraient statistiquement plus que leurs confrères (N=81) ces formations continues comme étant obligatoires (58,8% VS 40,7% respectivement) ($p = 0,028$).

De plus, les participants ayant eu une expérience avec les VC dans leur sphère privée (N=69) avaient significativement plus suivi une formation continue sur le sujet que les participants n'ayant pas eu une telle expérience personnelle (N=106), (17,3% vs 3,7% respectivement) ($p = 0,008$).

Les personnes ayant suivi une formation sur le sujet (initiale ou continue) (N=33) avaient significativement plus lu les recommandations de la HAS sur les VC que les participants n'ayant pas suivis de formation (N=142), (14,08% vs 60,60% respectivement) ($p < 0,0001$). Ils en avaient également plus connaissance (9,15% vs 42,42% respectivement) ($p < 0,0001$).

V. Discussion

Forces et limites de cette étude

Ce travail traite un sujet original rarement abordé dans le domaine de l'odontologie ; peu d'études sont disponibles dans la littérature.

De plus, il s'agit du premier travail de thèse en odontologie qui évalue la connaissance et le suivi de recommandations de bonne pratique chez les chirurgiens-dentistes. Pourtant, il s'inscrit dans une problématique d'actualité récemment relayée par l'ensemble des médias nationaux. Cette étude a donc bénéficié d'un contexte international particulièrement propice à l'information sur les violences conjugales ce qui a probablement augmenté le nombre de participations à notre enquête par une sensibilisation récente de la population d'étude à ce sujet.

La participation à cette étude est correcte (13,4 % de la population cible) avec un recrutement multi canaux ayant permis de toucher des profils divers, même si la représentativité n'est pas objectivable en terme de répartition, faute de données.

Notre étude comporte ainsi un **biais de sélection** car la population d'étude n'est pas représentative de la population générale des chirurgiens-dentistes en France ni de Gironde. Ce biais de sélection est lié à la diffusion du questionnaire. En effet, nous n'avons eu accès à aucune liste exhaustive de contacts nous permettant de le soumettre à un échantillon représentatif de notre population cible. Le moyen de diffusion par les réseaux sociaux a entraîné un grand nombre de non répondants de notre population source.

Néanmoins, la multitude des canaux de diffusion employés afin de toucher une population la plus large possible constitue une force. En effet, 4 moyens de diffusion du questionnaire ont été employés successivement afin de maximiser les participations, cela agissant comme un rappel chez les non répondants.

Le dépôt de questionnaires direct en cabinet nous a permis d'obtenir un taux de participation très important. De plus, cela a permis d'inclure des tranches d'âge plus hétérogènes, notamment les praticiens d'âge plus élevé ayant moins accès aux réseaux sociaux. L'analyse des résultats nous a d'ailleurs révélé que le dépistage de victimes de VC parmi la patientèle a tendance à augmenter avec le nombre d'années d'exercice du praticien.

Ce moyen de diffusion nous a également permis de remédier en partie au biais de sélection à prendre en compte concernant la sensibilité de chaque praticien à cette problématique. En effet, on peut s'attendre à ce que les praticiens répondants aient en majorité une sensibilité et un intérêt pour le

sujet des VC. Un lien statistique a d'ailleurs été établi entre l'expérience personnelle et professionnelle des participants avec le fait d'avoir connaissance des recommandations de la HAS, le fait de les avoir lus, ainsi que le fait d'avoir suivi une formation sur le sujet. Il n'a pas été possible de comparer les caractéristiques des répondants et non-répondants, ce qui ne nous permet pas d'évaluer le biais de sélection.

Le questionnaire étant déclaratif, il peut exister un **biais de mémorisation** des participants concernant certaines questions, notamment la question 8 « Pensez-vous que l'une des missions légitimes du chirurgien-dentiste face à une situation de découverte de violences conjugales concerne : le dépistage, l'orientation, la prise en charge des victimes ». Il peut être compliqué pour un praticien de dissocier des périodes éloignées de plus de 6 mois. Ainsi, les périodes « au cours de l'année 2020 » et « avant 2020 » ont pu être confondues par certains sondés.

Une autre limite à prendre en compte est le **biais de désirabilité sociale** sur certaines questions. On peut s'attendre à ce que les participants répondent « oui » à la question « avez-vous lu les recommandations de la HAS ? », même si cela est faux.

On peut légitimement se demander si la question concernant l'expérience personnelle des enquêtés avec les violences conjugales a pu choquer ou gêner certains participants. C'est pour cette raison que cette question a été placée après l'évaluation de l'expérience professionnelle vis-à-vis des VC, et non à la suite des autres questions concernant le profil des participants car elles se trouvaient en début de questionnaire. Cependant, tous les questionnaires comptabilisés ont été correctement remplis.

Enfin, la période actuelle liée à la pandémie de la COVID-19 biaise fortement les réponses. D'une part, l'activité des praticiens a été bousculée, la fréquentation des cabinets a fortement diminué surtout pendant le premier confinement, et l'activité a été orientée vers les consultations d'urgence uniquement. De plus, le confinement a eu un impact très important sur les conflits domestiques avec une augmentation de la fréquence des violences conjugales.

Un manque de dépistage par les CD encore très actuel

Bien que la profession soit majoritairement consciente que les VC constituent un enjeu de santé publique [78, 79], les CD font aujourd'hui partie des professionnels de santé qui dépistent et orientent le moins les victimes (contrairement aux infirmiers et sages-femmes) [76, 80].

Cela rejoint nos résultats puisque les participants estimaient avoir un rôle à jouer en tant que CD dans le dépistage (88 %), l'orientation (96,6 %) et même la prise en charge (53,7 %) des victimes de violences conjugales. Pourtant, parmi les 40,6 % qui avait déjà suspecté un(e) patient(e) être victime, seulement 55 % d'entre eux avait osé aborder le sujet la plupart du temps ou à chaque fois lors de la consultation. Globalement, il semble exister un sous dépistage des VC chez les CD, la majorité ayant dépisté 2-3 patient(e)s au cours de leur carrière, ce qui est bien inférieur avec la réalité : en moyenne, un CD voit une patiente victime de VC chaque jour en consultation, si on extrapole les résultats de l'enquête ENVEFF [3].

La littérature connue sur la pratique des CD va également en ce sens. Dans une étude américaine de 2009 interrogeant des victimes recueillies dans des hébergements d'urgence, 50 % ont consulté leur dentiste lorsque des signes de violence étaient présents. Ces signes étaient principalement des marques localisées au niveau des lèvres, de la face, et du cou (29, 25, et 14 % respectivement), ainsi que des fractures dentaires (15 %). Or, moins de 13 % de ces victimes ont été interrogées sur l'origine de ces blessures par le dentiste. Pourtant, plus des deux tiers (69,2 %) affirment qu'elles auraient souhaité qu'on leur pose la question et recevoir de l'aide de la part du praticien ; elles n'ont pas osé aborder le sujet [76].

En France en 2012, Drigeard et al. ont étudié le comportement des praticiens libéraux du Puy de Dôme. Parmi les 228 participants, seulement 5,7 % recherchaient systématiquement des signes de violences durant l'examen de routine. Pourtant, près de la moitié (48 %) avaient déjà suspecté au moins une de leurs patientes être victimes de VC [81].

Le même constat est fait dans une étude américaine de 2001, dans laquelle 87% des CD interrogés affirment ne pas dépister leur patientes même lorsque la présence de signes évocateurs de violences est évidente [82].

Tous les CD de l'étude semblent connaître les signes pouvant être évocateurs de VC, même sans connaître ou avoir lu les recommandations de la HAS. Les chirurgiens-dentistes ont donc les compétences pour les suspecter mais rencontrent des obstacles pour la suite du dépistage.

Les freins au dépistage pour les praticiens

Les principaux freins des CD au dépistage sont bien décrits par les participants de l'étude (tableau 9). Ces limites coïncident d'ailleurs avec celles retrouvées de façon récurrente dans la littérature : [75, 76, 81, 82, 83]

- Le manque de formation sur le dépistage
- La victime ne consulte pas seule (accompagnée par le conjoint ou un enfant)
- Le praticien ne sait pas vers qui orienter la victime dépistée
- Le praticien se sent mal à l'aise
- La peur d'offenser la victime
- Le manque de temps
- Le praticien estime que ce n'est pas son rôle de gérer cette problématique
- La peur d'être lié à une procédure judiciaire

Globalement, le manque de formation et d'entraînement des praticiens semble être la principale barrière au dépistage.

Dans la littérature étrangère, il semble que les hommes soient moins impliqués mais ces résultats ne ressortent pas de l'étude. Cela peut s'expliquer par la part importante de jeunes praticiens dans la population recrutée et donc par l'hypothèse que les nouvelles générations ne rencontrent plus cette dichotomie homme/femme grâce à une meilleure sensibilisation au sujet. Les CD femmes interrogées dans une étude américaine de 2018 semblent plus impliquées dans le dépistage et estiment plus que cela fait partie de leur rôle de professionnel de santé que leurs confrères [84, 85]. Les victimes de VC, elles, ne semblent pas préférer se confier à une femme plutôt qu'à un homme [86].

Les recommandations de bonne pratique, un outil précieux peu exploité

Afin d'encourager au dépistage et à la prise en charge des VC par les CD, l'HAS a publié des recommandations de bonne pratique. Une partie leur est spécifiquement dédiée.

Pourtant la population de l'étude les connaît peu (seulement 23 %) et les a encore moins lues (15,4 %), ce qui pose la question de leur diffusion.

De manière intéressante, on note que majoritairement, les participants étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » concernant la validité des signes évocateurs de VC listés dans la partie adressée aux CD. On peut donc estimer qu'ils ont une bonne connaissance de ces signes évocateurs. Ils étaient plutôt pas d'accord, ou pas du tout d'accord avec la majorité des signes non évocateurs de VC ; les réponses au questionnaire n'étaient donc pas automatiques, on estime que les participants étaient vigilants lors du remplissage.

Par ailleurs, ni la sortie de ces recommandations (Octobre 2019), ni leur mise à jour concernant la levée du secret médical (Décembre 2020) n'a eu d'impact sur le dépistage. La plupart des praticiens ayant eu des suspicions de violences sur patient(e)s déclaraient les avoir eu avant 2020. Il existe donc un sous-dépistage par les CD, que la publication des recommandations ne semble pas avoir impacté. Cependant, du fait de l'ignorance des recommandations et du contexte de l'étude, cela ne peut pas être interprétable. La pandémie de la COVID-19 a en effet durement impacté l'exercice des praticiens, beaucoup ayant été contraints d'interrompre totalement leur activité pendant plusieurs mois lors du premier confinement (du 17 Mars au 11 Mai 2020).

Pour surmonter les freins au dépistage, il faudrait se pencher sur les différentes difficultés rencontrées.

Tout d'abord, il faut régler le problème de la diffusion des outils à disposition des CD. Les participants à l'étude déclarent qu'en cas de suspicion de violence, seul 36 % d'entre eux estiment savoir vers quelle source d'information se tourner. Parmi ceux-ci, une majorité oriente principalement ses recherches vers des sites internet divers, les recommandations de la HAS constituent la source d'information la moins consultée par la profession. La source majeure de diffusion des recommandations aux CD est selon notre étude l'ONCD. Il est donc crucial que ce canal de diffusion soit renforcé.

De plus, le problème de réorientation des victimes est à prendre en compte puisque presque la moitié (46,3 %) des sondés estiment que ce n'est pas leur rôle. Ils ne savent pas vers qui le faire, du fait de l'absence de connaissance des réseaux locaux. D'ailleurs, les praticiens ayant suivis une formation sur

le sujet ressentent également ce manque d'information du fait de la différence de localisation géographique de leur lieu d'exercice avec le lieu où ils ont bénéficié de la formation. Par exemple, seuls 9,85 % des praticiens qui ont déjà dépisté un(e) patient(e) l'ont orienté vers le CAUVA (Centre d'accueil en urgence de victime d'agression) ; la majorité de ces praticiens exerçant en milieu hospitaliers (71,4 %).

Enfin, le manque de formation et d'entraînement des CD est le frein au dépistage le plus décrit dans la littérature. Ceci rejoint les déclarations des participants à notre étude.

La formation des praticiens, un levier à exploiter pour augmenter le dépistage

Les CD de l'étude estiment que leur manque de formation entraîne en grande partie leur réticence au dépistage et à l'orientation des victimes.

De plus, la formation des praticiens constitue une solution pour la diffusion et donc la connaissance par tous les praticiens des outils développés pour les accompagner au dépistage, comme les recommandations de la HAS.

Il est largement démontré dans les études que la formation initiale [87, 88, 89] et continue [76, 78, 80, 90], suivie d'un entraînement régulier des professionnels au dépistage améliore considérablement l'attitude et les pratiques de ces derniers [91]. Ils dépistent plus, mieux, et orientent efficacement les victimes [92].

Une équipe américaine démontre en 2018 que le dépistage systématique et l'inclusion dans le questionnaire médical de la question des VC (tous deux préconisés dans les recommandations) sont largement renforcés par certains facteurs [84] :

- La formation initiale et formation continue, connaissance clinique sur le sujet
- Les entraînements réguliers associés à la formation continue
- L'intégration des praticiens dans des réseaux de soins vers qui ils peuvent orienter les victimes (hébergement d'urgence, association...)
- Le fait d'être une professionnelle femme
- Le jeune âge des praticiens
- L'obtention du diplôme récente

A l'échelle internationale, les enseignants ont bien intégré la problématique de la maltraitance chez les enfants et les personnes handicapées dans les programmes, mais les violences conjugales restent elles très survolées. De fait, les étudiants rapportent très majoritairement ne pas se sentir à l'aise avec la problématique et ne se sentent pas à la hauteur de leur mission de par leur manque de connaissance [75, 93, 94].

En France, il existait encore en 2016 une grande disparité concernant les programmes d'enseignements dans les facultés d'odontologie. Globalement, peu d'établissements dispensent une formation initiale aux étudiants sur les VC, et la formation continue relève du volontariat des praticiens [81]. Pourtant, la Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 [94] a institué l'obligation de formation initiale et

continue de l'ensemble des professionnels concernés par les VC. Cependant, la moitié des enquêtés dans notre étude pensent que ces formations sont optionnelles (49,7 %).

De plus, l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) prévoit dans un consensus des états membres, la présence de la problématique des VC dans les connaissances devant être acquises par tout étudiant en dentaire européen à la fin de son cursus [96].

L'homogénéisation des programmes dans les facultés françaises doit être recherchée pour s'assurer que chaque étudiant bénéficie du même entraînement et ait accès aux outils de formations et d'accompagnement des professionnels de santé. La formation initiale est d'autant plus importante sur le sujet que les étudiants exercent dès la quatrième année et sont donc confrontés à des victimes. En outre, les services d'odontologie des CHU traitent principalement une patientèle défavorisée avec peu de moyens financiers. Or, on sait que les faibles revenus constituent un facteur aggravant dans la fréquence et l'intensité des VC. Il serait donc intéressant d'intégrer à l'évaluation clinique des étudiants une partie dédiée au dépistage, orientation et prise en charge des victimes de VC, ainsi que des entraînements réguliers tout au long du cursus.

La formation initiale doit apporter aux étudiants une vision du cadre législatif et judiciaire auquel la profession les expose. Ainsi, le fait de dispenser cette formation dès la faculté permettrait de faire connaître aux étudiants leur obligation de formation à ce sujet et de renouvellement régulier par la Loi N° 2014-873. Il est indispensable d'informer les étudiants sur la levée du secret médical encore très peu connue dans la profession malgré toutes les conséquences qu'elle implique.

Le chirurgien-dentiste, un médecin généraliste buccal

Le rôle du CD dans le dépistage des victimes de violences conjugales nous ramène au rôle plus global aujourd'hui discuté du CD comme médecin généraliste buccal. Le manque de médecin généraliste pour les soins de premiers recours pourrait trouver une parade en impliquant plus largement le CD dans cette direction. Le CD a une capacité dans le contrôle et le suivi des patients et jouit d'une relation de confiance avec ses patients, ce qui n'est pas toujours le cas du généraliste. La formation médicale du CD due aux manifestations buccales de nombreuses maladies systémiques est un autre argument. Elles peuvent être chroniques (tension artérielle, diabète, ostéoporose, cancers...), génétiques, ou encore liées au mode de vie (obésité, troubles alimentaires, addiction, maltraitance...). On a pu d'ailleurs constater lors de la crise de la COVID-19 la réserve sanitaire indispensable que constitue la profession (dépistage, vaccination...). Cependant, la majorité des praticiens ne pensent pas avoir ce rôle à jouer et estiment qu'il en relève des médecins généralistes uniquement. Cela soulève également l'idée de

développer de nouvelles professions comme celles des hygiénistes, ou de donner plus de libertés aux assistantes dentaires afin que les dentistes puissent jouer ce rôle et continuer à prodiguer des soins [72]. Cela amène à la réflexion sur la perception des patients vis-à-vis du rôle du CD dans le dépistage de toutes ces pathologies, et notamment pour ce qui concerne ce travail, le dépistage systématique des violences conjugales.

VI. Conclusion

Les VC sont un problème de santé publique toujours d'actualité. Après une prise de conscience politique, cette problématique semble prendre de l'ampleur dans l'opinion publique avec une médiatisation récente, notamment des féminicides qui envahissent les faits divers.

Les VC ont des répercussions sur la société en générale en terme économique, en plus des conséquences désastreuses sur les victimes et leurs enfants à plus ou moins long terme. L'urgence de renforcer la lutte contre ces types de violences est donc capitale.

Bien que toujours insuffisants, tous les outils nécessaires pour protéger les victimes et condamner leurs agresseurs sont aujourd'hui largement développés. Certaines professions ont un rôle clé à jouer, que ce soit dans les forces de l'ordre, la Justice ainsi que le secteur de la Santé. Parmi eux, il a été récemment reconnu que le chirurgien-dentiste a une place privilégiée pour le dépistage et l'orientation des victimes.

Pourtant, cette étude a montré que ces professionnels de santé de premiers recours dépistent encore très peu, même si ils reconnaissent leur utilité dans cette cause. Ce travail a permis de mettre en évidence leur manque important de connaissance des recommandations de la HAS rédigées à cet effet.

Le chirurgien-dentiste doit, au même titre que le médecin généraliste, apprendre à être à l'écoute, savoir prendre le temps et instaurer un climat de confiance avec ses patients. Si des signes évidents de violence doivent mener à poser la question des VC, le dépistage systématique par son inclusion dans le questionnaire médical est aussi une mesure indispensable à mettre en place en routine.

Il serait souhaitable de diffuser plus largement les différents supports d'informations déjà existants et de développer la formation continue, dont l'obligation depuis 2014 est encore très peu respectée et connue dans la profession. La formation initiale sur le sujet semble être un levier indispensable à exploiter afin de renforcer la connaissance des professionnels sur le sujet et d'améliorer le dépistage, l'orientation et la prise en charge des victimes.

Ce travail démontre plus largement le lien étroit entre le chirurgien-dentiste et le médecin généraliste. Il est nécessaire que cette profession de santé de premier recours exploite son potentiel dans le dépistage des problèmes de santé physique, psychiques et de violences auxquels est confrontés une majorité de patient. Il serait intéressant de compléter ce projet par d'autres études permettant d'évaluer le ressenti des patientes victimes vis-à-vis d'un dépistage par leur chirurgien-dentiste, et explorer l'impact de la formation de la profession dans le cursus initial.

VII. Bibliographie

- [1] Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. :39
- [2] Haut-Commissariat des droits de l'Homme des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. 1993 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_1993.pdf
- [3] Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population et Sociétés* 2001 ;(364).
- [4] Institut national d'études démographiques, Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, *et al.* Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. *Documents de travail* 2017 ;(229).
- [5] Haute autorité de santé. Recommandations de bonne pratique : Repérage de femmes victimes de violences au sein du couple : comment repérer-évaluer [Internet]. 2019 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
- [6] Livret d'accompagnement du court métrage de formation « Anna »- MIPROF- Décembre 2018. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#download-form>
- [7] La différence entre le conflit et la violence dans un couple - YouTube [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=M7geE8M6Itk>
- [8] Centre Hubertine Auclert. Cyberviolences conjugales, Recherche - action menées auprès des femmes victimes de violences conjugales et des professionnel-le-s les accompagnants - Synthèse [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/synthese-cyber-violences-conjugales-2018>
- [9] Walker LEA. Battered woman syndrome: empirical findings. *Ann N Y Acad Sci.*2006;1087:142-57.
- [10] Nations unies. Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Rapport du Secrétaire général,2006. 156 p. <http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/N0641975.pdf>
- [11] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and N°health. Geneva: World Health Organization, 2002. 360p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- [12] Lettre N°14 - « Violences au sein du couple et violences sexuelles » - novembre 2019 [Internet]. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/lettre-no14-violences-au-sein-du.html>
- [13] García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385(9977):1567-79.

- [14] UN Women. Violence against women prevalence data: Surveys by country. Compiled by UN Women (as of March 2011). [Internet] [files/vaw_prevalence_matrix_15april_2011.pdf](https://files.vaw_prevalence_matrix_15april_2011.pdf)
- [15] Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
- [16] García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
- [17] European Union Agency for Fundamental Rights. Violence à l'égard des femmes :une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/60943>
- [18] Johnson H, Statistics Canada, Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for the Status of Women (Canada). Measuring violence against women: statistical trends 2006. Ottawa: Statistics Canada; 2006.
- [19] Lettre N°16 - « Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019 » - novembre 2020 [Internet]. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/lettre-no16-les-violences-au-sein-du.html>
- [20] Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2017 [Internet]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2017>. [cité 16 août 2021].
- [21] Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS. Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19. *CMAJ*. 2020;192(45):E1434-6.
- [22] States must combat domestic violence in the context of COVID-19 lockdowns— UN rights expert [press release]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020. Disponible sur: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25749&LangLa=E
- [23] Rapport d'enquête CVS 2016 - Les violences physiques et-ou sexuelles au sein du ménage / Violences physiques ou sexuelles / Thèmes / Interstats - Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Themes/Violences-physiques-et-ou-sexuelles/Rapport-d-enquete-CVS-2016-Les-violences-physiques-et-ou-sexuelles-au-sein-du-menage>
- [24] Etude nationale sur les morts violentes au sein de couple, année 2019, DAV, ministère de l'Intérieur. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2019>
- [25] Violences conjugales et sexuelles, un enjeu de santé publique :La Fabrique Spinoza [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://www.fabriquespinoza.org/prod_observatoire/violences-conjugales-et-sexuelles-un-enjeu-de-sante-publique/
- [26] Gloor, D. & Meier, H. Violence dans le couple et alcool. *Social Insight* ; 2013
- [27] Bonnet B. Enquête relative au dépistage des violences conjugales par un chirurgien-dentiste. [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier, UFR d'Odontologie ; 2018

- [28] UNAF - « Réalités Familiales » consacré aux violences conjugales - disponible en ligne [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/spip.php?article11007>
- [29] Lettre N°1 - «Violences sexuelles et violences conjugales : combien de victimes ?» - novembre 2013 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
- [30] Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(1):1-10.
- [31] Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002;359(9314):1331-6.
- [32] Lebas J. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Commission « Genre et Violence ». Paris: La Documentation Française; 2005. 40 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000723/index.shtml>.
- [33] Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(22-23):385-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_1.html
- [34] McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The « battering syndrome »: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med.* 1995;123(10):737-46.
- [35] Le BT, Dierks EJ, Ueek BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2001;59(11):1277-83.
- [36] Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2010;11(2):71-82.
- [37] Lettre N°6 - «Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes» - mai 2015 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf
- [38] Lettre N°8 - «Violences faites aux femmes : les principales données» - novembre 2015 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
- [39] Salmona M. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales, in *Violences conjugales et familles*, Coutanceau R. et Salmona M., Dunod, 2016.
- [40] Court métrage et son livret d'accompagnement « Tom et Léna », MIPROF - Disponible sur: <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
- [41] Lettre N°4 - «Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données» - novembre 2014 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf

- [42] Glick M, Greenberg BL. The potential role of dentists in identifying patients' risk of experiencing coronary heart disease events. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(11):1541-6.
- [43] Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011;24(4):223-36.
- [44] Livret d'accompagnement du court-métrage de formation Tom et Lena – MIPROF. Disponible sur : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/17-livret-tom-et-lena-nov-2017.pdf>.
- [45] Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2016, n°. 22-23, p. 390-8
- [46] Boyes H, Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma center. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* févr 2020;58(2):185-9.
- [47] Castro TL de, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LR da S, Francesquini Júnior L, Daruge Júnior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *RGO, Rev Gaúch Odontol.* 2017;65(2):100-8.
- [48] Garbin CAS, Guimarães e Queiroz APD de, Rovida TAS, Garbin AJI. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J.* 2012;23(1):72-6.
- [49] Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Ann Emerg Med.* 1996;28(5):486-92.
- [50] Ochs HA, Neuenschwander MC, Dodson TB. Are head, neck and facial injuries markers of domestic violence? *J Am Dent Assoc.* 1996;127(6):757-61.
- [51] Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 1999;57(7):760-2.
- [52] Oliveira TI, de Carli ML, Ribeiro Junior NV, Pereira AAC, Tatakis DN, Hanemann JAC. Maxillary chronic osteomyelitis caused by domestic violence: a diagnostic challenge. *Case Rep Dent.* 2014;2014:930169.
- [53] Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(3):281-9.
- [54] Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health.* 2010;10:268.
- [55] Caldas IM, Grams AC, Afonso A, Magalhães T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Sci Int.* 2012;221(1-3):102-5.
- [56] Bruneau S, Valvade C, Savignac J, Besozzi C, Cangé A. Les enquêtes de victimation à l'échelle internationale. Montréal: Centre international pour la prévention de la criminalité; 2006. 31 p. Disponible sur : http://www.crimepreventionintl.org/fileadmin/user_upload/Publications/Les_enquetes_de_victimation_a_l_echelle_internationale_FR.pdf
- [57] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre chargé de la santé. Paris : La Documentation française; 2001.

- [58] Justice.fr | Le portail du justiciable [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/>
- [59] Accueil Particuliers | service-public.fr [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/>
- [60] Légifrance - Le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [61] Page d'accueil | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
- [62] Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur A, Dhingra K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *J Clin Nurs*. 2017;26(21-22):3271-85.
- [63] Rivas C, Vigurs C. A realist review of which advocacy interventions work for which abused women under what circumstances: an exemplar. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018
- [64] Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou M-F. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique & Santé*.2015;12(4):244-9.
- [65] Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine [Internet]. 2020 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531592>
- [66] Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1):105-19.
- [67] Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008;70(3):386-94.
- [68] Koziol-McLain J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E. Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two New Zealand Health Care Settings. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(6):504-10.
- [69] Karnitschnig L, Bowker S. Intimate Partner Violence Screening in the Emergency Department: A Quality Improvement Project. *J Emerg Nurs*. 2020;46(3):345-53.
- [70] O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g2913.
- [71] Glick M, Greenberg BL. The potential role of dentists in identifying patients' risk of experiencing coronary heart disease events. *J Am Dent Assoc*. 2005;136(11):1541-6.
- [72] Giddon DB, Swann B, Donoff RB, Hertzman-Miller R. Dentists as Oral Physicians: The Overlooked Primary Health Care Resource. *J Primary Prevent*. 2013;34(4):279-91.
- [73] Les dentistes en France [Internet]. Statista. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/etude/37232/les-francais-et-les-dentistes-dossier-statista/>

- [74] Gerbert B, Bleecker T, Saub E. Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry. *J Am Dent Assoc.* 1994;125(3):264-72.
- [75] Gibson-Howell JC, Gladwin MA, Hicks MJ, Tudor JFE, Rashid RG. Instruction in dental curricula to identify and assist domestic violence victims. *J Dent Educ.* 2008;72(11):1277-89.
- [76] Nelms AP, Gutmann ME, Solomon ES, Dewald JP, Campbell PR. What victims of domestic violence need from the dental profession. *J Dent Educ.* 2009;73(4):490-8.
- [77] Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). *Bull Epidémiol Hebd.* 2021;(2):32-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_2.html
- [78] Mythri H, Kashinath KR, Raju AS, Suresh KV, Bharateesh JV. Enhancing the Dental Professional's Responsiveness Towards Domestic Violence; A Cross-Sectional Study. *J Clin Diagn Res.* juin 2015;9(6):ZC51-3.
- [79] Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. *Journal of the Canadian Dental Association.* 2007;73(7):617-617f.
- [80] Mascarenhas AK, Deshmukh A, Scott T. New England, USA dental professionals' attitudes and behaviours regarding domestic violence. *British Dental Journal.* 2009;206(3):E5-E5.
- [81] Drigeard C, Nicolas E, Hansjacob A, Roger-Leroi V. Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: the opinion of a population of French dentists. *European Journal of Dental Education.* 2012;16(3):156-65.
- [82] Love C, Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Perry D, Bird W. Dentists' attitudes and behaviors regarding domestic violence. *The Journal of the American Dental Association.* 2001;132(1):85-93.
- [83] Greenberg BL, Glick M, Frantsve-Hawley J, Kantor ML. Dentists' attitudes toward chairside screening for medical conditions. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(1):52-62.
- [84] Parish CL, Pereyra MR, Abel SN, Siegel K, Pollack HA, Metsch LR. Intimate partner violence screening in the dental setting: Results of a nationally representative survey. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(2):112-21.
- [85] Katsos K, Sakelliadis EI, Zorba E, Tsitsika A, Papadodima S, Spiliopoulou C. Intimate partner violence in Greece: a study of 664 consecutive forensic clinical examinations. *Fam Pract.* 2020;37(6):801-6.
- [86] Iverson KM, Stirman SW, Street AE, Gerber MR, Carpenter SL, Dichter ME, et al. Female veterans' preferences for counseling related to intimate partner violence: Informing patient-centered interventions. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;40:33-8.
- [87] Danley D, Gansky SA, Chow D, Gerbert B. Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence. *The Journal of the American Dental Association.* 2004;135(1):67-73.
- [88] Nicolas E, Baptiste M, Roger-Leroi V. Clermont-Ferrand dental school curriculum: an appraisal by last-year students and graduates. *Eur J Dent Educ.* 2009;13(2):93-9.
- [89] Hsieh NK, Herzig K, Gansky SA, Danley D, Gerbert B. Changing dentists' knowledge, attitudes and behavior regarding domestic violence through an interactive multimedia tutorial. *The Journal of the American Dental Association.* 2006;137(5):596-603.

- [90] Krueger PM, Schafer S. Physician awareness of domestic violence: does continuing medical education have an impact? *J Am Osteopath Assoc.* 2000;100(3):145-8.
- [91] Harris CM, Boyd L, Rainchuso L, Rothman AT. Oral Health Care Providers' Knowledge and Attitudes About Intimate Partner Violence. *J Dent Hyg.* 2016;90(5):283-96.
- [92] Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician.* 2014;60(7):618-24, e340-347.
- [93] Gutmann ME, Solomon ES. Family violence content in dental hygiene curricula: a national survey. *J Dent Educ.* 2002;66(9):999-1005.
- [94] Connor PD, Nouer SS, Mackey SN, Banet MS, Tipton NG. Dental students and intimate partner violence: measuring knowledge and experience to institute curricular change. *J Dent Educ.* 2011;75(8):1010-9.
- [95] Article 12 - LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1) - Légifrance [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000029330933?r=x9oQaTjakJ
- [96] Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist update 2009. *Eur J Dent Educ* 2009; 14: 193–202

Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des signes cliniques de tentative de strangulation

Crédit : San Diego City Attorney's Office 2001.

Symptoms and/or Internal Injury:

Breathing Changes	Voice Changes	Swallowing Changes	Behavioral Changes	OTHER
Difficulty Breathing Hyperventilation Unable to breathe Other:	Raspy voice Hoarse voice Coughing Unable to speak	Trouble swallowing Painful to swallow Neck Pain Nausea Vomiting	Agitation Amnesia PTSD Hallucinations Combativeness	Dizzy Headaches Fainted Urination Defecation

Use face & neck diagrams to mark visible injuries:



Face	Eyes & Eyelids	Nose	Ear	Mouth
Red or flushed Pinpoint red spots (petechiae) Scratch marks	Petechiae to R and/or L eyeball (circle one) Petechiae to R and/or L eyelid (circle one) Bloody red eyeball(s)	Bloody nose Broken nose (ancillary finding) Petechiae	Petechiae (external and/or ear canal) Bleeding from ear canal	Bruising Swollen tongue Swollen lips Cuts/abrasions (ancillary finding)
Under Chin	Chest	Shoulders	Neck	Head
Redness Scratch marks Bruise(s) Abrasions	Redness Scratch marks Bruise(s) Abrasions	Redness scratch marks Bruise(s) Abrasions	Redness Scratch marks Finger nail impressions Bruise(s) Swelling Ligature mark	Petechiae (on scalp) Ancillary findings: Hair pulled Bump Skull fracture Concussion

Annexe 2 : Tableau de M. Suderman et P.G Jaffe – L'enfant exposé à la violence conjugale et familiale : guide à l'attention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1999.P.15

Bébés	Enfants d'âge préscolaire	Latence 5–12 ans classes primaires	Début de l'adolescence 12–14 ans	Fin de l'adolescence 15–18 ans
Retard staturo-pondéral	Actes d'agression	Brutalité à l'égard des autres	Violence à l'égard des personnes qu'ils fréquentent	Violence à l'égard des personnes qu'ils fréquentent
Inattention	Dépendance	Agressivité générale	Brutalité	Abus d'alcool ou de drogues
Perturbation des habitudes d'alimentation et de sommeil	Anxiété	Dépression	Manque d'estime de soi	Désertion du foyer
Retards du développement	Cruauté envers les animaux	Anxiété	Suicide	Baisse soudaine des résultats et de la fréquentation scolaires
	Actes de destruction de biens	Repli	Symptômes du SSPT	Manque de respect à l'égard des femmes; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes
	Symptômes du SSPT	Symptômes du SSPT	Pratique de l'école buissonnière	
		Comportement oppositionnel	Problèmes somatiques	
		Destruction de biens		
		Mauvais résultats scolaires	Manque de respect à l'égard des femmes; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes	
		Manque de respect à l'égard des femmes; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes		

Annexe 3 : Comparaison des trois études chiffrant le coût des violences au sein du couple et de leur conséquences sur les enfants, France (2004, 2006, 2012).

Source : Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(22-23):385-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_1.html

	2004	2006	2012
Coûts directs 1 : médicaux	382 789 300 €	483 203 000 €	289 821 671 €
	35,0%	19,5%	8,0%
Coûts directs 2 : non médicaux	323 614 100 €	354 876 000 €	484 962 245 €
	29,6%	14,4%	13,4%
Coûts indirects 1 : pertes de production	82 299 800 €	1 098 936 000 €	1 378 882 135 €
	7,5%	44,5%	38,2%
Coûts indirects 2 : intangibles	304 720 000 €	534 698 000 €	1 031 613 000 €
	27,9%	21,6%	28,6%
Coûts conséquences sur les enfants	X*	X	422 250 000 €
	X*	X	11,7%
	1 093 423 200 €	2 471 713 000 €	3 607 529 051 €

* Certaines conséquences sur les enfants sont incluses dans des coûts directs non médicaux et des coûts indirects. Dans cette étude, le total des coûts associés aux enfants est de 23 818 300 euros.

Sources : [3,4,5].

Lecture : pour un total de 1 093 423 200 euros du coût des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants en France en 2004, 382 789 300 euros ressortissent du poste « coûts directs médicaux », soit 35% du total.

Annexe 4 : Le message clé des recommandations de bonne pratique de la HAS sur le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple.

Source : Recommandations de bonne pratique sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Juin 2019. P.7

Crédit : Haute Autorité de Santé

Messages clés

- Montrer son implication
 - mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente
- Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte,
 - un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accroissent avec le temps.
 - La violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux et culturels
- Y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum
 - Adopter une attitude empathique et bienveillante sans porter de jugement
- Considérer l'impact sur les enfants du foyer pour les protéger
 - toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés
- Expliquer les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir
 - différents types de violences : psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques, le plus souvent récurrents et cumulatifs, entre partenaires intimes
 - évolue par cycle successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps
- Evaluer les signes de gravité
 - Si besoin mettre en place des mesures de protection
- Etablir un certificat médical ou une attestation professionnelle
 - Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection
- Si besoin faire un signalement (cf. paragraphe 4.8) :
 - Avec l'accord de la victime, pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits
 - Mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur, une personne vulnérable ou un majeur en danger immédiat et placé dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. (article 226-14 du code pénal)¹²
- Informer et orienter la victime en fonction de la situation
 - informer la victime qu'elle est en droit de déposer plainte, les faits de violence sont interdits et punis par la loi
 - orienter vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider
- S'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire

Annexe 5 : Principales lois sur les violences conjugales.

Source : Site internet <https://www.legifrance.gouv.fr>

- **La Loi N°92-684 du 22 Juillet 1992**, la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante aux violences commises.

- **La Loi du 26 Mai 2004** attribue la jouissance du domicile conjugal à la victime de VC, permettant ainsi l'éviction du domicile du conjoint violent dans le cadre d'un mariage. **La Loi N°2020-936 du 30 Juillet 2020** renforce cette mesure l'applique même aux personnes bénéficiant d'un hébergement d'urgence et ce, quel que soit le lien qui unit la victime à l'auteur, en dehors du mariage (concubinage, PACS,...).

- **La Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005** relative aux récidives, facilite l'éloignement de l'auteur des violences du domicile de la victime à tous les stades de la procédure.

- **La Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006** étend le bénéfice de cette mesure aux victimes vivant sous le régime du Pacte civil de solidarité (PACS). Elle peut également concerner les anciens conjoints, anciens concubins et anciens partenaires liés par un PACS, auteurs de violences, ayant agi en raison des relations entretenues avec la victime.

- **La Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007** étend le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences commises au sein du couple. Elle clarifie les hypothèses de **levée du secret médical** en cas de violences commises sur un mineur ou une personne vulnérable.

- **La Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010** facilite le dépôt de plainte des victimes et prévoit une « ordonnance de protection » (articles 515-9 à 515-13 du Code civil). Elle vise à renforcer la protection des victimes. **La Loi N°2020-936 du 30 Juillet 2020** permet la suspension du droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur dont la personne mise en examen est titulaire, ainsi que la suppression de son autorité parentale.

- **La Loi du 14 mars 2016** : L'autorité parentale d'un parent peut être totalement retirée en dehors de toute condamnation pénale, lorsque l'enfant est témoin des violences qu'il exerce à l'encontre de l'autre parent, qu'elles aient un caractère physique ou psychique (art 378-1 du Code civil).

Annexe 6 : Peines encourues par un auteur de violences conjugales selon le type de violences.

Source : Violences conjugales et sexuelles : un enjeu de santé publique, La fabrique spinoza, Fev 2018

Crédit : La Fabrique Spinoza, le think-tank du bonheur citoyen. Saphia Larabi.

ESCALADE DE LA VIOLENCE	INFRACTIONS	ARTICLES DU CODE PENAL	PEINES ENCOURUES
PSYCHOLOGIQUE	Violences psychologiques de nature à provoquer un « choc émotif ».	222-14-3 (Loi du 9 juillet 2010)	3 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende.
	Harcèlement psychologique par le conjoint, concubin, partenaire ou « ex » ayant entraîné une ITT <=/= à 8 jours ou sans aucune ITT ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) > à 8 jours	222-33-2-1 (Loi 4 Août 2014)	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
VERBALE	Menace de commettre un crime ou un délit contre conjoint, concubin, pacsé ou ex. lorsqu'elle est soit réitérée, soit matérialisée par écrit, image ou tout autre objet. Si menace de mort.	222-17 222-17. al.2	6 mois d'emprisonnement et 7 500 € d'amende 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
	Violences par le concubin, conjoint ou partenaire PACS ou "ex" ayant entraîné une ITT <=/= à 8 jours ou sans aucune ITT."	222-13-6°	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
PHYSIQUE	Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) > à 8 jours. Par concubin ou conjoint ou partenaire PACS ou "ex"	222-12-6°	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
	Violence ayant entraîné une mutilation ou infirmité permanente par conjoint, concubin, pacsé ou ex.	222-10-6°	15 ans de réclusion
SEXUELLE	Agression sexuelle autre que le viol par conjoint, concubin, pacsés ou ex.	222-28-7°	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
	Viol par conjoint, concubin, pacsé ou ex.+ Tentative de viol	222-22-2° (Cass. Crim. 5 Sept.1990 / Loi 4 Avril 2006) 121-4 et 5	15 ans de réclusion
HOMICIDE	Violence ayant entraîné la mort sans intention de la donner par conjoint, concubin, pacsés ou ex.	222-8-6°	20 ans de réclusion
	Meurtre par conjoint, concubin, pacsé ou ex.	222-4-9°	Réclusion à perpétuité

Annexe 7 : Rapport au Ministre chargé de la Santé réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le professeur Roger Henrion, février 2001.

1. Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé. Les inciter à dépister les violences conjugales au moindre soupçon. Mettre à leur disposition des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la manière de rédiger les certificats, l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.
2. Évaluer dans des sites déterminés des stratégies pilotes de dépistage systématique lors des consultations médicales et apprécier le bien-fondé de cette conduite.
3. Inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, celui des centres de planning familial et des centres de protection maternelle et infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales. Identifier dans les services de maternité « un référent » qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité. Eventuellement, constituer une cellule polyvalente psychosociale assurant l'accueil et l'orientation des femmes vers les différents services concernés.
4. Faire connaître le site Internet www.sivic.org de l'Institut de l'Humanitaire.
5. Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit.
6. Établir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles devraient faire partie de l'accréditation et être adaptés à l'activité de l'établissement.
7. Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de 1^{re} intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes.
8. Assurer une participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.
9. Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants.
10. Recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.

Annexe 8 : Affiche à exposer dans la salle d'attente du chirurgien-dentiste proposée par l'Ordre national des Chirurgiens-Dentistes et disponible sur le site du gouvernement.

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-communication>

**VOUS ÊTES UNE FEMME
VICTIME DE VIOLENCES**

PARLEZ-EN
À VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE
IL PEUT VOUS AIDER

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919*
*Appel anonyme et gratuit.

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES**
LA LOI VOUS PROTÈGE
<http://www.stop-violences-terres.gouv.fr/>

ONCD
Ordre national des chirurgiens-dentistes

**NUMÉRO D'ÉCOUTE
ET D'INFORMATION ANONYME
ET GRATUIT DEPUIS TOUS
LES TÉLÉPHONES FIXES ET PORTABLES**

Annexe 9 : Modèle de certificat médical initial développé par l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes disponible en annexe des recommandations de la HAS ou sur le site du ministère de l'intérieur à l'adresse <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-ecrits-professionnels>

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL
(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

ENTETE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur.....
 Chirurgien.ne-dentiste, certifie avoir examiné le (date) à heures.....
 A (lieu de l'examen)
 M. / Mme / l'enfant (Nom et prénom)
 Né(e) le (date en toutes lettres)
 (Eventuellement) Accompagné(e) de

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)
 Cette dernière m'a déclaré que: « Le (date) à heures (heure)
 Au (lieu),
 ».

Examen clinique
 J'ai constaté ce jour :
 - à l'examen exobuccal :
 - à l'examen endobuccal :
 - à l'examen radiographique :
 +/- photographies et radiographies jointes référencées + schéma dentaire actualisé +...

Les signes ressentis par le patient sont :

Etat antérieur (si connu)
(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés, seulement s'il s'agit d'un.e patient.e suivi.e régulièrement dans le cabinet)
 L'état de la dent était..... au..... (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était

Traitement
 Ce jour, le traitement consiste en (si un traitement a été réalisé ce jour le préciser) :

Evolution
 L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles :

 A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).

Le coût actuel des traitements est de :
 Si chiffrage possible.

La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

Le Risque de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP) est de
 Le cas échéant (voir note).

L'Incapacité totale de travail (ITT) est de
 L'évaluation de l'ITT est facultative. Si le/la chirurgien.ne-dentiste ne peut précisément la chiffrer, il peut ne pas remplir cette case.
 L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant).

Certificat fait à le (date en toute lettre)
 et remis en mains propres à, pour faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE ET TAMPON DU/DE LA CHIRURGIEN.NE-DENTISTE

Annexe 10 : Outils pédagogiques développés par la MIPROF pour les professionnels concernés.

Source : livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna »

Crédit : MIPROF

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES



ANNA

Les violences au sein du couple

- un court-métrage (16 mn)*
version française et version sous-titrée anglais
- un livret d'accompagnement pour
 - professionnel.le.s de santé
- des fiches réflexes pour
 - gendarmes et policier.e.s
 - magistrat.e.s
 - travailleurs sociaux et travailleuses sociales
 - sapeur-pompier.e.s
 - chirurgien.e.s-dentistes
 - infirmier.e.s
 - policiers municipaux et policières municipales



ELISA

Les violences sexuelles

- un court-métrage (13 mn)*
- un livret d'accompagnement pour
 - sages-femmes
 - autres professionnel.le.s de santé
- des fiches réflexes pour
 - gendarmes et policier.e.s
 - magistrat.e.s
 - chirurgien.e.s-dentistes
 - infirmier.e.s

*Réalisé par Johanna Bedeau, avec Laure Calamy & Aurélie Petit



TOM et LENA

L'impact des violences au sein du couple sur les enfants

- un court-métrage (15mn)*
- un livret d'accompagnement pour
 - professionnel.le.s de l'enfance,
 - de l'éducation,
 - du social,
 - du droit
 - de santé

*Réalisé par Johanna Bedeau, avec Swann Arlaud & Sarah Le Picard

PAROLES D'EXPERT.E.S (CLIPS PEDAGOGIQUES)



Clip - Les différences entre conflit et violences (4 mn)
Clip - Les mécanismes des violences au sein du couple (6 mn 30)

Ernestine RONAI, Responsable de l'Observatoire des violences envers les femmes du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis



Clip - Que se passe-t-il pour la victime pendant et après les violences : les impacts du stress aigu et du stress chronique (11 min 00)

Carole AZUAR, Neurologue et chercheuse en neurosciences, CHU de la Salpêtrière et Institut de la mémoire

Annexe 11 : Fiche pratique proposée par l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes disponible sur le site du ministère de l'intérieur

Source : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/fiche_explicative_oncd_-_2016.pdf

Crédit : Ernestine RONAI, coordinatrice nationale « Violences faites aux femmes », et Annie GARCIA, conseillère technique – MIPROF.

LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES - FICHE EXPLICATIVE

ACCUEIL AU CABINET DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES : REPÉRER, CONSEILLER ET ORIENTER¹

Bien que fréquentes, les violences faites aux femmes sont trop souvent ignorées. Elles doivent être la préoccupation de tous les professionnels de santé et notamment du chirurgien-dentiste. Professionnel de premier recours, il doit être en capacité d'accueillir et d'orienter une femme victime, avec tact et conviction.

Chaque année, en France, 201 000 femmes âgées de 18 à 59 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou de leur ex-conjoint et 83 000 subissent un viol ou une tentative de viol. Les répercussions de ces violences sur l'état de santé physique et psychique des victimes, comme sur la globalité de leur existence, sont multiples et lourdes.

Le chirurgien-dentiste a un rôle déterminant

Chaque semaine, des dizaines de patientes consultent un chirurgien-dentiste. Avec plus de 42 000 praticiens en exercice, le chirurgien-dentiste a un rôle déterminant à jouer dans l'accueil des victimes de violences. Il doit être capable de proposer une prise en charge du symptôme clinique lorsque celui-ci motive la demande de la patiente, mais aussi de détecter, soutenir et orienter la femme victime de brutalité.

Une posture professionnelle adaptée

Le chirurgien-dentiste doit savoir adopter une attitude adaptée et délivrer un certain nombre de conseils :

- avoir une attitude bienveillante ;
- préserver la confidentialité ;
- affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi ;
- énoncer que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de leur auteur ;
- inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme (depuis un poste fixe et mobile en métropole et dans les départements d'outre-mer), ouvert du lundi au vendredi de 9 à 22 heures et les samedis, dimanches et jours fériés de 9 à 18 heures, et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones ;
- conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable).

Une affiche pour susciter le dialogue

Pour inciter les femmes victimes de violences à se confier, à demander de l'aide à leur chirurgien-dentiste, une affiche a été élaborée. Téléchargeable sur le site de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres (Miprof) et sur le site du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, puis apposée en bonne place dans le cabinet, elle invitera les femmes concernées à franchir le pas.

Ce qu'il est possible de dire à la patiente victime :

- « Vous n'y êtes pour rien »
- « L'agresseur est le seul responsable »
- « La loi interdit les violences »
- « Vous pouvez être aidée »
- « Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous »

Annexe 12 : Version française du Woman abuse screening tool (WAST).

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique France. N°2 Février 2021.

Crédit : Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al.

Questionnaire WAST		
Ces questions portent sur les 12 derniers mois.		
1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?	<input type="checkbox"/> Très tendue	<input type="checkbox"/> Assez tendue <input type="checkbox"/> Sans tension
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?	<input type="checkbox"/> Très difficilement	<input type="checkbox"/> Assez difficilement <input type="checkbox"/> Sans difficulté
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
WAST : <i>Woman Abuse Screening Tool.</i>		

Rôle du chirurgien-dentiste face aux patient(e)s victimes de violences conjugales

Les violences conjugales font l'objet d'une reconnaissance à la fois d'un point de vue sociétal et politique. Leurs manifestations ou expressions peuvent revêtir divers aspects qu'il est parfois difficile d'appréhender pour tout professionnel de santé. Acteur essentiel dans la prévention et le dépistage, cette étude a pour objet d'évaluer la place de tout chirurgien-dentiste dans l'identification des violences conjugales.

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre d'un travail de thèse de chirurgie-dentaire. Il est anonyme et ne comprend pas de données personnelles permettant de vous identifier.

1. Etes-vous ?

Un homme

Une femme

Autre :

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

<30 ans

Entre 30 et 39 ans

Entre 40 et 49 ans

Entre 50 et 60 ans

>60 ans

3. Depuis combien de temps exercez-vous ?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 9 ans

Entre 10 et 19 ans

Entre 20 et 29 ans

Entre 30 et 40 ans

Plus de 40 ans

4. Dans quel type de zone votre cabinet est-il situé ?

Urbain

Semi-rural

Rural

5. Quel est votre principal domaine d'exercice ?

Cabinet libéral

Hospitalier

Autre :

6. Sous quel statut exercez-vous principalement ?

Associé

Collaborateur

Remplaçant

Autre :

7. Dans le cadre de votre activité professionnelle, avez-vous déjà constaté ou suspecté l'un(e) de vos patient(e)s être victime de violences conjugales ?

Oui
Non

- Si oui, combien de fois : (sinon répondre par NON)

Au cours des 6 derniers mois :
Au cours de l'année 2020 :
Avant l'année 2020 :

- Si oui, avez-vous pris l'initiative de lui parler de cette problématique des violences conjugales ?

A chaque fois
La plupart du temps
Peu de fois
Jamais

- Si oui, dans le cas d'une suspicion ou d'un fait avéré de violences conjugales, l'avez-vous orienté vers : (Plusieurs réponses possibles)

Une association
Un médecin généraliste
Un médecin légiste au sein d'un CHU
Le CAUVA (Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggression) situé à Bordeaux
Un Officier de Police Judiciaire (Police / Gendarmerie)
Les urgences
Je ne savais pas comment orienter

Autre :

8. Pensez-vous que l'une des missions légitimes du chirurgien-dentiste face à une situation de découverte de violences conjugales concerne :

	OUI	NON
Le dépistage		
L'orientation, la proposition de conseils et solutions face à ce type de violences		
La prise en charge des patient(e)s (démarches de signalement par exemple)		

- Précisez vos réponses (5 lignes maximum)

.....
.....
.....
.....
.....

9. Avez-vous hors cadre professionnel, dans votre entourage privé, eu l'occasion d'assister, entendre ou avoir été le confident de propos relatifs à des actes de violences conjugales ?

- Oui
- Non

- Si oui, est-ce :

- Très fréquemment
- Régulièrement
- Rarement
- 1 seule fois

10. Pensez-vous que chacun de ces signes cliniques suivants puissent être évocateurs de violences conjugales ? (Cocher 1 case par ligne)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse					
Lésions carieuses multiples					
Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes					
Asymétrie du visage, affaissement facial					
Candidose					
Troubles de l'occlusion					
Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire					
Reflux gastro œsophagien					
Attitude « trop » résistante à la douleur					
Attitude très docile, voire figée					
Parodontite chronique					
Troubles somatiques					
Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche					
Réflexions lors de l'examen clinique comme : « J'ai l'impression qu'on me viole »					

11. D'autres signes cliniques sont-ils évocateurs de violences conjugales selon vous ?

- Oui
- Non

- Si oui lesquels ? Citez 3 signes évocateurs (sinon répondre par NON)

12. Savez-vous où trouver les outils nécessaires pour vous aider dans la prise en charge de ces patient(e)s ?

Oui

Non

- Si oui, précisez vos sources d'informations ? (plusieurs réponses possibles)

Site ou revue de l'ONCD

Site du Ministère compétent

Recommandation de bonnes pratiques

Formations sur ce sujet

Site internet divers

Autres :

13. Avez-vous déjà suivi une formation sur ce sujet ?

Non

Oui, en formation initiale

Oui, en formation continue (si oui, précisez laquelle et en quelle année)

14. Selon vous, les formations sur les violences conjugales pour les chirurgiens-dentistes sont :

Optionnelles

Obligatoires

15. Avez-vous connaissance des recommandations de Juin 2019 de la HAS sur le dépistage des victimes de violences conjugales ?

Oui

Non

- Si Oui, comment en avez-vous entendu parler ?

Médias

ONCD

Collègues

J'ai répondu Non

Autres :

16. Les avez-vous déjà lus ?

Oui

Non

17. Commune d'exercice : Où exercez-vous?

En Gironde

En Nouvelle-Aquitaine hors Gironde

Autre région

Annexe 13 : Réseau de soin proposer aux chirurgiens-dentistes de Gironde pour l'orientation des victimes.

Réseau de soin de proximité		
Spécialités	Nom/Coordonnées	N° Téléphone
Associations locales	Cenon - APAFED	05 56 40 93 66
	Bordeaux - Maison des femmes	05 56 51 30 95
	Bordeaux - CACIS Maison d'Ella	05 57 09 25 77
	Pessac - La maison de Simone	06 59 39 13 27
	Audenge - Solidarité femmes bassin	06 89 61 49 10
Service d'urgence du secteur (médecin référent Violences faites aux femmes)	?	
Service UMJ	CAUVA - cauva@chu-bordeaux.fr Groupe hospitalier Pellegrin Place Amélie Raba-Léon 33000 Bordeaux cedex	05 56 79 87 77 05 24 57 56 77

Réseau médico-social de proximité		
Spécialité	Nom/Coordonnées	N° Téléphone
Assistante sociale		
Centre de planification et PMI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'insertion de Bordeaux - Centre Maison du Département et des Solidarités 14 Rue Poitevin 33000 Bordeaux	05 56 44 27 83
Pôle de référence régionaux d'accueil des victimes de violences		
Conseillère conjugale Planning familial		
CMP (Centre médico-psychologiques)		
Fédération Nationale Solidarité Femmes	www.solidaritefemmes.org	3919

Réseau judiciaire de proximité		
Spécialité	Nom/Coordonnées	N°Téléphone
TGI (Tribunal grande instance)		
Procureur de la République		
Cellule de recueil des information préoccupantes (nom du médecin référent de la CRIP)	Direction de la protection de l'Enfance et de la Famille - Cellule Recueil des informations préoccupantes de Gironde crip33@girond.fr	05 56 99 33 33
Commissariat (ou gendarmerie) de proximité Psychologue / Travailleur social Point d'accès au droit avec permanence spécialisée		17
Ordre des avocats départemental Association du réseau CNIDFF	1 Rue de Cursol, 33000 Bordeaux	05 56 44 20 76
France Victimes	france-victimes.fr	116 006

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Résumé :

Contexte : Les violences conjugales (VC) concernent une femme sur dix. Les chirurgiens-dentistes (CD) font partie des professionnels de santé de premiers recours ayant une place privilégiée dans le dépistage de ces victimes. **Objectifs** : Evaluer la connaissance et la lecture par les CD de Gironde des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le repérage des femmes victimes de VC, et décrire les attitudes et pratiques des chirurgiens-dentistes vis-à-vis d'un(e) patient(e) victime de VC. **Matériels et Méthodes** : Etude transversale conduite entre Mai et Juin 2021 en Gironde auprès des chirurgiens-dentistes en activité à l'aide d'un questionnaire de 16 items. **Résultats** : Sur 175 participants, 23% d'entre eux déclaraient avoir connaissance de l'existence des recommandations de la HAS de 2019, seulement 15,4% affirmaient les avoir lu. La majorité, 88% estimaient avoir un rôle à jouer dans le dépistage, 96,6% dans l'orientation des victimes, et 53,7% jusque dans leur prise en charge. Près de 41% avaient déjà suspecté une victime de VC parmi leur patientèle. A la suite d'une suspicion de violence sur patient(e)s, 9,85 % orientaient les victimes vers le CAUVA, la majorité (71,4 %) d'entre eux ayant un exercice hospitalier. **Conclusion** : Les CD de Gironde pensaient avoir un rôle à jouer dans le dépistage des VC mais restaient peu nombreux à le faire. La formation initiale semble être le meilleur moyen actuel pour diffuser les outils développés pour les aider dans cette lutte.

Mots clés : Violences conjugales, chirurgiens-dentistes, recommandations de bonne pratique, Haute Autorité de Santé, Convention d'Istanbul, secret médical, formation initiale.

Title : ASSESSMENT OF GIRONDE DENTIST'S KNOWLEDGE ABOUT GUIDELINES FROM THE FRENCH HEALTH AUTHORITY ON DOMESTIC VIOLENCE.

Abstract :

Background : Domestic violence (DV) affects one in ten women. Dentists, who are part of primary healthcare resources, can play an important role in DV screening. **Objectives** : To evaluate dentist's knowledge about the French Health Authority's dentists guidelines on DV screening and describe the attitudes and practices of dental surgeons towards a patient victim of DV. **Methods** : A cross-sectional study was conducted from May to June 2021 among practicing dentists from Gironde using a 16-items questionnaire. **Results** : On 175 participants, 23% knew about practice guidelines, but only 15,4% of them read it. The majority, 88% of participants thought to have the duty to screen for DV victims among patients, while 96,6% thought they have to orient victims through healthcare settings; only 53,7% thought they have to actually handle the issue for the victim. About 41% of participants had already suspected one of their patients to be a DV victim. In case of DV suspicion on patient, 9,85% of participants sent these patients to CAUVA in Bordeaux, out of 71,4% were hospital dentist. **Conclusion** : Gironde dentists thought to have a role to play in DV victim screening, but only a few of them did so. Initial education seems to be the most accurate training for help professionals in this fight.

Key words : Domestic violence, dentist, practice guidelines, french health authority, Istanbul convention, doctor-patient confidentiality, initial education.